

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und
Psychosomatik-Richtlinie:
PPP-RL: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026

Vom 18. Juni 2025

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich:	3
2.2	Zu § 2 Grundsätze:.....	3
2.3	Zu § 3 Behandlungsbereiche:	4
2.4	Zu § 5 Berufsgruppen:.....	4
2.5	Zu § 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung:	5
2.6	Zu § 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad:	6
2.7	Zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen:	6
2.8	Zu § 10 Ausnahmetatbestände:	8
2.9	Zu § 11 Nachweisverfahren:.....	9
2.10	Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:	10
2.11	Zu § 14 Anpassung der Richtlinie:.....	11
2.12	Zu § 16 Übergangsregelungen:	11
2.13	Zur Anlage 1 Minutenwertetabellen:.....	12
2.14	Zur Anlage 3 Nachweis zur PPP-RL:	12
2.15	Zur Anlage 4 Regelaufgaben:	14
3.	Bürokratiekostenermittlung	14
4.	Verfahrensablauf	14
5.	Fazit.....	15
6.	Zusammenfassende Dokumentation	15

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach § 136a Absatz 2 SGB V zur Festlegung geeigneter Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu bestimmen. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen dabei möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen sowie mit notwendigen Ausnahmetatbeständen und Übergangsregelungen versehen sein. Dies erfolgt im Rahmen der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), welche vom G-BA erstmals am 19. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 beschlossen wurde.

Die PPP-RL wird vorliegend geändert.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit den beschlossenen Richtlinienänderungen wird den Kliniken ein höheres Maß an Flexibilität ihres Personaleinsatzes ermöglicht, das zugleich mit einer Reduktion des Dokumentationsaufwands einhergeht, ohne die Versorgungsqualität zu beeinträchtigen.

Die stations- und monatsbezogene Dokumentation entfällt ersatzlos. Das Personal kann somit einfacher als bisher stations- und settingübergreifend eingesetzt werden, da der tatsächliche Personaleinsatz nicht mehr den einzelnen Stationen zugeordnet werden muss.

Die Berufsgruppe der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten sowie die Berufsgruppe der Bewegungstherapeutinnen, Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten werden zu einer Berufsgruppe zusammengefasst. Damit wird zum einen den individuellen Behandlungskonzepten vieler Kliniken Rechnung getragen. Zum anderen stärkt es eine flexiblere Personalführung durch die hohe Überschneidung der Spezialtherapie und Bewegungstherapie bzw. Physiotherapie bei den Regelaufgaben.

Darüber hinaus wird der Einsatz von nicht in § 5 genannten Berufsgruppen durch eine Reihe von Änderungen erweitert:

- Erstmals dürfen bei Ärztinnen und Ärzten bis zu 5 Prozent von nicht in § 5 genannten Berufsgruppen angerechnet werden. Im Pflegedienst wird die Anrechnungsmöglichkeit von 10 Prozent auf 15 Prozent angehoben. Die Anrechnungsgrenzen werden moderat erweitert, damit das Qualitätsniveau der Behandlung gesichert bleibt. Die Erhöhung der Anrechnung gewährleistet nach wie vor, dass ärztliche und pflegerische Vorbehaltsaufgaben nicht gefährdet werden.
- Befristet bis zum 31. Dezember 2026 können erstmals auch im Nachtdienst bis zu 15 Prozent Pflegehilfskräfte eingesetzt werden.
- Eine berufsbegleitende Aus- oder Weiterbildung fachfremder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird gefördert. Personal, das mit Stichtag 1. Januar 2025 in den Kliniken beschäftigt ist und über eine andere Qualifikation als die der Berufsgruppen nach § 5 verfügt, kann während seiner berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung zu einer PPP-Fachkraft der Berufsgruppen der Pflege, der Spezialtherapie, Bewegungs-/Physiotherapie und Sozialarbeit/-pädagogik bis zu fünf Jahre berücksichtigt werden.
- Die Erläuterungen bei den Anrechnungen nach § 8 Absatz 3 bis 5 entfallen ebenso wie der Nachweis der Qualifikation bzw. Beschäftigungsdauer gemäß § 8 Absatz 5. Mit dem

Wegfall dieser Vorgaben wird der Nachweis vereinfacht und somit die Hürde, Personal im begrenzten Umfang anzurechnen, gesenkt.

Weitere Änderungen:

Der Ausnahmetatbestand für Tageskliniken in § 10 wird bis zum Ende der Übergangszeit gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1 verlängert.

Mit der Änderung in § 6 wird festgelegt, dass die tagesklinischen Behandlungsbereiche keinen Abschlag bei den Minutenwerten erhalten, unabhängig davon, ob die zugehörige Einrichtung eine Versorgungsverpflichtung hat.

Durch die Änderung in § 8 Absatz 4 wird klargestellt, dass eine Anrechnung von nicht direkt am Krankenhaus beschäftigtem Personal nur für qualifiziertes Fachpersonal gemäß § 5 zulässig ist.

Im Rahmen der Umstellung auf die jahresbezogene Lieferung der Nachweisdaten wird die bisherige Frist zur Datenübermittlung von sechs Wochen nach Quartalsende zukünftig auch bei den Meldungen zur Nichterfüllung der Mindestvorgaben angewendet. Außerdem erfolgt übergangsweise die Übermittlung der Meldung bei Nichterfüllung, begrenzt auf das Jahr 2026, weiterhin mit dem Servicedokument nach § 16 Absatz 4 (neu) im Excel-Format.

2.1 Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich:

Zu Absatz 3:

In Satz 4 wird die Frist zur weiteren Anpassung der Richtlinie hinsichtlich der künftigen Ausgestaltung der Personalvorgaben um ein Jahr verschoben, da sich der G-BA auf eine Berücksichtigung des ersten Evaluationsberichts nach § 15 Absatz 2 PPP-RL und der Ergebnisse des sogenannten EPPIK-Projekts (Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken)¹ verständigt hat, die der zuständigen Arbeitsgruppe zum erforderlichen Zeitpunkt der Beratungen noch nicht vorlagen (vgl. Kapitel 4 *Verfahrensablauf*). Die Vorlage des Evaluationsberichts durch das beauftragte IGES Institut erfolgte Ende Januar 2025; eine Kenntnisnahme des EPPIK-Schlussberichts steht bisher aus.

2.2 Zu § 2 Grundsätze:

2.2.1 Zu Absatz 5:

Die Änderung in Satz 1 dient der Konkretisierung des Verweises und ist redaktioneller Art.

2.2.2 Zu Absatz 7:

Die stations- und monatsbezogene Dokumentation entfällt ersatzlos. Das Personal kann somit einfacher als bisher stations- und settingübergreifend eingesetzt werden, da der tatsächliche Personaleinsatz nicht mehr den einzelnen Stationen zugeordnet werden muss. Die Einrichtungen können somit kurzfristig auf konkrete Behandlungsbedarfe der Patientinnen

¹ Link: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/eppik-ueberpruefung-der-eignung-des-plattformmodells-als-instrument-zur-personalbemessung-in-psychiatrischen-und-psychosomatischen-kliniken.410>

und Patienten sowie auch auf Personalausfälle reagieren. Dies kann zu einer besseren Versorgung der Patientinnen und Patienten führen.

Außerdem werden die Kliniken erheblich von der Dokumentation entlastet, da der komplette Teil B des Nachweises entfällt. Damit wird das erforderliche Personal für die stationsbezogene Nachweisführung von bürokratischen Aufgaben entlastet. Trotz Wegfalls der stationsbezogenen Dokumentation bleibt jedoch der Grundsatz in § 2 Absatz 8 erhalten: Die Erfüllung der Mindestvorgaben erfolgt weiterhin einrichtungsbezogen anhand der auf einer Station jeweils tatsächlich tätigen Fachkräfte der Berufsgruppen.

2.2.3 Zu Absatz 10:

Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung gehören zu den besonders vulnerablen Gruppen in der stationären Versorgung, deren Betreuung mit erhöhten pflegerischen und therapeutischen Bedarfen einhergeht. Häufig resultieren diese erhöhten Bedarfe aus spezifischen Verhaltensbesonderheiten aufgrund einer veränderten Verständigungsproblematik. Schmerzen und Bedürfnisse werden anders artikuliert bzw. geäußert. Entsprechend braucht es geschultes Personal, das z. B. mithilfe einfacher Sprache, besonderen Kommunikationstechniken, Zeit, Geduld und Einfühlungsvermögen einen Zugang zu den Patientinnen und Patienten aufbaut. In Deutschland gibt es eine Reihe spezialisierter Zentren, die sich auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung fokussieren. Sie bieten besondere Behandlungskonzepte, die die Betroffenen in ihrer Lebensrealität abholen und eine geschützte Umgebung bieten. Es ist wichtig, Einrichtungen gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 mit solchen erhöhten Personalbedarfen gezielt zu unterstützen. Damit diese Kliniken über die Mindestvorgaben hinaus auch entsprechendes Personal einsetzen können, sind die Besonderheiten der strukturellen, organisatorischen und personellen Ausstattung einer Einrichtung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung in den Budgetvereinbarungen zu berücksichtigen.

2.3 Zu § 3 Behandlungsbereiche:

Zu Absatz 1:

Zum Behandlungsbereich S

Die Änderung der Bezeichnung des Behandlungsbereichs S „Abhängigkeitskranke“ ist redaktioneller Art: Sie wird an die Bezeichnung des Behandlungsbereichs S „Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit“ in Anlage 2 (Eingruppierungsempfehlungen) angepasst, die bereits im Rahmen der Richtlinienänderung vom 20. Juni 2024 beschlossen wurde.

2.4 Zu § 5 Berufsgruppen:

Zu Absatz 1 und 2:

Zu Buchstabe d und e

Die bisherigen Berufsgruppen der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (ehem. Buchstabe d) sowie die Berufsgruppe der Bewegungstherapeutinnen, Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (ehem. Buchstabe e) werden zu einer gemeinsamen Berufsgruppe Buchstabe d (neu) zusammengefasst. Die ehemalige Berufsgruppe Buchstabe e bleibt unbesetzt. Durch die Zusammenfassung wird den

linikindividuellen Behandlungskonzepten und bestimmten Therapieformen vieler Kliniken Rechnung getragen und eine flexiblere Personalführung gestärkt. Außerdem werden die Einrichtungen dadurch in ihrer Nachweisführung entlastet.

Es handelt sich um eine rechnerische Zusammenlegung, denn schon bisher konnten diese beiden Berufsgruppen gemäß § 8 Absatz 3 untereinander ohne Begrenzung angerechnet werden. Die Zusammenlegung dieser beiden kleineren Berufsgruppen ist darüber hinaus folgerichtig, da sich bei den Regelaufgaben dieser Berufsgruppen große Überschneidungen finden. Dies spiegelt sich auch in den bisherigen Nachweisen wieder: Bei den Anrechnungen der Berufsgruppen gemäß § 5 untereinander wird am häufigsten Personal der Spezialtherapie und der Bewegungstherapie untereinander angerechnet (siehe Tabelle). Von den Berufsgruppen nach § 5, die auf die Spezialtherapien angerechnet wurden, machten die Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten mit 72 Prozent den größten Anteil aus. Von den Berufsgruppen nach § 5, die auf die Bewegungstherapien angerechnet wurden, waren die Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten mit 40 Prozent am relevantesten.

Tabelle: Anrechnungen zwischen den spezialtherapeutischen und den physiotherapeutischen Berufsgruppen

Tatsächliche Personal- ausstattung	Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgt							Summe
	a) Ärztliche BG	b) Pflege (Tagdienst)	b) Pflege (Nachtdienst)	c) Psychotherapeutische BG	d) Spezialtherapeutische BG	e) Bewegungstherapeutische BG	f) Sozialarbeit, Heilpädagogik	
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	0/93 (0%)	33/93 (35%)	0/93 (0%)	0/93 (0%)	2/93 (2%)	37/93 (40%)	21/93 (23%)	93/93 (100%)
Bewegungstherapeutinnen, Bewegungstherapeuten und Physiotherapeutinnen, Physiotherapeuten	0/130 (0%)	16/130 (12%)	0/130 (0%)	1/130 (1%)	94/130 (72%)	0/130 (0%)	19/130 (15%)	130/130 (100%)
BG: Berufsgruppen, a) Ärztinnen und Ärzte, b) Pflegefachpersonen, c) Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten und Psychologinnen, Psychologen, d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, e) Bewegungstherapeutinnen, Bewegungstherapeuten und Physiotherapeutinnen, Physiotherapeuten, f) Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Sozialpädagogen und Heilpädagoginnen, Heilpädagogen								

Quelle: Darstellung auf Basis des IQTIG-Quartalsberichts Q3-2024 Tabelle 44 (29) S. 119

Durch die Zusammenfassung der bestehenden Berufsgruppen der Buchstaben d und e wird untereinander mehr Flexibilität beim Personaleinsatz geschaffen und gleichzeitig Bürokratie abgebaut.

2.5 Zu § 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung:

2.5.1 Zu Absatz 6:

Die pauschale Reduktion der Minutenwerte um 10 Prozent für Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung in Satz 1 trägt dem Umstand Rechnung, dass bei diesen Einrichtungen häufiger ein geringerer Personalbedarf besteht im Vergleich zu Einrichtungen, die Notfälle rund um die Uhr aufnehmen. Einrichtungen ohne Pflicht zur Vorhaltung eines umfassenden Behandlungsangebots für die regionale Bevölkerung müssen häufig keine

akuten oder ungeplanten Aufnahmen außerhalb der regulären Zeiten absichern und sind meist auch nicht in gleichem Maße in die Notfallversorgung eingebunden. Daraus ergibt sich oftmals ein reduzierter struktureller Personalbedarf, der durch den pauschalen Abzug sachgerecht berücksichtigt wird. Nach dem nun ergänzten Satz 2 erfolgt für die tagesklinischen Behandlungsbereiche A6, A8, S6, G6 sowie KJ7 gemäß § 3 Absatz 1 und 2 künftig unabhängig vom Versorgungsstatus entsprechend kein Abzug. Da die Minutenwerte für diese Bereiche bereits spezifisch auf das tagesklinische Behandlungsgeschehen zugeschnitten sind, wird die pauschale Reduktion nicht als sachgerecht erachtet.

2.5.2 Zu Absatz 7:

Der G-BA hat sich dazu verpflichtet, seine im September 2022 beschlossenen Mindestvorgaben für den Nachtdienst, die ab 2024 gelten, bis zum 31. Dezember 2025 weiterzuentwickeln. Allerdings zeigen die Nachweise, dass eine Weiterentwicklung zum aktuellen Zeitpunkt noch zu früh ist. Deshalb wird die Überprüfung und Weiterentwicklung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst bis zum 30. Juni 2027 verlängert.

Die Änderungen in den Nummern 1 bis 4 sind redaktioneller Art.

2.6 *Zu § 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad:*

2.6.1 Zu Absatz 5:

Die Frist für die Festlegung von Folgen bei der Nichterfüllung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst in Satz 4 wird um zwei Jahre verlängert. Dies stellt eine konsequente Folgeänderung der in § 6 Absatz 7 vorgenommenen Verschiebung der Überprüfung der Nachtdienstregelung dar.

Satz 5 wird im Zuge der Verortung sämtlicher Regelungen zu personellen Anrechnungsmöglichkeiten im Nachtdienst in § 8 Absatz 7 (neu) hier gestrichen.

Satz 6 wird als Folgeänderung zu der Änderung in § 2 Absatz 7 gestrichen.

2.7 *Zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen:*

2.7.1 Zu Absatz 2:

Die neue Regelung hat zum Ziel, bereits vorhandenes Personal in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Fachabteilungen zu halten und die Behandlung mit qualifiziertem Fachpersonal zu fördern. Sie gilt für Mitarbeitende, die mit Stichtag 1. Januar 2025 in der Einrichtung angestellt sind. Als Anreiz zur Weiter- oder Neuqualifikation des Personals wird die Möglichkeit eröffnet, Fach- und Hilfskräfte aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen, die sich berufsbegleitend zu einer Fachkraft gemäß § 5 Buchstabe b, d und f bzw. Absatz 2 Buchstabe b, d und f weiter- oder ausbilden lassen, bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 zu berücksichtigen. Diese können für eine Dauer von bis zu fünf Jahren während ihrer Aus- oder Weiterbildung angerechnet werden. Beispiele dafür wären etwa eine Sozialassistentin, die sich berufsbegleitend zur Heilerziehungspflegerin weiterbilden lässt, ein Arbeitserzieher, der eine Ausbildung zum Ergotherapeuten aufnimmt oder eine Medizinische Fachangestellte oder Pflegehilfskraft, die eine Ausbildung zur Pflegefachkraft aufnimmt. Die Regelung adressiert ausschließlich die Aus- und Weiterbildung zu den pflegerischen sowie therapeutischen bzw. pädagogischen Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 Buchstabe b, d und f sowie Absatz 2 Buchstabe b, d und f.

Der Umfang ist in Tabelle A5.1 in Spalte 5 „Fachkräfte der Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS“ zu berücksichtigen.

2.7.2 Zu Absatz 3:

Die Streichungen des jeweiligen Buchstaben e, der sich auf die Berufsgruppe der Bewegungstherapeutinnen, Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten bezieht, sind Folgeanpassungen zu § 5 Absatz 1 und 2.

Zu Satz 4

Die bisher bestehende befristete Regelung zu einer Anrechnungsmöglichkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen auf andere nichtärztliche Berufsgruppen wird um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2026 verlängert.

Zu Satz 5

Um den Dokumentationsaufwand in den Einrichtungen zu reduzieren, entfällt die Erläuterung zu den personellen Anrechnungen in den Nachweisen. Die Umfänge der Anrechnungen sind weiterhin differenziert nach den Berufsgruppen auszuweisen.

2.7.3 Zu Absatz 4:

Zu Satz 2 (neu)

Mit der Änderung wird klargestellt, dass nur Fachpersonal aus den in § 5 genannten Berufsgruppen, das nicht direkt am Krankenhaus angestellt ist, angerechnet werden darf. Fachkräfte aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen können somit nur dann bei der tatsächlichen Personalausstattung angerechnet werden, wenn sie direkt am Krankenhaus beschäftigt sind. In diesen Fällen erfolgt die Ausweisung unter dem Tatbestand von § 8 Absatz 5.

Zu Satz 2 (alt)

Um die Einrichtungen hinsichtlich der Dokumentation zu entlasten, entfällt die Erläuterung zu den Anrechnungen in den Nachweisen. Die Umfänge der Anrechnungen sind weiterhin differenziert nach den Berufsgruppen auszuweisen.

2.7.4 Zu Absatz 5:

Zu Satz 1 und 2

Die Streichungen in Satz 1 erfolgen, um die Einrichtungen noch stärker von der Dokumentation zu entlasten. Durch die Streichung entfällt bei der Anrechnung von nicht in § 5 genanntem Personal die Nachweispflicht der Qualifikation, die zur Übernahme der Regelaufgaben befähigt. Nicht mehr nachgewiesen werden muss demnach konkret die Qualifikation, die zur Übernahme der Regelaufgaben der Berufsgruppe, für die die Anrechnung erfolgen soll, befähigt. Äquivalent dazu entfällt der Nachweis einer mindestens fünfjährigen beruflichen Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung.

Weiterhin muss aus Qualitätsgründen Transparenz darüber bestehen, welche Berufsgruppen anstelle der in § 5 genannten Berufsgruppen eingesetzt werden. Die Umfänge der Anrechnungen sind weiterhin differenziert nach den Berufen bzw. Berufsgruppen auszuweisen.

Zu Satz 3 (neu)

Um Ärztinnen und Ärzte zu entlasten und den Kliniken mehr Flexibilität für den Personaleinsatz zu gewähren, kann zukünftig eine Anrechnung von nicht in § 5 genanntem Personal auf diese Berufsgruppe erfolgen.

Die begrenzte Anrechnung von 5 Prozent soll auch weiterhin eine qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung gewährleisten.

Der Verweis auf die Regelaufgaben stellt klar, dass eine weitreichende Substitution von Ärztinnen und Ärzten durch andere Berufsgruppen aufgrund der ärztlichen Vorbehaltsaufgaben nicht möglich ist und somit das Grundprinzip der ärztlichen Heilkundeausübung unberührt bleibt.

Die bisherige maximale Anrechnungshöhe von 10 Prozent der nicht in § 5 genannten Berufsgruppen auf die Berufsgruppe der Pflegenden wird moderat auf 15 Prozent angehoben. Damit erhalten die Einrichtungen mehr Flexibilität für den Einsatz von nicht in § 5 genannten Fachkräften sowie Hilfskräften, beispielsweise Pflegehilfskräften oder Medizinischen Fachangestellten. Einige der in Anlage 4 genannten Regelaufgaben müssen nicht notwendigerweise von Pflegefachkräften übernommen werden. Durch die höhere Anrechnung erhalten die Fachkräfte dieser Berufsgruppe mehr Raum, sich auf jene Aufgaben zu konzentrieren, die durch Pflegefachkräfte zu erledigen sind.

Die weiteren Änderungen sind Folgeanpassungen zu den Zusammenfassungen in § 5 Absatz 1 und 2 je Buchstabe d und Buchstabe e und somit redaktioneller Art.

Zu Satz 5 (neu)

Die Prüfung und ggf. Anpassung der Umfänge der Anrechnungsmöglichkeiten gemäß Absatz 5 für psychosomatische Einrichtungen wird um ein Jahr verlängert.

2.7.5 Zu Absatz 7 (neu):

Befristet bis zum 31. Dezember 2026 ist erstmals eine Anrechnung von Pflegehilfskräften in der Nacht zulässig. Voraussetzung dafür ist, dass diese eine Ausbildung von mindestens zwölf Monaten absolviert haben oder seit mindestens drei Jahren in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung als Pflegehilfskraft tätig waren. Analog zu den Regelungen in Absatz 5 gilt eine maximale Anrechnungshöhe von Pflegehilfskräften von 15 Prozent.

Die neu geschaffene Anrechnungsregelung wird befristet, da die Vorgaben für den Nachtdienst bis zum 30. Juni 2027 weiterentwickelt werden sollen (vgl. § 6 Absatz 7).

2.8 Zu § 10 Ausnahmetatbestände:

2.8.1 Zu Absatz 1:

Tageskliniken leisten einen wichtigen Beitrag in der wohnortnahen Behandlung der Patientinnen und Patienten und sind außerdem wichtig für die Weiterentwicklung der Versorgung. Aufgrund der Besonderheiten dezentraler kleiner Standorte, sogenannter „Stand-alone“-Tageskliniken, wurde zunächst befristet bis zum 31. Dezember 2025 ein Ausnahmetatbestand für die Erfüllung der Mindestvorgaben in die PPP-RL aufgenommen. Dieser Ausnahmetatbestand unter Nummer 4 wird verlängert bis zum 31. Dezember 2028.

2.9 Zu § 11 Nachweisverfahren:

2.9.1 Zu Absatz 1:

Die Änderungen sind redaktioneller Art bzw. eine Folgeanpassung zur Streichung in § 2 Absatz 7.

2.9.2 Zu Absatz 2:

Es erfolgen Folgeanpassungen zu den Änderungen in § 2 Absatz 7.

2.9.3 Zu Absatz 3:

Zu Satz 1

Aufgrund der Umstellung auf die jahresbezogene Datenübermittlung der Nachweise werden die Fristen zur Datenübermittlung innerhalb der Richtlinie harmonisiert. Gemäß § 11 Absatz 2 sind die Nachweise nach Absatz 1 inklusive der Erklärung über die Richtigkeit der Angaben ab dem 2. Januar 2026 jährlich zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und das IQTIG zu übermitteln. Unberührt davon bleibt die quartalsweise Meldung bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die zuständigen Landesaufsichtsbehörden.

Während der Zeit der quartalsweisen Übermittlung galt für die Meldung der Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 11 Absatz 13 Nummer 1 Satz 2 eine Übermittlungsfrist von jeweils sechs Wochen nach Quartalsende. Die Erfahrungen in den Krankenhäusern haben gezeigt, dass diese Frist angemessen ist, um die entsprechenden umfangreichen Nachweise zu erstellen, zu prüfen, unterschreiben zu lassen, zu übermitteln und ggf. Fehlerprotokolle zu bearbeiten. Dabei handelt es sich nicht nur um eine reine Meldung bei Nichterfüllung, sondern das gesamte Servicedokument muss übermittelt werden. Die ursprünglich mit 14 Tagen datierte Übermittlungsfrist nach Ende des Quartals in § 11 Absatz 3 wird daher auf sechs Wochen verlängert, um den etablierten Turnus der Kliniken beizubehalten und somit ausreichend Zeit zur Erstellung der Nachweise zu geben.

Darüber hinaus wird neben den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und den zuständigen Landesaufsichtsbehörden das IQTIG als dritter Datenempfänger der Meldung bei Nichterfüllung aufgenommen. Dies erfolgt vor dem Hintergrund der geplanten Mitteilung gegenüber dem G-BA gemäß § 11 Absatz 11.

Zu Satz 3

Die Änderungen in Satz 3 ergeben sich als Folgeanpassungen aus den Änderungen in § 2 Absatz 7 und § 16 Absatz 6 und 8 (alt). Außerdem kann bei der Anzeige einer Nichterfüllung der Mindestvorgaben auf die Übermittlung der Teile A8 (Tabelle A8.1) und A9 verzichtet werden. Mit der Änderung in Satz 3 wird klargestellt, dass die Tabelle A8.1 zwar auch nach dem 31. Dezember 2025 von den Einrichtungen auszufüllen ist, ihre Übermittlung im Rahmen der Meldung bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben an die drei o.g. Datenempfänger aber entfällt. Somit wird sie ausschließlich bei der Jahresmeldung der Nachweise gemäß § 11 Absatz 2 übermittelt. Gleiches gilt für den Teil A9, der im Rahmen der Jahresübermittlung gemäß § 11 Absatz 2 aufgrund der Übergangsregelung in § 16 Absatz 6 (alt) im Jahr 2026 allerdings nur an das IQTIG zu übersenden ist.

2.9.4 Zu Absatz 11:

Gemäß Absatz 3 erhält das IQTIG ab dem Erfassungsjahr 2026 ebenfalls die Meldung über die Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach § 6. Das IQTIG übermittelt dem G-BA eine Mitteilung über die Ergebnisse dieser Meldung jeweils spätestens vier Monate nach Ende des betreffenden Quartals. Diese Übermittlung erfolgt, um den Umsetzungsstand im Rahmen der Beobachtungspflichten des G-BA festzustellen. Gemäß § 1 Absatz 3 hat sich der G-BA dazu verpflichtet, die PPP-RL kontinuierlich weiterzuentwickeln. Damit der G-BA dieser Aufgabe im Rahmen der jährlichen und ggf. unterjährigen Anpassung der Richtlinie nachkommen kann, braucht er insbesondere einen möglichst aktuellen Überblick über jene Einrichtungen, die die Mindestanforderungen nicht erfüllen.

2.9.5 Zu Absatz 14:

Bei der Streichung handelt es sich um eine redaktionelle Folgeanpassung im Zuge der Streichung in § 2 Absatz 7, da die Ermittlung einer Grundgesamtheit für die Stichprobe gemäß § 16 Absatz 8 ab dem Erfassungsjahr 2026 nicht mehr notwendig ist.

2.10 *Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:*

2.10.1 Zu Absatz 8:

Zu Satz 1

Die Streichung des Verweises auf § 11 Absatz 3 im ersten Teilsatz dient der inhaltlichen Klarstellung und Systematisierung der Regelung. § 11 Absatz 3 betrifft ausschließlich die Meldung bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben und stellt damit keine Mitwirkungspflicht im eigentlichen Sinne dar, sondern eine eigenständige Verpflichtung zur Information der zuständigen Stellen. Durch die Streichung entfällt auch die Verpflichtung der Empfänger des Nachweises, das Krankenhaus an seine Übermittlung zu erinnern. Dies ist erforderlich, da der Empfänger ohne entsprechende Mitteilung keine Kenntnis von einer möglichen Nichterfüllung erlangen kann. Ebenso entfallen die in den Sätzen 2 bis 6 festgelegten Folgen für die Meldung bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben. Die Folgen bei der Jahresmeldung gemäß § 11 Absatz 2 bleiben unverändert.

Zu Satz 3

Die Anpassung der Jahreszahl auf 2022 erfolgt, um sicherzustellen, dass die Bezugnahme auf die AEB-Psych-Vereinbarung der aktuellen Fassung entspricht. Die Anlage 1 der AEB-Psych-Vereinbarung, auf die in der Regelung Bezug genommen wird, ist in der Fassung von 2020 und 2022 identisch.

Zu Satz 4 (neu)

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass bei einer standortübergreifenden Vereinbarung von Berechnungstagen nur die Standorte zu berücksichtigen sind, an denen die Mitwirkungspflichten nicht erfüllt wurden. Dadurch wird eine präzisere und sachgerechtere Anwendung der Regelung sichergestellt.

Zu Satz 7 (alt)

Bei den Änderungen handelt es sich um eine sprachliche Klarstellung, die redaktioneller Art ist.

2.11 Zu § 14 Anpassung der Richtlinie:

2.11.1 Zu Absatz 2:

Bei der Streichung handelt es sich um eine Folgeanpassung im Zuge der Streichung in § 2 Absatz 7.

2.12 Zu § 16 Übergangsregelungen:

2.12.1 Zu Absatz 3 (alt):

Die Übergangsregelungen zur Patienteneinstufung in Absatz 3 sind ausgelaufen und werden daher gestrichen.

2.12.2 Zu Absatz 4 (alt):

Der bisherige Absatz 4 wird aufgrund der Streichung von Absatz 3 (alt) nun zu Absatz 3 (neu).

Für die Einrichtungen der Psychosomatik finden die Regelungen von Satz 3 – die Vorgaben bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absatz 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten – erst ab dem 1. Januar 2028 Anwendung. Hintergrund ist die geplante Weiterentwicklung der Behandlungsbereiche und Minutenwerte der Psychosomatik.

2.12.3 Zu Absatz 5 (alt):

Der bisherige Absatz 5 wird aufgrund der Streichung von Absatz 3 (alt) nun zu Absatz 4 (neu).

Die Übermittlung der Nachweise soll ab dem Erfassungsjahr 2026 grundsätzlich in elektronischer Form auf Basis einer vom G-BA beschlossenen Spezifikation erfolgen. Die Nachweise umfassen die Jahresmeldungen gemäß § 11 Absatz 2 sowie die Meldung bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 11 Absatz 3. Die Jahresmeldungen gemäß § 11 Absatz 2 für das Erfassungsjahr 2026 sind im Zeitraum 1. Januar 2027 bis 15. Februar 2027 zu übermitteln. Für die Meldungen bei Nichterfüllung gemäß § 11 Absatz 3 wird abweichend für das Erfassungsjahr 2026 festgelegt, dass diese weiterhin über ein vom G-BA zur Verfügung gestelltes Servicedokument zu übermitteln sind. Damit wird die Kontinuität des Meldeverfahrens gesichert, bis die notwendigen technischen Voraussetzungen für eine Übermittlung auf Basis einer vom G-BA beschlossenen Spezifikation bei allen Beteiligten umgesetzt sind. Für das Erfassungsjahr 2025 müssen die noch ausstehenden Daten für das vierte Quartal spätestens bis zum 15. Februar 2026 übermittelt werden.

2.12.4 Zu Absatz 6 (alt):

Der bisherige Absatz 6 wird aufgrund der Streichung von Absatz 3 (alt) nun zu Absatz 5 (neu).

Die Änderung verlängert die bestehende Regelung um ein weiteres Jahr. Demnach wird Teil A9 der Anlage 3 bei der Nachweisübermittlung gemäß § 11 Absatz 2 im Jahr 2026 ausschließlich an das IQTIG übersandt.

2.12.5 Zu Absatz 7 bis 9 (alt):

Die bisherigen Absätze 7, 8 und 9 werden aufgrund der Streichung von Absatz 3 (alt) nun zu den Absätzen 6 bis 8 (neu). Da der Monats- und Stationsbezug in § 2 Absatz 7, § 7 Absatz 5 Satz 6, § 11 Absatz 1 und 2 sowie Teil B der Anlage 3 mit vorliegendem Beschluss gestrichen

wird und sich die Regelungen im bisherigen Absatz 8 ausschließlich auf das Jahr 2024 beziehen, finden die entsprechenden Regelungen in den neuen Absätzen 7 und 8 nunmehr keine Anwendung.

2.13 Zur Anlage 1 *Minutenwertetabellen*:

Bei den Änderungen handelt es sich um Folgeanpassungen aufgrund der Änderungen in § 5 Absatz 1 und 2. Die Minutenwerte der Berufsgruppen Buchstaben d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten) und e (Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) werden entsprechend addiert und ergeben in Summe die Minutenwerte der neu zusammengefassten Berufsgruppe d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten). Die Minutenwerte werden dabei nicht verändert, sondern lediglich zusammengefasst.

2.14 Zur Anlage 3 *Nachweis zur PPP-RL*:

Die im Nachweis vorgenommenen Änderungen entlasten die Kliniken von weitergehenden Dokumentationen. Aufgrund des ersatzlosen Wegfalls der monats- und stationsbezogenen Dokumentation (siehe hierzu § 2 Absatz 7) entfällt Teil B der Anlage 3 vollständig. Dieser Wegfall führt zu redaktionellen Folgeänderungen in Anlage 3, insbesondere in den Tabellen A2, A3 und A5. Weitere redaktionelle Folgeanpassungen erfolgen aufgrund der Zusammenfassung der Berufsgruppen Buchstaben d und e (siehe Änderungen in § 5 Absatz 1 und 2) und in Nachweisteil A8.

Darüber hinaus wird die Dokumentation in Anlage 3 weiter reduziert, indem redundante Angaben zu Überschriften auf den jeweiligen Tabellenblättern gestrichen werden. Dies betrifft die Angaben „Nachweis Teil A PPP-RL für jeden Standort quartalsbezogen ausfüllen“ sowie „Haupt-IK“, „Standort ID“, „Jahr“ sowie „Quartal“, zu denen nunmehr nur noch eine Jahres- und Quartalsangabe für den gesamten Nachweis zu erfolgen hat.

Weitere Datenfelder werden automatisch befüllt. Diese Datenfelder werden entsprechend gekennzeichnet.

2.14.1 Zum Ausfüllhinweis:

Es handelt sich um Folgeanpassungen und Streichungen infolge der Anpassungen zum Wegfall der stations- und monatsbezogenen Dokumentation in § 2 Absatz 7 i. V. m. § 16 Absatz 8, des Starts des Regelbetriebs mit jährlicher Datenübermittlung nach § 11 Absatz 2 und der quartalsweisen Datenübermittlung bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 11 Absatz 3 sowie der Anpassung verschiedener Fristen.

2.14.2 Zu „Administrative Daten“:

Bei der Änderung des Verweises handelt es sich um eine Folgeanpassung zur geänderten Absatznummerierung in § 16; aufgrund der Streichung der monats- und stationsbezogenen Nachweisführung sind künftig jedoch keine Stichproben und somit keine Einrichtungen mehr zur Stichprobenteilnahme vorgesehen.

2.14.3 Zu Teil A2:

Die Tabellen A2.1 und A2.2 werden aufgrund des Wegfalls der stations- und monatsbezogenen Dokumentation gekürzt und zu einer Tabelle zusammengeführt.

2.14.4 Zu Teil A3:

Die Datenfelder für die Tabelle A3.1 „Gesamtbehandlungstage“ können aus den Angaben in Tabelle A3.3 automatisch berechnet werden, weshalb die Hinweise hier gestrichen werden.

Zur Vereinfachung der Anlage 3 Nachweise werden nicht mehr benötigte oder nicht mehr zutreffende Hinweise zu Tabelle A3.3 gestrichen.

Bei den Streichungen in den Hinweisen der Tabellen A3.1 und A3.3 handelt es sich außerdem um Folgeanpassungen zur Streichung aller Regelungen zur monats- und stationsbezogenen Nachweiserbringung in § 2 Absatz 7.

2.14.5 Zu Teil A4:

Bei der Streichung des gesamten Teils A4 handelt es sich um eine Folgeanpassung zur Streichung aller Regelungen zur monats- und stationsbezogenen Nachweiserbringung in § 2 Absatz 7.

2.14.6 Zu Teil A5:

Zu Tabelle A5.1

Ein Teil der Datenfelder für die Tabelle A5.1 „Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Quartal und Einrichtung“ kann automatisch berechnet werden, weshalb die Spalten entsprechend gekennzeichnet werden. Damit wird der Dokumentationsaufwand für die Einrichtungen reduziert.

Die psychiatrische Versorgung im Krankenhaus umfasst nicht nur vollstationäre, sondern auch teilstationäre oder ambulante Behandlungen. Allerdings fällt nur die voll- und teilstationäre Behandlung in den Regelungsbereich der PPP-RL, nicht jedoch die ambulante Behandlung am Krankenhaus. Mit der vorgenommenen Ergänzung im Hinweis zu Tabelle A5.1 wird klargestellt, dass Personal, das bereichsübergreifend tätig ist, angerechnet werden kann. Es sind allerdings nur die voll- oder teilstationären Tätigkeiten anrechenbar, nicht jedoch die Tätigkeiten im Rahmen der ambulanten Behandlung.

Zu Tabelle A5.2

Alle Datenfelder für die Tabelle A5.2 „Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen im Quartal für die Einrichtungen [...]“ können aus bereits vorhandenen Angaben automatisch berechnet werden, weshalb die Spalten entsprechend gekennzeichnet werden. Damit wird der Dokumentationsaufwand für die Einrichtungen reduziert.

Zu Tabelle A5.3

Bei der Streichung der Spalte „Erläuterung“ in der Tabelle A5.3 „Anrechnung von Fachkräften“ handelt es sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 8 Absatz 3 bis 5, die zu einer erheblichen Dokumentationsentlastung führen.

2.14.7 Zu Teil A6:

Bei der Verlängerung der Gültigkeit von Tabelle A6.4 handelt es sich um eine Folgeänderung zu § 10 Absatz 1 Nummer 4.

2.14.8 Zu Teil A8:

Im Hinweis zu Tabelle A8.1 wird die befristete Regelung zur Übermittlung der Tabelle gestrichen, da der Zeitraum ausgelaufen und künftig neben der Datenübermittlung an das IQTIG auch eine Übersendung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vorzusehen ist.

In den Referenztabelle werden Folgeanpassungen zu den Änderungen in § 5 Absatz 1 und 2 Buchstaben d und e vorgenommen und die Facharztbezeichnung zur Psychosomatik aktualisiert.

Zu Teil B (alt) des Nachweises

Teil B des Nachweises entfällt aufgrund der Streichung der monats- und stationsbezogenen Nachweisführung. Siehe dazu auch die Ausführungen zu § 2 Absatz 7.

2.15 *Zur Anlage 4 Regelaufgaben:*

Analog zu der Zusammenfassung der Berufsgruppen in § 5 Absatz 1 Buchstabe d und Buchstabe e sowie Absatz 2 Buchstabe d und Buchstabe e werden die Regelaufgaben dieser Berufsgruppen zusammengeführt. Die Regelaufgaben werden dabei inhaltlich unverändert übernommen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultiert eine Entlastung der jährlichen Bürokratiekosten in Höhe von 204.324 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 67.580 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 12. September 2024 begann die Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (AG PPP) mit der Beratung zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2026. In vier Sitzungen wurde die Änderungsfassung der Richtlinie erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Absatz 5a, 136a Absatz 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Verfo wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zur

Änderungsfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand der Änderungen berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses vom 29. Januar 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am 6. Februar 2025 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahmen endete am 6. März 2025.

Es wurden 13 Stellungnahmen nebst zwei Erklärungen eines Stellungnahmeverzichts fristgerecht, eine Stellungnahme nicht fristgerecht sowie zwei Schreiben unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 26. März 2025 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 7. Mai 2025 durchgeführt (**Anlage 5**).

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 6. Februar 2025 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Juni 2025 beschlossen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit. Die Ländervertretung enthält sich.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer äußerten keine Bedenken.

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandte geltende Fassung der PPP-RL mit sichtbar eingearbeiteten Änderungsvorschlägen sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 4: Stellungnahmen

Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 18. Juni 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage 1 Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der PPP-RL: Änderungen zum Erfassungsjahr 2026

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert er gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen/Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Zur Abschätzung der voraussichtlich entstehenden Bürokratiekosten sind nur solche Änderungen in den Vorgaben der PPP-Richtlinie zu betrachten, welche bei den einzelnen Krankenhäusern im Vergleich zum Ist-Zustand bürokratischen Mehr- oder Minderaufwand auslösen. Bestehende bürokratischen Aufwände, bei denen keine Änderungen zu erwarten sind, finden keinen Eingang in die Bürokratiekostenermittlung.

Der vorliegende Beschluss sieht für die stationären Einrichtungen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung eine Vereinfachung und Verschlankung der Nachweisdokumentation nach Anlage 3 PPP-RL ab dem 1. Januar 2026 vor:

Einarbeitung in geänderte Vorgaben (allgemein)

Hinsichtlich der Einarbeitung in die geänderten Informationspflichten entsteht allen betroffenen psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen ein einmaliger Aufwand von etwa 60 Minuten, hierbei wird ein hohes Qualifikationsniveau von 62,0 Euro je Stunde zugrunde gelegt. Unter Berücksichtigung der 1.090 Standorte ergeben sich daraus einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 67.580 Euro (1.090 x 62,0 Euro).

Vereinfachung der Dokumentation

Bisher erfolgte die Dokumentation der Nachweise in Anlage 3 PPP-RL über Servicedokumente. Ab dem Jahr 2026 erfolgt die Nachweisübermittlung softwarebasiert über eine Spezifikation. Dadurch wird die Befüllung der Tabellen A3.1, A5.2 und Tabellenteile von A5.1 automatisiert und der bislang bestehende bürokratische Aufwand verringert. Die Streichung der Spalte 7 in Tabelle A5.3 und der Wegfall von Tabelle A2.2 und A4 reduzieren zusätzlich den Bürokratieaufwand. Gleichwohl wird Tabelle A2.1 um die neuen Spalten 6 und 7 erweitert. Insgesamt entsteht eine Entlastung von Bürokratiekosten und diese wird auf eine Höhe von 27.900 Euro geschätzt.

Durch den Wegfall der stations- und monatsbezogenen Nachweisführung zur Einhaltung der Mindestvorgaben (§ 2 Absatz 7 i.V.m. § 11 Absatz 1 und 2) entfällt der gesamte Teil B des

Nachweises. Damit werden die betroffenen Krankenhäuser von jährlichen Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 154.590 Euro entlastet. Zudem läuft die bislang bis zum 1. Januar 2026 befristete Regelung zur quartalsweisen Übermittlung der Nachweise (§ 11 Absatz 13) aus und sorgt damit für eine Entlastung in Höhe von geschätzt 21.834 Euro jährlich.

Zusammenfassung

Insgesamt entstehen durch den Beschluss einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 67.580 Euro. Gleichzeitig werden die Krankenhäuser ab dem Jahr 2026 von Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 204.324 Euro entlastet. Die Details können der nachfolgenden Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1 - Zusammenfassung der Bürokratiekosten

Informationspflicht	Jährliche Bürokratiekosten	Einmalige Bürokratiekosten
Einarbeitung in geänderte Vorgaben		67.580 Euro
Teil A: Vereinfachung der Dokumentation	- 27.900 Euro	
Nachweis Einhaltung Mindestvorgaben gmß. § 11 Abs. 1, 2, 13	- 176.424 Euro	
Gesamt	- 204.324 Euro	67.580 Euro

Anlage 2 Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Stellungnahmeberechtigt nach § 91 Abs. 5a SGB V:
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)
Stellungnahmeberechtigt nach § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V:
<i>In der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) organisierte betroffene medizinische Fachgesellschaften:</i> • Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (dgkjp) • Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) • Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) • Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie und Psychopathometrie (DGMPP) • Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) • Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) • Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) • Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH) • Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) • Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) • Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) • Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) • Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM) • Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) • Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) • Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) • Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) • Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) • Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) • Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) • Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) • Deutschsprachige Gesellschaft für Kunst & Psychopathologie des Ausdrucks (DGPA) • Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie & Sexualwissenschaft (DGSMTW) • Deutsche Gesellschaft für Kinder- & Jugendmedizin (DGKJ)
<i>Non-AWMF-Fachgesellschaften:</i> • Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS) • Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP) • Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) • Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)

Stellungnahmeberechtigt nach 1. Kapitel § 8 Absatz 2 lit. a) VerfO:

- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE)
- Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK)
- Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)
- Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)
- Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)
- Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)



Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der
Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung
erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a
Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

(Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-
Richtlinie/PPP-RL)

in der Fassung vom 19. September 2019
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BA nz AT 31.12.2019 B6)
in Kraft getreten am 1. Januar 2020

zuletzt geändert am 20. Juni 2024
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BA nz AT 21.10.2024 B2)
in Kraft getreten am 1. Januar 2025

Entwurf, Stand 06.02.2025

für das Stellungnahmeverfahren gemäß Beschluss des UA QS vom 29.01.2025

Hinweise:

- Änderungsvorschläge gegenüber der derzeit geltenden Richtlinienfassung sind [im Änderungsmodus](#) kenntlich gemacht.
- Dissente Positionen sind **gelb gekennzeichnet**; redaktionell anzupassende Passagen sind grau markiert.

Inhalt

§ 1	Zweck, Ziele und Anwendungsbereich	3
§ 2	Grundsätze	3
§ 3	Behandlungsbereiche.....	5
§ 4	Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste.....	6
§ 5	Berufsgruppen.....	6
§ 6	Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung.....	9
§ 7	Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad	11
§ 8	Anrechnungen von Berufsgruppen.....	12
§ 9	Weitere Qualitätsempfehlungen	15
§ 10	Ausnahmetatbestände.....	15
§ 11	Nachweisverfahren	16
§ 12	Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser	20
§ 13	Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben	20
§ 14	Anpassung der Richtlinie.....	23
§ 15	Evaluation der Richtlinie	24
§ 16	Übergangsregelungen	24
Anlage 1	Minutenwertetabellen	27
Anlage 2	Eingruppierungsempfehlungen.....	30
Anlage 3	Nachweis	37
Anlage 4	Regelaufgaben	84
Anlage 5	Kernaufgaben der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter	113
Anlage 6	Prüfregeln	114

§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich

(1) Diese Richtlinie legt gemäß § 136a Absatz 2 SGB V geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest. Dazu werden insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung bestimmt. Die Mindestvorgaben sollen einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Die mit dieser Richtlinie festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben sind keine Anhaltswerte zur Personalbemessung.

(2) Diese Richtlinie gilt für Krankenhäuser im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche, soweit darin Patientinnen oder Patienten behandelt werden, die einer vollstationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen und nach Art und Schwere der Krankheit den Behandlungsbereichen gemäß § 3 in Verbindung mit Anlage 2 zugeordnet werden können.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet sich zur kontinuierlichen Weiterentwicklung dieser Richtlinie gemäß § 14 Absatz 5. Mit dieser Richtlinie wird das Ziel verfolgt, in einer ersten Stufe die Ausgestaltung von Personalvorgaben zu etablieren, welche während der Entwicklung eines zukunftsorientierten Modells Geltung findet. Eine erste Anpassung dieser Richtlinie gemäß § 14 erfolgt mit Beschluss zum 30. September 2022. Eine weitere Anpassung hinsichtlich der künftigen Ausgestaltung der Personalvorgaben, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen sollen, wird unter Berücksichtigung der Auswertung der Datenlieferungen der Krankenhäuser aus dieser Richtlinie nach Finalisierung und Auswertung der derzeit in der Wissenschaft und von den Fachgesellschaften diskutierten Personalbemessungsmodelle bis zum 31. Dezember ~~2025~~ 2026 erfolgen.

§ 2 Grundsätze

(1) Über die Vorgaben in § 107 Absatz 1 SGB V hinaus haben die Krankenhäuser im Sinne von § 1 Absatz 2 jederzeit das für die Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung der Patientinnen und Patienten erforderliche Personal vorzuhalten.

(2) Die Behandlung der den Behandlungsbereichen gemäß § 3 in Verbindung mit Anlage 2 zugeordneten Patientinnen und Patienten ist nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen dieser Richtlinie grundsätzlich nur zulässig, wenn die in § 6 geregelten verbindlichen Mindestvorgaben erfüllt werden.

(3) Die verbindlichen Mindestvorgaben gelten für den Regeldienst am Tag (Tagdienst) und in der Nacht (Nachtdienst). Dieser umfasst alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten, die einen Bezug zur Behandlung der Patientinnen und Patienten haben. Die Regelaufgaben sind in Anlage 4 beschrieben. Nicht zum Regeldienst im Sinne dieser Richtlinie zählen Bereitschaftsdienst, ärztliche Rufbereitschaft und ärztlicher Konsiliardienst sowie Tätigkeiten in Nachtkliniken.

(4) Die Patientinnen und Patienten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche, die einer voll-, teilstationären sowie stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung bedürfen, werden nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln den Behandlungsbereichen gemäß § 3 in Verbindung mit Anlage 2 zugeordnet.

(5) Die Mindestvorgaben für den Tagdienst werden gemäß § 6 festgelegt. Für jeden Behandlungsbereich gemäß § 3 in Verbindung mit Anlage 2 und jede Berufsgruppe gemäß § 5 werden Minutenwerte je Patientin und je Patient und Woche gemäß Anlage 1 vorgegeben. Die Mindestvorgaben für den Tagdienst sind quartalsdurchschnittlich auf Einrichtungsebene,

differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, einzuhalten.

(6) Das therapeutische Personal wird differenziert in die Berufsgruppen nach § 5.

(7) Die Krankenhäuser haben einen Nachweis über die Einhaltung der Mindestvorgaben differenziert nach Berufsgruppe zu führen. Die Nachweise gemäß § 11 sind quartals- und einrichtungsbezogen

[Dissens i.V.m. § 16 Abs. 8]

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG
sowie monats- und stationsbezogen	~~sowie monats- und stationsbezogen~~

zu führen.

(8) Die Krankenhäuser stellen die Einhaltung der Mindestvorgaben einrichtungsbezogen anhand der

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG
auf einer Station	~~auf einer Station~~ in einer Einrichtung

jeweils tatsächlich tätigen Fachkräfte der Berufsgruppen fest.

(9) Über die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie lässt sich der G-BA jährlich für alle Krankenhausstandorte differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) berichten.

(10) In den Mindestvorgaben für den Regeldienst am Tag und in der Nacht sind nicht berücksichtigt:

- die Ausfallzeiten (Wochenfeiertage, Urlaub, Arbeitsunfähigkeit, Schutzfristen, Kur- und Heilverfahren, Wehrübungen, externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Tätigkeiten im Personalrat, im Betriebsrat, in der Mitarbeitervertretung, in der Vertretung ausländischer, schwerbehinderter oder suchterkrankter Beschäftigter, als Sicherheitsbeauftragte oder Sicherheitsbeauftragter, als Beauftragte oder Beauftragter für Arbeitssicherheit, als Hygienebeauftragte oder Hygienebeauftragter, als Gleichstellungsbeauftragte oder Gleichstellungsbeauftragter und weitere relevante Ausfallzeiten)
- die Besonderheiten der strukturellen und organisatorischen Situation der Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3
- die Besonderheiten der durch den Nachtdienst zu begleitenden und betreuenden Patientinnen und Patienten, die durch den Anteil der Intensivbehandlung nach § 6 Absatz 7 nicht abgedeckt werden
- Leitungskräfte, Bereitschaftsdienste außerhalb des Regeldienstes, ärztliche Rufbereitschaft, pflegerische (Ruf-)Bereitschaftsdienste in der Nacht, ärztlicher Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken, Genesungsbegleitung

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG
sowie	~~sowie~~
- die gegebenenfalls über die Mindestvorgaben hinausgehende Personalausstattung, die zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung erforderlich ist.	- ~~die~~ gegebenenfalls über die Mindestvorgaben hinausgehende Personalausstattung, die zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung erforderlich ist <u>sowie</u>
	- <u>die Besonderheiten der strukturellen, organisatorischen und personellen</u>

	Ausstattung einer Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung.

Diese Punkte sind bei der Budgetvereinbarung auf der Ortsebene zu berücksichtigen. Im Rahmen seiner Personalplanung hat das Krankenhaus sicherzustellen, dass über die Mindestvorgaben hinaus auch entsprechendes Personal zur Abdeckung dieser Zeiten vorgehalten wird.

(11)

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG
Eine Station im Sinne dieser Richtlinie ist die kleinste bettenführende organisatorische Einheit in der Patientenversorgung am Standort eines Krankenhauses, die räumlich ausgewiesen ist und die anhand einer ihr zugewiesenen individuellen Bezeichnung auch für Dritte identifizierbar ist. Jede Station muss einem Fachgebiet zugeordnet werden. Das einer Station zugeordnete Personal sowie seine Leitungsstruktur lassen sich den Organisations- und Dienstplänen des Krankenhauses entnehmen.	~~Eine Station im Sinne dieser Richtlinie ist die kleinste bettenführende organisatorische Einheit in der Patientenversorgung am Standort eines Krankenhauses, die räumlich ausgewiesen ist und die anhand einer ihr zugewiesenen individuellen Bezeichnung auch für Dritte identifizierbar ist. Jede Station muss einem Fachgebiet zugeordnet werden. Das einer Station zugeordnete Personal sowie seine Leitungsstruktur lassen sich den Organisations- und Dienstplänen des Krankenhauses entnehmen.~~

§ 3 Behandlungsbereiche

(1) Die Patientinnen und Patienten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene, die einer voll-, teilstationären sowie stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung bedürfen, werden nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln den folgenden Behandlungsbereichen unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zugeordnet:

A Allgemeine Psychiatrie

A1 Regelbehandlung

A2 Intensivbehandlung

GKV-SV/DKG	PatV/BPtK
[keine Übernahme]	A3 Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung

A6 Tagesklinische Behandlung

A7 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung

A8 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär

A9 Stationsäquivalente Behandlung

S ~~Abhängigkeitskranke~~ Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit

S1 Regelbehandlung

S2	Intensivbehandlung
S6	Tagesklinische Behandlung
S9	Stationsäquivalente Behandlung
<u>G</u>	<u>Gerontopsychiatrie</u>
G1	Regelbehandlung
G2	Intensivbehandlung
G6	Tagesklinische Behandlung
G9	Stationsäquivalente Behandlung
<u>P</u>	<u>Psychosomatik</u>
P1	Psychotherapie
P2	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
P3	Psychotherapie teilstationär
P4	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär

(2) Die Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, werden nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln den folgenden Behandlungsbereichen unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zugeordnet:

<u>KJ</u>	<u>Kinder- und Jugendpsychiatrie</u>
KJ1	Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung
KJ2	Jugendpsychiatrische Regelbehandlung
KJ3	Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung
KJ6	Eltern-Kind-Behandlung
KJ7	Tagesklinische Behandlung
KJ9	Stationsäquivalente Behandlung

§ 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste

(1) Die Definition der im Krankenhaus geleisteten diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten nach § 2 Absatz 3 der in § 5 definierten Berufsgruppen erfolgt gemäß Anlage 4.

(2) Die Minutenwerte in Anlage 1 gelten nur für den Tagdienst.

(3) Die Minutenwerte gelten bei

[Folgedissens zum Dissens in § 5 Abs. 1b]	
GKV-SV/PatV/BPtK	DKG
Pflegefachpersonen gemäß § 5	<u>Pflegefachpersonen Fachkräften</u> gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b

für Tagdienste von täglich 14 Stunden zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit mit dem Personal des Nachtdienstes sowie bei einer gleichbleibenden Personalbesetzung im Pflegedienst an Wochenenden und Feiertagen. Bei Tageskliniken gelten die Minutenwerte in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik für einen Tagdienst von acht Stunden, in der

Kinder- und Jugendpsychiatrie von zehn Stunden. Die Minutenwerte gelten bei Tageskliniken für fünf Wochentage.

(4) Bei Pflegefachpersonen gemäß § 5 umfasst der Nachtdienst zehn Stunden inklusive 30 Minuten Übergabezeit mit dem Tagdienst. Anfangs- und Endzeiten können variieren.

§ 5 Berufsgruppen

(1) Für die Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik werden zur Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung die folgenden Berufsgruppen definiert:

- a) Ärztinnen und Ärzte (einschließlich ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG
[keine Übernahme]	„Physician Assistants“

- b) Pflegefachpersonen (Dazu gehören Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger. Dazu zählen auch Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung im Bereich Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie Personen mit Hochschulabschluss Bachelor bzw. Master Psychiatrische Pflege.)

GKV-SV/PatV/BPtK/DPR	DKG
[keine Übernahme]	„Medizinische Fachangestellte“

- c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (Dazu zählen Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) sowie Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene.)

- d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten)

GKV-SV	DKG/BPtK	PatV
[keine Übernahme]	„Fachpersonal mit bewegungstherapeutischem oder sportbezogenem Schwerpunkt (z. B. Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Motopädagoginnen und Motopädagogen), sozialpädagogisches Fachpersonal (z. B. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,“	„Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten“

	<u>Heilpädagoginnen und Heilpädagogen).</u>	
e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	~~e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten~~	~~e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten~~
f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen.	~~f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen.~~	fe) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen.

(2) Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie werden zur Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung die folgenden Berufsgruppen definiert:

- a) Ärztinnen und Ärzte (einschließlich ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)

<i>[Folgedissens zum Dissens in Abs. 1a]</i>	
GKV-SV/PatV/BPtK	DKG
<i>[keine Übernahme]</i>	<u>„Physician Assistants“</u>

- b) Pflegefachpersonen gemäß Absatz 1 und Erziehungsdienst (pädagogisch-pflegerische Fachpersonen, z. B. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Erzieherinnen und Erzieher, Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieherinnen und Jugend- und Heimerzieher)

<i>[Folgedissens zum Dissens in Abs. 1b]</i>	
GKV-SV/PatV/BPtK /DPR	DKG
<i>[keine Übernahme]</i>	<u>„Medizinische Fachangestellte“</u>

- c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (Dazu zählen Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des PsychThG, Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche bzw. für Erwachsene.)

- d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten, Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden)

<i>[Folgedissens zum Dissens in Abs. 1d]</i>		
GKV-SV	DKG/BPtK	PatV
<i>[keine Übernahme]</i>	<u>„Fachpersonal mit bewegungstherapeu-“</u>	<u>„Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten,“</u>

	<u>tischem oder sport- bezogenem Schwerpunkt (z. B. Bewegungsthera- peutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Motopädagoginnen und Motopädagogen), sozial- pädagogisches Fach- personal (z. B. Sozialarbei- terinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen).</u>	<u>Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten</u>
e) Bewegungstherapeutin- nen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	~~e) Bewegungstherapeutin- nen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten~~	~~e) Bewegungstherapeutin- nen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten~~
f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen.	~~f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen.~~	~~f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen.~~

(3) Den jeweiligen Berufsgruppen nach den Absätzen 1 und 2 werden gemäß Anlage 1 konkrete Minutenwerte zugeordnet.

§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

(1) Die Mindestvorgaben für die Personalausstattung im Tagdienst werden ermittelt, indem für jede Berufsgruppe gemäß § 5 die Minutenwerte der Behandlungsbereiche gemäß Anlage 1 mit der Anzahl der Behandlungswochen je Behandlungsbereich multipliziert werden. Die Berechnung der Behandlungswochen erfolgt nach den Vorgaben in Absatz 2. Das Ergebnis der Mindestvorgaben für die Personalausstattung im Tagdienst ist kaufmännisch ohne Nachkommastelle, die Zwischenwerte sind kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen zu runden.

(2) Für die Berechnung der Behandlungswochen werden die Behandlungstage je Quartal durch 7 geteilt. Bei teilstationärer Behandlung werden die Behandlungstage abweichend von Satz 1 durch 5 geteilt.

(3) Die Behandlungstage je Behandlungsbereich ergeben sich für das jeweilige Krankenhaus aus der Anzahl der im jeweiligen Quartal des Vorjahres behandelten Patientinnen und Patienten und deren Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 anhand der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart. Als Behandlungstage zählen der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung Tage mit direktem Patientenkontakt. Entlassungs- oder Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, sowie Tage, an denen eine über Mitternacht hinausgehende Beurlaubung

oder Abwesenheit beginnt, werden nicht berücksichtigt. Bei teilstationärer Behandlung ist der letzte Tag des Aufenthaltes als Behandlungstag zu berücksichtigen.

(4) Liegt in einem Quartal des laufenden Jahres die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen um mehr als 2,5 Prozent über oder mehr als 2,5 Prozent unter der nach Absatz 3 ermittelten Anzahl der Behandlungstage, erfolgt die Berechnung der Behandlungswochen abweichend von Absatz 3 auf der Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage des laufenden Quartals.

(5) Zur Ermittlung der Vollkraftstunden (VKS-Mind) werden die nach den Vorgaben der Absätze 1 bis 4 ermittelten Werte durch 60 geteilt und damit in Stunden umgerechnet.

(6)

GKV-SV	DKG/PatV/BPtK
Die Minutenwerte sind um 10 Prozent zu verringern, wenn eine ~~Einrichtung Krankenhaus~~ keine <u>Versorgungsverpflichtung hat oder eine Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 eines Krankenhauses mit Versorgungsverpflichtung keine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme vorhält.</u>	Die Minutenwerte sind um 10 Prozent zu verringern, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat.

Bei der Ermittlung der Minutenwerte der VKS-Mind erfolgt bei den tagesklinischen Behandlungsbereichen A6, S6, G6 sowie KJ7 gemäß § 3 Absatz 1 und 2 unabhängig von einer Versorgungsverpflichtung kein Abzug nach Satz 1.

(7) Für den Nachtdienst gemäß § 4 Absatz 4 werden Mindestvorgaben für die Anzahl der in einer Einrichtung im Nachtdienst tätigen Pflegefachpersonen gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b festgelegt. Die Festlegung erfolgt über die Anzahl von Nachtdienstplätzen, die in einer Einrichtung in Abhängigkeit vom Anteil der Intensivpatientinnen und Intensivpatienten

GKV-SV/DKG	PatV/BPtK
[keine Übernahme]	<u>einschließlich des Anteils der Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung</u>

für die jeweilige Anzahl von vollstationären Betten der empfohlenen Stationsgröße nach § 9 Absatz 1 einzusetzen sind. In der Zeit vom 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2023 wird keine Mindestvorgabe für die Anzahl der in einer Einrichtung im Nachtdienst tätigen Pflegefachpersonen gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b festgelegt. In der Zeit vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember ~~2025~~ 2027 gelten folgende Mindestvorgaben:

1. In Einrichtungen mit einem Anteil Intensivpatientinnen und Intensivpatienten von über 35 % sind mindestens 1,6 Nachtdienstplätze je empfohlener Stationsgröße nach § 9 Absatz 1 zu besetzen.
2. In Einrichtungen mit einem Anteil Intensivpatientinnen und Intensivpatienten von über 20 % und bis einschließlich 35 % sind mindestens 1,4 Nachtdienstplätze je empfohlener Stationsgröße nach § 9 Absatz 1 zu besetzen.
3. In Einrichtungen mit einem Anteil Intensivpatientinnen und Intensivpatienten von über 0 % und bis einschließlich 20 % sind mindestens 1,2 Nachtdienstplätze je empfohlener Stationsgröße nach § 9 Absatz 1 zu besetzen.
4. Für Einrichtungen der Psychosomatik und Einrichtungen ohne Intensivpatientinnen und Intensivpatienten werden keine Mindestvorgaben festgelegt.

Spätestens bis zum 30. Juni ~~2025~~ 2027 trifft der G-BA Entscheidungen über Folgeregelungen für den Nachtdienst.

(8) Die Mindestvorgabe für den Nachtdienst wird ermittelt, indem in einem ersten Schritt für die Erwachsenenpsychiatrie die Anzahl der vollstationären Betten der Einrichtung durch 18 und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie durch 12 geteilt wird. Der so berechnete Wert wird in einem zweiten Schritt in Abhängigkeit vom Anteil an Intensivpatientinnen und Intensivpatienten der Einrichtung mit dem entsprechenden Faktor nach Absatz 7 multipliziert. Der Anteil an Intensivpatientinnen und Intensivpatienten einer Einrichtung der Erwachsenenpsychiatrie wird berechnet, indem die Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen A2,

[Folgedissens zum Dissens in § 3 Abs. 1]	
GKV-SV/DKG	PatV/BPtK
[keine Übernahme]	<u>A3.</u>

G2 und S2 durch die Anzahl der Behandlungstage in allen vollstationären Behandlungsbereichen geteilt und mit 100 multipliziert wird. Für die Berechnung des Anteils an Intensivpatientinnen und Intensivpatienten einer Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Behandlungsbereiche KJ1 und KJ3 maßgeblich. Grundlage der Berechnungen sind jeweils die Behandlungstage in den ersten drei Quartalen des Vorjahres. Zur Ermittlung der Vollkraftstunden (VKS) für den Nachtdienst wird der nach den Vorgaben der Sätze 1 bis 5 ermittelte Wert mit 10 multipliziert und damit in Stunden umgerechnet. Das Ergebnis der Mindestvorgaben für die Personalausstattung ist kaufmännisch ohne Nachkommastelle, die Zwischenwerte sind kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen zu runden.

§ 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

(1) Die Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung für den Tagdienst erfolgt einrichtungsbezogen differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und gegliedert nach den Berufsgruppen gemäß § 5. Die Vorgaben zu den Anrechnungen gemäß § 8 sind zu berücksichtigen.

(2) Für die Ermittlung des Umsetzungsgrades wird zunächst für jede Berufsgruppe pro Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 der Umsetzungsgrad berechnet. Der Umsetzungsgrad pro Berufsgruppe je Quartal ergibt sich aus dem Quotienten der tatsächlichen VKS (VKS-Ist) zu den Mindestvorgaben für den Tagdienst (VKS-Mind).

(3) Der Umsetzungsgrad der Mindestpersonalausstattung einer Einrichtung ergibt sich aus dem Mittelwert des Umsetzungsgrades aller Berufsgruppen gemäß Absatz 2 gewichtet mit der Mindestpersonalausstattung in VKS der Berufsgruppen (VKS-Mind). Dazu wird die Summe der Umsetzungsgrade aller Berufsgruppen jeweils multipliziert mit dem Quotienten aus der jeweiligen Mindestpersonalausstattung der Berufsgruppe und der Summe der Mindestpersonalausstattung aller Berufsgruppen.

(4) Die Mindestvorgaben für den Tagdienst sind erfüllt, wenn keine der Berufsgruppen in der Einrichtung einen Umsetzungsgrad unter 100 Prozent hat. Auf die Übergangsregelung in § 16 wird verwiesen.

(5) Die Mindestvorgaben für den Nachtdienst sind einrichtungsbezogen in den Fachgebieten Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in mehr als 90 Prozent der Nächte des Quartals einzuhalten. Nächte gelten als eingehalten, wenn die tatsächlich geleisteten Vollkraftstunden größer oder gleich der Mindestvorgabe nach § 6 Absatz 8 sind. Die Einstufungsstufen der Übergangsregelung in § 16 Absatz 1 finden bei den Mindestvorgaben für den Nachtdienst keine Anwendung. Für die Mindestvorgaben für den Nachtdienst werden bis zum 31. Dezember ~~2025~~ 2027 keine Folgen bei Nichteinhaltung der

Mindestvorgaben nach § 13 Absatz 1 bis 7 festgelegt. ~~Eine Anrechnung von Fach- und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen gemäß § 8 Absatz 5 ist im Nachtdienst ausgeschlossen.~~

[Folgedissens zum Dissens in § 2 Abs. 7 i.V.m. § 16 Abs. 8]	
GKV-SV/PatV/BPtK	DKG
Die monats- und stationsbezogenen Nachweise gemäß § 2 Absatz 7 umfassen auch die tatsächliche Personalausstattung im Nachtdienst.	~~Die monats- und stationsbezogenen Nachweise gemäß § 2 Absatz 7 umfassen auch die tatsächliche Personalausstattung im Nachtdienst.~~

(6) Für die Pflegepersonalausstattung in der Nacht werden alle Pflegefachpersonen gemäß § 5 berücksichtigt, die im Nachtdienst tätig waren. Dabei sind Pflegefachpersonen gemäß § 5, die an einem Arbeitstag im Tagdienst und im Nachtdienst gemäß § 4 Absatz 3 tätig waren, anteilig zuzuordnen.

§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen

(1) Die tatsächliche Personalausstattung gemäß § 7 umfasst die von Fachkräften der Berufsgruppen nach § 5 im Geltungsbereich dieser Richtlinie erbrachten Tätigkeiten für die Regelaufgaben gemäß Anlage 4. Sind Fachkräfte anteilig auch in anderen Bereichen tätig, die nicht zum Geltungsbereich dieser Richtlinie gehören, sind diese Tätigkeiten sachgerecht abzugrenzen und dürfen nicht bei der tatsächlichen Personalausstattung berücksichtigt werden.

(2) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, entsprechend dem in § 27 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes vorgegebenen Verhältnis anzurechnen. Psychologinnen und Psychologen sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung gemäß § 27 Absatz 4 PsychThG sind zu berücksichtigen, wenn diese vom Krankenhaus eine Vergütung

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG
entsprechend ihrem Grundberuf erhalten.	~~entsprechend ihrem Grundberuf gemäß § 27 Absatz 4 PsychThG~~ erhalten.

GKV-SV	DKG	PatV/BPtK
<u>Übergangsweise können Fach- und Hilfskräfte, die seit mindestens 1. Januar 2025 am Krankenhaus beschäftigt sind und sich</u>	<u>Fach- und Hilfskräfte</u>	<u>Fach- und Hilfskräfte</u>
<u>in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung zu einer der Berufsgruppen gemäß § 5 befinden, während ihrer Aus- oder Weiterbildung bis zu drei Jahre</u>	<u>in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung zu einer der Berufsgruppen gemäß § 5 können während der Zeit ihrer Aus- oder Weiterbildung</u>	<u>in einer berufsbegleitenden Ausbildung zu einer der Berufsgruppen gemäß § 5 können während ihrer Ausbildung bis zu drei Jahre</u>

angerechnet werden.

(3) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Fachkräfte der Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 4 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist bei psychiatrischen und psychosomatischen

Einrichtungen für Erwachsene nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 Absatz 1 möglich: jeweils zwischen den Buchstaben

GKV-SV/PatV/BPtk	DKG
a und c	a, <u>b</u> und c

sowie jeweils zwischen den Buchstaben

[Folgedissens zum Dissens in § 5 Abs. 1d]		
GKV-SV	DKG	PatV
b, d, e und f.	b, <u>und</u> d, ~~e und f.~~	b, d, <u>und</u> e ~~und f.~~

Eine Anrechnung nach Satz 1 ist bei psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 Absatz 2 möglich: jeweils zwischen den Buchstaben

[Folgedissense zu den Dissensen in Satz 2 (= vorherige 2 Tabellen)]		
GKV-SV	DKG	PatV
a und c sowie jeweils zwischen den Buchstaben b, d, e und f.	a, <u>b</u> und c sowie jeweils zwischen den Buchstaben b <u>und</u> , d, ~~e und f.~~	a und c sowie jeweils zwischen den Buchstaben b, d, <u>und</u> e ~~und f.~~

GKV-SV/PatV/BPtk	DKG
Bis zum 31. Dezember ~~2025~~ <u>2026</u> ist eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen [PatV: b, d, <u>und</u> e ~~und f~~] möglich. Der G-BA entscheidet bis zum 30. Juni ~~2025~~ <u>2026</u> über eine zukünftige Ausgestaltung der Anrechnungsregelung nach Satz 4.	~~Bis zum 31. Dezember 2025 ist eine~~ Eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b <u>und</u> , d, ~~e und f~~ <u>ist</u> möglich. ~~Der G-BA entscheidet bis zum 30. Juni 2025 über eine zukünftige Ausgestaltung der Anrechnungsregelung nach Satz 4.~~

Die Umfänge der angerechneten Fachkräfte sind im Nachweis gesondert auszuweisen ~~und zu erläutern.~~

(4) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Fachkräfte der Berufsgruppen gemäß § 5 ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 4 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen.

GKV-SV/PatV/BPtk	DKG
<u>Damit ist eine Anrechnung von Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus aus Berufsgruppen, die nicht in § 5 genannt sind, ausgeschlossen.</u>	[keine Übernahme - siehe Vorschlag in Abs. 5]

Die Umfänge der angerechneten Fachkräfte sind im Nachweis gesondert auszuweisen ~~und zu erläutern.~~

(5) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Fachkräfte und Hilfskräfte aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen

GKV-SV/PatV/BPtk	DKG
[keine Übernahme - siehe Vorschlag in Abs. 4]	<u>unabhängig vom Bestehen eines direkten Beschäftigungsverhältnisses mit dem Krankenhaus</u>

im begrenzten Umfang angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 4 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen

GKV-SV	DKG
<i>[Voraussetz.: Beibehaltung der Höchstgrenzen]</i>	
~~, solange eine Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt. Die Qualifikation muss eine mindestens vergleichbare pflegerische oder therapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten sicherstellen. Die Qualifikationsanfordernisse können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung nachgewiesen werden.~~	, solange eine Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt. Die Qualifikation muss eine mindestens vergleichbare pflegerische oder therapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten sicherstellen. Die Qualifikationsanfordernisse können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung nachgewiesen werden.

<i>[Folgedissens zum Dissens in Satz 6, erster Spiegelstrich]</i>	
GKV-SV/PatV/BPtK	DKG
Eine Anrechnung anderer in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1 <u>Buchstabe a</u> und 2 <u>Buchstabe a</u> ist ausgeschlossen.	~~Eine Anrechnung anderer in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1a und 2a ist ausgeschlossen.~~

Die Umfänge der angerechneten Fachkräfte und Hilfskräfte sind im Nachweis gesondert auszuweisen ~~und zu erläutern~~. Bei der Anrechnung von Fachkräften und Hilfskräften aus anderen Berufsgruppen sind folgende Höchstgrenzen zu beachten:

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG
<i>[keine Übernahme]</i>	- <u>Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a: 5 % der VKS-Mind</u>

- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b:

GKV-SV	DKG
10 % der VKS-Mind	<u>130 % der VKS-Mind</u>

- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe c und Absatz 2 Buchstabe c:
10 % der VKS-Mind
- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe d und Absatz 2 Buchstabe d:
10 % der VKS-Mind

<i>[Folgedissens zum Dissens in § 5 Abs. 1d]</i>		
GKV-SV	DKG	PatV
- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe e und Absatz 2 Buchstabe e: 5 % der VKS-Mind	~~Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe e und Absatz 2 Buchstabe e: 5 % der VKS-Mind~~	- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe e und Absatz 2 Buchstabe e: 5 % der VKS-Mind
- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe f und Absatz 2 Buchstabe	- ~~Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe f und Absatz 2 Buchstabe~~	- ~~Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe f und Absatz 2 Buchstabe~~

f: 5 % der VKS-Mind.	~~f: 5 % der VKS-Mind.~~	~~f: 5 % der VKS-Mind.~~

Diese gelten in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Umfang der Anrechnungsmöglichkeiten in psychosomatischen Einrichtungen gemäß diesem Absatz wird bis zum 30. Juni ~~2025~~ 2026 festgelegt.

(6) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 ist eine Anrechnung von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern nicht zulässig.

~~(6)~~(7) Eine Anrechnung von

GKV-SV/BPtK	PatV	DKG
<u>Gesundheits- und Krankenpflegehelfern</u>	<u>Pflegehilfskräften mit einer abgeschlossenen Ausbildung von mindestens 18 Monaten oder einer Tätigkeit im Berufsfeld von mindestens drei Jahren</u>	<u>Pflegehilfskräften</u>

GKV-SV/BPtK	PatV	DKG
<u>ist im Nachtdienst in Höhe von bis zu zehn Prozent möglich, solange sichergestellt ist,</u> <u>dass zugleich pro Station und Nacht hauptverantwortlich eine Fachkraft der Berufsgruppen</u>	<u>gemäß § 5b) auf den Stationen, auf denen Gesundheits- und Krankenpflegehelfer eingesetzt werden,</u>	<u>im Nachtdienst ist möglich, solange sichergestellt ist,</u> <u>dass zeitgleich hauptverantwortlich eine Fachkraft der Berufsgruppen gemäß § 5</u>
	<u>gemäß § 5 auf den Stationen, auf denen Pflegehilfskräfte eingesetzt werden,</u>	

tätig ist. Eine Anrechnung von anderen Fach- und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen gemäß § 8 Absatz 5 ist im Nachtdienst ausgeschlossen.

§ 9 Weitere Qualitätsempfehlungen

(1) Es wird empfohlen, eine Stationsgröße in der Erwachsenenpsychiatrie von 18 Behandlungsplätzen, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von zwölf Behandlungsplätzen nicht zu überschreiten.

(2) In der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik sollen zusätzlich zu den in § 5 genannten Berufsgruppen Genesungsbegleiterinnen oder Genesungsbegleiter auf den Stationen eingesetzt werden. Die Kernaufgaben ergeben sich aus Anlage 5.

§ 10 Ausnahmetatbestände

(1) Die Krankenhäuser können von den verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung abweichen

1. bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 15 Prozent des vorzuhaltenden Personals) hinausgehen oder
2. bei einer kurzfristig stark erhöhten Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung im Sinne einer regionalen Pflichtversorgung zur Aufnahme, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 110 Prozent des Umfangs des Vorjahres) hinausgehen oder

3. bei gravierenden strukturellen oder organisatorischen Veränderungen in der Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3, wie z. B. Stationsumstrukturierungen oder -schließungen oder
- 4.

GKV-SV/BPtK	DKG/PatV
befristet bis zum ~~31. Dezember 2025~~ <u>Ende der Übergangszeit gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1,</u>	~~befristet bis zum 31. Dezember 2025,~~

wenn es sich um einen Standort handelt, der ausschließlich eine Tagesklinik umfasst,

GKV-SV/DKG	PatV
[keine Übernahme]	<u>80 % der Mindestvorgaben nicht unterschreitet</u>

und die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder eingehalten werden.

(2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, das Vorliegen der Voraussetzungen eines Ausnahmetatbestandes nach Absatz 1 gemäß § 11 nachzuweisen. Die Ausnahmetatbestände nach Absatz 1 beziehen sich auf die einzelnen differenzierten Einrichtungen gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3. Der Ausnahmetatbestand nach Absatz 1 Nummer 1 bezieht sich auf das gesamte therapeutische Personal der jeweiligen differenzierten Einrichtung gemäß § 5 in Verbindung mit § 8. Liegen ein oder mehrere Ausnahmetatbestände nicht im gesamten Quartal, sondern nur für ein oder zwei Kalendermonate oder in einem Drittel oder zwei Dritteln des jeweiligen Quartals vor, ist das Krankenhaus verpflichtet, die quartalsbezogenen Mindestvorgaben anteilig in den anderen Zeiträumen des Quartals einzuhalten. Das Krankenhaus hat die Einhaltung in den Zeiträumen des Quartals, in denen keine Ausnahmetatbestände vorliegen, durch einen zusätzlichen quartalsbezogenen Nachweis nach Anlage 3 nachzuweisen. Das Krankenhaus hat die ihm zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten zu nutzen, um die verbindlichen Mindestvorgaben schnellstmöglich wieder zu erfüllen.

(3) Die Nachweispflichten gemäß § 11 finden bis zum 31. Dezember 2020 keine Anwendung.

§ 11 Nachweisverfahren

(1) Die Krankenhäuser weisen die Einhaltung der Mindestvorgaben nach. Hierzu sind die gemäß § 6 quartals- und einrichtungsbezogen ermittelten Mindestvorgaben für die Personalausstattung und die tatsächliche Personalausstattung, sowie die strukturellen Informationen des Krankenhauses

[Folgedissens zum Dissens in § 2 Abs. 7 i.V.m. § 16 Abs. 8]	
GKV-SV/PatV	DKG
monatsbezogen und stationsbezogen	<u>monatsbezogen und stationsbezogen</u>

sowie Gründe für etwaig auftretende Abweichungen und gegebenenfalls Ausnahmetatbestände für das jeweilige Quartal anhand der standardisierten Nachweise in Anlage 3 darzustellen.

(2) Die Nachweise nach Absatz 1 inklusive der Erklärung über die Richtigkeit der Angaben sind standortbezogen in elektronischer Form auf Basis einer vom G-BA beschlossenen Spezifikation nach Absatz 7 jährlich bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres zu übermitteln an:

a) die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen

[Folgedissens zum Dissens in § 2 Abs. 7 i.V.m. § 16 Abs. 6 und 8]	
GKV-SV/LV/PatV	DKG
(Teil A des Nachweises in Anlage 3)	(~~Teil A des~~ Nachweises in Anlage 3 <u>ohne Tabellen A8 und A9</u>),

GKV-SV/LV/PatV/BPtk	DKG
b) <u>die zuständige Landesaufsichtsbehörde (Teil A des Nachweises in Anlage 3),</u>	[keine Übernahme]

b/c) das IQTIG

[Folgedissens zum Dissens in § 2 Abs. 7 i.V.m. § 16 Abs. 8]	
GKV-SV/LV/PatV	DKG
(Teil A und B des Nachweises nach Anlage 3).	(~~Teil A und B des~~ Nachweises <u>nach in</u> Anlage 3).

(3) Davon unberührt sind die Krankenhäuser verpflichtet, eine Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach § 6 unter Angabe des Standortes

GKV-SV	DKG
unverzüglich, jedoch spätestens 14 Tage	~~unverzüglich, jedoch~~ spätestens ~~14 Tage~~ <u>sechs Wochen</u>

nach Ende des betreffenden Quartals, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und der zuständigen Landesaufsichtsbehörde anzuzeigen. In der Anzeige nach Satz 1 sind die konkreten nicht erfüllten Mindestanforderungen aufzuführen und die Voraussetzungen gegebenenfalls vorliegender Ausnahmetatbestände nach § 10 nachzuweisen. Dazu ist

[Folgedissens zum Dissens in § 2 Abs. 7 i.V.m. § 16 Abs. 6 und 8]	
GKV-SV/PatV	DKG
Teil A des quartalsbezogenen Nachweises nach Anlage 3	~~Teil A des quartalsbezogenen~~ <u>der</u> Nachweises nach Anlage 3 <u>ohne die Tabellen A8 und A9</u>

zu übermitteln.

(4) Der GKV-Spitzenverband veröffentlicht jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres ein verbindliches Verzeichnis der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf seiner Internetseite. Das Verzeichnis enthält die Namen und Adressen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, die zuständigen Abteilungen bzw. Referate sowie die entsprechenden E-Mail-Adressen.

(5) Die Einhaltung der Mindestvorgaben kann im Rahmen einer Qualitätskontrolle gemäß der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V (MD-QK-RL) durch den Medizinischen Dienst (MD) kontrolliert werden.

(6) Der G-BA beauftragt das IQTIG, die Spezifikation zur EDV-technischen Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung gemäß den Absätzen 2 und 3, zu den Prozessen zum Datenfehlermanagement sowie zu den EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und für ein Datenprüfprogramm für die Daten der Nachweise, insbesondere zur Überprüfung von Vollständigkeit und Plausibilität, zu entwickeln.

(7) Der G-BA beschließt die Erstfassung der Spezifikation nach Absatz 6 und alle Änderungen für die Erhebung der Daten. Die vom G-BA beschlossene Spezifikation wird in der jeweils aktuellen Fassung durch das IQTIG im Internet veröffentlicht.

(8) Das IQTIG prüft die übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert das Krankenhaus bei Korrekturbedarf. Eine Übersendung der korrigierten Daten durch das Krankenhaus an die Empfänger nach Absatz 2 ist bis zum

GKV-SV	DKG
1. März	15. März

des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich.

(9) Um einen Überblick über den Stand der Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie jährlich für alle Krankenhausstandorte getrennt nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erhalten, werden die Daten der Nachweise gemäß Anlage 3 im Auftrag des G-BA vom IQTIG ausgewertet. Auf Grundlage dieser Daten überprüft der G-BA im Rahmen der ihm obliegenden ständigen Beobachtungspflicht die Anforderungen der Richtlinie und deren gegebenenfalls erforderliche Anpassung.

(10) Das IQTIG übermittelt dem G-BA die Ergebnisse jährlich bis zum

<i>[Folgedissens zum Dissens in Abs. 8]</i>	
GKV-SV	DKG
15. Mai	31. Mai

des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres in Form eines Jahresberichts. Der Jahresbericht hat die Mindestvorgaben für die Personalausstattung und die tatsächliche Personalausstattung sowie den Umsetzungsgrad differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Berufsgruppen sowie die für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben genannten Gründe zu umfassen. Der Bericht wird vom G-BA veröffentlicht.

(11) Darüber hinaus bereitet das IQTIG die Daten nach Anlage 3 zum Zwecke der Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 und 6 SGB V standortbezogen getrennt nach Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik auf, so dass diese im Rahmen des Lieferverfahrens gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) direkt vom IQTIG an die Annahmestelle übermittelt werden können. Details zum Datenformat und zu den Liefermodalitäten regeln die Qb-R.

(12) Übermittelt ein Krankenhaus die Nachweisdaten nach Anlage 3 oder die Erklärung der Richtigkeit der Angaben nicht fristgerecht bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Erinnerung durch das IQTIG. Krankenhäuser, die bis zum Ende der Korrekturfrist am

<i>[Folgedissens zum Dissens in Abs. 8]</i>	
GKV-SV	DKG
1. März	15. März

des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres die Daten der Nachweisabfrage nach Anlage 3 und die Erklärung der Richtigkeit der Angaben nicht oder nicht vollständig übermittelt haben, werden im Bericht nach Absatz 10 und im strukturierten Qualitätsbericht dargestellt und die Anforderungen der Richtlinie als „Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt“ kenntlich gemacht. Zudem erfolgt nach Ende der Korrekturfrist eine Mitteilung des IQTIG über die Nichterfüllung der Dokumentationspflichten an den G-BA, der diese unverzüglich an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weiterleitet.

(13) Bis zum

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG
<u>1. Januar 2026 Ende der Übergangszeit gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1</u>	<u>Ende des Erfassungsjahres 1. Januar 2025</u>

gelten für den Nachweis der Einhaltung der Mindestvorgaben im Sinne von Absatz 1 und Absatz 3 folgende abweichende Regelungen:

1. Die Erfüllung der Mindestanforderungen im Sinne von Absatz 1 wird quartalsweise im Rahmen des Nachweisverfahrens vom G-BA abgefragt. Dazu übermitteln die Krankenhäuser nach Absatz 2 jeweils standortbezogen die Daten nach Absatz 1 jeweils sechs Wochen nach Ende des zu erfassenden Quartals, spätestens aber bis zum 15. Mai für das erste Quartal, bis zum 15. August für das zweite Quartal, bis zum 15. November für das dritte Quartal, bis zum 15. Februar für das vierte Quartal in elektronischer Form an das IQTIG (Teil A und B des Nachweises nach Anlage 3) und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (Teil A des Nachweises nach Anlage 3). Eine Lieferung gemäß § 11 Absatz 3 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals ist nicht erforderlich. Bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben hat innerhalb der in Satz 2 genannten Fristen eine zusätzliche Lieferung von Teil A an die zuständige Landesaufsichtsbehörde zu erfolgen.
2. Abweichend von Nummer 1 findet die erste elektronische Übermittlung der Einhaltung der Mindestanforderungen im Sinne von Absatz 1 bis zum 30. April 2021 für alle vier Quartale des Jahres 2020 statt. Ab dem 15. Mai 2021 bis zum

[Folgedissens zum Dissens in Abs. 13 Satz 1]	
GKV-SV/PatV/BPtK	DKG
<u>1. Januar 2026 Ende der Übergangszeit gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1</u>	<u>Ende des Erfassungsjahres 1. Januar 2025</u>

erfolgt dann die quartalsweise Übermittlung.

3. Eine Übersendung von korrigierten Daten nach Absatz 8 ist bis zu zwei Kalendermonate nach Ende des zu erfassenden Quartals möglich (bis zum 1. Juni für das erste Quartal, bis zum 1. September für das zweite Quartal, bis zum 1. Dezember für das dritte Quartal, bis zum 1. März für das vierte Quartal). Abweichend von Satz 1 ist für das Erfassungsjahr 2020 eine Übersendung von korrigierten Daten für alle vier Quartale bis zum 1. Juli 2021 möglich.
4. Das IQTIG übermittelt dem G-BA die Ergebnisse nach Absatz 10 für das Erfassungsjahr 2020 als Jahresbericht spätestens zum 31. Juli 2021, für die Erfassungsjahre 2021 bis

[Folgedissens zum Dissens in Abs. 13 Satz 1]	
GKV-SV/PatV/BPtK	DKG
<u>2025 zum Ende der Übergangszeit gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1</u>	2025

quartalsweise jeweils spätestens vier Kalendermonate nach Ende des betreffenden Quartals in Form eines Quartalsberichtes, der vom G-BA ab dem zweiten Quartal des Erfassungsjahres 2021 zu veröffentlichen ist.

5. Übermittelt ein Krankenhaus die Daten nach Absatz 12 nicht fristgerecht bis zum 15. Mai für das erste Quartal, bis zum 15. August für das zweite Quartal, bis zum 15. November für das dritte Quartal und bis zum 15. Februar für das vierte Quartal, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Erinnerung durch das IQTIG. Für Krankenhäuser, die bis zum Ende der Korrekturfrist zwei Kalendermonate nach Ende des zu erfassenden Quartals, d. h. bis zum 1. Juni für das erste Quartal, bis zum 1. September für das zweite Quartal, bis zum

1. Dezember für das dritte Quartal und bis zum 1. März für das vierte Quartal die Daten nach Absatz 12 nicht oder nicht vollständig übermittelt haben, gilt Absatz 12 Satz 2 und 3. Abweichend von Satz 1 und 2 gilt für das Erfassungsjahr 2020 gemäß Absatz 13 Nummer 2 eine Datenlieferfrist bis zum 30. April 2021. Die Korrekturfrist endet am 1. Juli 2021.

(14) Zur Bildung der Grundgesamtheit

[Folgedissens zum Dissens in § 2 Abs. 7 i.V.m. § 16 Abs. 8]	
GKV-SV/PatV/BPtk	DKG
für die Stichprobe gemäß § 16 Absatz 8 sowie eines Abgleichs	~~für die Stichprobe gemäß § 16 Absatz 8~~ sowie <u>für</u> <u>einen</u> s Abgleichs

gemäß § 11 Absatz 12 übermittelt das Institut nach § 137a SGB V dem G-BA und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bis zum 1. Juli des Jahres eine Liste der Krankenhausstandorte einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen überprüfen die Liste der Krankenhausstandorte einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen, für die § 1 Absatz 2 gilt, auf Vollständigkeit. Dazu gleichen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen alle Krankenhausstandorte mit mindestens einem im vorangegangenen Kalenderjahr abgerechneten Behandlungsfall mit der vom IQTIG übermittelten Liste der Krankenhausstandorte einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen ab. In dieser Liste fehlende Krankenhausstandorte, einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen, werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für das im Folgejahr zu prüfende Erfassungsjahr bis 1. August ergänzt und an das Institut nach § 137a SGB V übermittelt. Das Institut nach § 137a SGB V informiert unverzüglich die Krankenhausstandorte darüber, dass sie gemäß Satz 3 und 4 von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ergänzt worden sind, verbunden mit dem Hinweis, dass sie innerhalb von zehn Arbeitstagen schriftlich mitteilen können, keine richtlinienrelevanten Leistungen zu erbringen. In diesem Fall entfernt das Institut nach § 137a SGB V den Krankenhausstandort bzw. die Einrichtung von der Liste der Einrichtungen und informiert darüber den G-BA und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.

§ 12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser

Die Erfüllung der Mindestvorgaben insgesamt und für die einzelnen Berufsgruppen (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) sowie weitere Strukturinformationen der Anlage 3, die den zum Verständnis des jeweiligen Erfüllungsgrades erforderlichen Kontext liefern, sind im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen. Dabei gilt § 11 Absatz 11 entsprechend. Die Inhalte und die Darstellung regelt der G-BA auf der Grundlage des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V in den Qb-R.

§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

(1) Beteiligte Stellen für die Feststellung der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen und die Durchsetzung der Maßnahmen bei Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen sind:

1. das Krankenhaus,
2. die Krankenkassen, die als Vertragspartei nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) an der Budgetvereinbarung gemäß § 11 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) des Krankenhauses beteiligt sind, und
3. die Krankenkassen, bei denen das Krankenhaus einen Vergütungsanspruch gemäß dem pauschalierenden Entgeltsystem nach § 17d KHG in Verbindung mit der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik hat.

(2) Die Einhaltung der Mindestvorgaben nach dieser Richtlinie wird vom Krankenhaus gemäß § 11 nachgewiesen.

(3) Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 quartalsbezogen in den Einrichtungen differenziert nach den Fachgebieten Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie einzuhalten. Ein Ausgleich über einzelne Wochen des Quartals ist möglich, soweit die Mindestvorgaben in der Einrichtung im gesamten Quartal im Durchschnitt erfüllt werden. Bei Nichterfüllung gemäß § 7 Absatz 4 liegt die Nichterfüllung für die Berufsgruppe innerhalb der Einrichtung vor, bei der der Umsetzungsgrad unter 100 Prozent liegt. Für Leistungen ohne Einhaltung der Mindestanforderungen an die Personalausstattung entfällt der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 SGB V.

(4) Der Wegfall des Vergütungsanspruchs nach Absatz 3 Satz 4 bezieht sich auf alle Leistungen, die in den Fachgebieten an allen Kalendertagen des Quartals bei Patientinnen und Patienten erbracht wurden, für die die Mindestanforderungen an die Personalausstattung gemäß § 6 in den Berufsgruppen nach § 5 nicht eingehalten wurden. Die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs bestimmt sich unter Berücksichtigung des Ausmaßes der Nichteinhaltung und den betroffenen Berufsgruppen nach den Vorgaben in Absatz 5. Bei der Umsetzung sind die Vorgaben in Absatz 7 zu berücksichtigen.

(5) In der Zeit vom

GKV-SV/BPtK	DKG
1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember 2027	1. Januar ~~2026-2028~~ bis zum 31. Dezember ~~2027-2029~~
wird im Falle einer Nichteinhaltung eines Fachgebiets die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkraftstunden berechnet. Dazu wird der Anteil der fehlenden Vollkraftstunden an der Gesamtzahl der Vollkraftstunden für alle Berufsgruppen ermittelt. Der Anteil der fehlenden Vollkraftstunden nach Satz 2 errechnet sich unter Berücksichtigung der Übergangsregelungen gemäß § 16 Absatz 1 aus der Summe der Differenz zwischen	
90 Prozent im Jahr 2026 und 95 Prozent im Jahr 2027 der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind und der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist für alle Berufsgruppen mit einem Umsetzungsgrad unter 90 Prozent im Jahr 2026 und 95 Prozent im Jahr 2027 dividiert durch 90 Prozent im Jahr 2026 und 95 Prozent im Jahr 2027 der Summe der Mindestpersonalausstattungen VKS-Mind aller Berufsgruppen. In den Jahren 2021 bis 2025 erfolgt kein Vergütungswegfall. Im Jahr 2026 und 2027	~~90-95~~ Prozent im Jahr ~~2026-2028~~ und ~~95-100~~ Prozent im Jahr ~~2027-2029~~ der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind und der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist für alle Berufsgruppen mit einem Umsetzungsgrad unter ~~90-95~~ Prozent im Jahr ~~2026-2028~~ und ~~95-100~~ Prozent im Jahr ~~2027-2029~~ dividiert durch ~~90-95~~ Prozent im Jahr ~~2026-2028~~ und ~~95-100~~ Prozent im Jahr ~~2027-2029~~ der Summe der Mindestpersonalausstattungen VKS-Mind aller Berufsgruppen. In den Jahren 2021 bis ~~2025-2027~~ erfolgt kein Vergütungswegfall. Im Jahr ~~2026-2028~~ und ~~2027-2029~~

ergibt sich der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs aus dem 1,0-fachen Wert des Produkts aus dem prozentualen Anteil der fehlenden Personalausstattung nach den Sätzen 2 und 3 sowie dem Personalkostenfaktor von 0,65.

(6) Spätestens bis zum

[Folgedissens zum Dissens in Abs. 5]	
GKV-SV/BPtK	DKG
31. Oktober 2027	31. Oktober ~~2027~~ 2029

trifft der G-BA Entscheidungen über weitergehende Sanktionsregelungen im Hinblick auf die Umsetzung für einen weiteren Wegfall des Vergütungsanspruchs.

(7) Der Wegfall des Vergütungsanspruchs nach Absatz 3 Satz 4 bezieht sich auf die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2, 4 und 5 BPfIV, für die das therapeutische Personal der Berufsgruppen gemäß § 5 bei der Leistungserbringung beteiligt ist. Die näheren Regelungen zur praktischen Umsetzung des Vergütungswegfalls treffen die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG.

(8) Erfüllt ein Krankenhaus seine Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 2 und 3 in Verbindung mit § 11 Absatz 13 nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Erinnerung durch den vorgesehenen Empfänger des Nachweises an das Krankenhaus sowie eine Information der beteiligten Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2. Wird von einem Krankenhaus in einem Kalenderjahr die Frist in mindestens einer Mitwirkungspflicht nach Satz 1 um mehr als 90 Tage überschritten, wird quartalsbezogen ein gestaffelter Abschlag je vereinbartem Berechnungstag festgelegt. Hierzu sind die für das Kalenderjahr gemäß

GKV-SV	DKG
Anlage 1 Abschnitt L1 der AEB-Psych-Vereinbarung in der Fassung von 2020 vereinbarten Berechnungstage durch vier zu dividieren.	~~Anlage 1 Abschnitt L1 der AEB-Psych-Vereinbarung in der Fassung von 2020 vereinbarten Berechnungstage durch vier zu dividieren.~~ <u>Sofern die vereinbarten Berechnungstage des Krankenhauses mehr als einen Standort umfassen, sind für die Berechnung nach Satz 3 die vereinbarten Berechnungstage der Standorte maßgeblich, für die die Mitwirkungspflichten gemäß Satz 1 nicht erfüllt wurden.</u>

Die beteiligten Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 sind für die Umsetzung zuständig und legen die konkrete rechnerische Höhe des Abschlags für das jeweilige Kalenderjahr in der auf die Nichterfüllung der Mitwirkungspflicht folgenden Budgetvereinbarung nach § 11 BPfIV nach Maßgabe der Vorgaben in den Sätzen 5 und 6 fest. Werden die Mitwirkungspflichten in einem Quartal verletzt, so beträgt der quartalsbezogene Abschlag nach den Sätzen 2 und 3 zwei Euro je vereinbartem Berechnungstag, für das zweite Quartal beträgt der Abschlag fünf Euro, für das dritte Quartal zehn Euro und für das vierte Quartal 20 Euro. Die Staffelnungsregelung gilt auch, wenn die Nichterfüllung von Mitwirkungspflichten nicht in aufeinanderfolgenden Quartalen erfolgt. Die Mitwirkungspflichten ~~nach § 11 Absatz 3 bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben an die~~ gegenüber den zuständigen Landesaufsichtsbehörden

[Folgedissens zum Dissens in § 11 Abs. 2]	
GKV-SV/LV/PatV	DKG
<u>nach § 11 Absatz 2 und 3</u>	<u>nach § 11 Absatz 3</u>

sind von den Regelungen in Satz 2 bis 6 ausgenommen.

§ 14 Anpassung der Richtlinie

(1) Die Daten des Nachweisverfahrens nach § 11 sollen im Auftrag des G-BA vom IQTIG oder sonst geeigneten Dritten ausgewertet werden. Auf Grundlage dieser Daten ermittelt der G-BA den Umsetzungsstand sowie gegebenenfalls vorliegende Umsetzungshindernisse und überprüft im Rahmen der ihm obliegenden Beobachtungspflicht die Personalvorgaben und deren gegebenenfalls erforderliche Anpassung. Dabei sind auch die Ergebnisse der zu dieser Thematik vom G-BA durchgeführten Fachgespräche, die Erkenntnisse aus der Umsetzung der Richtlinie ab 1. Januar 2020, des Evaluationsberichtes nach § 15 Absatz 2 und weitere dem G-BA vorliegende Ergebnisse zum Ist-Zustand der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik zu berücksichtigen.

(2) Bei einer entsprechenden Überprüfung sind insbesondere folgende Bereiche zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen oder neu zu definieren:

- die Mindestvorgaben für die Psychosomatik,
- die Minutenwerte in den Behandlungsbereichen,
- der Anteil der Minutenwerte für die regionale Pflichtversorgung gesondert für Erwachsene und die Kinder und Jugendlichen,
- die Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste,
- die Regelaufgaben der Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen vor dem Hintergrund der Berufsbilder der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- die Personalausstattung in besonders sensiblen Versorgungsbereichen wie z. B. der Gerontopsychiatrie oder geschützten Intensivversorgungsbereichen im Vergleich zu anderen Versorgungsbereichen,
- die Mindestvorgaben für dezentrale kleine Standorte wie z. B. „Stand-alone-Tagesklinken“ und
- die Minutenwerte nach Anlage 1, insbesondere für die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a und c auf der Basis der erhobenen Nachweisdaten.

[Folgedissens zum Dissens in § 2 Abs. 7 i.V.m. § 16 Abs. 8]	
GKV-SV/PatV/BPtK	DKG
Zudem soll auch geprüft werden, 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, stationersetzende Modelle etabliert sind, deren Berücksichtigung beim Nachweisverfahren zur Verringerung des Dokumentationsaufwands führen.	~~Zudem soll auch geprüft werden, 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, stationersetzende Modelle etabliert sind, deren Berücksichtigung beim Nachweisverfahren zur Verringerung des Dokumentationsaufwands führen.~~

(3) Die vom IQTIG oder sonst geeigneten Dritten vorzunehmenden Auswertungen der im Rahmen des Nachweisverfahrens nach § 11 erhobenen Daten sollen auch die Grundlage für die schrittweise Weiterentwicklung der Richtlinie bilden.

(4) Der G-BA wird das IQTIG oder sonst geeignete Dritte mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren beauftragen, die für die Beurteilung einer leitliniengerechten Behandlung der Patientinnen und Patienten in der psychiatrischen und psychosomatischen

Versorgung geeignet sind. Sobald diese Qualitätsindikatoren zur Verfügung stehen, erfolgt die normative Implementierung und falls notwendig eine Anpassung des Nachweisverfahrens. Auch die im Wege der Implementierung und Auswertung dieser Qualitätsindikatoren gewonnenen Erkenntnisse sollen die schrittweise Weiterentwicklung der Richtlinie ermöglichen.

(5) Der G-BA hat nach der ersten Anpassung der Richtlinie alle zwei Jahre zu überprüfen, ob eine weitere Anpassung der Richtlinie erforderlich ist.

§ 15 Evaluation der Richtlinie

(1) Der G-BA lässt die Auswirkungen dieser Richtlinie auf die Versorgungsqualität in Deutschland evaluieren. In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und ob die Mindestvorgaben der Richtlinie geeignet sind, den angestrebten Zweck zu erfüllen. Dabei sind auch unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse darzustellen.

(2) Der G-BA wird die zweistufige Evaluation so beauftragen, dass ein erster schriftlicher Evaluationsbericht bis zum 31. Dezember 2024 und ein zweiter schriftlicher Evaluationsbericht zum 31. Dezember 2027 vorliegt.

(3) Bei den Evaluationen sind die Daten des Nachweisverfahrens zu berücksichtigen.

§ 16 Übergangsregelungen

(1) Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2029 erfüllt werden. Für die Übergangszeit gilt folgendes gestuftes Verfahren:

1. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2020 zu 85 Prozent erfüllt sein.
2. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2022 zu 90 Prozent erfüllt sein.
3. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2027 zu 95 Prozent erfüllt sein.

(2) Die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absätze 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten finden erst ab dem

[Folgedissens zum Dissens in § 13 Abs. 5]	
GKV-SV/BPtK	DKG
1. Januar 2026	1. Januar ~~2026~~ 2028

Anwendung. Davon unberührt bleibt der Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten.

(3) ~~Abweichend von § 6 Absatz 3 wird für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung für das Jahr 2020 und das Jahr 2021 die vorgenommene Einstufung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche an den vier Stichtagen im Jahr 2019 zugrunde gelegt. Abweichend von § 3 kann auch eine Einstufung in die bisherigen Behandlungsbereiche A3, S3, G3, KJ4 „Rehabilitative Behandlung“ erfolgt sein, die nicht bei der Ermittlung der Mindestpersonalausstattung zu berücksichtigen sind.~~

(4) Für Einrichtungen der Psychosomatik werden bis zum 31. Dezember 2023 die Ermittlung der Mindestvorgaben nach § 6, die Ermittlung des Umsetzungsgrades nach § 7 sowie die Meldung bei Nichteinhaltung gemäß § 11 Absatz 3 Satz 1 ausgesetzt. Davon unbenommen haben die Einrichtungen eine Einstufung der Patientinnen und Patienten nach § 6 Absatz 3 vorzunehmen und die tatsächliche Personalausstattung nach § 7 nachzuweisen. Für Einrichtungen der Psychosomatik finden die Vorgaben bei Nichteinhaltung der

Mindestvorgaben gemäß § 13 Absätze 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten erst ab dem

[Folgedissens zum Dissens in § 13 Abs. 5]	
GKV-SV/BpTK	DKG
1. Januar 2026	1. Januar ~~2026~~ 2028

Anwendung. Davon unberührt bleibt der Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten.

(5) Abweichend von § 11 Absatz 2 sind die Nachweise

[Folgedissens zum Dissens in Abs. 8]	
GKV-SV	DKG
zu Teil B für die Jahre 2020 bis ~~2025-2027~~ in elektronischer Form auf Basis der Checkliste gemäß Anlage 3, die vom G-BA spätestens zum 1. Juli 2020 als Servicedokument für die Übermittlung der Daten zur Verfügung gestellt wird, an das IQTIG (Teil A und B) und ~~Teil A der Nachweise an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie bei Übermittlung des Teils A der Nachweise gemäß § 11 Absatz 3 bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben zusätzlich an die Landesaufsichtsbehörde~~	für die Jahre 2020 bis 2025 in elektronischer Form auf Basis der Checkliste gemäß Anlage 3, die vom G BA spätestens zum 1. Juli 2020 als Servicedokument für die Übermittlung der Daten zur Verfügung gestellt wird, an das IQTIG (Teil A und B) und Teil A der Nachweise an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie bei Übermittlung des Teils A der Nachweise gemäß § 11 Absatz 3 bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben zusätzlich an die Landesaufsichtsbehörde

zu übermitteln. Bei der Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität gemäß § 11 Absatz 8 werden ab dem 1. Januar 2025 Prüfregeln gemäß Anlage 6 eingeführt, deren Nichteinhaltung zur Abweisung der Daten durch das IQTIG führt.

(6) Die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweis gemäß Anlage 3 wird für die Jahre 2020 bis 2023 ausgesetzt. Das Servicedokument nach Absatz 5 enthält dementsprechend für die Jahre 2020 bis 2023 keine Abfrage zu den Regelaufgaben.

GKV-SV	DKG
Ab dem Jahr 2024 erfolgt die Erfassung der Regelaufgaben durch die Übermittlung der OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98. Im Jahr 2024 und 2025 wird Anlage 3 Teil A9 oder Teil B3 ausschließlich an das IQTIG übersandt. Für die Erfassung der Regelaufgaben wird in den Jahren 2024 bis 2026	~~Ab dem Jahr~~ In den Jahren 2024 und 2025 erfolgt die Erfassung der Regelaufgaben durch die Übermittlung der OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98. Im Jahr 2024 und 2025 wird Anlage 3 Teil A9 oder Teil B3 ausschließlich an das IQTIG übersandt. <u>Ab dem Jahr 2026 entfällt die Entsendung von Anlage 3 Teil A9.</u> Für die Erfassung der Regelaufgaben wird in den Jahren 2024 ~~bis~~ und 20256

ein Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 nur bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten erhoben.

(7) Die Höchstgrenzen für die Anrechnungen nach § 8 Absatz 5 finden erst ab dem 1. Januar 2023 Anwendung.

(8)

[Dissens i.V.m. § 2 Abs. 7]	
GKV-SV/PatV/BPtk	DKG
Der Monats- und Stationsbezug in § 2 Absatz 7 und 8, § 7 Absatz 5 Satz 6, § 11 Absatz 1 und 2 sowie die Dokumentation anhand von Anlage 3 Teil B findet in der Zeit vom 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2025 nur für eine repräsentative Stichprobe von fünf Prozent <u>und vom 1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember 2028 nur für eine repräsentative Stichprobe von 20 Prozent</u> der Einrichtungen Anwendung, die jährlich wechseln. Damit werden praktische Erkenntnisse für die in § 1 Absatz 3 festgeschriebene Fortentwicklung der Personalbemessung gewonnen. Die Einzelheiten zur Ermittlung der Stichprobe werden in einer gesonderten Beauftragung des IQTIG festgelegt.	~~Der Monats- und Stationsbezug in § 2 Absatz 7 und 8, § 7 Absatz 5 Satz 6, § 11 Absatz 1 und 2 sowie die Dokumentation anhand von Anlage 3 Teil B findet in der Zeit vom 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2025 nur für eine repräsentative Stichprobe von fünf Prozent der Einrichtungen Anwendung, die jährlich wechseln. Damit werden praktische Erkenntnisse für die in § 1 Absatz 3 festgeschriebene Fortentwicklung der Personalbemessung gewonnen. Die Einzelheiten zur Ermittlung der Stichprobe werden in einer gesonderten Beauftragung des IQTIG festgelegt.~~

(9) Für das Jahr 2024 besteht für die Krankenhäuser alternativ zur Ermittlung gemäß § 6 Absatz 3 auch weiterhin die Möglichkeit, die Behandlungstage je Behandlungsbereich für das jeweilige Krankenhaus aus der Anzahl der im jeweiligen Quartal des Vorjahres behandelten Patientinnen und Patienten und deren 14-tägiger Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung der Anlage 2 zu ermitteln. Krankenhäuser, die diese Möglichkeit nutzen, verwenden für die Nachweise gemäß § 11 die Anlage 3 mit der Maßgabe, dass für die Ermittlung der Behandlungstage die Tabellen A3.2 und B1.2 sowie die Hinweise in den Tabellen A3.3 und B1.3 jeweils in der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung anzuwenden sind. Entscheiden sich die Krankenhäuser für die Möglichkeit nach Satz 1, gelten die so ermittelten Behandlungstage auch als ermittelte Anzahl der Behandlungstage im Sinne von § 6 Absatz 4.

Redaktioneller Hinweis zu den Anlagen 1 und 2:

Bei den hier gekennzeichneten Änderungen handelt es sich um Folgedissense zu den Dissensen in § 3 Abs. 1 (PatV) bzw. § 5 (DKG und PatV). Sofern sich bei § 3 Abs. 1 die Position der PatV durchsetzt, ist über die Minutenwerte des Behandlungsbereichs A3 abzustimmen.

Anlage 1 Minutenwertetabellen**1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene**

Zeitwerte in Minuten pro Patientin und Patient je Woche im jeweiligen Behandlungsbereich

Behandlungsbereiche	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, /DKG: Physician Assistants /	Pflegefachpersonen /DKG: Medizinische Fachangestellte /	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, /DKG/BPtK: Fachberufe mit bewegungstherapeutischem oder sportbezogenem Schwerpunkt, sozialpädagogisches Fachpersonal / PatV: Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	/DKG/PatV/BPtK für ~~Streichung der Spalte:~~ Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	/DKG/BPtK für ~~Streichung der Spalte:~~ Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen
A1	207	856	49	122 226 / 150	28	76
A2	257	1536	35	117 220 / 146	29	74
[PatV: A3]	270	2015	193	179 / 265	86	165
A6	114	329	107	176 260 / 193	17	67
A7	265	509	132	102 201 / 152	50	49
A8	265	201	132	102 201 / 152	50	49
A9	-	-	-	-	-	-
S1	226	835	61	72 216 / 107	35	109
S2	256	1562	68	51 238 / 85	34	153
S6	115	318	105	154 271 / 170	16	101
S9	-	-	-	-	-	-

G1	183	1270	56	~~102 212~~ / ~~137~~	35	75
G2	211	1645	37	~~78 169~~ / ~~118~~	40	51
G6	115	372	107	~~167 261~~ / ~~193~~	26	68
G9	-	-	-	-	-	-
P1	154	476	107	~~103 148~~ / ~~134~~	31	14
P2	265	509	132	~~102 201~~ / ~~152~~	50	49
P3	114	329	107	~~176 260~~ / ~~193~~	17	67
P4	265	201	132	~~102 201~~ / ~~152~~	50	49

2. Psychiatrische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

Zeitwerte in Minuten pro Patientin und Patient je Woche im jeweiligen Behandlungsbereich

Behandlungs-- bereiche	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, /DKG: Physician Assistants /	Pflegefachpersonen /DKG: ~~und~~ Erziehungsdienst, Medizinische Fachangestellte /	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, /DKG/BPtK: Fachberufe mit bewegungstherapeutisc hem oder sportbezogenem Schwerpunkt, sozial- pädagogisches Fachpersonal / PatV: Bewegungstherapeutinn en und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	/DKG/BPtK für <i>Streichung der Spalte:</i> Bewegungstherapeutin- nen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	/DKG/BPtK für <i>Streichung der Spalte:</i> Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
KJ1	270	2015	193	~~179 430~~ / ~~265~~	86	165
KJ2	264	1874	190	~~182 388~~ / ~~260~~	78	128
KJ3	337	2495	173	~~62 161~~ / ~~84~~	22	77
KJ6	277	845	209	~~142 377~~ / ~~222~~	80	155
KJ7	259	799	196	~~164 367~~ / ~~227~~	66	140
KJ9	-	-	-	-	-	-

Hinweis zur stationsäquivalenten Behandlung gemäß Tabellen der Nummern 1 und 2:

Vorläufig erfolgt keine Festlegung der Minutenwerte. Die diesbezügliche Personalausstattung und die so eingestuftten Patientinnen und Patienten gehen nicht in die Ermittlung der Mindestanforderung ein. Das Personal ist in den Nachweisen getrennt auszuweisen und bei der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung nach § 7 vorläufig nicht zu berücksichtigen.

Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

zu den Behandlungsbereichen der PPP-RL in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen
für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche

Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte (inklusive Erläuterungen)**A. Allgemeine Psychiatrie**

1. Behandlungsbereiche	2. Menschen mit psychischen Erkrankungen	3. Einstufung
A1 Regelbehandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene
A2 Intensivbehandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
[GKV-SV/ DKG: keine Über- nah- me]	[PatV/Bptk: A3 Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 18 Jahre + vollstationäre Behandlung + Haupt- oder Nebendiagnose ICD-10-GM F70.1 oder F71.1 oder ICD-10-GM F72.*-F73.* + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene oder Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 18 Jahre + vollstationäre Behandlung + Haupt- oder Nebendiagnose ICD-10-GM F70.1 oder F71.1 oder ICD-10-GM F72.*-F73.* + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung

		Erwachsene
A6 Tagesklinische Behandlung²	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + teilstationäre Behandlung
A7 Psychosomatisch- psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder des OPS-Kodes 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene oder Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene
A8 Psychosomatisch- psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär entweder komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch oder komplex psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder des OPS-Kodes 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene oder Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene
A9 Stationsäquivalente Behandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden und die nicht in S9 oder G9 eingestuft werden.	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + stationsäquivalente Behandlung

² Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Die Patientin oder der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die sie oder ihn auch vollstationär behandeln würde.

S. Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit

1. Behandlungsbereiche	2. Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit	3. Einstufung
S1 Regelbehandlung	Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden, mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19 und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-F19 + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene
S2 Intensivbehandlung	Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden, mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19 und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-F19 + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
S6 Tagesklinische Behandlung	Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden, mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-F19 + teilstationäre Behandlung
S9 Stationsäquivalente Behandlung	Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-F19 + stationsäquivalente Behandlung

G. Gerontopsychiatrie

1. Behandlungsbereiche	2. Menschen mit psychischen Erkrankungen	3. Einstufung
G1 Regelbehandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren (meist Multimorbidität), die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene
G2	Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren, die in psychiatrischen	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene

Intensivbehandlung	Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	+ Alter ≥ 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
G6 Tagesklinische Behandlung⁴	Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 65 Jahre + teilstationäre Behandlung
G9 Stationsäquivalente Behandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 65 Jahre + stationsäquivalente Behandlung

P. Psychosomatik

1. Behandlungsbereiche	2. Menschen mit psychischen Erkrankungen	3. Einstufung
P1 Psychotherapie	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Beispielsweise Menschen mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene oder Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
P2 Psychosomatisch- psychotherapeutische Komplexbehandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene oder

⁴ Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Die Patientin oder der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die sie oder ihn auch vollstationär behandeln würde.

	(ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene
P3 Psychotherapie teilstationär	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Beispielsweise Menschen mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen	Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene oder Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
P4 Psychosomatisch- psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.	Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene oder Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene

KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. Behandlungsbereiche	2. Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen	3. Einstufung
KJ1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung (bis 14. Lebensjahr)	Vorschul- und Schulkinder bis zum 14. Lebensjahr mit psychischen Erkrankungen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-656 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) oder 9-672 (Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter bis zum 14. Lebensjahr + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-656 Regelbehandlung KJP

	psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind	oder Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter bis zum 14. Lebensjahr + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-672 Intensivbehandlung KJP
KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung	Jugendliche und Heranwachsende ab dem 14. Lebensjahr mit psychischen Erkrankungen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-656 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter ab dem 14. Lebensjahr + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-656 Regelbehandlung KJP
KJ3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung	Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und psychosozial retardierte Heranwachsende ab dem 14. Lebensjahr, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-672 (Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter ab dem 14. Lebensjahr + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-672 Intensivbehandlung KJP
KJ6 Eltern-Kind- Behandlung (gemeinsame Aufnahme von Kind und Bezugspersonen)	Kinder mit psychischen Erkrankungen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Eltern-Kind-Setting vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-686 (Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-686 Eltern-Kind-Setting KJP
KJ7 Tagesklinische Behandlung⁵	Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + teilstationäre Behandlung
KJ9 Stationsäquivalente Behandlung	Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, die stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + stationsäquivalente Behandlung

⁵ Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Die Patientin oder der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die sie oder ihn auch vollstationär behandeln würde.

Hinweise:

Die neue Spalte „3. Einstufung“ dient als Hilfestellung bei der inhaltlichen Abgrenzung der Behandlungsbereiche.

Für eine trennscharfe Zuordnung in die Behandlungsbereiche der Erwachsenenpsychiatrie ist folgende Reihenfolge umzusetzen: 1. Einrichtung, 2. Alter, 3. Hauptdiagnose, 4. Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, StäB), 5. OPS-Kode.

Für eine trennscharfe Zuordnung in die Behandlungsbereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist folgende Reihenfolge umzusetzen: 1. Einrichtung, 2. Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, StäB), 3. OPS-Kode, 4. Alter.

Für eine trennscharfe Zuordnung in die Behandlungsbereiche der Psychosomatik ist folgende Reihenfolge umzusetzen: 1. Einrichtung, 2. Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, StäB), 3. OPS-Kode.

Ist bei der Einstufung in die Behandlungsbereiche auch das Alter der behandelten Person zu berücksichtigen, ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

Grundsätzlich ist die Hauptdiagnose maßgeblich für die Einstufung in die Behandlungsbereiche.

[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 i.V.m. Anlage 2, Behandlungsbereich A3]	
GKV-SV/DKG	PatV
[keine Übernahme]	Bei der Zuordnung zum Behandlungsbereich A3 ist auch die Nebendiagnose maßgeblich.

Bei nicht abgeschlossenen Behandlungsfällen ohne festgelegte Hauptdiagnose ist bei der Einstufung in die Behandlungsbereiche die Aufnahmediagnose heranzuziehen.

Anlage 3 Nachweis

für das Nachweisverfahren: „Erfüllung von Qualitätsanforderungen in der psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung“

Ausfüllhinweis:

Es sind keine personenbezogenen Daten anzugeben. Es sind ausschließlich statistische Angaben zu machen.

Weitere Erläuterung zum Nachweis:

[Folgedissense zu den Dissensen in § 2 Abs. 7 i.V.m. § 16 Abs. 8 sowie § 11 Abs. 2 und 13]	
GKV-SV/PatV	DKG
Dieser Nachweis ist in einen Teil A und einen Teil B gegliedert. Teil A und Teil B des Nachweises werden gemeinsam gemäß § 11 Absatz 13 <u>bis zum Ende der in der Übergangszeit gemäß § 16 Absatz 1 bis zum 1. Januar 2026</u> quartalsweise zum Zwecke der Auswertung durch den G-BA an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) übermittelt, danach jährlich. Teil A des Nachweises wird gemäß § 11 Absatz 13 <u>bis zum Ende der in der Übergangszeit gemäß § 16 Absatz 1 bis zum 1. Januar 2026</u> quartalsweise an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen <u>sowie an die zuständige Landesaufsichtsbehörde</u> übermittelt, danach jährlich. <u>Ausgenommen von der quartalsweisen Lieferung ist in der Übergangszeit das Erfassungsjahr 2020. Die diesbezüglichen Nachweise werden für alle vier Quartale gemeinsam bis zum 30. April 2021 übermittelt.</u> Bei Nichterfüllung ist Teil A gemäß § 11 Absatz 13 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 11 Absatz 3 ab dem 1. Januar 2022 zusätzlich an die Landesaufsichtsbehörde zu übermitteln.	Dieser Nachweis <u>wird ist in einen Teil A und einen Teil B gegliedert. Teil A und Teil B des Nachweises werden gemeinsam</u> gemäß § 11 Absatz ~~13~~ <u>2</u> <u>in der Übergangszeit bis zum 1. Januar 2026</u> <u>quartalsweise</u> jährlich zum Zwecke der Auswertung durch den G-BA an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) <u>übermittelt, danach jährlich. Teil A des Nachweises wird gemäß § 11 Absatz 13 in der Übergangszeit bis zum 1. Januar 2026 quartalsweise</u> <u>sowie</u> an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt, <u>danach jährlich.</u> <u>Ausgenommen von der quartalsweisen Lieferung ist in der Übergangszeit das Erfassungsjahr 2020. Die diesbezüglichen Nachweise werden für alle vier Quartale gemeinsam bis zum 30. April 2021 übermittelt.</u> Bei Nichterfüllung <u>der Mindestvorgaben ist Teil A der Nachweis</u> gemäß § 11 Absatz ~~13~~ <u>Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 11 Absatz 3 ab dem 1. Januar 2022</u> zusätzlich <u>spätestens sechs Wochen nach Ende des betroffenen Quartals</u> an die <u>Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die zuständige</u> Landesaufsichtsbehörde zu übermitteln.

Administrative Daten:

Jahr der Leistungserbringung: _____

Name der Klinik/Abteilung: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Straße: _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Institutionskennzeichen (Haupt-IK): _____

Standort-ID: _____

Modellvorhaben nach § 64b SGB V? Ja/Nein

Anteil der Modellversorgung an der Gesamtversorgung (Anteile BT in %, die im Rahmen der Versorgung im Rahmen des Modells nach § 64b SGB V erbracht werden):

Auswahlfelder: 1. Kleiner 25 Prozent; 2. 25 Prozent bis kleiner 75 Prozent; 3. 75 Prozent bis kleiner 100 Prozent; 4. Gleich 100 Prozent

Erläuterung: _____ (Freitextfeld bis 999 Zeichen)

Erstmalige Leistungserbringung? Ja/Nein

Welche nach § 2 Absatz 5 differenzierten Einrichtungen sind am Standort vorhanden und nehmen im Erfassungsjahr an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teil?

- Erwachsenenpsychiatrie	vorhanden Ja/Nein	Stichprobe Ja/Nein
- Psychosomatik	vorhanden Ja/Nein	Stichprobe Ja/Nein
- Kinder- und Jugendpsychiatrie	vorhanden Ja/Nein	Stichprobe Ja/Nein

Welche nach § 2 Absatz 5 differenzierten Einrichtungen erbringen Leistungen der stationsäquivalenten Behandlung?

- Erwachsenenpsychiatrie Ja/Nein
- Kinder- und Jugendpsychiatrie Ja/Nein

Der Medizinische Dienst (MD) ist gemäß der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V (MD-QK-RL) berechtigt, die Richtigkeit der Angaben der Einrichtungen vor Ort zu überprüfen.

[Folgedissens zum Dissens in § 2 Abs. 7 i.V.m. § 16 Abs. 8]	
GKV-SV/PatV	DKG
Teil A des Nachweises zur PPP-RL	~~Teil A des Nachweises~~ zur PPP-RL

Jahr (JJJJ): _____

Quartal (1 - 4): _____

~~Nachweis Teil A PPP-RL~~ — FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN

A1. Datenfelder zur regionalen Pflichtversorgung der Einrichtung, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJJ): _____ Quartal (1 – 4): _____

[Folgedissens zum Dissens in § 6 Abs. 6]	
GKV-SV	DKG/PatV
~~1. Hat Ihre Einrichtung im Bereich PPP eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung? Ja/Nein~~ ~~2.1. Wenn ja, für welche Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5⁶ gilt ist eine die regionale Pflichtversorgung durch die zuständige Landesbehörde festgelegt?~~	1. Hat Ihre Einrichtung im Bereich PPP eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung? Ja/Nein 2. Wenn ja, für welche Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 ⁶ gilt die regionale Pflichtversorgung?

⁶ Fachabteilung „29 – Psychiatrie (Erwachsene)“, Fachabteilung „30 – Kinder- und Jugendpsychiatrie“, Fachabteilung „31 – Psychosomatik“

3-2. <u>Verfügt die Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5⁶ mit regionaler Pflichtversorgung</u> über geschlossene Bereiche? Ja/Nein 3. <u>Verfügt die Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5⁶ mit regionaler Pflichtversorgung</u> über 24-Stunden-Präsenzdienste? Ja/Nein 4. <u>Verfügt die Einrichtung über eine 24-Stunden Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten?</u> Ja/Nein	3. Verfügt die Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5⁶ mit regionaler Pflichtversorgung über geschlossene Bereiche? Ja/Nein 4. Verfügt die Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5⁶ mit regionaler Pflichtversorgung über 24-Stunden-Präsenzdienste? Ja/Nein

5. Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen oder Patienten mit gesetzlicher Unterbringung
- | | | |
|---------------------------------|-------|--------------------|
| - Erwachsenenpsychiatrie | _____ | BT (0 bis 999 999) |
| - Psychosomatik | _____ | BT (0 bis 999 999) |
| - Kinder- und Jugendpsychiatrie | _____ | BT (0 bis 999 999) |
6. Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen oder Patienten mit landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme
- | | | |
|---------------------------------|-------|--------------------|
| - Erwachsenenpsychiatrie | _____ | BT (0 bis 999 999) |
| - Psychosomatik | _____ | BT (0 bis 999 999) |
| - Kinder- und Jugendpsychiatrie | _____ | BT (0 bis 999 999) |

Nachweis Teil A PPP RL — FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN**A2. Datenfelder zur Organisationsstruktur des Standortes**

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJ): _____ Quartal (1–4): _____

Tabelle A2.1: Organisationsstruktur des Standortes

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	[DKG: Station (ID)]	[DKG: Bezeichnung der Station]	Planbetten der vollstationären Versorgung	Planplätze der teilstationären Versorgung
1	2]	3]	4	5

Zulässige Werte:

Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik

[DKG für Streichung]: Spalte 2: laufende Nummer für die Stationen des Standortes 1 bis 999

Spalte 3: Textfeld 100 Zeichen]

Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 999

Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 999

[DKG für Streichung]: Tabelle A2.2: Therapeutische Einheiten

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Station (ID)	Stationstyp	Schwerpunkt der Behandlung/Konzeptstation	Erläuterung
1	2	3	4	5

Zulässige Werte:

Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik

Spalte 2: laufende Nummer für die Stationen des Standortes 1 bis 999

Spalte 3: A für geschützte Akut- bzw. Intensivstation,

B für fakultativ geschlossene Station,
C für offene, nicht elektive Station,
D für Station mit geschützten Bereichen,
E für elektive offene Station,
F für nicht-stationsbezogene Einheit mit innovativem Behandlungskonzept (bitte erläutern)

Spalte 4: KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie,

A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie,
A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung,
A7 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung,
S = Konzeptstation für Suchterkrankungen,
G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie,
P1 = Konzeptstation für Psychosomatik,
P2 = Konzeptstation für psychosomatische Komplexbehandlung,
Z = keine der obigen Konzeptstationen (bitte erläutern)

Spalte 5: Freitextfeld bis 999 Zeichen]

~~Nachweis Teil A PPP RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN~~**A3. Datenfelder zur Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche pro Quartal und Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5**

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJ): _____ Quartal (1–4): _____

Tabelle A3.1: Gesamtbehandlungstage

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Jahr	Gesamtanzahl Behandlungstage
1	2	3

Hinweis: wird automatisch berechnet aus den Angaben in Tabelle A3.3

Zulässige Werte:

Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik

Spalte 2: Kalenderjahr des Nachweises oder Vorjahr; ~~im Erfassungsjahr 2021: Kalenderjahr des Nachweises oder 2019~~

Spalte 3: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:

~~Als Behandlungstage zählen der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung Tage mit direktem Patientenkontakt. Entlassungs- oder Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, sowie Tage, an denen eine über Mitternacht hinausgehende Beurlaubung oder Abwesenheit beginnt, werden nicht berücksichtigt. Bei teilstationärer Behandlung ist der letzte Tag des Aufenthaltes als Behandlungstag zu berücksichtigen. Zum Nachweis der Vorgaben nach § 6 Absatz 3 sind in dieser Tabelle sowohl die Behandlungstage für den Bezugszeitraum des Vorjahres als auch die Behandlungstage für das aktuelle Kalenderjahr anzugeben.~~

~~Der Hinweis im folgenden Satz ist bis zum 31. Dezember 2025 nur für solche Einrichtungen gültig, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen:~~

~~Die quartalsbezogene Gesamtanzahl der Behandlungstage für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 (Spalte 3) ergibt sich aus der Summe der stations- und monatsbezogenen Werte in Tabelle B1.1.~~

Tabelle A3.2: Stichtagserhebung
(weggefallen)

Tabelle A3.3: Behandlungstage nach Behandlungsbereichen

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Jahr	Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
1	2	3	4

Zulässige Werte:

Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik

Spalte 2: Kalenderjahr des Nachweises oder Vorjahr;~~im Erfassungsjahr 2021: Kalenderjahr des Nachweises oder 2019~~

Spalte 3: bei Spalte 1 = 29 A1.A2.[PatV: A3.]A6.A7.A8.A9.S1.S2.S6.S9.G1.G2.G6.G9, bei Spalte 1 = 30 KJ1.KJ2.KJ3.KJ6.KJ7.KJ9,
bei Spalte 1 = 31 P1.P2.P3.P4
~~Im Erfassungsjahr 2023 sind bei Angaben für das Jahr 2022 bei Spalte 1 = 29 auch A4, A5, S4, S5, G4, G5
bzw. bei Spalte 1 = 30 auch KJ5 zulässig.~~

Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 99 999. Die Angabe ist kaufmännisch ohne Dezimalstelle zu runden.

Hinweis:

[Folgedissens zum Dissens in § 2 Abs. 7 i.V.m. § 16 Abs. 8]	
GKV-SV	DKG
Der Hinweis im folgenden Satz ist bis zum 31. Dezember 2025-2028 nur für solche Einrichtungen gültig, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen: Die quartalsbezogene Anzahl der Behandlungstage je Behandlungsbereich für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 (Spalte 4) ergibt sich aus der Summe der stations- und monatsbezogenen Werte in Tabelle B1.3.	~~Der Hinweis im folgenden Satz ist bis zum 31. Dezember 2025 nur für solche Einrichtungen gültig, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen: Die quartalsbezogene Anzahl der Behandlungstage je Behandlungsbereich für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 (Spalte 4) ergibt sich aus der Summe der stations- und monatsbezogenen Werte in Tabelle B1.3.~~

~~Die Behandlungstage eines Behandlungsbereichs werden bis zum 31. Dezember 2023 aus der Anzahl der Behandlungstage multipliziert mit dem mittleren Anteil von Patientinnen und Patienten des jeweiligen Behandlungsbereichs an allen Patientinnen und Patienten der Stichtagserhebungen berechnet.~~

[GKV-SV für Streichung: Die Behandlungstage eines Behandlungsbereichs ergeben sich ab dem 1. Januar 2024 aus der Anzahl der im jeweiligen Quartal behandelten Patientinnen und Patienten und deren Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 anhand der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart.]

~~Liegt im Berichtsquartal die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in mindestens einem Behandlungsbereich um mehr als 2,5 Prozent über oder mehr als 2,5 Prozent unter der nach § 6 Absatz 3 ermittelten Anzahl der Behandlungstage des Vorjahres, erfolgt die Ermittlung der Mindestvorgaben abweichend auf der Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage und Patienteneinstufungen des laufenden Quartals. Zum Nachweis der Vorgaben nach § 6 Absatz 3 sind in dieser Tabelle sowohl die Behandlungstage für den Bezugszeitraum des Vorjahres als auch die Behandlungstage für das aktuelle Quartal anzugeben.~~

~~Nachweis Teil A PPP RL — FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN~~

A4. Datenfelder für die tatsächliche monatsbezogene und stationsbezogene Personalausstattung im Tagdienst
~~(Bis zum 31. Dezember 2025 nur von solchen Einrichtungen auszufüllen, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen)~~
~~(weggefallen)~~

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJJ): _____ Quartal (1–4): _____

~~Tabelle A4: Tatsächliche Personalausstattung pro Monat und Station~~

~~Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen~~	~~Station (ID)~~	~~Monat~~	~~Berufsgruppen~~	~~VKS-Ist Tatsächliche Personal- ausstattung in VKS~~
~~1~~	~~2~~	~~3~~	~~4~~	~~5~~

~~Zulässige Werte:~~
~~Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik sowie 297 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29)/307 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30)~~
~~Spalte 2: Station (ID) aus Tabellen A2.1 und A2.2~~
~~Spalte 3: 01 bis 12~~
~~Spalte 4: bei Spalte 1 = 29, 297 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1, bei Spalte 1 = 30 oder 307 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1~~
~~Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 999 999,99~~

~~Hinweis:~~
~~Die Tabelle enthält die monatsbezogenen und stationsbezogenen Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung. Die Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist in Spalte 5 erfolgt anhand des auf der Station jeweils tätigen Personals der Berufsgruppen nach § 5. Dabei sind die tatsächlich geleisteten Vollkraftstunden für alle Tätigkeiten des Regeldienstes gemäß § 2 Absatz 3 anzugeben. Die diesbezüglichen Regelaufgaben sind in Anlage 4 beschrieben. Personal, das auch Leitungstätigkeiten übernimmt, ist in dem Umfang zu berücksichtigen, in dem es Regelaufgaben nach Anlage 4 erbringt. Personal und Dienste, die Regelaufgaben nach Anlage 4 im Zusammenhang mit Besonderheiten der strukturellen und~~

~~organisatorischen Situation der Einrichtung gemäß § 2 Absatz 10 Satz 1 zweiter Spiegelstrich und der Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung gemäß § 2 Absatz 10 Satz 1 fünfter Spiegelstrich erbringen, sind zu berücksichtigen.~~

~~Nicht zu berücksichtigen sind Zeiten für folgende Dienste und Tätigkeiten gemäß § 2 Absatz 10 Satz 1 erster und vierter Spiegelstrich:~~

- ~~— Ausfallzeiten (Wochenfeiertage, Urlaub, Arbeitsunfähigkeit, Schutzfristen, Kur- und Heilverfahren, Wehrübungen, externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Tätigkeiten im Personalrat, im Betriebsrat, in der Mitarbeitervertretung, in der Vertretung ausländischer, schwerbehinderter oder suchterkrankter Beschäftigter, als Sicherheitsbeauftragte oder Sicherheitsbeauftragter, als Beauftragte oder Beauftragter für Arbeitssicherheit, als Hygienebeauftragte oder Hygienebeauftragter, als Gleichstellungsbeauftragte oder Gleichstellungsbeauftragter und weitere relevante Ausfallzeiten)~~
- ~~— Führungskräfte, Bereitschaftsdienste außerhalb des Regeldienstes, ärztliche Rufbereitschaft, pflegerische (Ruf-)Bereitschaftsdienste in der Nacht, ärztlicher Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken, Genesungsbegleitung.~~

~~Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind Zeiten von Personal, das nicht den Berufsgruppen nach § 5 zuzuordnen ist, auch wenn diese im Zusammenhang mit regionalen und strukturellen Besonderheiten nach § 6 Absatz 2 BPfIV und nach § 2 Absatz 10 Satz 1 zweiter Spiegelstrich erbracht werden.~~

~~Für die Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung sind die entsprechenden Hinweise in Tabelle A5.1 zu berücksichtigen.~~

Nachweis Teil A PPP-RL — FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN

A5. Datenfelder für Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Quartal und Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJJ): _____ Quartal (1–4): _____

Tabelle A5.1: Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Berufsgruppe

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Berufsgruppen	VKS-Mind Mindestpersonal-ausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS	VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS	Davon				Weitere Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS	Umsetzungs-grad der Berufsgruppen in %	Mindest-anforderung der Berufsgruppe erfüllt
				Fachkräfte der Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS	Anrechnung Fachkräfte [DKG: oder Hilfskräfte] ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in VKS			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

- Zulässige Werte:
- Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik sowie 297 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29)/307 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30)
- Spalte 2: bei Spalte 1 = 29, 297 oder 31 Buchstaben a bis [DKG: [fd](#) / PatV: [fe](#)] gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1, bei Spalte 1 = 30 oder 307 Buchstaben a bis [DKG: [fd](#) / PatV: [fe](#)] gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1
- Spalten 3 bis 9: Zahlenwerte 0 bis 999 999
- Spalte 4: wird automatisch berechnet aus der Summe der Spalten 5 bis 8

Spalte 10: [wird automatisch berechnet](#), Zahlenwerte 0 bis 999,99
Spalte 11: [wird automatisch berechnet](#), bei Spalte 1 = 29, 30 oder 31: ja/nein,
bei Spalte 1 = 297 oder 307: entfällt

Hinweis:
Die Tabelle enthält quartalsbezogen die berufsgruppenbezogenen Angaben zur Mindestpersonalausstattung, zur tatsächlichen Personalausstattung sowie zur Anrechnung, zum Umsetzungsgrad und zur Erfüllung der Mindestanforderungen der differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5.
Die Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist in Spalte 4 erfolgt anhand des jeweils tätigen Personals der Berufsgruppen nach § 5. Dabei sind die tatsächlich geleisteten Vollkraftstunden für alle Tätigkeiten des Regeldienstes gemäß § 2 Absatz 3 anzugeben. Die diesbezüglichen Regelaufgaben sind in Anlage 4 beschrieben. Personal, das auch Leitungstätigkeiten übernimmt, ist in dem Umfang zu berücksichtigen, in dem es Regelaufgaben nach Anlage 4 erbringt. Personal und Dienste, die Regelaufgaben nach Anlage 4 im Zusammenhang mit Besonderheiten der strukturellen und organisatorischen Situation der Einrichtung gemäß § 2 Absatz 10 Satz 1 zweiter Spiegelstrich und der Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung gemäß § 2 Absatz 10 Satz 1 fünfter Spiegelstrich erbringen, sind zu berücksichtigen.

Nicht zu berücksichtigen sind Zeiten für folgende Dienste und Tätigkeiten gemäß § 2 Absatz 10 Satz 1 erster und vierter Spiegelstrich:

- Ausfallzeiten (Wochenfeiertage, Urlaub, Arbeitsunfähigkeit, Schutzfristen, Kur- und Heilverfahren, Wehrübungen, externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Tätigkeiten im Personalrat, im Betriebsrat, in der Mitarbeitervertretung, in der Vertretung ausländischer, schwerbehinderter oder suchterkrankter Beschäftigter, als Sicherheitsbeauftragte oder Sicherheitsbeauftragter, als Beauftragte oder Beauftragter für Arbeitssicherheit, als Hygienebeauftragte oder Hygienebeauftragter, als Gleichstellungsbeauftragte oder Gleichstellungsbeauftragter und weitere relevante Ausfallzeiten)
- Leitungskräfte, Bereitschaftsdienste außerhalb des Regeldienstes, ärztliche Rufbereitschaft, pflegerische (Ruf-)Bereitschaftsdienste in der Nacht, ärztlicher Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken, Genesungsbegleitung.

GKV-SV	DKG
Bei Personal, das bereichsübergreifend tätig ist, muss gemäß § 2 Abs. 8 und § 8 Abs. 1 eine Zuordnung von Tätigkeitsanteilen zu den einzelnen Bereichen erfolgen. Tätigkeiten wie beispielsweise die ambulante Versorgung in einer psychiatrischen Institutsambulanz, die nicht zum Geltungsbereich der PPP-RL gehören, dürfen nicht berücksichtigt werden. Die Tätigkeitsanteile können leistungsbezogen in die einzelnen Bereiche aufgeschlüsselt werden. Dies gilt auch bei den Nachweisen der stationsbezogenen Personalausstattung in der Stichprobe gemäß § 16 Absatz 8 PPP-RL.	Bei Personal, das auch in anderen Bereichen tätig ist, die nicht zum Geltungsbereich der PPP-RL gehören, hat gemäß § 2 Absatz 8 und § 8 Absatz 1 eine sachgerechte Abgrenzung der Tätigkeiten zu erfolgen. Das bedeutet, dass Tätigkeitsanteile wie beispielsweise die ambulante Versorgung durch Personal in einer Psychiatrischen Institutsambulanz nicht berücksichtigt werden dürfen. Die Tätigkeitsanteile können je nach Tätigkeitsumfang des Personals in die einzelnen Bereiche aufgeteilt werden.

Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind Zeiten von Personal, das nicht den Berufsgruppen nach § 5 zuzuordnen ist, auch wenn diese im Zusammenhang mit regionalen und strukturellen Besonderheiten nach § 6 Absatz 2 BPfIV und nach § 2 Absatz 10 Satz 1 zweiter Spiegelstrich

erbracht werden. Die Angabe in Spalte 4 (VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS) entspricht der Summe der Werte in den Spalten 5 bis 8. Die Angabe in Spalte 5 (Fachkräfte der Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS) umfasst neben den Fachkräften der jeweiligen Berufsgruppe auch Personen in Ausbildung gemäß § 8 Absatz 2. Die Angabe in Spalte 7 (Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) umfasst den Umfang von Fach- oder Hilfskräften unter Berücksichtigung der Höchstgrenzen nach § 6 Absatz 5 Satz 6. In Spalte 9 (Weitere Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) kann bei Erreichen der Höchstgrenze der Umfang der weiteren Fach- oder Hilfskräfte angegeben werden. Bei der Anrechnung von Personal in den Spalten 6 bis 8 sind diese Anrechnungen in Tabelle A5.3 zu erläutern.

Hinweis zur stationsäquivalenten Behandlung:

Für die stationsäquivalente Behandlung in den Behandlungsbereichen A9 und KJ9 sind vorläufig keine Minutenwerte festgelegt. Die diesbezügliche Personalausstattung wird bei der Ermittlung der Mindestanforderung an die Personalausstattung VKS-Mind (Spalte 3) nicht berücksichtigt. Das bei der stationsäquivalenten Behandlung tatsächlich eingesetzte Personal ist pro Berufsgruppe in den Nachweisen getrennt von der tatsächlichen Personalausstattung nach § 6 auszuweisen. Der getrennte Ausweis der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist erfolgt in Tabelle A5.1 unter Angabe der Pseudoschlüssel 297 für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29) und 307 für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30) in Spalte 1. In den Spalten 3, 6, 10 und 11 sind keine Angaben zu machen. Eine Anrechnung von Fachkräften anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS ist ausgeschlossen. Erfolgt eine Anrechnung von Fachkräften oder Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen (Spalte 7) oder eine Anrechnung von Fachkräften

[Folgedissens zum Dissens in § 8 Abs. 5 Satz 1]	
GKV-SV/PatV	DKG
[keine Übernahme]	oder Hilfskräften

ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (Spalte 8) sind diese Anrechnungen in Tabelle A5.3 zu erläutern.

Tabelle A5.2: Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen im Quartal für die Einrichtungen, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Bezugsjahr der Mindestvorgabe	Umsetzungsgrad der differenzierten Einrichtung in %	Mindestanforderung der differenzierten Einrichtungen erfüllt	Mindestanforderung pflegerischer Nachtdienst erfüllt	Ausnahmetatbestand
1	2	3	4	5	6

[Hinweis: wird automatisch berechnet](#)

Zulässige Werte:

Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik

Spalte 2: 1 = Vorjahr, 2 = Kalenderjahr des Nachweises

Spalte 3: Zahlenwerte 0 bis 999,99

Spalte 4: ~~bei Spalte 1 = 29, 30 oder 31:~~ ja/nein

Spalte 5: ja/nein/entfällt ~~(ab 1. Januar 2024)~~

Spalte 6: ja/nein (Mindestens ein Ausnahmetatbestand nach § 10 liegt vor.)

~~Hinweis:~~

~~Die Tabelle enthält die Angaben zum Umsetzungsgrad der Mindestpersonalanforderungen gemäß § 7 Absatz 3 sowie die Angaben zur Erfüllung gemäß § 7 Absatz 4. Hinweis zu Spalte 4: Die Mindestvorgaben der differenzierten Einrichtungen sind erfüllt, wenn in keiner Berufsgruppe der geforderte Umsetzungsgrad unterschritten wurde.~~

Tabelle A5.3: Anrechnung von Fachkräften gemäß § 8

Bei der Anrechnung von Personal in Tabelle A5.1 (Eintrag in Spalten 6 bis 8) sind diese Vollkraftstunden in der folgenden Tabelle [zu erläutern](#) darzustellen.

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Tagdienst/ Nachtdienst	Anrechnungstatbestand (siehe Tabelle A5.1 Spalten 6 bis 8)	Tatsächliche Berufsgruppe des angerechneten Personals	Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgt	Angerechnete Tätigkeiten in VKS	Erläuterung⁷
1	2	3	4	5	6	7

Zulässige Werte:

Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik

Spalte 2: T für Tagdienst, N für Nachtdienst

Spalte 3: 6 für Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL, 7 für Fachkräfte oder Hilfskräfte aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen, 8 für Fachkräfte

<i>[Folgedissens zum Dissens in § 8 Abs. 5 Satz 1]</i>	
GKV-SV/PatV	DKG
<i>[keine Übernahme]</i>	oder Hilfskräfte

ohne direktes Beschäftigungsverhältnis

Spalte 4: bei Spalte 3 = 6 oder 8 Buchstaben a bis [DKG: [fd](#) / PatV: [fe](#)], bei Spalte 3 = 7 Freitextfeld bis 150 Zeichen

Spalte 5: bei Spalte 1 = 29 oder 31 Buchstaben a bis [DKG: [fd](#) / PatV: [fe](#)] gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,

bei Spalte 1 = 30 Buchstaben a bis [DKG: [fd](#) / PatV: [fe](#)] gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1

Spalte 6: Zahlenwert 0 bis 999 999,99

[Spalte 7: Freitextfeld bis 2 000 Zeichen](#)

⁷ In den Erläuterungen sind die betroffenen Regelaufgaben nach Anlage 4 aufzuführen.

Tabelle A5.4: Mindestvorgaben und tatsächliche Personalausstattung der Pflegefachpersonen gemäß § 5 im Nachtdienst

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Erbringung von Nachtdiensten	Tatsächliche Personalausstattung pflegerischer Nachtdienst im Quartal in VKS	Anzahl Nächte im Quartal	Anzahl vollstationärer Betten	Anteil Intensivbehandlung gemäß § 6 Abs. 7 Satz 2 im Vorjahr in %	Mindestvorgabe pflegerischer Nachtdienst in VKS je Nacht	Anzahl Nächte, in denen die Mindestvorgabe erfüllt wurde	Durchschnittliche VKS-Ist pflegerischer Nachtdienst je Nacht
1	2	3	4	5	6	7	8	9

- Zulässige Werte:
- Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
- Spalte 2: ja/nein, bei nein keine Angabe in den Spalten 3 bis 9
- Spalte 3: Zahlenwerte 0 bis 999 999
- Spalte 4: Zahlenwerte 90 bis 92
- Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 9 999 ~~(ab 1. Januar 2024)~~
- Spalte 6: Zahlenwerte 0 bis 100,00, bei Spalte 1 = 31 keine Angabe ~~(ab 1. Januar 2024)~~
- Spalte 7: Zahlenwerte 0 bis 9 999 ~~(ab 1. Januar 2024)~~
- Spalte 8: Zahlenwerte 0 bis 92 ~~(ab 1. Januar 2024)~~
- Spalte 9: Zahlenwerte 0 bis 9 999

Hinweis:

~~Die Tabelle enthält die quartalsbezogenen Angaben zur Mindestvorgabe und zur tatsächlichen Personalausstattung der Pflegefachpersonen gemäß § 5 im Nachtdienst der differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5. Die Angaben zu den Mindestvorgaben (Spalten 5 bis 8) sind erst ab dem 1. Januar 2024 auszufüllen.~~ Bei Einrichtungen ohne Mindestvorgaben entfallen die Angaben in den Spalten 7 und 8 zur Mindestvorgabe. Die Angaben für den Anteil Intensivbehandlung im Vorjahr in Spalte 6 umfassen das erste bis dritte Quartal.

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN

A6. Datenfelder zu den Ausnahmetatbeständen pro Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5

Haupt-IK: Standort-ID: Jahr (JJJJ): Quartal (1-4):

Tabelle A6.1: Ausnahmetatbestand Nummer 1 (kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle)

Die Tabelle enthält Angaben zum Ausnahmetatbestand nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1.

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Zeitraum	Krankheitsbedingte Ausfallstunden	Mindestpersonalvorgabe VKS-Mind in VKS	Ausfallquote in %	Gründe für Abweichungen (Freitext)
1	2	3	4	5	6

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: Q1.Q2.Q3.Q4 für quartalsbezogene Zeiträume und 01 bis 12 für kalendermonatsbezogene Zeiträume; 1.3 für ein nicht auf einen Kalendermonat bezogenes Drittel des Quartals, 2.3 für zwei nicht auf zwei Kalendermonate bezogene Drittel des Quartals
Spalten 3 bis 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999
Spalte 5: 0 bis 999,99
Spalte 6: Freitextfeld bis 999 Zeichen

Tabelle A6.2: Ausnahmetatbestand Nummer 2 (kurzfristig stark erhöhte Patientenzahl in der Pflichtversorgung)

Die Tabelle enthält Angaben zum Ausnahmetatbestand nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2.

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Zeitraum	Behandlungstage im aktuellen Jahr	Behandlungstage Vergleichswert Vorjahr	Prozentsatz in %	Gründe für Abweichungen (Freitext)
1	2	3	4	5	6

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: Q1.Q2.Q3.Q4 für quartalsbezogene Zeiträume und 01 bis 12 für kalendermonatsbezogene Zeiträume; 1.3 für ein nicht auf einen Kalendermonat bezogenes Drittel des Quartals, 2.3 für zwei nicht auf zwei Kalendermonate bezogene Drittel des Quartals
Spalten 3 bis 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999
Spalte 5: 0 bis 999,99
Spalte 6: Freitextfeld bis 999 Zeichen

Tabelle A6.3: Ausnahmetatbestand Nummer 3 (gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen)

Die Tabelle enthält Angaben zum Ausnahmetatbestand nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3.

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Zeitraum	Auswirkungen auf die Behandlungsleistungen (Freitext)	Auswirkungen auf die Personalausstattung (Freitext)	Gründe für Abweichungen (Freitext)
1	2	3	4	5

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: Q1.Q2.Q3.Q4 für quartalsbezogene Zeiträume und 01 bis 12 für kalendermonatsbezogene Zeiträume; 1.3 für ein nicht auf einen Kalendermonat bezogenes Drittel des Quartals, 2.3 für zwei nicht auf zwei Kalendermonate bezogene Drittel des Quartals
Spalte 3 bis 5: Freitextfeld bis 999 Zeichen

Tabelle A6.4: Ausnahmetatbestand Nummer 4 (Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält)

[Folgedissens zum Dissens in § 10 Abs. 1 Nr. 4]	
GKV-SV	DKG
(Gültig bis zum 31. Dezember 2025 2028)	(Gültig bis zum 31. Dezember 2025)

Die Tabelle enthält Angaben zum Ausnahmetatbestand nach § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4.

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Am Standort ausschließlich Tagesklinik	[PatV: 80% der Mindestvorgabe werden nicht unterschritten]	Mindestvorgaben im aktuellen Quartal eingehalten (Quartal)	Mindestvorgaben im vorangegangenen Quartal eingehalten (Quartal -1)	Mindestvorgaben im vorvorangegangenen Quartal eingehalten (Quartal -2)	Gründe für Abweichungen im aktuellen Quartal (Freitext)
1	2[PatV: a]	2b]	3	4	5	6

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalten 2 bis 5: ja/nein
Spalte 6: Freitextfeld bis 999 Zeichen

Hinweis:
Der Ausnahmetatbestand gemäß § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 findet Anwendung, wenn der Standort ausschließlich eine Tagesklinik umfasst und die Mindestvorgaben nur temporär nicht, d. h. im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder eingehalten werden. Dementsprechend fragt Spalte 4 nach dem vorhergehenden Quartal und Spalte 5 nach dem Quartal, das dem aktuellen und dem vorhergehenden Quartal vorangegangen ist.

A6.5: Datenfelder zur Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen

Hinweis:

Die Tabelle ist nur auszufüllen, wenn in den Tabellen A6.1 bis A6.3 in der Spalte 2 die Werte 01 bis 12 oder 1.3 oder 2.3 eingetragen wurden und somit angegeben wurde, dass ein Ausnahmetatbestand nur in einem Teil des jeweiligen Quartals zum Tragen kam.

Tabelle A6.5.1: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Zeiträume

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Zeitraum ohne Ausnahmetatbestände
1	2

Zulässige Werte:

Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik

Spalte 2: Textfeld mit Zeitraum 01 bis 12 für kalendermonatsbezogene Zeiträume bzw. konkrete Datumsangaben bei 1.3 oder 2.3 des Quartals

Tabelle A6.5.2: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung

Der Nachweis erfolgt entsprechend der Tabelle A5.1.

Tabelle A6.5.3: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Umsetzungsgrad und Erfüllung

Der Nachweis erfolgt entsprechend der Tabelle A5.2.

Tabelle A6.5.4: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Anrechnung von Fachkräften im Tagdienst

Der Nachweis erfolgt entsprechend der Tabelle A5.3.

A7. Erläuterungen und Hinweise des Standortes zu den getroffenen Angaben

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJ): _____ Quartal (1-4): _____

Freitextfeld: bis 3 500 Zeichen

Hinweis:

Die Erläuterungen und Hinweise können sich auch auf die Inhalte nachfolgender Tabellen beziehen.

A8. Datenfelder zur Qualifikation des therapeutischen Personals

~~(Bis zum 31. Dezember 2025 gültig und bis dahin nur von solchen Einrichtungen auszufüllen, die nicht an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen)~~

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJJ): _____ Quartal (1–4): _____

Tabelle A8.1: Qualifikation des tatsächlichen Personals

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Berufsgruppen	Teilgruppe mit zusätzlicher Qualifikation oder Anrechnung	VKS-Ist Tatsächliche Personal-ausstattung in VKS
1	2	3	4

Zulässige Werte:

Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik

Spalte 2: Werte aus Referenztabelle A8.2 Spalte 1 oder A8.3 Spalte 1

Spalte 3: Werte aus Referenztabelle A8.2 Spalte 2 oder A8.3 Spalte 2

Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Hinweis:

Die Tabelle enthält Zusatzinformationen zur Qualifikation der tatsächlichen Personalausstattung. Die Differenzierung erfolgt spezifisch für die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 gemäß Referenztabellen A8.2 und für die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 2 gemäß Referenztabellen A8.3. In Spalte 3 können Personen mit zwei und mehr Qualifikationen entsprechend mehrfach den „Davon“-Teilgruppen zugeordnet werden. Die in Tabelle A5.3 Spalte 6 angegebenen angerechneten Tätigkeiten in VKS sind einzuschließen und hier unter der Berufs- bzw. Teilgruppe aufzuführen, von der sie tatsächlich erbracht – und nicht, auf welche sie übertragen – wurden.

[Folgedissens zum Dissens in § 2 Abs. 7 i.V.m. § 16 Abs. 8]	
GKV-SV	DKG
~~Die Tabelle A8.1 wird in den Jahren 2023 bis 2025 ausschließlich an das IQTIG übersandt.~~	Die Tabelle A8.1 wird in den Jahren 2023 bis 2025 ausschließlich an das IQTIG übersandt.

~~Einrichtungen, die im Erfassungsjahr an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen, müssen die Tabelle A8 nicht übermitteln, da eine entsprechende Übermittlung über den Teil B erfolgt.~~

[Folgedissense zu den Dissensen in § 5 Abs. 1]	
GKV-SV	DKG I PatV
[Keine Übernahme der Änderungsvorschläge zu den Referenztabellen A8.2 und A8.3]	[Derzeit geltende Fassung der Referenztabellen A8.2 und A8.3 <u>mit</u> nacheinander dargestellten <u>Änderungsvorschlägen</u>]

[DKG:**Referenztable A8.2: Qualifikationen des Personals in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik**

Berufsgruppe	Teilgruppe mit spezifischer/zusätzlicher Qualifikation
1	2
a) Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, <u>Physician Assistants</u>	a0) Gesamt
	a1) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte inklusive a2 bis a5
	a2) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie
	a3) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung <u>Psychosomatik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</u>
	a4) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie
	a5) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
	<u>a6) Davon Physician Assistants</u>
b) Pflegefachpersonen, <u>Medizinische Fachangestellte</u>	b0) Gesamt
	b1) Davon Pflegefachpersonen exklusive b2 und b3
	b2) Davon Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Psychiatrische Pflege
	b3) Davon Pflegefachpersonen mit Bachelor Psychiatrische Pflege
	b4) Davon Heilerziehungspflegerinnen oder Heilerziehungspfleger
	<u>b5) Davon Medizinische Fachangestellte</u>
c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen)	c0) Gesamt
	c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten
	c2) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten

und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	c3) Davon Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des PsychThG
	c4) Davon Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten
	c5) Davon Psychologinnen oder Psychologen ohne Approbation
d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Fachberufe mit bewegungstherapeutischem oder sportbezogenem Schwerpunkt, sozial-pädagogisches Fachpersonal	d0) Gesamt
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten
	d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2
~~e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten~~	~~e0) Gesamt~~
	~~e1d4)~~ Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten
	~~e2d5)~~ Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten
~~f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen~~	~~f0) Gesamt~~ d6) Davon Motopädagoginnen oder Motopädagogen
	~~f1d7)~~ Davon Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter
	~~f2d8)~~ Davon Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen
	~~f3d9)~~ Davon Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen
h) Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter	h0) Gesamt

Referenztable A8.3: Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Berufsgruppe	Teilgruppe mit spezifischer/zusätzlicher Qualifikation
1	2
a) Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Physician Assistants	a0) Gesamt
	a1) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte inklusive a2
	a2) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
	a3) Davon Physician Assistants
b) Pflegefachpersonen ~~und~~ Erziehungsdienst, Medizinische Fachangestellte	b0) Gesamt
	b1) Davon Pflegefachpersonen exklusive b4 bis b6

	b2) Davon Erzieherinnen oder Erzieher
	b3) Davon Heilerziehungspflegerinnen oder Heilerziehungspfleger
	b4) Davon Fachpersonen mit Weiterbildung Kinder- und Jugendpsychiatrie
	b5) Davon Fachpersonen mit Bachelor Psychiatrische Pflege
	b6) Davon Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Psychiatrische Pflege
	b7) Davon Medizinische Fachangestellte
c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten) ⁸	c0) Gesamt
	c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten
	c2) Davon approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten
	c3) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
	c4) Davon Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des PsychThG
	c5) Davon Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten (KJ)
d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Fachberufe mit bewegungstherapeutischem oder sportbezogenem Schwerpunkt, sozial-pädagogisches Fachpersonal	c6) Davon Psychologinnen oder Psychologen ohne Approbation
	d0) Gesamt
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten
	d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2
	d4) Davon Sprachheiltherapeutinnen oder Sprachheiltherapeuten
	d5) Davon Logopädinnen oder Logopäden
	~~e0) Gesamt~~
	~~e1~~ d6) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten

⁸ Zu den Psychologinnen und Psychologen in der KJP zählen alle: approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in Ausbildung, unabhängig von ihrer Grundqualifikation.

e) ~~Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten~~	e2d7) Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten
f) ~~Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen~~	f0) ~~Gesamt~~ d8) <u>Davon Motopädagoginnen oder Motopädagogen</u>
	f1d9) Davon Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter
	f2d10) Davon Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen
	f3d11) Davon Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen

1

[PatV:**Referenztable A8.2: Qualifikationen des Personals in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik**

Berufsgruppe	Teilgruppe mit spezifischer/zusätzlicher Qualifikation
1	2
a) Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	a0) Gesamt a1) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte inklusive a2 bis a5 a2) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie a3) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychosomatik a4) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie a5) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
b) Pflegefachpersonen	b0) Gesamt b1) Davon Pflegefachpersonen exklusive b2 und b3 b2) Davon Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Psychiatrische Pflege b3) Davon Pflegefachpersonen mit Bachelor Psychiatrische Pflege b4) Davon Heilerziehungspflegerinnen oder Heilerziehungspfleger
c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen)	c0) Gesamt c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten c2) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten

und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	c3) Davon Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des PsychThG
	c4) Davon Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten
	c5) Davon Psychologinnen oder Psychologen ohne Approbation
d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, ~~e)~~ Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten , Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	d0) Gesamt
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten
	d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2
	~~e0)~~ Gesamt
	~~e1d4)~~ Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten
~~fe)~~ Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	~~e2d5)~~ Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten
	~~fe0)~~ Gesamt
	~~fe1)~~ Davon Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter
	~~fe2)~~ Davon Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen
~~hf)~~ Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter	~~fe3)~~ Davon Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen
	~~hf0)~~ Gesamt

Referenztable A8.3: Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Berufsgruppe	Teilgruppe mit spezifischer/zusätzlicher Qualifikation
1	2
a) Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	a0) Gesamt
	a1) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte inklusive a2
	a2) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
b) Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst	b0) Gesamt
	b1) Davon Pflegefachpersonen exklusive b4 bis b6
	b2) davon Erzieherinnen und Erzieher
	b3) Davon Heilerziehungspflegerinnen oder Heilerziehungspfleger

	b4) Davon Fachpersonen mit Weiterbildung Kinder- und Jugendpsychiatrie
	b5) Davon Fachpersonen mit Bachelor Psychiatrische Pflege
	b6) Davon Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Psychiatrische Pflege
c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten) ⁸	c0) Gesamt
	c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten
	c2) Davon approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten
	c3) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
	c4) Davon Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des PsychThG
	c5) Davon Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten (KJ)
	c6) Davon Psychologinnen oder Psychologen ohne Approbation
d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten , f) Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	d0) Gesamt
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten
	d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2
	d4) Davon Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten
	d5) Davon Logopädinnen und Logopäden
	~~e0) Gesamt~~
	~~e1~~ d6) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten
	~~e2~~ d7) Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten
~~e)f~~ Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	~~e~~ f0) Gesamt
	~~e~~ f1) Davon Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter
	~~e~~ f2) Davon Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen
	~~e~~ f3) Davon Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen

1

⁸ Zu den Psychologinnen und Psychologen in der KJP zählen alle: approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in Ausbildung, unabhängig von ihrer Grundqualifikation.

[Folgedissens zum Dissens in § 16 Abs. 6]	
GKV-SV	DKG
[Derzeit geltende Fassung von Teil A9 <u>mit Änderungsvorschlägen</u>]	[Streichung des gesamten Teil A9]

A9. Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Dokumentation der Leistungen zu den Regelaufgaben gemäß Anlage 4)
~~(Ab dem 1. Januar 2024 bis zum 31. Dezember 2025 gültig und in dieser Zeit nur von solchen Einrichtungen auszufüllen, die nicht an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen)~~

Haupt IK: _____ Standort ID: _____ Jahr (JJJJ): _____ Quartal (1 – 4): _____

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Behandlungsart	Prozedur	OPS-Datum	Gültigkeitsdauer
1	2	3	4	5

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: 1 = vollstationär, 2 = teilstationär, 3 = stationsäquivalente Behandlung, 8 = Sonstiges
Spalte 3: OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98 (<https://www.bfarm.de>)
Spalte 4: Datum im Format JJJJ.MM.TT
Spalte 5: Anzahl Tage bei Spalte 3 = 9-607, 9-617, 9-618, 9-619, 9-61a, 9-61b, 9-626, 9-634, 9-656, 9-672 oder 9-686,
Angabe entfällt bei Spalte 3 = andere OPS-Kodes

Hinweis:
Für jeden in den stationären Abrechnungsdaten dokumentierten OPS-Kode aus dem Bereich 9-60 bis 9-98 ist eine Zeile zu übermitteln.
Spalte 1: Diese Angaben sind immer für die nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtung anzugeben, in der die Patientin oder der Patient zum Zeitpunkt des OPS-Datums behandelt worden ist. Bei zeitraumbezogenen OPS-Kodes erfolgt die Zuordnung zum Quartal, in dem der Gültigkeitszeitraum beginnt. Auf eine tagesgenaue Abgrenzung wird aus Vereinfachungsgründen und der Vermeidung zusätzlichen Aufwandes verzichtet.
Spalte 4: Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten übernommen werden.
Spalte 5: Diese Kodes sind zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart (im Sinne des OPS Regelbehandlung, Intensivbehandlung bzw. Komplexbehandlung) anzugeben. Da in der Auflistung auf einen Patientenbezug verzichtet wird, muss hier die

Gültigkeitsdauer des Kodes zugeordnet werden. Die Gültigkeitsdauer ist die Anzahl von Tagen bis zu dem Ende der Behandlung oder dem Wechsel der Behandlungsart. Der Tag der Entlassung bzw. des Wechsels wird, außer wenn dieser gleichzeitig der Tag des Beginns ist, nicht gezählt.

Die Tabelle A9 wird gemäß § 16 Absatz 6 in den Jahren 2024 und 2025 ausschließlich an das IQTIG übersandt.

~~Einrichtungen, die im Erfassungsjahr an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen, müssen die Tabelle A9 nicht übermitteln, da eine entsprechende Übermittlung über den Teil B erfolgt.~~

[Folgedissense zum Dissens in § 2 Abs. 7 i.V.m. § 16 Abs. 8:

GKV-SV/PatV	DKG
Nachweis Teil A PPP-RL	~~Nachweis Teil A PPP-RL~~

FÜR JEDE MELDUNG/JEDEN NACHWEIS GESONDERT AUSFÜLLEN

Unterschriften

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben

GKV-SV/PatV	DKG
(Teil A des Nachweises) bestätigt.	~~(Teil A des~~ im Nachweises) bestätigt.

Name

.....

Datum

.....

Unterschrift

Ärztliche Leitung

Pflegedirektion

Geschäftsführung/
Verwaltungsdirektion]

[Folgedissens zum Dissens in § 2 Abs. 7 i.V.m. § 16 Abs. 8]	
GKV-SV/PatV	DKG
[Derzeit geltende Fassung von Teil B <u>mit</u> <u>Änderungsvorschlägen</u>]	[Streichung des gesamten Teil B]

Teil B des Nachweises zur PPP-RL

(Bis zum 31. Dezember **2025 2028** nur für solche Einrichtungen auszufüllen, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen)

Nachweis Teil B PPP-RL **FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN**

Jahr (JJJJ): _____

Quartal (1 - 4): _____

B1. Datenfelder zur Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche pro Station und Monat

Haupt IK: _____ Standort ID: _____ Jahr (JJJJ): _____ Quartal (1 - 4): _____

Tabelle B1.1: Gesamtbehandlungstage
(weggefallen)

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Station (ID)	Jahr	Monat	Gesamtanzahl Behandlungstage
1	2	3	4	5

Zulässige Werte:

~~Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik~~

~~Spalte 2: Station (ID) aus Tabellen A2.1 und A2.2~~

~~Spalte 3: Kalenderjahr des Nachweises oder Vorjahr; im Erfassungsjahr 2021: Kalenderjahr des Nachweises oder 2019~~

~~Spalte 4: 01 bis 12~~

~~Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 99 999~~

Hinweis:

~~Als Behandlungstage zählen der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung Tage mit direktem Patientenkontakt. Entlassungs- oder Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, sowie Tage, an denen eine über Mitternacht hinausgehende Beurlaubung oder Abwesenheit beginnt, werden nicht berücksichtigt. Bei teilstationärer Behandlung ist der letzte Tag des Aufenthaltes als Behandlungstag zu berücksichtigen. Zum Nachweis der Vorgaben nach § 6 Absatz 3 sind in dieser Tabelle sowohl die Behandlungstage für den Bezugszeitraum des Vorjahres als auch die Behandlungstage für das aktuelle Kalenderjahr anzugeben. Aus den stations- und monatsbezogenen Werten in Tabelle B1.1 ergeben sich die quartalsbezogenen Werte für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 in Tabelle A3.1.~~

Tabelle B1.2: Stichtagserhebung

(weggefallen)

Tabelle B1.3: Behandlungstage nach Behandlungsbereichen

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Station (ID)	Jahr	Monat	Behandlungsbereich	Anzahl Behandlungstage
1	2	3	4	5	6

Zulässige Werte:

Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik

Spalte 2: Station (ID) aus Tabellen A2.1 und A2.2

Spalte 3: Kalenderjahr des Nachweises oder Vorjahr; ~~im Erfassungsjahr 2021: Kalenderjahr des Nachweises oder 2019~~

Spalte 4: 01 bis 12

Spalte 5: bei Spalte 1 = 29 A1.A2.[PatV: [A3.](#)]A6.A7.A8.A9.S1.S2.S6.S9.G1.G2.G6.G9, bei Spalte 1 = 30 KJ1.KJ2.KJ3.KJ6.KJ7.KJ9,
bei Spalte 1 = 31 P1.P2.P3.P4

~~(Im Erfassungsjahr 2023 sind bei Angaben für das Jahr 2022 bei Spalte 1 = 29 auch A4, A5, S4, S5, G4, G5 bzw. bei Spalte 1 = 30 auch KJ5 zulässig.)~~

Spalte 6: Zahlenwerte 0 bis 99 999. Die Angabe ist kaufmännisch ohne Dezimalstelle zu runden.

Hinweis:

~~Bis zum 31. Dezember 2023: Die Behandlungstage eines Behandlungsbereiches werden aus der Anzahl der Behandlungstage einer Station multipliziert mit dem mittleren Anteil von Patientinnen und Patienten des jeweiligen Behandlungsbereiches an allen Patientinnen und Patienten der Stichtagserhebungen berechnet.~~

~~Ab dem 1. Januar 2024: Die Behandlungstage eines Behandlungsbereiches ergeben sich aus der Anzahl der im jeweiligen Quartal behandelten Patientinnen und Patienten und deren Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 anhand der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart.~~

Aus den stations- und monatsbezogenen Werten werden Quartalsgesamtwerte der Behandlungstage je Behandlungsbereich der differenzierten Einrichtungen gemäß § 2 Absatz 5 in Tabelle A3.3 errechnet. ~~Liegt im Berichtsquartal die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in mindestens einem Behandlungsbereich um mehr als 2,5 Prozent über oder mehr als 2,5 Prozent unter der nach § 6 Absatz 3 ermittelten Anzahl der Behandlungstage des Vorjahres, erfolgt die Ermittlung der Mindestvorgaben abweichend auf der Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage und Patienteneinstufungen des Kalendermonats des laufenden Quartals. Zum Nachweis der Vorgaben nach § 6 Absatz 3 sind in dieser Tabelle sowohl die Behandlungstage für den Bezugszeitraum des Vorjahres als auch die Behandlungstage für das aktuelle Quartal anzugeben. Diese Ermittlung hat einheitlich für alle Stations- und Monatsangaben einer nach § 2 Absatz 5 differenzierten Einrichtung zu erfolgen. Aus den stations- und monatsbezogenen Werten in Tabelle B1.3 ergeben sich die quartalsbezogenen Werte für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 in Tabelle A3.~~

~~Nachweis Teil B PPP-RL~~ FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN

B2. Datenfelder für Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Station und Monat

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJJ): _____ Differenzierte Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 (29.30.31): _____

Station (ID): _____ Quartal (1–4): _____

Tabelle B2.1: Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Berufsgruppe je Station

Monat	Berufsgruppen	VKS-Mind Mindestpersonal- ausstattung in VKS	VKS-Ist Tatsächliche Personal- ausstattung in VKS	Davon				Weitere Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL- Berufsgruppen in VKS	Umsetzungs- grad der Berufsgruppen in %
				Fachkräfte der Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL- Berufsgruppen in VKS	Anrechnung Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungs- verhältnis in VKS		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

- Zulässige Werte:
- Spalte 1: 01 bis 12
- Spalte 2: bei differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 Satz 3 = 29, 297 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,
bei differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 Satz 3 = 30 oder 307 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1
- Spalten 3 bis 9: Zahlenwerte 0 bis 999 999,99
- Spalte 4: wird automatisch berechnet aus der Summe der Spalten 5 bis 8
- Spalte 10: Zahlenwerte 0 bis 999,99

Hinweis:

Die Tabelle enthält die berufsgruppenbezogenen Angaben zur Mindestpersonalausstattung, zur tatsächlichen Personalausstattung, zum Umsetzungsgrad pro Station. Für die Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung (Spalte 4) sind die Hinweise zu Spalte 5 von Tabelle A4 zu berücksichtigen.

Die Angabe in Spalte 4 (VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung in VKS) entspricht der Summe der Werte in den Spalten 5 bis 8. Die Angabe in Spalte 5 (Fachkräfte der Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS) umfasst neben den Fachkräften der jeweiligen Berufsgruppe auch Personen in Ausbildung gemäß § 8 Absatz 2. Die monats- und stationsbezogenen Angaben in Spalte 7 (Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) umfasst den Gesamtwert von Fach- oder Hilfskräften ohne Berücksichtigung der Höchstgrenzen nach § 6 Absatz 5 Satz 6. In Spalte 9 (Weitere Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) kann bei Erreichen der Höchstgrenze, der Umfang der weitere Fach- oder Hilfskräften angegeben werden. Bei der Anrechnung von Personal in den Spalten 5 bis 8 sind diese Anrechnungen in Tabelle B2.2 zu erläutern. Die Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung erfolgen unter Verwendung der Nummern 297 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29) und 307 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30). Für die Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung sind die entsprechenden Hinweise zu Tabelle A5.1 zu berücksichtigen.

Tabelle B2.2: Anrechnungen von Fachkräften gemäß § 8

Bei der Anrechnung von Personal in Tabelle B2.1 (Eintrag in Spalten 6 bis 8) und Tabelle B5 sind diese Vollkraftstunden in der folgenden Tabelle zu erläutern darzustellen.

Monat	Tagdienst/ Nachtdienst	Anrechnungstat- bestand (siehe Tabelle B2.1 Spalten 6 bis 8)	Tatsächliche Berufsgruppe des angerechneten Personals	Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgt	Angerechnete Tätigkeiten in VKS	Erläuterung ⁹
1	2	3	4	5	6	7

Zulässige Werte:

Spalte 1: 01 bis 12

Spalte 2: T für Tagdienst, N für Nachtdienst

Spalte 3: 6 für Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL, 7 für Fachkräfte oder Hilfskräfte aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen, 8 für Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis

⁹In den Erläuterungen sind die betroffenen Regelaufgaben nach Anlage 4 aufzuführen.

Spalte 4: bei Spalte 3 = 6 oder 8 Buchstaben a bis f, bei Spalte 3 = 7 Freitextfeld bis 150 Zeichen

Spalte 5: bei differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 Satz 3 = 29 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,
bei differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 Satz 3 = 30 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1

Spalte 6: Zahlenwert 0 bis 999 999,99

~~Spalte 7: Freitextfeld bis 2 000 Zeichen~~

~~Nachweis Teil B PPP RL~~ FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN

**B3. Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Dokumentation der Leistungen zu den Regelaufgaben gemäß Anlage 4)
(Erst ab 1. Januar 2024 auszufüllen)**

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJJ): _____ Quartal (1 – 4) _____

Station (ID)	Monat	Behandlungsart	Prozedur	OPS-Datum	Gültigkeitsdauer
1	2	3	4	5	6

Zulässige Werte:

Spalte 1: Station (ID) aus Tabellen A2.1 und A2.2

Spalte 2: 01 bis 12

Spalte 3: 1 = vollstationär, 2 = teilstationär, 3 = stationsäquivalente Behandlung, 8 = Sonstiges

Spalte 4: OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98 (<https://www.bfarm.de>)

Spalte 5: Datum im Format JJJJ.MM.TT

Spalte 6: Anzahl Tage bei Spalte 3 = 9-607, 9-617, 9-618, 9-619, 9-61a, 9-61b, 9-626, 9-634, 9-656, 9-672 oder 9-686,
Angabe entfällt bei Spalte 3 = andere OPS-Kodes

Hinweis:

Für jeden in den stationären Abrechnungsdaten dokumentierten OPS-Code aus dem Bereich 9-60 bis 9-98 ist eine Zeile zu übermitteln.

Spalten 1 und 2: Diese Angaben sind immer für die Station anzugeben, auf der die Patientin oder der Patient zum Zeitpunkt des OPS-Datums behandelt worden ist. Bei zeitraumbezogenen OPS-Kodes erfolgt die Zuordnung zum Monat, in dem der Gültigkeitszeitraum beginnt. Auf eine tagesgenaue Abgrenzung wird aus Vereinfachungsgründen und der Vermeidung zusätzlichen Aufwandes verzichtet.

Spalte 5: Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten übernommen werden.

Spalte 6: Diese Kodes sind zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart (im Sinne des OPS Regelbehandlung, Intensivbehandlung bzw. Komplexbehandlung) anzugeben. Da in der Auflistung auf einen Patientenbezug verzichtet wird, muss hier die Gültigkeitsdauer des Kodes zugeordnet werden. Die Gültigkeitsdauer ist die Anzahl von Tagen bis zum Ende der Behandlung oder dem Wechsel der Behandlungsart. Der Tag der Entlassung bzw. des Wechsels wird, außer wenn dieser gleichzeitig der Tag des Beginns ist, nicht gezählt.

~~Nachweis Teil B PPP RL~~ **FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN**

B4. Datenfelder zur Qualifikation des therapeutischen Personals
(weggefallen)

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJJ): _____ Quartal (1 - 4): _____

Tabelle B4.1: Qualifikation des tatsächlichen Personals

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Berufsgruppen	Teilgruppe mit zusätzlicher Qualifikation oder Anrechnung	VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung in VKS
1	2	3	4

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: Werte aus Referenztabelle B4.2 Spalte 1 oder B4.3 Spalte 1
Spalte 3: Werte aus Referenztabelle B4.2 Spalte 2 oder B4.3 Spalte 2
Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Hinweis:
Die Tabelle enthält Zusatzinformationen zur Qualifikation der tatsächlichen Personalausstattung. Die Differenzierung erfolgt spezifisch für die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 gemäß Referenztabellen B4.2 und für die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 2 gemäß Referenztabellen B4.3. In Spalte 3 können Personen mit zwei und mehr Qualifikationen entsprechend mehrfach den „Davon“-Teilgruppen zugeordnet werden. Die in Tabelle B2.2 Spalte 6 angegebenen angerechneten Tätigkeiten in VKS sind einzuschließen und hier unter der Berufs- bzw. Teilgruppe aufzuführen, von der sie tatsächlich erbracht und nicht, auf welche sie übertragen wurden.

Referenztabelle B4.2: Qualifikationen des Personals in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik

Berufsgruppe	Teilgruppe mit spezifischer/zusätzlicher Qualifikation
1	2
	a0) Gesamt

a) Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	a1) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte inklusive a2 bis a5
	a2) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie
	a3) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychosomatik
	a4) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie
	a5) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
b) Pflegefachpersonen	b0) Gesamt
	b1) Davon Pflegefachpersonen exklusive b2 und b3
	b2) Davon Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Psychiatrische Pflege
	b3) Davon Pflegefachpersonen mit Bachelor Psychiatrische Pflege
	b4) Davon Heilerziehungspflegerinnen oder Heilerziehungspfleger
c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	c0) Gesamt
	c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten
	c2) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten
	c3) Davon Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des PsychThG
	c4) Davon Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten
	c5) Davon Psychologinnen oder Psychologen ohne Approbation
d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	d0) Gesamt
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten
	d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2
e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	e0) Gesamt
	e1) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten
	e2) Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten
f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	f0) Gesamt
	f1) Davon Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter
	f2) Davon Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen
	f3) Davon Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen

~~h) Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter~~	~~h0) Gesamt~~

Referenztable B4.3: Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

~~Berufsgruppe~~	~~Teilgruppe mit spezifischer/zusätzlicher Qualifikation~~
~~1~~	~~2~~
~~a) Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten~~	~~a0) Gesamt~~
	~~a1) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte inklusive a2~~
	~~a2) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie~~
~~b) Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst~~	~~b0) Gesamt~~
	~~b1) Davon Pflegefachpersonen exklusive b4 bis b6~~
	~~b2) Davon Erzieherinnen oder Erzieher~~
	~~b3) Davon Heilerziehungspflegerinnen oder Heilerziehungspfleger~~
	~~b4) Davon Fachpersonen mit Weiterbildung Kinder- und Jugendpsychiatrie~~
	~~b5) Davon Fachpersonen mit Bachelor Psychiatriische Pflege~~
	~~b6) Davon Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Psychiatriische Pflege~~
~~c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten)¹⁰~~	~~c0) Gesamt~~
	~~c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten~~
	~~c2) Davon approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten~~
	~~c3) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten~~
	~~c4) Davon Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des PsychThG~~
	~~c5) Davon Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten (KJ)~~
	~~c6) Davon Psychologinnen oder Psychologen ohne Approbation~~

¹⁰ Zu den Psychologinnen und Psychologen in der KJP zählen alle approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in Ausbildung, unabhängig von ihrer Grundqualifikation.

d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	d0) Gesamt
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten
	d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2
	d4) Davon Sprachheiltherapeutinnen oder Sprachheiltherapeuten
	d5) Davon Logopädinnen oder Logopäden
e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	e0) Gesamt
	e1) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten
	e2) Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten
f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	f0) Gesamt
	f1) Davon Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter
	f2) Davon Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen
	f3) Davon Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen

~~Nachweis Teil B PPP RL~~ — FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN

B5. Datenfelder zur tatsächlichen Besetzung im Nachtdienst

Quartal (1 - 4): _____

Station (ID)	Monat	Erbringung von Nachtdiensten	Tatsächliche Personalausstattung pflegerischer Nachtdienst im Monat in VKS	Anzahl Nächte im Monat	Anzahl vollstationärer Betten	Anteil Intensivbehandlung gemäß § 6 Abs. 7 Satz 2 im Vorjahr in %	Durchschnittliche VKS-Ist pflegerischer Nachtdienst je Nacht
1	2	3	4	5	6	7	8

Zulässige Werte:

Spalte 1: Station (ID) aus Tabellen A2.1 und A2.2

Spalte 2: 01 bis 12

Spalte 3: ja/nein, bei nein keine Angabe in den Spalten 4 bis 10

Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999,99

Spalte 5: Zahlenwerte 28 bis 31

Spalte 6: Zahlenwerte 0 bis 9 999 (ab 1. Januar 2024)

Spalte 7: Zahlenwerte 0 bis 100,00, keine Angabe bei differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 Satz 3 = 31 (ab 1. Januar 2024)

Spalte 8: Zahlenwerte 0 bis 9 999

Hinweis:

~~Die Tabelle enthält die monatsbezogenen Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung der Pflegefachpersonen gemäß § 5 im Nachtdienst der Station. Die Angaben zu den Mindestvorgaben (Spalten 6 und 7) sind erst ab dem 1. Januar 2024 auszufüllen.~~ Die Angaben für den Anteil Intensivbehandlung im Vorjahr in Spalte 7 umfassen das erste bis dritte Quartal.

B6. Erläuterungen und Hinweise des Standortes zu den getroffenen Angaben

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJJ): _____ Quartal (1 – 4): _____

Freitextfeld: bis 3 500 Zeichen

Nachweis Teil A und B PPP-RL FÜR JEDE MELDUNG/JEDEN NACHWEIS GESONDERT AUSFÜLLEN

Unterschriften

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben (Teil A und B des Nachweises) bestätigt.

Name

Datum

Unterschrift

Ärztliche Leitung

Pflegedirektion

Geschäftsführung/
Verwaltungsdirektion

Anlage 4 Regelaufgaben

<i>[Folgedissense zu den Dissensen in § 5 Abs. 1]</i>	
GKV-SV	DKG PatV
<i>[Keine Übernahme der Änderungsvorschläge]</i>	<i>[Derzeit geltende Fassung der Anlage 4 mit nacheinander dargestellten Änderungsvorschlägen]</i>

I. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) - Erwachsenenpsychiatrie

1. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte [DKG: [sowie](#) Oberärztinnen und Oberärzte (jeweils einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) [sowie Physician Assistants](#)]
 - a) Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte (einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) im Stationsdienst
 1. Medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung
 - Diagnostik: Psychiatrische und psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, Fremdanamnese
 - Körperliche Untersuchung, Indizierung weiterer Untersuchungen, Labordiagnostik
 - Körperliche Therapie: Medikation, Medikationskontrolle, Befundauswertung, weitere medizinische Behandlung
 - Therapieplanung
 - Visiten, Kurvenvisiten, Teilnahme Oberarztvisite, Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team (medizinische und psychotherapeutische Befunde)
 - Verlaufsuntersuchungen
 - Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, Arztbrief, Entlassbericht
 2. Einzelfallbezogene Behandlung
 - Einzelgespräche/Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme
 - Krisenintervention
 - Familiengespräche/Familientherapie
 - Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
 - Rehabilitations- und Nachsorgeplanung
 - Maßnahmen im Zusammenhang mit Unterbringungsverfahren einschließlich Anträgen und gutachterlicher Stellungnahmen

3. Gruppentherapie

- Gruppenpsychotherapie entsprechend den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren
- Therapie und Trainingsprogramme in Gruppen, z.B. Psychoedukation, inklusive Gruppennachbesprechung
- Teilnahme an Stationsversammlungen
- Angehörigengruppen auf der Station

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen
- Einzelfallsupervision/Teamsupervision
- Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung, Supervision als Teil der Fort- und Weiterbildung, Balintgruppen/IFA-Gruppen
- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
- Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

b) Regelaufgaben der Oberärztinnen und Oberärzte

1. Stationsbezogene Tätigkeiten

- Oberarztvisiten/Kurvenvisiten/Einzelgespräche/Kurzinterventionen, Nachexploration
- Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team
- Begleitung und Kontrolle der medizinischen und psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie
- Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)
- Gesamtbehandlungsplan, Therapieplanung
- Akten- und Dokumentationskontrolle
- Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppen auf der Station
- Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision)

2. Stationsübergreifende Tätigkeiten

- Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals, Klinikorganisation, Klinikgremien
- Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordinierung
- Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Weiterbildung
- Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden

- Verwaltungsaufgaben
- Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Fort- und Weiterbildung
- Qualitätssicherungsaufgaben

3. Außenkontakte

- Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung der Zusammenarbeit in der psychiatrischen Versorgung

2. Regelaufgaben des Pflegepersonals [DKG: [sowie der Medizinischen Fachangestellten](#)]

1 Allgemeine Pflege

- Aufstellung der individuellen Pflegeplanung im Rahmen des Therapieplans einschließlich der Pflegeanamnese (Pflegeprozess)
- Pflegedokumentation
- Regelmäßige Vitalzeichenkontrolle (z. B. Temperatur, Puls, Blutdruck, Atmung, Ausscheidungen)
- Durchführung prophylaktischer Maßnahmen (z. B. Pneumonie-, Kontraktur-, Soor-, Dekubitus-, Thromboseprophylaxe)
- Mobilisation von Kranken (z. B. Lagern bettlägeriger Kranker; Unterstützung beim Gehen, bei der Benutzung von Gehhilfen und Rollstühlen)
- Anleitung und Hilfe bei der Eigenhygiene (z. B. Aufstehen, Körperpflege, Waschen, Urin- und Stuhlentleerung)
- Sicherstellung der Nahrungsaufnahme (z. B. Vorbereiten und Verteilen der Mahlzeiten, Anleitung und Hilfe beim Essen)
- Bettenmachen und Anleitung der Patientinnen und Patienten zum Beziehen von Betten
- Sicherstellung hygienischer Maßnahmen (z. B. Bett, Nachttisch)
- Betreuung Sterbender
- Versorgung Verstorbener

2 Spezielle Pflege

2.1 Somatische Pflege

- Mitwirkung bei Blutentnahmen, Injektionen und Infusionen, Durchführung von Einläufen, Katheterismus und anderen medizinischen Verordnungen
- Vor- und Nachbereiten von Untersuchungen
- Wundversorgung
- Richten und Ausgeben von Medikamenten
- Begleitung zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (z. B. Labor, Konsiliarärzte, Arbeits- und Ergotherapie)
- Mitwirkung bei der Notfallversorgung und Durchführen von Maßnahmen der Ersten Hilfe

2.2 Psychiatrische Pflege

2.2.1 Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung

- Fortwährende Betreuung und ständige Beobachtung von Kranken mit der jeweils im Pflegeplan vorgesehenen Intensität; tageweise Einzelbetreuung in Krisensituationen; Krisenintervention in Gefährdungssituationen
- Entlastende und orientierungsgebende Gesprächskontakte: Gespräche mit Angehörigen; Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten, Angehörige und andere außenstehende Personen, einschließlich telefonischer Kontakte
- Trainingsmaßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses und Mithilfe bei der Bewältigung des Tagesablaufes
- Mitwirkung bei Einzel- und Familientherapien
- Begleitung bei Hausbesuchen, Vorstellungsterminen in sonstigen Einrichtungen und Institutionen
- Maßnahmen im Zusammenhang mit Aufnahme, Verlegung und Entlassung
- Mitwirkung an speziellen psychotherapeutischen Maßnahmen
- Hilfe beim Umgang mit persönlichem Eigentum

2.2.2 Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

- Durchführung von Stationsversammlungen, einschließlich „Morgenrunden“
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten, Sozialtraining, Aktivitätsgruppen im Rahmen des therapeutischen Stationsmilieus; Planung, Gestaltung und Durchführung von Aktivitäten außerhalb der Station (z. B. Spaziergänge, Ausflüge, Freizeitangebote)
- Mitwirken in speziellen Therapiegruppen (z. B. Gesprächspsychotherapie, Rollenspiel, Bewegungstherapie, Ergotherapie)

2.3 Visiten der Ärztin oder des Arztes

- Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung

3 Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

3.1 Therapie- und Arbeitsbesprechungen

- Dienstübergaben, Teilnahme an Therapiekonferenzen, Konzeptbesprechung im Team
- Teilnahme an stationsübergreifenden Dienstbesprechungen
- Teilnahme an stationsbezogener Supervision, Balintgruppen
- Hausinterne Fort- und Weiterbildung

3.2 Stationsorganisation

- Koordination der Arbeitsabläufe, Einsatz der pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Dienstplanung; Anlaufstelle für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Externe und interne Terminplanung und Koordination diagnostischer und therapeutischer Leistungen
- Interne Disposition, Bevorratung von Medikamenten, Pflegehilfsmitteln und sonstigen Materialien und andere Verwaltungsaufgaben, Statistiken etc.
- Anleitungs- und Unterweisungsaufgaben, z. B. von neuen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern, externen Krankenpflegeschülerinnen oder externen Krankenpflegeschülern, Praktikantinnen oder Praktikanten und Zivildienstleistenden

3. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) sowie Psychologinnen und Psychologen gemäß § 5 Absatz 1

1. Grundversorgung

- Psychotherapeutische/psychologische Anamnese und Befunderhebung inklusive Anwendung standardisierter Instrumente, Fremdanamnese
- Therapieplanung (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)
- Verlaufskontrollen
- Teilnahme an Visiten, Verlaufsuntersuchungen
- Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Bericht (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)
- Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team
- Teilnahme Oberarztvisite/Kurvenvisite

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Einzelgespräche, Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme/Expositionen
- Krisenintervention
- Familiengespräche/Familientherapie
- Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
- Rehabilitations- und Nachsorgeplanung

3. Gruppentherapie

- Gruppenpsychotherapie (entsprechend den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren)
- Therapie- und Trainingsprogramme in Gruppen, z.B. Psychoedukation, inklusive Gruppennachbesprechung
- Teilnahme an Stationsversammlungen
- Angehörigengruppen auf der Station

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals
- Teilnahme an Therapiekonferenzen
- Einzelfallsupervision/Teamsupervision
- Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen/ IFA-Gruppen

- Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision (zu leisten nur von Psychologischen Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Fachpsychotherapeutinnen oder -therapeuten)
- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
- Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

[DKG:

[GKV-SV/PatV: keine Übernahme]

4. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Fachberufe mit bewegungstherapeutischem oder sportbezogenem Schwerpunkt, sozial-pädagogisches Fachpersonal

1. Grundversorgung

- Mitwirkung bei Anamnese/Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung
- Mitwirkung bei Anamnese und Befunderhebung (Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik)
- Ergänzung der medizinischen und psychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Diagnostik
- Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen
- Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern sowie Hilfen zur finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung und sozialpädagogische Behandlung

- Spezifische kreativitätsfördernde Behandlung einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie
- Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen
- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie
- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
- Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung
- Sozialtherapeutisches Kompetenztraining
- Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich sowie im familiären und gesellschaftlichen Leben einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche
- Hilfe zur Wiedereingliederung im Arbeitsbereich einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten
- Familienberatung und Mitwirkung an Familientherapien

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie
- Lebenspraktisch orientierte Therapie
- Arbeitstherapie und Belastungserprobung
- Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen
- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen
- Gruppengymnastik und Sporttherapie
- Bewegungstherapie und Physiotherapie
- Entspannungsübungen
- Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen (z. B. lebenspraktische Gruppen zur Erweiterung und Festigung der Kompetenzen im sozialen Bereich, Aktivitätsgruppen)
- Teilnahme an Stationsversammlungen
- Mitwirkung an Angehörigengruppen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben
- Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der jeweiligen Bewegungs- oder einer anderen Spezialtherapie

5. Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Grundversorgung

- Ergänzung der medizinischen und psychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Diagnostik
- Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen
- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Gruppengymnastik und Sporttherapie

- Bewegungstherapie und Physiotherapie
- Entspannungsübungen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptionsbesprechungen im Team
- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision

6. Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

1. Sozialpädagogische Grundversorgung

- Mitwirkung bei Anamnese- und Befunderhebung (Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik) und Therapieplanung
- Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern sowie Hilfen zur finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung und sozialpädagogische Behandlung

- Sozialtherapeutisches Kompetenztraining
- Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich sowie im familiären und gesellschaftlichen Leben einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche
- Hilfe zur Wiedereingliederung im Arbeitsbereich einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten
- Familienberatung und Mitwirkung an Familientherapien

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen (z. B. lebenspraktische Gruppen zur Erweiterung und Festigung der Kompetenzen im sozialen Bereich, Aktivitätsgruppen)
- Teilnahme an Stationsversammlungen
- Mitwirkung an Angehörigengruppen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
- Zusammenarbeit mit Diensten außerhalb des Krankenhauses
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision]

[PatV:

[GKV-SV/DKG: keine Übernahme]

4. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, [Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten](#)**1. Grundversorgung**

- Mitwirkung bei Anamnese/Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung
- [Ergänzung der medizinischen und psychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Diagnostik](#)
- [Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen](#)
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Spezifische kreativitätsfördernde Behandlung einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie
- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
- Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung
- [Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen](#)
- [Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie](#)

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie
- Lebenspraktisch orientierte Therapie
- Arbeitstherapie und Belastungserprobung
- Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen
- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen
- [Gruppengymnastik und Sporttherapie](#)
- [Bewegungstherapie und Physiotherapie](#)
- [Entspannungsübungen](#)

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team

- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben
- Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der jeweiligen Spezialtherapie

5. Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Grundversorgung

- Ergänzung der medizinischen und psychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Diagnostik
- Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen
- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Gruppengymnastik und Sporttherapie
- Bewegungstherapie und Physiotherapie
- Entspannungsübungen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptionsbesprechungen im Team
- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision

6.5.] Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

1. Sozialpädagogische Grundversorgung

- Mitwirkung bei Anamnese- und Befunderhebung (Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik) und Therapieplanung
- Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern sowie Hilfen zur finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung und sozialpädagogische Behandlung

- Sozialtherapeutisches Kompetenztraining
- Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich sowie im familiären und gesellschaftlichen Leben einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche
- Hilfe zur Wiedereingliederung im Arbeitsbereich einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten
- Familienberatung und Mitwirkung an Familientherapien

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen (z. B. lebenspraktische Gruppen zur Erweiterung und Festigung der Kompetenzen im sozialen Bereich, Aktivitätsgruppen)
- Teilnahme an Stationsversammlungen
- Mitwirkung an Angehörigengruppen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
- Zusammenarbeit mit Diensten außerhalb des Krankenhauses
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision

II. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte [DKG: [sowie](#) Oberärztinnen und Oberärzte (jeweils einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) [sowie Physician Assistants](#)

a) Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte (einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) [sowie Physician Assistants](#) im Stationsdienst

1. Medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung

- Diagnostik: Kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, Fremdanamnese
- Körperliche Untersuchung, Indizierung weiterer Untersuchungen, Labordiagnostik
- Durchführung von orientierenden Leistungstests, Bewertung weiterer testpsychologischer Untersuchungsbefunde (Entwicklungstests, Persönlichkeitstests, projektive Tests)
- Körperliche Therapie: Medikation, Medikationskontrolle, Befundauswertung, weitere medizinische Behandlung

- Therapieplanung
- Visiten, Kurvenvisiten, Teilnahme Oberarztvisite, Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team (medizinische und psychotherapeutische Befunde), Beratung bei der Pflegeplanung
- Verlaufsuntersuchungen
- Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, Arztbrief, Entlassbericht

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Einzelgespräche/Einzels psychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme
- Krisenintervention
- Familiengespräche/Familientherapie, Anleitung der Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen
- Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses, Zusammenarbeit mit außerklinischen Einrichtungen wie Kindergarten, externer Schule, Arbeitsamt, Jugendamt, Erziehungsberatungsstelle, schulpsychologischem Dienst, Sozialamt, Gesundheitsamt, niedergelassener Therapeutin oder niedergelassenem Therapeuten, Heim etc.
- Rehabilitations- und Nachsorgeplanung
- Maßnahmen im Zusammenhang mit Unterbringungsverfahren einschließlich gutachterlicher Stellungnahmen

3. Gruppentherapie

- Gruppenpsychotherapie entsprechend den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren
- Therapie und Trainingsprogramme in Gruppen, z.B. Psychoedukation, inklusive Gruppennachbesprechung
- Teilnahme an Stationsversammlungen
- Eltern- bzw. Angehörigengruppen auf der Station

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen
- Einzelfallsupervision/Teamsupervision
- Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung, Supervision als Teil der Fort- und Weiterbildung, Balintgruppen/IFA-Gruppen
- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe und Angehörigengruppen)
- Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

b) Regelaufgaben der Oberärztinnen und Oberärzte

1. Stationsbezogene Tätigkeiten

- Oberarztvisiten/Kurvenvisiten/Einzelgespräche/Kurzinterventionen, Nachexploration
- Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team
- Begleitung und Kontrolle der medizinischen und psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie
- Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)
- Gesamtbehandlungsplan, Therapieplanung
- Akten- und Dokumentationskontrolle
- Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppen auf der Station
- Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision)

2. Stationsübergreifende Tätigkeiten

- Teilnahme an Konferenzen des therapeutischen Personals, Klinikorganisation, Klinikgremien
- Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordinierung
- Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden
- Verwaltungsaufgaben
- Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Fort- und Weiterbildung
- Qualitätssicherungsaufgaben

3. Außenkontakte

- Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung von Aktivitäten zur Einbindung der Klinik in das regionale und überregionale Netz der psychosozialen Dienste

2. Regelaufgaben des Pflege- und Erziehungsdienstes [DKG: [sowie der Medizinischen Fachangestellten](#)]

1 Allgemeine Pflege und Betreuung

- Aufstellung der individuellen Pflegeplanung im Rahmen des Therapieplans einschließlich der Pflegeanamnese (Pflegeprozess)
- Pflegedokumentation
- Regelmäßige Vitalzeichenkontrolle (z. B. Temperatur, Puls, Blutdruck, Atmung, Ausscheidungen), auch Größe und Gewicht
- Mobilisation von bettlägerigen Patientinnen und Patienten (z. B. Lagerung, Gehunterstützung, Gehhilfen, Rollstuhlbenutzung, Prophylaxe)

- Anleitung und Hilfe bei der Eigenhygiene (z. B. Aufstehen, Körperpflege, Kosmetik, Waschen, Duschen, Anziehen, Toilettenbenutzung, Zubettgehen)
- Sicherstellung der Nahrungsaufnahme (z. B. Vorbereiten und Verteilen der Mahlzeiten, Anleitung und Hilfe beim Essen)
- Bettenmachen und Anleitung der Patientinnen und Patienten zum Beziehen von Betten, Wäschewechsel
- Sicherstellen hygienischer Maßnahmen (z. B. Bett, Nachttisch, Schrank, Zimmer)

2 Spezielle Pflege

2.1 Somatische Pflege

- Mitwirkung bei Blutentnahmen, Injektionen und Infusionen, Durchführung von Einläufen, Sondierung und anderen medizinischen Verordnungen
- Vor- und Nachbereiten von Untersuchungen, Motivationsgespräch und Entängstigung vor belastenden Untersuchungen und Behandlungen (z. B. Blutentnahme, apparative Untersuchungen, zahnärztliche bzw. gynäkologische Untersuchungen etc.)
- Wundversorgung, Verbandwechsel
- Richten und Ausgeben von Medikamenten, Überprüfen der Einnahme
- Begleitung und Mithilfe bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, physikalischer Therapie (z. B. Labor, Konsiliarärzte, Mototherapie, Ergotherapie)
- Mitwirkung bei der Notfallversorgung und von Maßnahmen der Ersten Hilfe (u. a. Diabetes, Krampfanfälle, Suizidhandlungen)

2.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege

2.2.1 Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung

- Fortwährende Betreuung und ständige Beobachtung von Kranken mit der jeweils im Pflegeplan vorgesehenen Intensität; tageweise Einzelbetreuung in Krisensituationen; Krisenintervention in Gefährdungssituationen
- Entlastende und orientierungsgebende Gespräche: Gespräche mit Eltern, Sorgeberechtigten, Lehrerinnen und Lehrern; Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten, Angehörige und andere, einschließlich Telefonkontakte
- Verhaltensbeobachtung und Erstellung von Verhaltensbeschreibungen
- Trainingsmaßnahmen im Rahmen von Pflegeprozess und Erziehung (u. a. Durchführung von Programmen zur Verhaltensänderung)
- Gestaltung und Mithilfe bei der Tagesstrukturierung; Hilfestellung, Anleitung und Überwachung von Hausaufgaben
- Mitwirkung bei Einzel- und Familientherapien, Durchführung von Einzeltherapiemaßnahmen
- Begleitung bei Hausbesuchen, Vorstellungsterminen in anderen Einrichtungen (Jugend- und Sozialhilfe, Kindergarten, Schule, Heim, Hort, Pflegestelle)
- Begleitung zu Schule und Anlernwerkstatt
- Maßnahmen im Zusammenhang mit Aufnahme, Verlegung und Entlassung
- Durchführung von heilpädagogischen und sprachtherapeutischen Übungen
- Hilfe beim Umgang mit persönlichem Eigentum (u. a. Taschengeld)

2.2.2 Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

- Durchführung von Stations-/Gruppenversammlungen, themenzentrierte Gespräche
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten, Gesundheitserziehung und Selbständigkeitstraining; gruppenpädagogische Aktivitäten inner- und außerhalb der Station, Projektarbeit, Belastbarkeitstraining
- Anleitung, Mitwirkung und Aufsicht bei kreativen Freizeitaktivitäten; Beobachtung gruppenspezifischer Prozesse
- Mitwirkung in speziellen Therapiegruppen (z. B. Rollenspiele, Sicherheitstraining, Problemlösegruppen, Bewegungs- und Ergotherapie)
- Mitwirkung bei Elterngruppen

2.3. Visiten der Ärztin oder des Arztes

- Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung, Kurvenvisite, Dokumentation

3 Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

3.1 Therapie- und Arbeitsbesprechungen

- Dienstübergaben, Teilnahme an Therapiekonferenzen, Konzeptbesprechung im Team
- Teilnahme an stationsübergreifenden Dienstbesprechungen
- Teilnahme an stationsbezogener Supervision, Balintgruppen
- Hausinterne Fort- und Weiterbildung

3.2 Stationsorganisation

- Koordination der Arbeitsabläufe, Einsatz der pflegerischen Mitarbeiterinnen und pflegerischen Mitarbeiter, Dienstplanung; Anlaufstelle für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Externe und interne Terminplanung und Koordination diagnostischer und therapeutischer Leistungen
- Interne Disposition, Bevorratung von Medikamenten, Pflegehilfsmitteln und sonstigen Materialien und andere Verwaltungsaufgaben, Statistiken etc.
- Anleitungs- und Unterweisungsaufgaben, z. B. von neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Krankenpflegeschülerinnen und Krankenpflegeschülern, Praktikantinnen und Praktikanten und Zivildienstleistenden, Reinigungsdienst)

3. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) sowie Psychologinnen und Psychologen gemäß § 5 Absatz 2

1. Grundversorgung

- Psychotherapeutische/psychologische Anamnese und Befunderhebung inklusive Anwendung standardisierter Instrumente unter Berücksichtigung familienpsychologischer und entwicklungspsychologischer Zusammenhänge, Fremdanamnese
- Therapieplanung (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)

- Verlaufskontrollen
- Teilnahme an Visiten, Verlaufsuntersuchungen
- Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Bericht (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)
- Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team
- Teilnahme Oberarztvisite/Kurvenvisite

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Einzelgespräche, Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme/Expositionen, neuropsychologische Behandlung, einschließlich therapiebegleitender Diagnostik und Modifikation der Therapiemaßnahmen
- Krisenintervention
- Familiengespräche/Familientherapie, Anleitung der Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen
- Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
- Rehabilitations- und Nachsorgeplanung

3. Gruppentherapie

- Gruppenpsychotherapie (entsprechend den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren)
- Therapie- und Trainingsprogramme in Gruppen, z.B. Psychoedukation, inklusive Gruppennachbesprechung
- Teilnahme an Stationsversammlungen
- Eltern- bzw. Angehörigengruppen auf der Station

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals
- Teilnahme an Therapiekonferenzen
- Einzelfallsupervision/Teamsupervision
- Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen/IFA-Gruppen
- Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision (zu leisten nur von Psychologischen Psychotherapeutinnen oder -therapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Fachpsychotherapeutinnen oder -therapeuten)
- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
- Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

[DKG:

[GKV-SV/PatV: keine Übernahme]

4. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Fachberufe mit bewegungstherapeutischem oder sportbezogenem Schwerpunkt, sozial-pädagogisches Fachpersonal

1. Grundversorgung

- Mitwirkung bei der Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich; Planung, Durchführung, Verlaufskontrolle der Spezialtherapie und Sprachtherapie
- Mitwirkung bei der Anamnese und Befunderhebung (Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik)
- Ergänzung der kinderpsychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Entwicklungsdiagnostik mit Prüfung des sensomotorischen Entwicklungsprofils und der Planung der Behandlungsmaßnahmen
- Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen
- Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Beeinflussung emotionaler Probleme mittels kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie
- Funktionelle Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training, neurophysiologisch orientierte Behandlung von Leistungsdefiziten
- Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung
- Förderung der Sprechmotorik, Lautanbahnung und Artikulationstraining
- Begriffsbildung, Aufbau von aktivem und passivem Wortschatz sowie grammatikalischer und syntaktischer Modelle
- Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen; Übungsbehandlung nach Bobath oder Vojta
- Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie)
- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungs- und Körpertherapie
- Basale Stimulation
- Sozialtherapeutisches Kompetenztraining
- Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe für Kinder und Jugendliche und ihre Familien
- Hilfe zur (Wieder)Eingliederung in Schule, Ausbildung und Arbeit einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten
- Vorbereitung und Mithilfe bei der außerfamiliären Unterbringung
- Familienberatung und Mitwirkung an Familientherapien

- [Heilpädagogische Einzelmaßnahmen](#)

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie
- Lebenspraktisch orientierte Therapie
- Arbeitstherapie, Fertigungs- und Belastungserprobung
- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen
- [Gruppengymnastik und Sporttherapie](#)
- [Psychomotorische Übungsbehandlung \(Mototherapie\)](#)
- [Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie und Körpertherapie](#)
- [Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen zur Erweiterung und Festigung der Kompetenzen im sozialen Bereich, Projekt- und Aktivitätsgruppen](#)
- [Teilnahme an Stationsversammlungen](#)
- [Mitwirkung an Angehörigengruppen](#)

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben
- Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der jeweiligen Spezialtherapie

~~5. [Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten](#)~~

~~1. Grundversorgung~~

- ~~– Ergänzung der kinderpsychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Entwicklungsdiagnostik mit Prüfung des sensomotorischen Entwicklungsprofils und der Planung der Behandlungsmaßnahmen~~
- ~~– Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen~~
- ~~– Dokumentation~~

~~2. Einzelfallbezogene Behandlung~~

- ~~– Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen; Übungsbehandlung nach Bobath oder Vojta~~
- ~~– Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie)~~

- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungs- und Körpertherapie
- Basale Stimulation

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Gruppengymnastik und Sporttherapie
- Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie)
- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie und Körpertherapie

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision

6. Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

1. Grundversorgung

- Mitwirkung bei Anamnese und Befunderhebung (Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik) und Therapieplanung
- Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Beratung und Behandlung

- Sozialtherapeutisches Kompetenztraining
- Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe für Kinder und Jugendliche und ihre Familien
- Hilfe zur (Wieder)Eingliederung in Schule, Ausbildung und Arbeit einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten
- Vorbereitung und Mithilfe bei der außerfamiliären Unterbringung
- Familienberatung und Mitwirkung an Familientherapien
- Heilpädagogische Einzelmaßnahmen

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen zur Erweiterung und Festigung der Kompetenzen im sozialen Bereich, Projekt- und Aktivitätsgruppen
- Teilnahme an Stationsversammlungen

~~— Mitwirkung an Angehörigengruppen~~

4. ~~Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten~~

- ~~— Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team~~
- ~~— Zusammenarbeit mit Diensten außerhalb des Krankenhauses~~
- ~~– Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision]~~

[PatV:

[GKV-SV/DKG: *keine Übernahme*]

4. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Grundversorgung

- ~~— Mitwirkung bei der Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich; Planung, Durchführung, Verlaufskontrolle der Spezialtherapie und Sprachtherapie~~
- ~~— Ergänzung der kinderpsychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Entwicklungsdiagnostik mit Prüfung des sensomotorischen Entwicklungsprofils und der Planung der Behandlungsmaßnahmen~~
- ~~— Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen~~
- ~~— Dokumentation~~

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- ~~— Beeinflussung emotionaler Probleme mittels kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie~~
- ~~— Funktionelle Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training, neurophysiologisch orientierte Behandlung von Leistungsdefiziten~~
- ~~— Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung~~
- ~~— Förderung der Sprechmotorik, Lautanbahnung und Artikulationstraining~~
- ~~— Begriffsbildung, Aufbau von aktivem und passivem Wortschatz sowie grammatikalischer und syntaktischer Modelle~~
- ~~— Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen; Übungsbehandlung nach Bobath oder Vojta~~
- ~~— Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie)~~
- ~~— Psychotherapeutisch orientierte Bewegungs- und Körpertherapie~~
- ~~— Basale Stimulation~~

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie
- Lebenspraktisch orientierte Therapie
- Arbeitstherapie, Fertigungs- und Belastungserprobung
- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen
- Gruppengymnastik und Sporttherapie
- Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie)
- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie und Körpertherapie

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben
- Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der jeweiligen Spezialtherapie

5. Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Grundversorgung

- Ergänzung der kinderpsychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Entwicklungsdiagnostik mit Prüfung des sensomotorischen Entwicklungsprofils und der Planung der Behandlungsmaßnahmen
- Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen; Übungsbehandlung nach Bobath oder Voita
- Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie)
- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungs- und Körpertherapie
- Basale Stimulation

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Gruppengymnastik und Sporttherapie

- ~~Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie)~~
- ~~Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie und Körpertherapie~~

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- ~~Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team~~
- ~~Vor- und Nachbereitung~~
- ~~Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision~~

6.5.] Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

1. Grundversorgung

- Mitwirkung bei Anamnese- und Befunderhebung (Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik) und Therapieplanung
- Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Beratung und Behandlung

- Sozialtherapeutisches Kompetenztraining
- Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe für Kinder und Jugendliche und ihre Familien
- Hilfe zur (Wieder)Eingliederung in Schule, Ausbildung und Arbeit einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten
- Vorbereitung und Mithilfe bei der außerfamiliären Unterbringung
- Familienberatung und Mitwirkung an Familientherapien
- Heilpädagogische Einzelmaßnahmen

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen zur Erweiterung und Festigung der Kompetenzen im sozialen Bereich, Projekt- und Aktivitätsgruppen
- Teilnahme an Stationsversammlungen
- Mitwirkung an Angehörigengruppen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
- Zusammenarbeit mit Diensten außerhalb des Krankenhauses
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision

III. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

1. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte sowie Oberärztinnen und Oberärzte (jeweils einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)

a) Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte (einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) im Stationsdienst

1. Medizinische Grundversorgung

- Diagnostik: Körperliche und psychosomatische Anamnese, körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik, Indizierung weiterer Untersuchungen, Labordiagnostik
- Körperliche Therapie: Medikation, Medikamentenkontrolle, Befundauswertung, weitere medizinische Behandlung
- Visiten, Kurvenvisiten, Verlaufsuntersuchungen (ad medizinische Aspekte)
- Dokumentation des körperlichen Verlaufs und der psychosomatischen Interaktion, Aktenführung, Arztbrief (medizinischer Teil)
- Teambesprechungen (ad körperliche Befunde)

2. Psychotherapeutische Grundversorgung

- Psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung
- Mitwirken bei der Therapieplanung
- Verlaufskontrolle
- Teilnahme an Visiten
- Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Entlassbericht (psychotherapeutischer Teil)
- Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team (ad Psychotherapie)
- Teilnahme Oberarztvisite/Kurvenvisite (ad Psychotherapie)

3. Einzelfallbezogene Behandlung

- Einzelgespräche/Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme
- Krisenintervention
- Familiengespräche/Familientherapie
- Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
- Rehabilitations- und Nachsorgeplanung

4. Gruppentherapie

- Gruppenpsychotherapie entsprechend den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren

- Therapie und Trainingsprogramme in Gruppen, z.B. Psychoedukation, inklusive Gruppennachbesprechung
- Teilnahme an Stationsversammlungen
- Angehörigengruppen auf der Station

5. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals
- Teilnahme an Therapiekonferenzen
- Einzelfallsupervision/Teamsupervision
- Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung, Supervision als Teil der Fort- und Weiterbildung, Balintgruppen/IFA-Gruppen
- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
- Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

b) Regelaufgaben der Oberärztinnen und Oberärzte

1. Stationsbezogene Tätigkeiten

- Oberarztvisiten/Kurvenvisiten/Einzelgespräche/Kurzinterventionen, Nachexploration
- Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team
- Begleitung und Kontrolle der medizinischen und psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie
- Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)
- Gesamtbehandlungsplan, Therapieplanung
- Akten- und Dokumentationskontrolle
- Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppen auf der Station
- Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision)

2. Stationsübergreifende Tätigkeiten

- Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals, Klinikorganisation, Klinikgremien
- Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordinierung
- Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden
- Verwaltungsaufgaben
- Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Fort- und Weiterbildung
- Qualitätssicherungsaufgaben

3. Außenkontakte

- Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung der Zusammenarbeit in der psychosomatischen Versorgung

2. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) sowie Psychologinnen und Psychologen gemäß § 5 Absatz 1

1. Grundversorgung

- Psychotherapeutische/psychologische Anamnese und Befunderhebung inklusive Anwendung standardisierter Instrumente, Fremdanamnese
- Therapieplanung (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)
- Verlaufskontrollen
- Teilnahme an Visiten, Verlaufsuntersuchungen
- Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Bericht (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)
- Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team
- Teilnahme Oberarztvisite/Kurvenvisite

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Einzelgespräche/Einzels psychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme/Expositionen
- Krisenintervention
- Familiengespräche/Familientherapie
- Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
- Rehabilitations- und Nachsorgeplanung

3. Gruppentherapie

- Gruppen psychotherapie (entsprechend den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren)
- Therapie und Trainingsprogramme in Gruppen, z.B. Psychoedukation, inklusive Gruppennachbesprechung
- Teilnahme an Stationsversammlungen
- Angehörigengruppen auf der Station

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals
- Teilnahme an Therapiekonferenzen
- Einzelfallsupervision/Teamsupervision

- Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen/IFA-Gruppen
- Durchführung von Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision (zu leisten nur von Psychologischen Psychotherapeutinnen oder -therapeuten oder Fachpsychotherapeutinnen oder -therapeuten)
- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
- Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

3. Regelaufgaben des Pflegedienstes

Aufgaben innerhalb der stationären Einheit

A Allgemeine Pflege:

- Pflegedokumentation
- Somatische Kontrolle (= somatische Grundversorgung; siehe unten)
- Anleitung zur Eigenhygiene/Körperpflege
- Sicherung der Nahrungsaufnahme
- Zimmerhygiene (Anleitung)

B1 Spezielle Pflege in der Somatik:

- Verbände; Wundversorgung
- Richten und Ausgabe von Medikamenten
- Somatische Grundversorgung (Blutabnahme, RR-Kontrollen etc.)
- Mitwirkung bei Notfallversorgung

B2 Spezielle Pflege in der Psychotherapie:

bezogen auf den einzeltherapeutischen Prozess

- Einzelgespräche (Schwestern-Visiten)
- Aufnahmegespräch
- Tagesplanung
- Therapieabgabe/Tagesrückmeldung
- Sozialanamnese
- Krisenintervention
- Angehörigengespräche

bezogen auf den gruppentherapeutischen Prozess

- Stationsversammlung
- Aktivitätsgruppen
- Freizeitaktivitäten
- Mitwirkung bei Gruppentherapie
- Mitwirkung bei Familientherapie
- Mitwirkung bei der Arztvisite

C Mittelbare, patientenbezogene Tätigkeiten:

- Stationsorganisation:
Dienstplangestaltung
Koordination der Arbeitsabläufe
Bevorratung von Medikamenten, Verbandsmaterial etc.
- Besprechungen:
Patientenbezogene Teambesprechungen
Hausinterne Fort- und Weiterbildung
Balintgruppe
Visitennachbesprechungen/Übergaben (2 Schwestern jeweils 3x/Tag 30 Minuten)
Anleitung - Unterweisungs- und Beratungsaufgaben bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
Administration/Verwaltung
Koordination mit Küchenangestellten auf der Station

4. Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter

Aufgaben auf der stationären Einheit

- Sozialanamnese bei Aufnahme
- Planung der Entlassung
- Einzelgespräche (angenommen werden für die Hälfte der Patientinnen und Patienten sechs Gespräche bei einer durchschnittlichen Verweildauer von zwölf Wochen)
- Exkursionen (angenommen werden vier halbtägige Exkursionen mit Patientinnen oder Patienten in zwölf Wochen)
- Gespräche mit Angehörigen/Ämtern etc.
- Patientenbezogene Teamkonferenzen
- Organisationskonferenzen oder Ähnliches
- Unvorhergesehenes, informelle Kontakte
- Dokumentation/Briefe etc.

5. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

1. Grundversorgung

- Mitwirkung bei Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Spezifische kreativitätsfördernde Behandlung einschließlich Gestaltungstherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Musiktherapie
- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
- Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Gestaltungstherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, Musiktherapie
- Lebenspraktisch orientierte Therapie
- Arbeitstherapie und Belastungserprobung
- Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen
- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben
- Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der jeweiligen Spezialtherapie

6. Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Grundversorgung

- Ergänzung der medizinischen und psychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Diagnostik
- Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen
- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Gruppengymnastik und Sporttherapie
- Bewegungstherapie und Physiotherapie
- Entspannungsübungen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptionsbesprechungen im Team
- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision

Anlage 5 Kernaufgaben der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

Kernaufgaben der Genesungsbegleitung sind insbesondere:

- Unterstützung bei der partizipativen Gestaltung der Therapieplanungen und -umsetzung (Atmosphäre und Abläufe) im Sinne des recovery-orientierten Arbeitens
- Einnehmen einer Vermittlerrolle zwischen professionell Helfenden und den Patientinnen und Patienten und Förderung eines Dialogs
- Einbringen sowohl eigener Wahrnehmungen als auch Wahrnehmungen aus Patientenperspektive bei der psychosozialen Anamnese und Befunderhebung, gegebenenfalls durch Unterstützung von Fremdanamnese unter Beachtung der informationellen Selbstbestimmung der Patientin oder des Patienten
- Teilnahme an einrichtungsinternen multidisziplinären Treffen, Visiten, Supervisions- und Balintgruppen
- Beitrag zur Dokumentation der beteiligten Berufsgruppen unter besonderer Berücksichtigung des Recovery- und Ressourcenaspektes
- Einzelgespräche auf Basis der Grundprinzipien der Genesungsbegleitung, insbesondere Recovery und Empowerment, auch in Krisensituationen
- Auf Wunsch der Patientinnen und Patienten Beteiligung bei der Durchführung von Familien- und Bezugspersonengesprächen und Netzwerkgesprächen
- Moderation und Co-Moderation von Begegnungsgruppen, des dialogischen Austauschs und themenspezifischer Gruppen
- Begleitung der Patientinnen und Patienten bei externen Angelegenheiten wie Behördenterminen und Vernetzung in den öffentlichen Raum (u. a. zu externen Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
- Unterstützende Mitwirkung beim Übergangs- und Entlassmanagement

Anlage 6 Prüfregeln

Bei einer Nichteinhaltung der folgenden Prüfregeln sind die Daten gemäß § 11 vom IQTIG abzuweisen:

- Bei einer Einhaltung der Mindestvorgabe für eine differenzierte Einrichtung muss gemäß § 7 Absatz 4 bei allen Berufsgruppen ein Umsetzungsgrad von mindestens 100 Prozent nachgewiesen werden. In der Übergangszeit gelten die Vorgaben des § 16 Absatz 1. Die Angaben in der Erklärung des Krankenhauses, die Mindestvorgaben einzuhalten, und die Angaben zur Einhaltung der Mindestvorgaben in den einzelnen Berufsgruppen haben übereinzustimmen.
- Bei der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung für eine differenzierte Einrichtung ist die Anrechnung von Fach- und Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen nur in einem Umfang bis zur Höchstgrenze gemäß § 8 Absatz 5 zulässig.



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und
Psychosomatik-Richtlinie:
Änderungen zum Erfassungsjahr 2026

Stand: 06.02.2025

für das Stellungnahmeverfahren gemäß Beschluss des UA QS vom 29.01.2025

Hinweis:

*Erläuterungen zu dissidenten Positionen sind **gelb gekennzeichnet**; redaktionell anzupassende oder zu vervollständige Passagen sind **grau** markiert.*

Vom **T. Monat 2025**

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	3
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	3
2.1	Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich	7
2.2	Zu § 2 Grundsätze	7
2.4	Zu § 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste	13
2.5	Zu § 5 Berufsgruppen	13
2.6	Zu § 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung	18
2.7	Zu § 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad	21
2.8	Zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen	21
2.9	Zu § 10 Ausnahmetatbestände	30
2.10	Zu § 11 Nachweisverfahren	31
2.11	Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben	34
2.12	Zu § 14 Anpassung der Richtlinie.....	37
2.13	Zu § 16 Übergangsregelungen	37
2.14	Zur Anlage 1 Minutenwertetabellen.....	41
2.15	Zur Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen	42
2.16	Zur Anlage 3 Nachweis zur PPP-RL	42

2.17	Zur Anlage 4 <i>Regelaufgaben</i>	46
3.	Bürokratiekostenermittlung	48
4.	Verfahrensablauf	48
5.	Fazit	49
6.	Zusammenfassende Dokumentation	49

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach § 136a Absatz 2 SGB V zur Festlegung geeigneter Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu bestimmen. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen dabei möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen sowie mit notwendigen Ausnahmetatbeständen und Übergangsregelungen versehen sein. Dies erfolgt im Rahmen der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), welche vom G-BA erstmals am 19. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 beschlossen wurde.

Die PPP-RL wird vorliegend geändert.

2. Eckpunkte der Entscheidung

GKV-SV:

Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist und bleibt die Sicherung der Qualität in der stationären psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung – insbesondere die Festlegung von Mindestanforderungen für die Personalausstattung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen.

Die PPP-Nachweise zeigen, dass nach wie vor Handlungsbedarf besteht. Die Kliniken haben ihre Leistung über den Zeitverlauf deutlich erhöht: Die Anzahl der vollstationären Behandlungstage hat im Jahr 2023 im Vergleich mit Vorjahr zugenommen (siehe Tabelle). Zugleich hat sich der Umsetzungsstand der PPP-RL im Jahr 2023 im Vergleich mit dem Vorjahr verschlechtert (siehe Umsetzungsgrad in der Tabelle). Ebenfalls keine Besserung zeigt sich bei Einrichtungen, die die Mindestvorgaben nicht erfüllen. Dort hat sich der Umsetzungsgrad im Jahr 2023 im Vergleich mit dem Jahr 2022 auch verschlechtert (siehe Umsetzungsgrad ohne Einhaltung der Mindestvorgaben in der Tabelle).

Tabelle: Umsetzungsgrade und Leistungsentwicklung der PPP-RL (Psychiatrie)

	2022				2023			
	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
Gesamt								
Umsetzungsgrad	106,9%	96,7%	95,6%	96,9%	101,2%	94,1%	94,8%	95,7%
Delta Vorjahr					-5,7%	-2,6%	-0,8%	-1,2%
Behandlungstage	4.826.867	5.080.147	5.134.710	5.032.533	5.351.640	5.343.645	5.518.225	5.192.607
Delta Vorjahr					+10,9%	+5,2%	+7,5%	+3,2%
Umsetzungsgrad ohne Einhaltung der Mindestvorgaben								
Umsetzungsgrad	98,4%	90,8%	90,1%	91,3%	94,8%	89,2%	90,3%	90,3%
Delta Vorjahr					-3,6%	-1,6%	+0,2%	-1,0%

Quelle: eigene Darstellung auf Basis der IQTIG Quartalsberichte gemäß PPP-RL 2023-4, Abb. 19(29), 20(29) und Tab. 60(29)

- Die vorliegenden Richtlinienänderungen haben zwei wesentliche Ziele: erstens soll die Behandlung der Patientinnen und Patienten mit qualifiziertem Fachpersonal gefördert werden und

- zweitens sollen die Kliniken von der Dokumentation entlastet werden.

Zu 1.) Die Behandlung der Patientinnen und Patienten mit qualifiziertem Fachpersonal wird gefördert durch folgende Regelungen: Erstens werden Anreize zur Weiterqualifikation gesetzt. Bereits vorhandenes Personal, das über eine andere Qualifikation als das der Berufsgruppen nach PPP-RL verfügt, kann während der berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung zu einer PPP-Fachkraft angerechnet werden. Es besteht somit ein Anreiz für Einrichtungen, die berufsbegleitende Aus- oder Weiterbildung fachfremder Mitarbeiter oder Hilfskräfte zu fördern. Zweitens wird klargestellt, dass nur Fachpersonal gemäß § 5 PPP-RL, das nicht direkt am Krankenhaus angestellt ist, angerechnet werden darf. Hintergrund ist, dass nicht direkt in der Einrichtung angestelltes Personal aus Qualitätsaspekten kritisch zu sehen ist. In der Psychiatrie, in der die multiprofessionelle Teamarbeit sowie der Beziehungsaufbau und die Beziehungskontinuität mit den Patientinnen und Patienten essenziell ist, sollte Leasingpersonal die Ausnahme bleiben. Nicht akzeptabel ist hierbei insbesondere der Einsatz von nicht qualifiziertem, „psychiatriefremden“ Personal. Die PPP-RL sah den Einsatz von Hilfskräften oder fachfremdem Personal, das nicht in der Einrichtung beschäftigt ist, schon bisher nicht vor. Allerdings ließ die bisherige Formulierung hier Interpretationsspielraum, weshalb die vorgenommene Klarstellung erforderlich wurde. Drittens ist aus Qualitätsaspekten eine Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Fachpersonal zentral, auch in der Nacht. Die bisherigen Vorgaben für den Nachtdienst ließen deshalb keine Anrechnungen von Fremd- oder Hilfspersonal in der Nacht zu. Allerdings erhielt der G-BA Hinweise darauf, dass Kliniken teilweise seit Jahren Gesundheits- und Krankenpflegehelfer auch in der Nacht einsetzen. Um die Versorgung zu sichern und zugleich der besonderen nächtlichen Situation gerecht zu werden, dürfen zukünftig 10 Prozent Gesundheits- und Krankenpflegehelfer im Nachtdienst eingesetzt werden. Die vierte Änderung betrifft die Anrechnungen. Beim Einsatz von Fremd- oder nicht näher definiertem Hilfspersonal sind Anrechnungen in ihrer Höhe begrenzt. Bisher mussten die Kliniken den Einsatz des fachfremden und Hilfspersonals genau erläutern, diese Erläuterung entfällt zukünftig.

Mit weiteren Änderungen wird die regionale Pflichtversorgung konkretisiert. Außerdem wird ein Ausnahmetatbestand verlängert: Tageskliniken leisten einen wichtigen Beitrag in der wohnortnahen Behandlung der Patientinnen und Patienten und sind außerdem wichtig für die Weiterentwicklung der Versorgung. Deshalb wird der bereits bestehende Ausnahmetatbestand für Tageskliniken übergangsweise verlängert.

Zu 2.) Dokumentationsentlastung der Kliniken: Die Dokumentationsentlastung besteht im Wesentlichen aus drei Komponenten: Erstens werden die Dokumentationsvorgaben in Anlage 3 erheblich reduziert. Zweitens werden die jahresbezogenen Datenlieferungen verschoben und die quartalsweise Datenlieferung verlängert. Dadurch entfallen doppelte Datenlieferungen für die Einrichtungen. Drittens wird die stationsbezogene Dokumentation nur für eine repräsentative Stichprobe weitergeführt. Damit wird auch zukünftig Transparenz über die Personalausstattung in besonders sensiblen Versorgungsbereichen geschaffen, jedoch nur ein kleiner Teil der Einrichtungen mit zusätzlichem Dokumentationsaufwand belastet.

DKG:

Das Ziel dieser Richtlinie ist es, Mindestanforderungen der Personalausstattung zum Zwecke der Qualitätssicherung festzulegen. Der Gesetzgeber hat in § 136a Absatz 2 SGB V vorgegeben, dass die Mindestvorgaben möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen sollen. In seinen Beratungen zur Erstfassung der PPP-RL ist der G-BA zu dem Ergebnis gekommen, dass die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die die personelle Ausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser in Deutschland seit 1991 regelt, derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitete konkrete

Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt.¹ Die Mindestvorgaben der PPP-RL zur Personalausstattung fußen also auf einer mehr als 30 Jahre alten Regelung. Kernregularien wie die definierten Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL oder die Minutenwerte nach Anlage 1 wurden aus der Psych-PV übernommen und seither kaum, respektive nur marginal an die Realität und den Anspruch der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung aus dem Jahr 2020 adaptiert. Kliniken, die heute Patientinnen und Patienten behandeln, sehen sich mit Mindestvorgaben der PPP-RL konfrontiert, die modernen Behandlungskonzepten nicht angemessen sind. Das Ergebnis zeigt sich in den IQTIG-Berichten zur Strukturabfrage gemäß PPP-RL: Im ersten und zweiten Quartal 2024 erfüllten 41 % (Q1/2024) bzw. 34,7 % (Q2/2024) der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie sowie 42,3 % (Q1/2024) bzw. 34,6 % (Q2/2024) der Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Mindestvorgaben nach § 7 Absatz 4 PPP-RL zu mindestens 95 %. Die geforderten Umsetzungsgrade müssen pro Quartal und in jeder Berufsgruppe nach § 5 (in der Psych-PV pro gesamtes Krankenhaus bezogen auf ein Jahr) erfüllt werden – in Berufsgruppen, die seit der Psych-PV in ihrer Form nicht wesentlich verändert wurden.

Neben der Herausforderung, geeignetes Personal in Form von Fachkräften zu finden^{2,3}, sind es die starren, abschließenden und teils praxisfernen Vorgaben der Berufsgruppen nach § 5 selbst, die eine wesentliche Hürde zur Erfüllung der Mindestvorgaben darstellen. Selbst mit den beschränkten Möglichkeiten der Anrechnung von Personal außerhalb der PPP-RL-Berufsgruppen spiegelt der Rahmen der PPP-RL nur im Ansatz die Entwicklung und Aktualität der heutigen psychiatrischen und psychosomatischen stationären Versorgung wieder. Eher ist das Gegenteil der Fall: Die Schablone PPP-RL bildet nur einen Teil der hiesigen Versorgungslandschaft ab und zwingt individuelle Versorgungsangebote in ein Korsett aus kaum erfüllbaren Mindestvorgaben. Übergeordnetes Ziel der Weiterentwicklung der Richtlinie ab dem Erfassungsjahr 2026 muss daher sein, diese Engführung an geeigneten Stellen punktuell aufzubrechen, ohne die Qualität der Versorgung einzuschränken. Die IQTIG-Quartalsberichte zeigen mit Nachdruck, dass es einem Großteil der Krankenhäuser unter den gegebenen Voraussetzungen der PPP-RL nicht ermöglicht wird, die Mindestanforderungen durchgehend und vollumfänglich umzusetzen. Auch der G-BA hat dies erkannt und zuletzt am 19. Oktober 2023 eine weitere Aussetzung der Sanktionen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben beschlossen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt hat sich an den beschriebenen Rahmenbedingungen der Richtlinie jedoch nichts verändert. Kliniken sind weiterhin mit einer überbordenden Bürokratie aus Regelungsdetails konfrontiert, die sie in ihrem Personaleinsatz zur Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten massiv einschränkt. Als zentral für diese Weiterentwicklung werden daher eine Ergänzung und Zusammenfassung der bestehenden Berufsgruppen nach § 5 sowie eine Flexibilisierung der bisherigen Anrechnungsregelungen in § 8 Absätze 3 bis 7 gesehen.

Da die derzeitigen Personalmindestvorgaben *nicht* die Versorgungssituation vor Ort und deren Bedarfe widerspiegeln, sondern im Gegenteil mit ihren Beschränkungen auf „alte“ Berufsgruppen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) den bereits vielerorts zur modernen psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gehörenden Einsatz von gut ausgebildeten Fachpersonal oder auch langjährig erfahrenen (Pflege-)Hilfskräften beschneidet, wird ein qualifizierter Personalaufbau bisher blockiert. Eine Hürde, mit denen insbesondere Kliniken in strukturschwachen Regionen kämpfen und vor dem Hintergrund drohender Sanktionen noch stärker konfrontiert sein werden. Damit die Krankenhäuser auf Basis der neuen Regelungen erstmals in der Versorgung zulässiges und wertvolles Personal wie Physician Assistants, Medizinische Fachangestellte oder Fach- und Hilfspersonal weiterer

1 Tragende Gründe zur Erfassung der PPP-RL vom 19. September 2019, S. 3

2 z. B. IQTIG-Quartalsbericht Q2/2024, S. 97, 178; DKI-Psychiatrie-Barometer 2023/2024, S. 16 f.

3 Bollen, H. Physician Assistant: Ein klares Tätigkeitsprofil zählt; f&w 8 2024, S. 746-757

Berufsgruppen aufbauen können, werden die Sanktionen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben noch einmal um zwei Jahre bis zum 1. Januar 2028 verschoben. Ferner bedarf es einer spürbaren Entlastung in der Nachweisführung. Dabei reicht es nicht aus, längst in den Servicedokumenten bzw. der Spezifikation umgesetzte Entlastungen im Richtlinientext zu streichen, sondern eine echte Entlastung in Form nicht notwendiger doppelter Angaben und Erläuterungen aus dem Nachweis zu entfernen. Aus diesem Grund wird u. a. die seit 2020 bestehende und in den Jahren 2023 und 2024 als Stichprobe zu führende monats- und stationsbezogene Dokumentation sowie die Erfassung der Regelaufgaben über OPS-Kodes gestrichen. Darüber hinaus erfolgt die Verlängerung von Fristen wie die Regelung zu den Nachtdiensten, bis der G-BA eine Entscheidung über deren Nachfolgeregelung treffen kann.

PatV:

Die aktuelle Richtlinienänderung nimmt die Versorgung einer besonders vulnerablen Patientengruppe in den Blick. Denn die psychiatrische Behandlung von erwachsenen Menschen mit psychischer Erkrankung und Intelligenzminderung stellt für die Versorgung eine besondere Herausforderung dar. Neben der psychischen Erkrankung, die der Behandlung bedarf, müssen sich die Behandelnden auch auf die spezifische Verständigungsproblematik sowohl in der Artikulation wie auch im Verstehen einstellen. Dazu kann es geboten sein, einfache Sprache, visualisierte Kommunikation oder andere Kommunikationstechniken einzusetzen und das vertraute soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten einzubeziehen. Oft sind auch Verständigungshindernisse zu beachten, die aus einer mangelnden Selbstwahrnehmung resultieren. Schmerzempfindungen können beispielsweise im Einzelfall nicht so artikuliert werden, dass sie dem Umfeld verständlich werden.

Insofern sind grundsätzlich für die psychiatrische Versorgung Strukturen anzustreben, die die Behandlung im gewohnten Lebensraum ermöglichen. Aufsuchende oder zumindest ambulante Behandlung ist daher oft das beste Mittel.

Gleichwohl entstehen Situationen, die eine voll- oder teilstationäre Behandlung erforderlich machen, insbesondere in zugespitzten Situationen, die mit selbstverletzendem oder sozial schwer verträglichen Verhalten einhergehen. Die Versorgungslandschaft besteht für solche Fälle aus zwei grundsätzlich unterschiedlichen Leistungsangeboten:

Es gibt spezialisierte Behandlungseinheiten (Abteilungen, Stationen, Bereichen), die für die Behandlung dieses Personenkreises fachlich qualifiziert sind und über die entsprechende personelle und räumliche Ausstattung verfügen.

Für Menschen, die nicht im Einzugsbereich einer solchen spezialisierten Behandlungseinheit leben, stehen die pflichtversorgenden psychiatrischen Fachkliniken oder Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Verfügung, die in der Regel nicht über spezialisierte Kenntnisse verfügen, aber aufgrund der gelegentlichen Aufnahme mit diesem Personenkreis vertraut sind.

In beiden Fällen sind besondere Behandlungserfordernisse zu beachten, die sich in einem höheren Personalbedarf abbilden. Soweit dies in der PPP-RL abgebildet werden soll, muss zugleich bedacht werden, dass die Anwendung übersichtlich bleibt, zu keinem bürokratischen Mehraufwand führt und auch keine zusätzliche Hürde für die Aufnahme dieser Patientengruppe schafft.

Hinweise auf die Evidenz bezüglich des Personalbedarfs ergeben sich aus der Stellungnahme der Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. vom 14.06.2019 und den dort enthaltenen Hinweisen auf empirische Erhebungen, wie etwa denen des Evangelischen Krankenhauses Königin-Elisabeth-Herzberge in Berlin.

Zur technischen Abbildung dieses höheren Personalaufwands liegen Vorschläge vor, die auf die Einführung einer eigenen Personengruppe zielen. So könnten die Gruppen A, S, G und Kinder/Jugendliche um eine eigene Gruppe „Menschen mit Intelligenzminderung“ und dort dann folgerichtig auch zwischen Regelbehandlung, Intensivbehandlung etc. unterschieden werden. Diese Erwägung stößt auf die Bedenken, dass daraus unmittelbar die Frage resultieren würde, weitere Differenzierungen auch bei anderen Zielgruppen zu entwickeln.

Stattdessen werden mit der Änderung in der PPP-RL erwachsene Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden, innerhalb des Bereichs Allgemeinpsychiatrie einem Behandlungsbereich A3 zugeordnet. Die für die einzelnen Berufsgruppen vorgesehenen Zeitwerte in Minuten pro Patientin und Patient je Woche in diesem Behandlungsbereich entsprechen unter Berücksichtigung des emotionalen und kognitiven Entwicklungsstands der adressierten Patientinnen und Patienten den Zeitwerten für die Behandlungsgruppe KJ1. Diese Analogie ist unter Berücksichtigung der Ausführungen der Fachgesellschaft und dem unter Kapitel 2.3 zitierten Seed-Verfahren angemessen, da die vorgeschlagenen Zeitwerte für diesen Personenkreis mit dem emotionalen Entwicklungsstand von Kindern korrelieren.

2.1 Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich:

Zu Absatz 3:

In Satz 4 wird die Frist zur weiteren Anpassung der Richtlinie hinsichtlich der künftigen Ausgestaltung der Personalvorgaben um ein Jahr verschoben, da sich der G-BA auf eine Berücksichtigung des ersten Evaluationsberichts nach § 15 Absatz 2 PPP-RL und der Ergebnisse des sog. EPPIK-Projekts (Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken) verständigt hat, die der zuständigen Arbeitsgruppe zum erforderlichen Zeitpunkt der Beratungen noch nicht vorlagen (vgl. Kapitel 4 *Verfahrensablauf*). Die Vorlage des Evaluationsberichts ist für Ende Januar 2025 und des EPPIK-Schlussberichts für [Monat] 2025 zu erwarten.

[Quelle/Link:

<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/eppik-ueberpruefung-der-eignung-des-plattformmodells-als-instrument-zur-personalbemessung-in-psychiatrischen-und-psychosomatischen-kliniken.410>]

2.2 Zu § 2 Grundsätze:

2.2.1 Zu Absatz 7:

DKG:

Seit Inkrafttreten der PPP-RL mussten die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen zusätzlich zu den einrichtungs- und quartalsbezogenen Nachweisen auch eine monatliche und stationsbezogene Dokumentation führen. Psychiatrische und psychosomatische Behandlungen sind auf die individuellen Bedarfe der Patientinnen und Patienten ausgerichtet und finden zunehmend stationsunabhängig sowie Setting-übergreifend statt. Dazu gehören neue indikationsbezogene Behandlungskonzepte genauso wie die Gewährleistung der bestmöglichen Behandlungskontinuität. Beispielhaft sind hier leitlinienorientierte Therapiegruppen bei bestimmten Krankheitsbildern zu nennen, die sowohl von stationären Patientinnen und Patienten als auch von tagesklinischen Patientinnen und Patienten besucht werden. Der seit 2020 in den Nachweisen der PPP-RL vorgesehene Stationsbezug schränkt die für eine leitliniengerechte Versorgung erforderliche Flexibilität

beim Personaleinsatz massiv ein und zeugt von einer konzeptuellen Rigidität, die einer personalisierten therapeutischen Behandlung und der Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten, die einen unterschiedlichen Personalmix erfordern, entgegensteht. Darüber hinaus hindert der Stationsbezug die Krankenhäuser daran, kurzfristig auf gestiegene Patientenzahlen, Veränderung der Patientenbedarfe und auch Personalausfällen reagieren zu können.

Gerechtfertigt wurden die stationsbezogenen Nachweise mit dem Ziel, eine Grundlage für die Weiterentwicklung der PPP-RL zu schaffen. Entsprechende diesbezügliche Anpassungen sind in den vergangenen vier Jahren jedoch kaum erfolgt – aus einem einfachen Grund: Aus den stationsbezogenen Nachweisen lassen sich keine Schlüsse für den realen Personaleinsatz und die erforderlichen Bedarfe ziehen. Sicherlich kann die Pflege in Teilen räumlich und organisatorisch bestimmten Behandlungseinheiten zugeordnet werden. Therapeutische Maßnahmen finden jedoch häufig stationsübergreifend statt. Um den stationsbezogenen Nachweispflichten dennoch nachzukommen, ordnen die Kliniken ihr Personal derzeit über Schlüssel anteilig den Stationen zu. Der reale Personaleinsatz in den Einrichtungen wird durch die dadurch entstehenden Ergebnisse jedoch nicht abgebildet. Beispielsweise erfolgt eine ergotherapeutische Gruppentherapie nicht auf den einzelnen Stationen, wie der PPP-RL-Nachweis suggeriert, sondern führt Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Behandlungseinheiten zusammen. Ein solcher nicht an der Versorgungsrealität orientierter Zwang zur stationsbezogenen Dokumentation steht somit der notwendigen Entbürokratisierung in der Versorgung entgegen. Stattdessen bindet der Stationsbezug das für die unmittelbare Patientenversorgung erforderliche Personal mit unnötigen bürokratischen Aufgaben. Dieser bürokratische Mehraufwand wird auch dadurch nicht geringer, als dass die Dokumentation mit Beschluss vom 15. September 2022 nur von einer Stichprobe der Einrichtungen zu erfüllen ist. Für diese Kliniken ist und bleibt der Aufwand enorm. Viele Kliniken halten die Systematik des Stations- und Monatsbezugs in den Nachweisen auch vor, wenn sie nicht in der Stichprobe gemäß § 16 Absatz 8 PPP-RL gezogen wurden. Es besteht jedes Jahr erneut die Sorge, Teil der Stichprobe zu werden. Nur mit einer konsequenten Streichung auch der Stichprobe werden die Einrichtungen tatsächlich entlastet.

Nicht zuletzt gaben auch die Ministerinnen und Minister für Gesundheit der Länder u. a. folgende Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der PPP-RL ab, wonach die „Streichung des monatlichen Nachweises der Mindestpersonalvorgaben auf Stationsebene erforderlich [ist], um mehr Flexibilität hinsichtlich des Personaleinsatzes zu erzeugen und den bürokratischen Aufwand zu mindern“.⁴

2.2.2 Zu Absatz 8:

DKG:

Die Mindestvorgaben gemäß § 7 PPP-RL müssen einrichtungsbezogen eingehalten werden. Entsprechend hat die Einhaltung der Mindestvorgaben auf Basis des tatsächlich vor Ort in der differenzierten Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 (Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychosomatik) tätigen Personals zu erfolgen. Dabei ist es unerheblich, ob das tatsächlich vorhandene Personal auf einer Station tätig ist oder in einem anderen organisatorischen Konstrukt der Einrichtung. Dazu gehört bspw. auch die tatsächliche Personalausstattung bei der stationsäquivalenten Behandlung, die bekanntermaßen im Lebensumfeld der erkrankten Menschen und nicht auf Stationen stattfindet.

⁴ Beschluss zu TOP 16.2 auf der 95. Gesundheitsministerkonferenz vom 22./23.06.2022, <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1296&jahr=2022>

2.2.3 Zu Absatz 10:

DKG:

Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung gehören zu den besonders vulnerablen Gruppen in der stationären Versorgung, deren Betreuung mit erhöhten pflegerischen und therapeutischen Bedarfen einhergeht. Dabei ist es häufig nicht die Hauptdiagnose Intelligenzminderung, die diese erhöhten Bedarfe ausmacht, sondern diese resultieren aus spezifischen Verhaltensbesonderheiten aufgrund einer veränderten Verständigungsproblematik. Schmerzen und Bedürfnisse werden anders artikuliert bzw. geäußert. Entsprechend braucht es geschultes Personal, das z. B. mithilfe einfacher Sprache, besonderen Kommunikationstechniken, Zeit, Geduld und Einfühlungsvermögen einen Zugang zu den Patientinnen und Patienten aufbaut. In Deutschland gibt es eine Reihe spezialisierter Zentren, die sich auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung fokussieren. Sie bieten besondere Behandlungskonzepte, die die Betroffenen in ihrer Lebensrealität abholen und eine geschützte Umgebung bieten. Diese Kliniken haben es jedoch zunehmend schwer, etablierte bewährte Konzepte und die damit verbundenen erhöhten Bedarfe bei den Budgetverhandlungen auf der Ortsebene durchzusetzen. Damit droht die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung eingeschränkt oder gar eingestellt zu werden. Es ist also wichtig, Einrichtungen gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 mit solchen erhöhten Personalbedarfen gezielt zu unterstützen. Damit diese Kliniken über die Mindestvorgaben hinaus auch entsprechendes Personal einsetzen können, sind die Besonderheiten der strukturellen, organisatorischen und personellen Ausstattung einer Einrichtung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung in den Budgetvereinbarungen zu berücksichtigen.

2.2.4 Zu Absatz 11:

DKG:

In der Erstfassung der PPP-RL vom 19. September 2019 wurde bewusst auf eine Stations-Definition verzichtet, um der Anlehnung an die verwendete Systematik der Psych-PV mit Bezug zum gesamten Krankenhaus Rechnung zu tragen. Nicht erst seit Inkrafttreten der neuen Mindestvorgaben bedient die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung ein breites Spektrum an unterschiedlichen Behandlungskonzepten, Organisationsformen und Strukturen. Die Strukturen und Angebote entwickeln sich stetig weiter, passen sich an die veränderten Bedarfe in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen durch Krankenhäuser an. So entstehen neue moderne Versorgungsformen, die nicht dem starren Korsett einer Station als singulärer Therapieort entsprechen. Ein Beispiel hierfür sind die störungsspezifischen modularen Therapieangebote, in denen voll- und teilstationäre sowie auch stationsäquivalente Patientinnen und Patienten ohne Anbindung an eine bestimmte organisatorische Einheit zentral therapeutische Angebote wahrnehmen. Die DGPPN⁵ unterstrich in ihrer Stellungnahme zum Änderungsbeschluss der PPP-RL vom 15. September 2022 die Sorge, dass der Versuch, die bestehende Heterogenität durch die Definition und Abgrenzung von Stationen in eine starre Struktur zu bringen, die Gefahr einer Entwicklung fachlich kaum nachvollziehbarer Strukturen berge. Gerade durch stationsübergreifende Therapieangebote könne der spezifische Bedarf jeder einzelnen Patientin und jedes einzelnen Patienten passgenau über den Behandlungsverlauf abgedeckt werden. Ein künstlicher, vom G-BA vorgegebener Zwang zur Stationsdefinition führt zu einer aufgrund der Orientierung an der Definition zu einer Regression zu alten und überholten Strukturen und wird deshalb gestrichen.

⁵ Tragende Gründe zum Änderungsbeschluss der PPP-RL vom 15.09.2022, S. 353

In der stetigen Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, die nicht zuletzt auch durch Vorgaben der PPP-RL vorangetrieben werden soll, bricht ein Stationsbegriff, wie man ihn einstweilig als „*kleinste bettführende organisatorische Einheit*“ in der PPP-RL zu zementieren versuchte, zunehmend auf. Auch das IQTIG beschreibt z. B. im Bericht über das erste Quartal 2024⁶ die Einschätzung der Expertengruppen, wonach „die Definition der Stationstypen (...) als nicht eindeutig angesehen“ werde. Unterstrichen wird die Antiquiertheit des Festhaltens an überholten Strukturkonzepten durch den Beschluss der 95. Gesundheitsministerkonferenz, in dem es zu TOP 16.2⁷ heißt: „Die PPP-RL basiert vielmehr auf einem stationsfixierten und strukturkonservativen Ansatz mit vor 30 Jahren definierten Behandlungsbereichen und Minutenwerten für die einzelnen Berufsgruppen. [...] in Verbindung mit dem geforderten monatlichen, stationsbezogenen Personalnachweis führt [dies] im Ergebnis dazu, dass Fehlanreize für eine Versorgung gesetzt werden, die sich nicht an einer patientenzentrierten, modernen und flexiblen Behandlung ausrichtet, sondern dazu führt, dass das Personal nicht notwendig dort eingesetzt wird, wo es fachlich gebraucht wird, sondern wo es nachgewiesen werden muss“. Die Stationsfixierung erzwingt also eine willkürliche Zuordnung des tatsächlich in den Einrichtungen eingesetzten Personals, die die Realität kaum widerspiegelt. Entsprechend können auch die Ergebnisse und Darstellungen in den Quartalsberichten des IQTIG keine Abbildung der Versorgungsrealität sein. Der reale Personaleinsatz lässt sich nicht stationsbezogen ausweisen, viele therapeutische Maßnahmen finden in der modernen Psychiatrie und Psychosomatik stationsübergreifend statt; die Mischung aus verschiedenen Settings, der individuell auf die Patientinnen und Patienten zugeschnitten ist, ermöglicht den bestmöglichen Therapieerfolg.

2.3 Zu § 3 Behandlungsbereiche:

Zu Absatz 1:

Zum neuen Behandlungsbereich A3

PatV:

Infolge Art. 25 UN-Behindertenrechtskonvention ist psychisch kranken Menschen mit Intelligenzminderung Zugang zu einer psychiatrischen Versorgung in derselben Bandbreite und Qualität zu ermöglichen wie psychisch kranken Menschen ohne diese (zusätzliche) Behinderung. Die Gesundheitsleistungen müssen zudem behinderungsspezifisch sein, so gemeindenah wie möglich, und gerade für psychisch kranke Menschen mit Intelligenzminderung ist zudem relevant, dass Gesundheitsleistungen auf der Grundlage der freien Einwilligung und nach vorheriger Aufklärung erfolgt.

Eine solche menschenrechtlich erforderliche Versorgung führt zu einem erhöhten Betreuungsaufwandes für diesen Personenkreis. Die Folge ist, dass der Zugang für psychisch kranke Menschen mit Intelligenzminderung zu einer psychiatrischen Versorgung erschwert ist, soweit Krankenhäuser keine über die Mindestvorgaben der PPP-RL hinausgehende und den Bedarfen angemessene quantitative und qualitative Personalausstattung für die Behandlung dieses Personenkreises zur Verfügung stellen können.

Innerhalb des Bereichs Allgemeinpsychiatrie wird daher ein Behandlungsbereich A3 „Behandlung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden“ eingerichtet. Die für die einzelnen Berufsgruppen vorgesehenen Zeitwerte in Minuten pro Patientin und

⁶ IQTIG Quartalsbericht Q1/2024, S. 33

⁷ Beschluss zu TOP 16.2 der 95. Gesundheitsministerkonferenz vom 22./23.06.2022, S. 4

Patient je Woche in diesem Behandlungsbereich entsprechen unter Berücksichtigung des emotionalen und kognitiven Entwicklungsstands der adressierten Patientinnen und Patienten den Zeitwerten für die Behandlungsgruppe KJ1. Diese Analogie ist unter Berücksichtigung der Ausführungen der Fachgesellschaft und dem u.g. Seed-Verfahren angemessen, da die vorgeschlagenen Zeitwerte für diesen Personenkreis mit dem emotionalen Entwicklungsstand von Kindern korrelieren.

Der Behandlungsbereich bezieht sich auf erwachsene Menschen mit psychischer Erkrankung und Intelligenzminderung, nicht auf die Kinder und Jugendlichen mit Intelligenzminderung, die weiterhin in den Behandlungsbereichen für Kinder und Jugendlichen abgebildet sind.

Der Personalbedarf leitet sich insbesondere aus Veröffentlichungen, Erfahrungen und umfangreichen Bedarfserhebungen der auf den Personenkreis spezialisierten Expertinnen und Experten in spezialisierten psychiatrischen Behandlungseinheiten ab (vgl. hierzu auch Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung (DGSGB) vom 14.06.2019). Der höhere Personalbedarf für die vollstationäre Versorgung bildet sich in allen Berufsgruppen ab und resultiert teilweise aus dem höheren Zeitaufwand bei der Verständigung, die schon für eine differenzialdiagnostische Abklärung, aber auch für die Einleitung der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung und der Beobachtung des Behandlungsverlaufs erforderlich ist. Teilweise resultiert er auch aus der fast durchgängig erforderlichen Einbeziehung des sozialen Umfelds (Familie, An- und Zugehörige, Mitarbeitende der Einrichtung, in der die Patientinnen und Patienten leben). Bei bestimmten Behandlungsformen etwa aus dem Bereich der Spezialtherapeutinnen und -therapeuten und der Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten einschließlich der Physiotherapie sind insbesondere der erhöhte Kommunikations- und Verständigungsaufwand, für bestimmte Verfahren auch der größere Zeitaufwand durch verlangsamte Abläufe in der Einzelbehandlung oder den Gruppen, kleinere Gruppengrößen sowie der höhere Anteil an Einzelbehandlungen zu bedenken. In der Berufsgruppe der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen ist der höhere Zeitaufwand nicht nur für die Anamnese und Diagnostik sowie die Einleitung der Behandlung, sondern auch für die Vorbereitung der Entlassung und die Einleitung der Nachbehandlung in der Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld (Familie oder Einrichtungen) zu beachten. Vor dem Hintergrund der oft krisenhaften Zuspitzungen, die nicht selten zur Krankenhausbehandlung geführt haben, kommt dieser Vorbereitung für die Stabilisierung des Behandlungserfolgs besondere Bedeutung zu, denn die Familien, Wohngruppen oder Einrichtungen, in denen die Patientinnen und Patienten leben, bedürfen oft vorbereitender Gespräche für die Zeit nach der Entlassung aus der Krankenhausbehandlung, die über das Maß der Regelbehandlung hinausgehen.

Eine Analogie zum Behandlungsbereich KJ1 ergibt sich auch daraus, dass anerkannte diagnostische Verfahren den emotionalen und den kognitiven Entwicklungsstand von Menschen mit Intelligenzminderung bereits in Analogie zum Entwicklungsstand von Kindern abbilden (SEED: Skala der emotionalen Entwicklung – Diagnostik, Sappok et al 2018, inzwischen auch SEED 2, Sappok T., Zepperitz S., Morisse F., Barret B.F., Došen A.: *SEED-2 Manual Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik 2*, Bern 2023). Die Berücksichtigung des emotionalen Entwicklungsstandes wird auch in der internationalen Literatur und in der S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung, 2. Version (AWMF Register Nr. 028-042) empfohlen (Deb et al. 2022, Dosen et al. 20210, Häßler, F. 2021, zitiert nach Sappok et al 2023). Entsprechend bilden auch die diagnostischen Verfahren nicht nur die kognitiven Fähigkeiten, sondern auch auf die sozio-emotionalen Entwicklungsverzögerungen ab. Das Verfahren *Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik 2 (SEED-2)*, das auf der Basis der *SEO-R2 (Schaal voor Emotionele Ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking – Revised2, Morisse & Došen, 2016)* entstand, wurde wissenschaftlich validiert und für den deutschen

Sprachraum manualisiert. Es bildet die emotionalen Entwicklungsphasen mit Referenzalter und zentralen Bedürfnissen ab. Daraus lässt sich herleiten, dass die sozio-emotionale Entwicklungsverzögerung sich Kindern in verschiedenen Entwicklungsphasen zuordnen lässt, die in 6 Phasen abgebildet werden: 1. Phase: 0. – 6. Lebensmonat, 2. Phase 7. – 18. Lebensmonat, 3. Phase 19. – 36. Lebensmonat, 4. Phase 37. – 84. Lebensmonat, 5. Phase 85. – 144. Lebensmonat, 6. Phase 145. – 216. Lebensmonat. Die Zuordnung der Phasen 1 bis 5 zu den Personalbedarf der KJ 1 ist damit sachgerecht und zielführend.

DKG:

[Ablehnung der Ergänzung des neuen Behandlungsbereichs A3 Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung.

Der Vorschlag eines eigenen Behandlungsbereichs inklusive eigenen Minutenvorgaben für Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung ist grundsätzlich nachvollziehbar. Ein solcher Vorschlag hätte jedoch mutmaßlich Auswirkungen auf sämtliche Krankenhäuser. Eine gezielte Unterstützung von Kliniken, die bewährte Betreuungskonzepte für jene Patienten Klientel aufgebaut haben, ließe sich damit vermutlich kaum realisieren. Die Mindestvorgaben der PPP-RL gelten für mehr als 1.300 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik. Vier Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie kann eine Mehrheit der Kliniken diese Vorgaben nicht durchgehend erfüllen. Da ein Personalaufbau auf absehbare Zeit unter diesen Umständen und in der Höhe der aktuellen Mindestpersonalvorgaben nicht möglich und je nach Behandlungskonzept womöglich in dem Maße auch nicht zwingend notwendig ist, müssen sich die Kliniken in Angesicht der näher rückenden Sanktionen überlegen, welche bewährten Behandlungskonzepte sie anpassen oder gar aufgeben. Unter Berücksichtigung dieser Rahmenbedingungen würde ein solcher Vorstoß womöglich zu einem gegenteiligen Effekt führen: Wenn Kliniken aufgrund der Einstufung ihrer Patientinnen und Patienten auf Basis der OPS-Systematik gezwungen sind, die hohen Minutenvorgaben der Kategorien KJ1 nach Anlage 1 PPP-RL zu erfüllen, sobald eine Haupt- oder Nebendiagnose F 70.1, F 71.1, F 78.1, F 79.1, F 72. oder F 73.* vergeben wird, werden Einrichtungen diese Patientinnen und Patienten ablehnen – weil sie zu erwarten haben, die damit zusammenhängenden Mindestvorgaben nicht (mehr) erfüllen zu können. Die Mindestvorgaben sind von allen Einrichtungen mit einer entsprechenden Einstufung zu erfüllen, nicht nur von jenen, die ein gezieltes Behandlungs- und Betreuungskonzept für Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung haben. Entsprechend würden die ohnehin raren Plätze weiter verknappt, Angehörige und die Patientinnen und Patienten selbst müssen weitere Wege für einen Versorgungsplatz auf sich nehmen, womit die Intention einer wohnortnahen Betreuung nicht aufrechterhalten werden kann. Sofern Krankenhäuser die Personalbedarfe der KJ1, die in den besonders kritischen Berufsgruppen im Vergleich zur Allgemeinen Psychiatrie zwischen 25 % und 50 % höher liegen, nicht bedienen können, werden sie ihr Versorgungsangebot reduzieren. Darüber hinaus ist fraglich, ob der Vorschlag zum einen die teils sehr unterschiedlichen Bedarfe von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung hinreichend berücksichtigt. Ebenso ist zu hinterfragen, ob die Minutenwerte und dahinterliegenden Personalbedarfe der gewählten KJ-Kategorie tatsächlich die Lebens-, Teilhabe- und Betreuungsbedarfen von Erwachsenen widergeben.*

Um den Bedarfen zukünftig besser gerecht zu werden, wird stattdessen unter § 2 Absatz 10 ein neuer Spiegelstrich 6 ergänzt. Vergleiche dazu auch die Ausführungen unter „§ 2 Absatz 10“.]

Zum Behandlungsbereich S

Die Änderung der Bezeichnung des Behandlungsbereichs S „Abhängigkeitskranke“ ist redaktioneller Art: Sie wird an die Bezeichnung des Behandlungsbereichs S „Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit“ in Anlage 2

(Eingruppierungsempfehlungen) angepasst, die bereits im Rahmen der Richtlinienänderung vom 20. Juni 2024 beschlossen wurde.

2.4 Zu § 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste:

Zu Absatz 3:

DKG:

Bei den vorgenommenen Änderungen handelt es sich um Folgeanpassungen infolge der Änderungen in § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b. Der Begriff „Pflegefachpersonen“ wird durch den Begriff „Fachkräfte“ ersetzt, um klarzustellen, dass die in § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b ergänzten Medizinischen Fachangestellten ebenfalls berücksichtigt werden können.

2.5 Zu § 5 Berufsgruppen:

Zu Absatz 1 und 2:

DKG:

Im vierten Quartal 2023 haben in der Erwachsenenpsychiatrie 48,7 % der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie sowie 44,3 % der Einrichtungen der Kindes- und Jugendpsychiatrie die Mindestvorgaben gemäß § 7 Absatz 4 erfüllt.⁸ Gemäß § 16 Absatz 1 galt im Jahr 2023 sowie erneut seit dem dritten Quartal 2024 eine Umsetzungsstufe von 90 % der Mindestvorgaben. Im ersten und zweiten Quartal 2024 lag die geforderte Umsetzungsstufe bei 95 % der Mindestvorgaben nach § 7 Absatz 4. Laut den IQTIG-Quartalsberichten für den entsprechenden Zeitraum erfüllten 41 % (Q1/2024) bzw. 34,7 % (Q2/2024) der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie sowie 42,3 % (Q1/2024) bzw. 34,6 % (Q2/2024) der Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Mindestvorgaben nach § 7 Absatz 4 zu mindestens 95 %. Die geforderten Umsetzungsgrade müssen pro Quartal und in jeder Berufsgruppe nach § 5 erfüllt werden. Seit Bestehen der PPP-RL schwanken die Erfüllungsquoten um diese Zahlen, selten schafft es mehr als die Hälfte der Einrichtungen, die Anforderungen in allen Quartalen und Berufsgruppen zu erreichen. Neben der Herausforderung, geeignetes Personal in Form von Fachkräften⁹, die zu den definierten Berufsgruppen der PPP-RL passen, zu finden¹⁰, sind es die starren, abschließenden und teils praxisfernen Vorgaben der Berufsgruppen selbst, die eine wesentliche Hürde zur Erfüllung der Mindestvorgaben darstellen. Die Berufsgruppen nach § 5 wurden im Grunde unverändert aus mehr als 30 Jahre alten Psych-PV übernommen und seither nicht angepasst. Selbst mit den beschränkten Möglichkeiten der Anrechnung von Personal außerhalb der PPP-RL-Berufsgruppen spiegelt der Rahmen der PPP-RL nur im Ansatz die Entwicklung und Aktualität der heutigen psychiatrischen und psychosomatischen stationären Versorgung wieder. Eher ist das Gegenteil der Fall: Die Schablone PPP-RL bildet nur einen Teil der hiesigen Versorgungslandschaft ab und zwingt individuelle Versorgungsangebote in ein Korsett aus kaum erfüllbaren Mindestvorgaben. Als übergeordnetes Ziel der Weiterentwicklung der Richtlinie gilt daher, diese Engführung an geeigneten Stellen punktuell aufzubrechen. Als zentral für diese Weiterentwicklung werden eine Ergänzung und Zusammenfassung der bestehenden Berufsgruppen gesehen.

⁸ vgl. IQTIG-Quartalsbericht Q4/2023, S. 3

⁹ z. B. IQTIG-Quartalsbericht Q2/2024, S. 97, 178; DKI-Psychiatrie-Barometer 2023/2024, S. 16 f.

¹⁰ Bollen, H. Physician Assistant: Ein klares Tätigkeitsprofil zählt; f&w 8 2024, S. 746-757

Zu Buchstabe a:**DKG:**

Die Berufsgruppe Buchstabe a Ärztinnen und Ärzte wird um Physician Assistants erweitert. Der 118. und der 119. Deutsche Ärztetag haben 2015 und 2016 für ein bundeseinheitlich geregeltes, neu einzuführendes Berufsbild „Physician Assistant“ votiert. Die Bezeichnung „Physician Assistant“ ist eine aus dem internationalen Sprachgebrauch entlehnte Bezeichnung für einen hochschulisch qualifizierten Gesundheitsberuf (mind. Bachelorniveau), der vom Arzt delegierte Aufgaben übernimmt. Physician Assistants sind seit Jahrzehnten vor allem in den USA, seit etwa 20 Jahren zunehmend auch in Europa etabliert.¹¹ Die Ärztin bzw. der Arzt überträgt dem Physician Assistant delegierbare Aufgaben und wird so hinsichtlich seiner Kernaufgaben entlastet und unterstützt. Die Physician Assistants sind dabei stets dem ärztlichen Dienst unterstellt. Aufgrund ihres Studiums können sie die Begleitung komplexer Dokumentations- und Managementprozesse sowie organisatorischer Verfahren übernehmen. Sie sind in der Lage, Ärztinnen und Ärzte in verschiedenen Tätigkeitsbereichen flexibel immer dann zu entlasten, wenn es sich nicht um höchstpersönlich von der Ärztin oder dem Arzt zu erbringende Leistungen handelt. Dabei können Physician Assistants bis zu 70 % der Tätigkeiten eines Assistenzarztes übernehmen, von allgemeinen Tätigkeiten bis zu spezialisierten Aufgaben. Dies können z. B. die Ausführung von Therapien, gewisse diagnostische Untersuchungen, Prozessmanagement und Teamkoordination und/oder die Teilnahme bzw. Durchführung ärztlicher Visiten sein.

Allerdings bedeutet dies keine komplette Substitution des Arztberufs. Die Delegation von ärztlichen Aufgaben hat Grenzen. Das Sozialrecht weist primär dem Arzt bzw. der Ärztin Zuständigkeit für die Durchführung von Behandlungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu (§ 15 Absatz 1 SGB V). Ergänzend ist der Arztvorbehalt in weiteren gesetzlichen Bestimmungen wie z. B. dem Transfusionsgesetz geregelt. Die persönliche Leistungserbringung durch die Ärztin oder den Arzt ist eines der wesentlichen Merkmale ihrer oder seiner freiberuflichen Tätigkeit. Sie/Er muss jedoch nicht jede Leistung höchstpersönlich erbringen. Vielmehr gehört es zu den Grundprinzipien der gesundheitlichen Versorgung in allen Sektoren, dass Ärztinnen und Ärzte Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter delegieren. Nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V umfasst die ärztliche Behandlung auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von einer/m Ärztin/Arzt angeordnet und von ihr/ihm zu verantworten ist. Leistungen, die Ärztinnen und Ärzte aufgrund der erforderlichen besonderen Fachkenntnisse nur höchstpersönlich erbringen können, sind nicht delegierbar. Dies sind solche Leistungen oder Teilleistungen, die aufgrund ihrer Schwierigkeit, Gefährlichkeit für Patientinnen und Patienten oder aufgrund der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen unter Einsatz spezifischer Fachkenntnis und Erfahrung höchstpersönlich zu erbringen sind.

Bisher ist weder eine Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Personal, noch eine Anrechnung der PPP-RL-Berufsgruppen auf die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte möglich. Lediglich darf gemäß § 8 Absatz 3 – aktuell befristet bis zum 31. Dezember 2025 – Personal der Berufsgruppe c (Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen) auf diese angerechnet werden, sofern sie Regelaufgaben der Anlage 4 des ärztlichen Personals übernehmen. Diese Anrechenbarkeit ist ein wichtiger Baustein zur Erfüllung der ärztlichen Regelaufgaben der Anlage 4. Der Mangel an Ärztinnen und Ärzte wirkt sich jedoch zunehmend auf die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken aus, die zeitliche Verfügbarkeit der Mediziner für die Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten sinkt. Physician Assistants können eine notwendige und entscheidende Rolle zur

11 Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen, S. 5 ff; Bundesärztekammer, 2017

Flexibilisierung des Personaleinsatzes leisten.¹² Die Kliniken könnten die Erkenntnisse und Fähigkeiten planvoll nutzen und so neue Fachkräfte beschäftigen sowie ausbilden.

Zu Buchstabe b:

DKG:

Die Berufsgruppe Buchstabe b (Pflegefachpersonen) wird um „Medizinische Fachangestellte“ ergänzt. Im IQTIG-Quartalsbericht zum zweiten Quartal 2024 wird erneut darauf hingewiesen, dass die Berufsgruppen der Pflegefachpersonen, standortübergreifend berechnet, die geringsten Umsetzungsgrade über alle Berufsgruppen hinweg aufweisen. Diese Ergebnisse zeigen sich sowohl in Einrichtungen, die die Mindestvorgaben gemäß § 7 Absatz 4 erfüllten, als auch in denen, die sie nicht erfüllten. Weiterhin lässt sich in den Auswertungen erkennen, dass der deutschlandweite Umsetzungsgrad dieser Berufsgruppe im Verlauf der dargestellten Quartale (Q3/2022 bis Q2/2024) durchgängig am niedrigsten war. Als Grund für dieses Nichterreichen der Mindestvorgaben in der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte wird häufig der allgemeine Fachkräftemangel angeführt.¹³ In Anbetracht der dargestellten Entwicklung lässt sich auf absehbare Zeit nicht erkennen, wie sich zeitnah eine Kehrtwende in der pflegerischen Fachkräfteverfügbarkeit einstellen soll. Im Gegenteil scheint sich der Trend aufgrund der demografischen Entwicklung weiter zu verschärfen. Vor diesem Hintergrund ist eine Erweiterung der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nur folgerichtig. Gemäß § 8 Absatz 5 dürfen Fachkräfte und Hilfskräfte aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen bis zu einer Höhe von 10 % auf die Berufsgruppen § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b angerechnet werden. Die dabei am häufigsten angerechneten Personalgruppen sind neben den Pflegehilfs- und Pflegeassistentenkräften die Gruppe der Medizinischen Fachangestellten. In der Fülle an angerechnetem Nicht-PPP-RL-Personal machen sie zusammen etwa ein Drittel der Anrechnungen aus. Die Berufsgruppen nach § 5 wurden aus der bis zum Inkrafttreten der PPP-RL im Jahr 2020 geltenden Psych-PV übernommen. Dieser Systematik folgend, wurden jene Berufsgruppen innerhalb der PPP-RL abgebildet, für die bereits Regelaufgaben und Minutenwerte in der Psych-PV aufgeführt wurden. Die Psych-PV hat ihren Ursprung in den 1980er Jahren. Seither hat sich sowohl die psychiatrische und psychosomatische stationäre Versorgung weiterentwickelt, als auch die Berufsgruppen und deren Abschlüsse. So wurde die Pflege z. B. weiter akademisiert, neue therapeutische Berufe haben sich etabliert und die Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppen spezialisiert oder bewusst erweitert. Die Augen vor diesen Entwicklungen zu verschließen, wird weder der Versorgungslandschaft in Deutschland gerecht, noch ermöglicht es den Krankenhäusern, die Vorgaben der Richtlinie einzuhalten. Ein Beleg dafür sind die häufig nicht erfüllten Mindestvorgaben in der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte. Da die Berufsgruppen nach § 5 der PPP-RL traditionsgemäß nur Fachkräfte und keine Hilfskräfte beinhaltet, werden die Medizinischen Fachangestellten in die Berufsgruppe Buchstabe b ergänzt. Medizinische Fachangestellte übernehmen bereits eine Reihe der Regelaufgaben nach Anlage 4 von Pflegefachkräften wie organisatorische, assistierende und teilweise medizinische Aufgaben. Sie können aufgrund der engen Anrechnungsgrenzen gemäß § 8 Absatz 5 jedoch nur in einem Pool aus möglichen Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen lediglich bis zu einer Höhe von 10 % berücksichtigt werden. Aufgrund ihrer spezifischen Ausbildung sind Medizinische Fachangestellte besonders dafür geeignet, vor allem Organisations- und Dokumentationsaufgaben zu übernehmen und die Pflegefachkräfte damit entscheidend zu entlasten. Daneben können sie in die Patientenbetreuung und -beratung integriert werden,

¹² C. Wörner, PPP-RL: Eine Fahrt im Nebel, f & w, 12/2024, S. 1124-1125

¹³ Zum Beispiel DGPPN-Positionspapier Plattform Entgelt, S. 8 ff.; DKI-Psychiatrie-Barometer 2023/2024, S. 16 f.

erhöhen den Skillmix in den Einrichtungen und erhöhen so die Behandlungsqualität insgesamt.

Zu Buchstabe d bis f:

DKG:

Die bisherigen Berufsgruppen der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (Buchstabe d), der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (Buchstabe e) sowie der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen (Buchstabe f) werden zu einer gemeinsamen Berufsgruppe Buchstabe d (neu) zusammengefasst. Durch individuelle Behandlungskonzepte und wechselnde Patientenbedarfe divergieren die einrichtungsspezifischen Personalbedarfe, so dass ein Erreichen der berufsgruppenspezifischen Mindestvorgaben innerhalb eines Quartales häufig nur schwer möglich ist. Zudem gibt es bei den Regelaufgaben der einzelnen Berufsgruppen große Überschneidungen und je nach Berufsgruppe (nicht in der PPP-RL definierte) Vorbehaltsaufgaben. Diesem Umstand wird zwar durch bestimmte Anrechnungsmöglichkeiten nach § 8 PPP-RL Rechnung getragen. Die aufwendigen Dokumentationen der Anrechnungen und die starren Zuordnungen von Regelaufgaben erschweren aber in der Realität einen flexiblen Personaleinsatz. Durch die Zusammenfassung der bestehenden Berufsgruppen der Buchstaben d, e und f könnte untereinander mehr Flexibilität beim Personaleinsatz geschaffen und gleichzeitig Bürokratie abgebaut werden.

Ferner erfolgt die Ergänzung übergeordneter Berufsbezeichnungen der ehemaligen Berufsgruppen Buchstaben e und f zu „Fachberufen mit bewegungstherapeutischem oder sportbezogenem Schwerpunkt“ und „soziale und pädagogische Fachberufe“. Die Aufzählungen sind als nicht abschließend zu betrachten, sondern exemplarisch. Im Kontext der erbrachten Regelaufgaben dieser ehemaligen Berufsgruppen erfolgt zunehmend der Einsatz weiterer Fachkräfte mit einem bewegungsfokussiertem oder sozial-pädagogischen Schwerpunkt. Diese konnten aufgrund der bisherigen Regelungen der PPP-RL lediglich über die Regelungen zur Anrechnung für Nicht-PPP-RL-Personal gemäß § 8 Absatz 5 berücksichtigt werden. Im Bereich der Pädagogik sind bspw. Inklusionspädagogen und Inklusionspädagoginnen zu nennen, die einen besonderen Fokus auf Teilhabe und Inklusion mit heilpädagogischen Inhalten haben. Darüber hinaus arbeiten bspw. auch Pflegepädagogen und Pflegepädagoginnen im Bereich der sozialarbeiterischen Regelaufgaben in den Krankenhäusern. Mit ihren pflegerischen Kenntnissen in Kombination mit Kompetenzen im Bereich Beratung und Informationsvermittlung sind auch sie grundsätzlich geeignet, Aufgaben in diesem Bereich zu übernehmen. Ein weiteres Beispiel sind die Gesundheitspädagogen und Gesundheitspädagoginnen. Sie sind dafür ausgebildet, ihre Klienten und Patienten bei der Suche nach geeigneter Anschlussversorgung, wie Facharztpraxen, Rehakliniken, psychiatrischen Pflegediensten, Soziotherapeuten oder gemeindepsychiatrische Angebote zu unterstützen. Durch ihre Kompetenzen fördern sie das Gesundheitsbewusstsein und haben fundierte Kenntnisse in der gesundheitlichen Pädagogik und Beratung. In der ehemaligen Gruppe der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten und Physiotherapeuten kam es in den Prüfungen des Medizinischen Dienstes wiederholt zu Problemen, qualifizierte Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler, respektive Sportlehrerinnen und Sportlehrer anzuerkennen. Als Reaktion darauf mussten Kliniken qualifiziertes Personal abbauen oder austauschen, um eine Chance zu haben, die Mindestvorgaben der Richtlinie einzuhalten. Mit der Bezeichnung „Fachberufe mit bewegungstherapeutischem oder sportbezogenem Schwerpunkt“ erfolgt eine Klarstellung, dass Personal, das qua ihrer Ausbildung und teilweise seit vielen Jahren in der Sport- und Bewegungstherapie mit psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten beschäftigt sind, im

Rahmen der PPP-RL-Mindestvorgaben vollumfänglich berücksichtigt werden können. Dazu wird die Gruppe der Motopädagoginnen und Motopädagogen als weitere beispielhafte Gruppe ergänzt. Motopädie ist eine Methode zur Behandlung psycho-, senso- und sozomotorischer Leistungs-, Wahrnehmungs- und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Der zentrale Ansatz ist die Bewegung, wobei Wechselwirkungen zwischen dem Körper in Bewegung und der Psyche des Menschen, wie sie im Begriff Psychomotorik zum Ausdruck kommen, genutzt werden sollen. Seit 1983 gibt es z. B. an der Universität Marburg einen eigenen Lehrstuhl für Motologie und Psychomotorik, mit Schwerpunkt Körperpsychotherapie.

Eine Zusammenfassung der Berufsgruppen wird voraussichtlich nicht dazu führen, dass die Mindestvorgaben der Richtlinie in Gänze besser eingehalten werden. Über alle Berufsgruppen, also einschließlich der Berufsgruppen a, b und c, erreichten im zweiten Quartal 2024 in der Erwachsenenpsychiatrie 54,5 % der Einrichtungen einen einrichtungsbezogenen Umsetzungsgrad von mindestens 100 %. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie traf dies für 50,4 % der Einrichtungen zu. Bereits können Einrichtungen gemäß § 8 Absatz 3 das Fachpersonal nach § 5 gegenseitig anrechnen, sofern die jeweiligen Regelaufgaben übernommen werden. Eine Zusammenlegung der drei Berufsgruppen Buchstaben d, e und f senkt nicht die zu erfüllenden Mindestvorgaben ab, ermöglicht den Einrichtungen jedoch den Fortbestand individueller Versorgungskonzepte mit den hierfür jeweils erforderlichen Berufsgruppen. Eine Zusammenlegung soll erfolgreiche Behandlungskonzepte beschützen und die Umsetzung neuer Konzepte befördern, jedoch nicht den Status quo zementieren.¹⁴

PatV:

Die Erfüllung der Personalmindestvorgaben für die Berufsgruppen der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten und der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten stellt für sehr viele Häuser eine Herausforderung dar.

Die bisherigen Berufsgruppen der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (Buchstabe d), der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (Buchstabe e) werden daher zu einer gemeinsamen Berufsgruppe Buchstabe d (neu) zusammengefasst. Durch individuelle Behandlungskonzepte und wechselnde Patientenbedarfe divergieren die einrichtungsspezifischen Personalbedarfe, so dass ein Erreichen der berufsgruppenspezifischen Mindestvorgaben innerhalb eines Quartales häufig nur schwer möglich ist.

Die Zusammenlegung der Berufsgruppen ist zudem auch sachgerecht. Es gibt bei den Regelaufgaben der einzelnen Berufsgruppen große Überschneidungen und je nach Berufsgruppe (nicht in der PPP-RL definierte) Vorbehaltsaufgaben. Auch die Vielzahl neuerer Berufsgruppen mit therapeutischer Ausbildung im Bereich der künstlerischen Therapien mit körper- und ausdrucksbezogenen Verfahren (z.B. Tanztherapie, Theatertherapie) legt die Zusammenführung beider Berufsgruppe nahe. Diesem Umstand wird zwar durch bestimmte Anrechnungsmöglichkeiten nach § 8 PPP-RL Rechnung getragen. Die aufwendigen Dokumentationen der Anrechnungen und die starren Zuordnungen von Regelaufgaben erschweren aber in der Realität einen flexiblen Personaleinsatz. Durch die Zusammenfassung der bestehenden Berufsgruppen der Buchstaben d und e könnte untereinander mehr Flexibilität beim Personaleinsatz geschaffen und gleichzeitig Bürokratie abgebaut werden.

Allerdings stellt die soziale Arbeit einschließlich der Heilpädagogik einen eigenständigen Aufgabenbereich in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen dar. Diese Berufsgruppen

14 IQTIG-Quartalsbericht Q2/2024, S. 6

verfügen regelhaft nicht nur über besondere Kompetenzen in verschiedenen, insbesondere gruppenbezogenen Verfahren (z.B. soziale Diagnostik, soziales Kompetenztraining), sondern auch über die notwendigen rechtlichen Kompetenzen zur Einbeziehung und entlassungsvorbereitenden Einleitung von anderen Leistungen zur Unterstützung, Begleitung und Versorgung der Patientinnen und Patienten. Auch bei der systematischen Einbeziehung des sozialen Umfelds der Patientinnen und Patienten, ggf. auch der Dienste und Einrichtungen, die schon parallel zur stationären Behandlung mit den Patientinnen und Patienten vertraut sind, spielt die Soziale Arbeit eine wesentliche Rolle. Daher ist die Berufsgruppe der Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Heilpädagogen eigenständig zu halten, um die Ausstattung der Einrichtungen und Krankenhäuser mit entsprechender Fachkompetenz sicher zu stellen.

2.6 Zu § 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung:

2.6.1 Zu Absatz 6:

GKV-SV:

Die Minutenwerte in Anlage 1 berücksichtigen die hohen strukturellen und prozeduralen Anforderungen an die Einrichtungen mit Versorgungsverpflichtung, insbesondere aufgrund von ungeplanten Aufnahmen rund um die Uhr und am Wochenende, die zu einem höheren Personalbedarf führen. Bei Einrichtungen, die keine Versorgungsverpflichtung haben, fallen diese höheren Aufwände nicht an. Demnach waren ursprünglich gemäß § 6 Absatz 6 PPP-RL die Minutenwerte nur dann um 10 Prozent zu verringern, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat.

Allerdings existiert bislang keine bundeseinheitliche Definition einer Versorgungsverpflichtung. Darüber hinaus unterscheiden sich die entsprechenden Regelungen für Versorgungsverpflichtung und regionale Pflichtversorgung zwischen den einzelnen Bundesländern. Die Selbstangaben der Krankenhäuser zum Vorliegen einer regionalen Pflichtversorgung waren zudem häufig nicht konsistent, wie die bisherigen Nachweise zur PPP-RL gezeigt haben: Es gaben zwar über 80 Prozent der Erwachsenenpsychiatrien an, eine regionale Pflichtversorgung wahrzunehmen, aber nur knapp 60 Prozent berichteten, auch über 24-Stunden-Präsenzdienste zu verfügen (siehe Tabelle). Um zukünftig eine möglichst einheitliche und versorgungsrealitätsnahe Ermittlung der Mindestvorgaben zu ermöglichen, wird die Regelung konkretisiert. Deshalb erfolgt eine Annäherung an die regionale Pflichtversorgung indirekt über die Angabe, dass die Einrichtung über eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme verfügt.

Tabelle 4: Variablen zur regionalen Pflichtversorgung, getrennt nach den differenzierten Einrichtungen für die Gesamtanzahl der dokumentierenden Einrichtungen (inkl. Einrichtungen der Stichprobe), sowie für die Stichprobe gemäß § 18 Abs. 8 PPP-RL. Die Prozentangaben ab der dritten Zeile beziehen sich auf diejenigen Einrichtungen, die eine regionale Pflichtversorgung angegeben haben. Ergänzende Darstellungen finden sich im Anhang (Tabelle 51).

	Regionale Pflichtversorgung über alle Einrichtungen							
	Gesamt	Stichprobe Gesamt	Erwachsenenpsychiatrie	Stichprobe Erwachsenenpsychiatrie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Stichprobe Kinder- und Jugendpsychiatrie	Psychosomatik	Stichprobe Psychosomatik
Datenliefernde Einrichtungen	1.374 (100,0%)	67 (100,0%)	791 (100,0%)	38 (100,0%)	304 (100,0%)	15 (100,0%)	279 (100,0%)	14 (100,0%)
Regionale Pflichtversorgung	1.003/1.374 (73,0%)	54/67 (80,6%)	642/791 (81,2%)	33/38 (86,8%)	248/304 (81,6%)	13/15 (86,7%)	113/279 (40,5%)	8/14 (57,1%)
Geschlossenen Bereiche	446/1.003 (44,5%)	25/54 (46,3%)	337/642 (52,5%)	19/33 (57,6%)	107/248 (43,1%)	6/13 (46,2%)	2/113 (1,8%)	0/8 (0,0%)
24-h-Präsenzdienst	581/1.003 (57,9%)	36/54 (66,7%)	384/642 (59,8%)	22/33 (66,7%)	115/248 (46,4%)	7/13 (53,8%)	82/113 (72,6%)	7/8 (87,5%)
Mind. einen Behandlungstag mit gesetzlicher Unterbringung	431/1.003 (43,0%)	23/54 (42,6%)	335/642 (52,2%)	18/33 (54,5%)	94/248 (37,9%)	4/13 (30,8%)	2/113 (1,8%)	1/8 (12,5%)
Davon: Mittlere Anzahl von Behandlungstagen gesetzlicher Unterbringung (MW)	1.131,1 (n = 431)	1.165,0 (n = 23)	1.348,2 (n = 335)	1.270,8 (n = 18)	330,0 (n = 94)	270,3 (n = 4)	2.415,0 (n = 2)	2.841,0 (n = 1)
Standardabweichung	2.046,4	1.642,8	2.261,9	1.760,5	347,2	136,1	426,0	0,0

Quelle: Tabelle 4: Variablen zur regionalen Pflichtversorgung, getrennt nach differenzierten Einrichtungen für die Gesamtanzahl der dokumentierenden Einrichtungen, IQTIG Bericht 3-2023, S. 30, eingesehen am 13.12.2024 unter

https://iqtig.org/suche/?tx_iqtigsearch_search%5Baction%5D=form&tx_iqtigsearch_search%5Bcontroller%5D=Search&tx_iqtigsearch_search%5BsearchTerm%5D=quartalsbericht&tx_iqtigsearch_search%5Bsource%5D=0&cHash=d8458f807a4d506c58d8415185e16f8b

DKG:

Es erfolgt eine Klarstellung für die tagesklinischen Behandlungsbereiche hinsichtlich der Reduktion der Minutenwerte, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat. In der Erstfassung der PPP-RL vom 19. September 2019 wurden die Minutenwerte nach Anlage 1 auf Basis der bis dahin geltenden Psychiatrie-Personalverordnung festgelegt.¹⁵ Diese ging grundsätzlich von pflichtversorgenden Einrichtungen aus (für die entsprechende Minutenwerte festgelegt wurden). Dazu gehörten auch jene teilstationären Behandlungsbereiche A6, S6, G6 sowie KJ7 gemäß § 3 Absatz 1 und 2 der heutigen PPP-RL. Die Minutenwerte waren also auf die Personalbedarfe des teilstationären Patienten- und Leistungsspektrums ausgerichtet. Dazu gehörte in der Regel auch, dass die Aufnahmen elektiv erfolgen und die Therapien in einem festen Zeitfenster tags oder nachts (bei Nachtkliniken) stattfinden, so dass weniger Personalbedarf für ungeplante Aufnahme zu ungünstigen Zeiten erforderlich ist. Lediglich für den Fall, dass eine gesamte Einrichtung keine Pflichtversorgung in ihrer Region innehatte, sollte laut Psych-PV eine angemessene und individuell festzulegende Reduktion der Minutenwerte stattfinden. Eine weitere Verringerung der Minutenwerte, wie in § 6 Absatz 6 vorgesehen, aufgrund des Status zur Pflichtversorgung war demnach nicht vorgesehen und würde die Behandlungsfähigkeit in den tagesklinischen Bereichen beschneiden.

[Die bisherige Regelung wird in seinem Grundsatz beibehalten, nach der die Minutenwerte um 10 % zu reduzieren sind, wenn eine Einrichtung keine Pflichtversorgung hat.]

Die PPP-RL orientiert sich in ihren Grundsätzen an der Psych-PV. Die Psych-PV ist in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung und bei der Höhe der Minutenwerte als Personalbemessungsinstrument grundsätzlich von einer pflichtversorgenden Einrichtung als gesamtes Krankenhaus ausgegangen. Für nicht pflichtversorgende Einrichtungen sollten die Minutenwerte „unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrags angemessen [...] verringer[t]“ werden.¹⁶ In der Erstfassung der PPP-RL vom 19. September 2019 wurde eine entsprechende Reduktion der Minutenwerte von 10 % für Einrichtungen, die keine Versorgungsverpflichtung haben, normativ festgelegt. Begründet wurde dies mit einem höheren Personalbedarf bei der Wahrnehmung von Aufgaben im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung mit einer erhöhten Anzahl von ungeplanten Aufnahmen als bei elektiven Einrichtungen.¹⁷ Dieser Abzug bei den Minutenwerten kommt bei allen Krankenhäusern zum Tragen, die sich entsprechend ihrer Selbstauskunft nicht als Pflichtversorger in ihrer Region einschätzen. Die aktuelle Regelung sieht demnach vor, dass sich der Status als Pflichtversorger auf den Umfang der erforderlichen Personalausstattung auswirkt, wobei der 10 %ige Abzug von den Minutenwerten vollumfänglich auf alle Behandlungsfälle einer Einrichtung bzw. konkret eines Standortes angewendet wird.

Bei der Erfassung der PPP-RL war sich der G-BA bewusst, dass bis dato keine bundeseinheitliche Definition für Versorgungsverpflichtung zur Verfügung stand. Auch 2024 existiert eine solche Definition nicht. Ob und welche Einrichtungen unter welchen Bedingungen einen Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung erhalten, ist in allen 16 Bundesländern unterschiedlich geregelt,

¹⁶ § 3 Absatz 1 Nr. 2 Satz 2 Psych-PV

¹⁷ Tragende Gründe zur Erstfassung PPP-RL vom 19.09.2019, S. 14

und unterliegt der jeweiligen landeshoheitlichen Ausgestaltung. Jegliche Versuche einer Definition mit dichotom eindeutigen Kriterien – etwa des Vorhandenseins oder Nichtvorhandenseins einer 24-Stunden-Aufnahmebereitschaft – sind bisher gescheitert, da sie der gelebten Versorgungsrealität und Sicherstellung der regionalen Pflichtversorgung nicht gerecht werden. Auch in den Abrechnungsdaten gemäß § 21 KHG zeigte sich regelmäßig ein äußerst heterogenes Bild bei den Selbstangaben der Kliniken, ob eine regionale Versorgungsverpflichtung besteht oder nicht. Dies liegt einerseits an den individuellen Vorgaben und Rahmenbedingungen auf Landesebene, andererseits an dem unterschiedlich gelebten Grad der Versorgungswahrnehmung vor Ort. Bei der Erstfassung der PPP-RL hat der G-BA laut der Tragenden Gründe dann auch lediglich versucht, sich in den Nachweisen möglicher typischer Merkmale für die regionale Versorgungsverpflichtung, anzunähern. Das Ergebnis dieses Versuches zeigt sich erwartungsgemäß als äußerst heterogenes Bild in den Angaben der Einrichtungen gemäß der Quartalsberichte des IQTIG. Aus den Ergebnissen lässt sich jedoch nicht automatisch auf falsche Angaben der Krankenhausstandorte schließen. Schließlich ergeben sich aus der Tatsache, dass eine Versorgungsverpflichtung besteht, höhere Mindestvorgaben, bei deren Nichteinhaltung zukünftig gravierende finanzielle Sanktionen drohen. Es zeigt sich in den Quartalsberichten, dass die bisher in den Nachweisen abgefragten Merkmale zum Vorhandensein geschlossener Bereiche sowie von 24-Stunden-Präsenzdiensten eben nicht automatisch dem Kriterium der Versorgungsverpflichtung entsprechen.

In dieser Logik ist auch der Versuch einer Reduzierung der regionalen Pflichtversorgung auf das Kriterium der 24-stündigen-Aufnahmebereitschaft inhaltlich nicht nachvollziehbar noch in der Sache gerecht. Was bedeutet es konkret, 24 Stunden aufnahmebereit zu sein? Auch in der Psychiatrie finden mittlerweile – wenn auch nicht so wie in der Somatik – eine Abmeldung von der Notfallversorgung statt, auch wenn die Pflichtversorgungsaufträge dem grundsätzlich entgegenstehen. Akute Personalengpässe, drohende Sanktionen und Leistungsverbot drängen Krankenhäuser zunehmend dazu, ihre bestehenden Versorgungsmöglichkeiten realistisch einzuschätzen und daraus entsprechende Konsequenzen abzuleiten. Wie wird begründet, dass zwar ein grundsätzlicher Auftrag zur Pflichtversorgung mit höheren Personalbedarfen/Mindestvorgaben bestehen kann, die aber durch die (zeitweise) Nichterfüllung des Kriteriums der 24-stündigen Aufnahmebereitschaft „ausgehebelt“ wird? Es ist zu hinterfragen, was die Intention dieses Vorschlages ist. Sollen möglichst niedrige Personalbedarfe generiert werden, damit weniger Personal finanziert werden muss?]

2.6.2 Zu Absatz 7:

PatV:

Für den Nachtdienst sind die Mindestvorgaben für die Anzahl der in einer Einrichtung im Nachtdienst tätigen Pflegefachpersonen in Abhängigkeit vom Anteil der Intensivpatientinnen und Intensivpatienten auch auf Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung übertragbar und werden daher in § 6 Absatz 7 abgebildet. Sie werden im Folgenden bei der Berechnung der Nachtdienstplätze der Anzahl der Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zugerechnet.

DKG:

Ausweislich der Tragenden Gründe zum Beschluss vom 15. September 2022 über eine Änderung der PPP-RL wurden bei den Festlegungen der Mindestvorgaben für den Nachtdienst Erfahrungswerte aus den Budgetverhandlungen, normative Überlegungen zur notwendigen Höhe und empirischen Auswertungen der Daten zur tatsächlichen Personalausstattung aus den Jahren 2020 und 2021 berücksichtigt. Zugleich hat sich der G-BA verpflichtet, bis zum 30. Juni 2025 über weitergehende Vorgaben zum Nachtdienst ab dem 1. Januar 2026 zu entscheiden. Auswertungen des IQTIG in den Quartalsberichten der Nachweisdaten nach § 11

PPP-RL zeigen, dass die durchschnittliche tatsächliche Personalausstattung im Nachtdienst in den vier Quartalen im Jahr 2023 unter dem Niveau seit Beschluss zur erstmaligen Festlegung der Mindestpersonalausstattung in den Nachtdiensten liegt. Auch die Erfüllungsquoten der seit dem 1. Januar 2024 geltenden Mindestvorgaben im Nachtdienst zeigen sich niedriger als erwartet. Inwieweit diese Entwicklungen darauf hinweisen, dass die Mindestvorgaben zu hoch angesetzt wurden bzw. entscheidende Faktoren bei der Berechnung noch unberücksichtigt geblieben sind, lässt sich anhand der geringen Datenmenge zum jetzigen Zeitpunkt nicht ausreichend beurteilen. Daher wird die Frist zur Überprüfung der Regelung und zur Beratung über eine Folgeverordnung um zwei Jahre bis zum 30. Juni 2027 verlängert. Dadurch erhält der G-BA sowohl weitere Daten zur tatsächlichen Personalausstattung, als auch zur Umsetzbarkeit der Mindestvorgaben. Konsequenterweise wird auch die Gültigkeitsdauer der Regelung der Mindestvorgaben im Nachtdienst zunächst um zwei Jahre bis zum 31. Dezember 2027 verlängert, bis weitere Regelungen zum Nachtdienst getroffen wurden.

GKV-SV:

Der G-BA hat sich dazu verpflichtet, seine im September 2022 beschlossenen Mindestvorgaben für den Nachtdienst, die ab 2024 gelten, bis zum 31. Dezember 2025 weiterzuentwickeln. Allerdings zeigen die Nachweise, dass eine Weiterentwicklung zum aktuellen Zeitpunkt noch zu früh ist. Deshalb wird die Überprüfung und Weiterentwicklung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst bis zum 30. Juni 2027 verlängert.

2.6.3 Zu Absatz 8:

PatV:

Bei der Ermittlung der Nachtdienstplätze werden Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung dem Anteil der Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zugerechnet.

2.7 *Zu § 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad:*

2.7.1 Zu Absatz 5:

Die Frist für die Festlegung von Folgen bei der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst in Satz 4 wird um zwei Jahre verlängert. Dies stellt eine konsequente Folgeänderung der in § 6 Absatz 7 vorgenommenen Verschiebung der Überprüfung der Nachtdienstregelung dar.

Satz 5 wird im Zuge der Verortung sämtlicher Regelungen zu personellen Anrechnungsmöglichkeiten im Nachtdienst in § 8 Absatz 7 (neu) hier gestrichen.

2.8 *Zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen:*

2.8.1 Zu Absatz 2:

DKG:

Gemäß § 8 Absatz 3 Nr. 3 der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) wird Personen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeuten oder zur Kinder- und Jugendpsychotherapeutin bzw. Psychotherapeuten in der Regel ein Entgelt gezahlt (siehe § 3 Absatz 3 Satz 7 der Bundespflegesatzverordnung). Mit Beschluss der Änderung der PPP-RL vom 20. Juni 2024 wurde festgelegt, dass diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur in dem Umfang

angerechnet werden dürfen, wenn sie eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufs erhalten. Dies ist zum Teil nicht mit der Realität vereinbar, da bspw. tarifliche Rahmenbedingungen eine solche entsprechende Vergütung regelrecht untersagt haben. Mit dem Verweis auf § 27 Absatz 4 PsychThG wird nun geregelt, dass eine Berücksichtigung des Personals erfolgen kann, sofern für die Dauer der praktischen Tätigkeit eine monatliche Vergütung in Höhe von mindestens 1.000 Euro erfolgt, sofern die praktische Tätigkeit in Vollzeitform abgeleistet wird.

Als Anreiz zur Weiter- oder Neuqualifikation von Personal wird den Kliniken die Möglichkeit eröffnet, Fach- oder Hilfskräfte, die sich berufsbegleitend zu einer Fachkraft gemäß § 5 weiter- bzw. ausbilden lassen, während der Dauer ihrer Aus- oder Weiterbildung bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 zu berücksichtigen. Damit soll insbesondere Fach- oder Hilfspersonal angesprochen werden, dass bisher nur im Rahmen der begrenzten Anrechnungsregelungen gemäß § 8 Absatz 3 bis 5 angerechnet werden konnte. So ist es z. B. denkbar, dass sich Pflegehilfskräfte zu Pflegefachkräften ausbilden lassen. Auch eine Umschulung von einer Nicht-PPP-RL-Fachkraft zu einer anderen Fachkraft der § 5 über die Zeit ihrer Ausbildung ist denkbar, sofern diese berufsbegleitend erfolgt.

GKV-SV:

Die Änderung hat zum Ziel, die Behandlung mit qualifiziertem Fachpersonal zu fördern. Personal, das in den Einrichtungen bereits seit mindestens 1. Januar 2025 beschäftigt war und das über eine andere Qualifikation als die Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL verfügt, kann während der berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung zu einer PPP-Fachkraft bei der entsprechenden Berufsgruppe angerechnet werden. Es besteht somit ein Anreiz für Einrichtungen, die fachfremden Mitarbeiter berufsbegleitend zu einer Psychiatrie-Fachkraft gemäß § 5 PPP-RL aus- oder weiterbilden zu lassen und in der Einrichtung zu halten.

PatV:

Als Anreiz zur Weiter- oder Neuqualifikation von Personal wird den Kliniken die Möglichkeit eröffnet, Fach- oder Hilfskräfte, die sich berufsbegleitend zu einer Fachkraft gemäß § 5 ausbilden lassen, während der Dauer ihrer Ausbildung bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 zu berücksichtigen. Damit soll insbesondere Fach- oder Hilfspersonal angesprochen werden, das bisher nur im Rahmen der begrenzten Anrechnungsregelungen gemäß § 8 Absatz 3 bis 5 angerechnet werden konnte. So ist es z. B. denkbar, dass sich Pflegehilfskräfte zu Pflegefachkräften ausbilden lassen. Auch eine Umschulung von einer Nicht-PPP-RL-Fachkraft zu einer anderen Fachkraft der § 5 über die Zeit ihrer Ausbildung ist denkbar, sofern diese berufsbegleitend erfolgt.

2.8.2 Zu Absatz 3:

DKG:

Zu Satz 2 bis 5

Die bisherige Regelung, wonach ausschließlich Personal der Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 und Absatz 2 jeweils Buchstaben a (Ärztinnen und Ärzte) sowie c (Psychologinnen und Psychologen) gegenseitig bei der tatsächlichen Personalausstattung angerechnet werden dürfen, soweit sie Regelaufgaben gemäß Anlage 4 der jeweiligen Berufsgruppe übernehmen, wird um die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen und Medizinischen Fachangestellten (Berufsgruppe Buchstabe b) erweitert. Der Verweis auf die Regelaufgaben stellt als Einschränkung klar, dass z. B. eine vollständige Ersetzung von Ärztinnen und Ärzten durch eine beiden anderen Berufsgruppen wegen ärztlicher Vorbehaltsaufgaben nicht möglich ist. Allerdings verfügen sowohl Pflegefachkräfte als auch Medizinische Fachangestellte über Kompetenzen, unter ärztlicher Delegation ganz oder teilweise ärztliche Regelaufgaben der

Anlage 4 zu übernehmen, wie bereits unter § 5 Absatz 1 ausgeführt. Die einstig geläufige Bezeichnung der Medizinischen Fachangestellten als Arzthelferin bzw. Arzthelfer legt die unterstützende Grundausbildung der Berufsgruppe bereits nahe. Im Jahr 2006 wurde die alte, seit 1968 genutzte Bezeichnung im Zuge der Ausbildungsreform durch die heute gängige „Medizinische Fachangestellte“ ersetzt. Dabei übernehmen sie eine Reihe von verantwortungsvollen Aufgaben in den Krankenhäusern und Arztpraxen und wirken an den Schnittstellen zwischen Patienten und Ärzten, Versorgung und Verwaltung. Sie unterstützen Ärztinnen und Ärzte vor, während und nach der Untersuchung und assistieren bei diagnostischen Maßnahmen. Mit dem Pflegekompetenzgesetz sollten zudem die Rahmenbedingungen für die professionell Pflegenden gestärkt und erweitert werden. So ist im Referentenentwurf u. a. zu lesen, dass die „vielfältigen Kompetenzen von Pflegefachpersonen [...] für die Versorgung stärker als bislang genutzt werden [sollen]. Pflegefachpersonen sollen künftig neben Ärztinnen und Ärzten auch selbständig weitergehende Leistungen als bisher und insbesondere – abgestuft nach der jeweils vorhandenen Qualifikation – selbständig erweiterte heilkundliche Leistungen in der Versorgung erbringen können“.¹⁸ Nach Zahlen des MB-Monitor des Marburger Bunds (MB) liegt der Zeitaufwand für Datenerfassung und Dokumentation in Krankenhäusern im Mittel bei drei Stunden pro Tag. Etwa ein Drittel der Befragten schätzt den Zeitaufwand sogar auf mindestens vier Stunden täglich.¹⁹ Zeit, die der Versorgung am Patienten fehlt. Mit einer gezielten Unterstützung durch Pflegefachkräfte und Medizinische Fachangestellte der Berufsgruppe b kann die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte weiter entlastet werden, damit diese sich auf die Kernaufgaben ihrer psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung konzentrieren können.

Ferner wird die Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (§ 5 Absatz 1 Buchstabe c und Absatz 2 Buchstabe c) auf andere nichtärztliche Berufsgruppen entfristet. Die Anrechnungsmöglichkeit hat sich in den Jahren seit Inkrafttreten der Regelung bewährt und sollte beibehalten werden. Beispielhaft wurden im zweiten Quartal 2024 in 263 Fälle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf andere Berufsgruppen angerechnet, ein Großteil davon (53 %) auf Ärztinnen und Ärzte. Jede zehnte bis fünfte Anrechnung erfolgt auf die Berufsgruppe der Pflegenden, Spezialtherapeuten und Sozialpädagogen, wobei zumindest die beiden Erstgenannten zu den Berufsgruppen mit den am schwersten zu erfüllenden Mindestvorgaben zählen. Vor diesem Hintergrund ist es nicht zielführend, die Einrichtungen in ihren Behandlungskonzepten weiter zu bedrängen. Im Gegenteil: Bei einer Übererfüllung der Mindestvorgaben der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können diese weiterhin eine wichtige und notwendige Entlastung für weniger gut abgedeckte Berufsgruppen sein. Mit einer Entfristung wird verhindert, dass sich die Behandlungsinhalte den Vorgaben der PPP-RL anpassen und damit ggf. zurückentwickeln. Vielmehr können so weiterhin behandlungskonzeptuelle und bedarfsorientierte Erfordernisse berücksichtigt werden. Gründe, warum eine Anrechnung von Psychologinnen und Psychologen auf andere Berufsgruppen ausgeschlossen sein soll, sind fachlich nicht nachvollziehbar, insbesondere da in diesem Fall keinerlei Anreize zu Kosteneinsparungen, sondern ausschließlich zur Aufrechterhaltung des therapeutischen Konzeptes geschaffen werden. Hierfür ist eine Erhöhung der Flexibilität des Personaleinsatzes entsprechend des jeweiligen therapeutischen Konzeptes erforderlich.

¹⁸ Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz, BMG, S. 2; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/RefE_Pflegekompetenzgesetz_2024.pdf

¹⁹ MB-Monitor 2022, <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2022-zu-wenig-personal-zu-viel-buerokratie>

Da keine entsprechende sinnvolle Verwendung der Daten erfolgen kann, wird zukünftig auf eine detaillierte Begründung und ausgewiesene Beschreibung der Anrechnungen im Nachweis verzichtet. Im Sinne einer Reduzierung der Aufwände für die Krankenhäuser ist eine Streichung der Erläuterung pragmatisch und folgerichtig.

Die weiteren Änderungen sind Folgeanpassungen zu § 5 Absatz 1b und somit redaktioneller Art.

GKV-SV:

Zu Satz 4 bis 6

Die bisher bestehende befristete Regelung zu einer Anrechnungsmöglichkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen auf andere nichtärztliche Berufsgruppen wird um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2026 verlängert.

Um die Einrichtungen hinsichtlich der Dokumentation zu entlasten, entfällt die Erläuterung zu den Anrechnungen in den Nachweisen. Damit wird nicht nur die Dokumentation verschlankt, sondern auch der Aufwand für die MD-Prüfungen vor Ort.

PatV:

Die Anpassungen sind Folgeänderungen aus den Änderungen in § 5.

2.8.3 Zu Absatz 4:

GKV-SV:

Zu Satz 2 (neu) und Satz 2 (alt)

Mit der Änderung wird klargestellt, dass nur Fachpersonal gemäß § 5 PPP-RL Berufsgruppen, das nicht direkt am Krankenhaus angestellt ist, angerechnet werden darf. Hintergrund ist, dass nicht direkt in der Einrichtung angestelltes, so genanntes Leasingpersonal, aus Qualitätsaspekten kritisch zu sehen ist. Denn gerade in der Psychiatrie, in der die multiprofessionelle Teamarbeit sowie der Beziehungsaufbau und die Beziehungskontinuität mit den Patientinnen und Patienten essenziell ist, sollte Leasingpersonal die Ausnahme bleiben. Nicht akzeptabel ist hierbei insbesondere der Einsatz von nicht qualifiziertem, „psychiatriefremdem“ Personal. Die PPP-RL sah den Einsatz von Hilfskräften oder fachfremdem Personal, das nicht in der Einrichtung beschäftigt ist, schon bisher nicht vor. Allerdings ließ die bisherige Formulierung hier Interpretationsspielraum, weshalb die vorgenommene Klarstellung erforderlich wurde.

Um die Einrichtungen hinsichtlich der Dokumentation zu entlasten, entfällt die Erläuterung zu den Anrechnungen in den Nachweisen. Damit wird nicht nur die Dokumentation verschlankt, sondern auch der Aufwand für die MD-Prüfungen vor Ort.

DKG:

Da keine entsprechende sinnvolle Verwendung der Daten erfolgen kann, wird zukünftig auf eine detaillierte Begründung und ausgewiesene Beschreibung der Anrechnungen im Nachweis verzichtet. Im Sinne einer Reduzierung der Aufwände für die Krankenhäuser ist eine Streichung der Erläuterung pragmatisch und folgerichtig.

[Die Ergänzung, dass eine Anrechnung von Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus aus Berufsgruppen, die nicht in § 5 genannt sind, ausgeschlossen sei, wird abgelehnt.]

Das Bestehen eines direkten Beschäftigungsverhältnisses ist und war bislang keine notwendige Voraussetzung, Personal aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen zu berücksichtigen. In

Absatz 4 wird explizit auf Personal der Berufsgruppen gemäß § 5 abgestellt und ergänzt damit die gemäß Absatz 3 geltenden Bedingungen zur Anrechnung der Berufsgruppen untereinander. Somit wurde ergänzt, dass auch nicht direkt beschäftigtes PPP-RL-Personal (z. B. Ärztinnen und Ärzte) bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 berücksichtigt werden können. Die Regelungen zu Nicht-PPP-RL-Personal finden sich in Absatz 5. Fachlich erschließt sich nicht, weshalb Fachkräfte aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen anders als Fachkräfte aus PPP-RL-Berufsgruppen weniger geeignet sein sollen, die Regelaufgaben der Anlage 4 zu übernehmen. Siehe daher die weiteren Ausführungen unter „Zu § 8 Absatz 5“.]

2.8.4 Zu Absatz 5:

DKG:

Es wird klargestellt, dass Fach- und Hilfskräfte aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen auch dann bei der Anrechnung berücksichtigt werden können, wenn kein direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus besteht. Das Bestehen eines direkten Beschäftigungsverhältnisses ist und war bislang keine notwendige Voraussetzung, Nicht-PPP-RL-Personal zu berücksichtigen. Im Gegenteil: In § 8 Absatz 5 wird klar benannt, dass zum einen eine Qualifikation zur Übernahme von Regelaufgaben der Anlage 4 derjenigen Berufsgruppe vorliegen muss, bei der die Anrechnung des Nicht-PPP-RL-Personal erfolgt oder aber eine mindestens fünfjährige Beschäftigung in einer psychiatrischen Einrichtung. Wäre ein direktes Beschäftigungsverhältnis notwendig, wie es beispielsweise in § 8 Absatz 4 konkret benannt ist, hätte der G-BA dies bei der Festlegung der Anrechnungsbedingungen festgelegt. Aus fachlicher Sicht erschließt sich nicht, weshalb Fach- und Hilfskräfte „fähiger“ zur Übernahme von Regelaufgaben sein sollen, sobald ein direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus besteht. Vielmehr muss es darum gehen, mit der Richtlinie Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den Krankenhäusern ermöglicht, ihrem Versorgungsauftrag nachzukommen. Dabei sollte es egal sein, ob ein geringfügiger Anteil des Personals nicht direkt am Krankenhaus beschäftigt ist, sofern die Aufgaben in der Versorgung der Patientinnen und Patienten übernommen werden können. Darüber sollte die Qualifikation und/oder Erfahrung entscheiden, nicht das Beschäftigungsverhältnis. Man kann die Frage aufwerfen, warum vor dem Hintergrund einer Untererfüllung der Personalmindestvorgaben durch ein bislang starres und unflexibles Richtliniengerüst und dem herrschenden Fachkräftemangel eine weitere Begrenzung und Engführung durch die Notwendigkeit eines bestehenden Beschäftigungsverhältnisses eingeführt werden soll. Auch der Herausforderung der Leiharbeit beispielsweise in der Pflege wird mit der vorgenommenen Konkretisierung nicht Tür und Tor geöffnet. Vielmehr geht es bspw. um Arbeitnehmerüberlassungen zwischen Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Rehabilitationskliniken sowie innerhalb von Krankenhaus-, Trägerverbünden und Konzernen. Diese sind in der Versorgungslandschaft Gang und Gäbe, wenn beispielsweise eine Klinik ihre Pflegehilfskräfte für einen flexiblen Einsatz zwischen ihren Einrichtungen in einer separaten Verwaltungseinheit angestellt hat. Insbesondere in gesellschaftsrechtlich miteinander verbundenen Unternehmen wird durchaus Personal nicht beim Krankenhaus als eigentlichem Arbeitgeber eingesetzt, sondern einem (anderen) Verbundunternehmen (zur Arbeit) zur Verfügung gestellt. Bei solchen Personalgestellungen handelt es sich zumeist ebenfalls um Arbeitnehmerüberlassungen. Dies nun nicht mehr zuzulassen, würde die Verfügbarkeit von wichtigem Personal weiter beschränken und die Umsetzung der PPP-RL weiter erschweren.

Die maximal zulässige Grenze der Anrechnungen von Fach- und Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in der Berufsgruppe Buchstabe b (Pflegefachkräfte und Medizinische Fachangestellte) wird zudem auf 30 % angehoben. Seit Einführung der PPP-RL und später seit Inkrafttreten der Anrechnungshöchstgrenze zum 1. Januar 2023 bauen Krankenhäuser große Teile ihrer bis dahin gut funktionierenden Behandlungsabläufe grundlegend um. Lag die Zahl

der zusätzlich angerechneten Fach- und Hilfskräfte in der Erwachsenenpsychiatrie z. B. zwischen dem ersten Quartal 2021 und dem vierten Quartal 2022 bei etwa 19 % über der zulässigen Höchstgrenze von 10 % (was in der Summe 29 % an angerechnetem Fach- und Hilfspersonal aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in der Berufsgruppe b bedeutet)²⁰, passen sich die Krankenhäuser Schritt für Schritt den Vorgaben der Richtlinie mit Einführung der Höchstgrenzen an und reduzierten den Mehrbedarf an zusätzlichen Anrechnungen im Jahr 2023 auf 7 % (in Summe 17 % an angerechnetem Nicht-PPP-RL-Personal). Das heißt jedoch nicht, dass das Personal nicht in der Versorgung eingesetzt wird. Es kann allerdings schlicht nicht für die Erfüllung der Mindestvorgaben bei der Ermittlung der IST-Personalausstattung berücksichtigt werden und ist somit auch nicht mehr in den Nachweisen sichtbar. Pflegehilfs- und Pflegeassistentenkräfte machen seit jeher einen substanziellen Anteil in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung aus. Sie unterstützen insbesondere die Fachkräfte der Pflege überall dort, wo diese nicht selbst Aufgaben erbringen müssen oder können. Mit Blick auf die Regelaufgaben nach Anlage 4 PPP-RL können dies z. B. sein: Anleitung und Hilfe bei der Eigenhygiene, Durchführen von prophylaktischen und mobilisierenden Maßnahmen, Vorbereiten und Verteilen der Mahlzeiten sowie Sicherstellung hygienischer Maßnahmen. Ebenso begleiten sie diagnostische und therapeutische Maßnahmen, unterstützen Pflegefachkräfte im Training der Patientinnen und Patienten bei lebenspraktischen Fähigkeiten, Sozialtraining oder Aktivitätsgruppen im Rahmen des therapeutischen Stationsmilieus. Auch gestalten sie und nehmen bei Aktivitäten außerhalb der Einrichtung (z. B. bei Spaziergängen, Ausflügen) teil. All dies sind Regelaufgaben der Berufsgruppe b in Anlage 4 der Richtlinie. Bei all diesen Aufgaben können Pflegefachkräfte unterstützt werden, während diese sich auf jene Kernfachkompetenzen konzentrieren können. Mit dem geplanten Pflegefachassistenteneinführungsgesetz hat auch das BMG das Potenzial von Pflegehilfs- und Pflegeassistentenkräften erkannt und trägt der bereits jetzt von ihnen geleisteten Arbeit Rechnung. Demnach entfallen etwa 30 % der Pflegeleistungen auf Pflegehilfskräfte.²¹ Angesichts von etwa 60 % Erfüllungsquoten in der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte sowie von etwa zwei Dritteln der Einrichtungen²², die auf die bislang auf 10 % gedeckelten Anrechnungsmöglichkeiten gemäß § 8 Absatz 5 zurückgreifen, ist dringender Handlungsbedarf von Seiten des G-BA gefordert, den Krankenhäuser flexiblere Mittel für ihren Personaleinsatz zu ermöglichen.

In der Erwachsenenpsychiatrie zeigt sich, dass quartalsübergreifend 58,6 % der differenzierten Einrichtungen für die Berufsgruppe b ohne Anrechnungen die Umsetzungsgradgrenze von 90 % (2023) erreichen; mit Anrechnungen steigt dieser Wert auf 79,4 %. Fach- und Hilfskräfte aus Nicht-PPP-RL-Gruppen tragen also entscheidend zur psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in den Krankenhäusern bei. Die ermöglichen einen Skillmix unterschiedlicher Professionen in den Einrichtungen, die überall dort gezielt eingesetzt werden, wo sie unterstützend gebraucht und Fachkräfte des § 5 entlasten können, damit diese sich auf die Kernregelaufgaben konzentrieren können. Neben dem großen Teil von Pflegehilfskräften sind dies besonders Medizinische Fachangestellte, aber auch medizinische Bademeister/Masseure, Hauswirtschafts- und Küchendienstkräfte, Stationshilfen, Ernährungsberater, Begleitdienste, Patientenmanager, Medizinisch-Technische Assistenten bzw. Funktionsdienst, Verwaltungs- und Dokumentationskräfte.

Ergänzend soll es in einem begrenzten Umfang von maximal 5 % möglich sein, Nicht-PPP-RL-Personal auf Berufsgruppe a (Ärztinnen und Ärzte, Physician Assistants) anzurechnen. Dies war bisher ausgeschlossen. Ähnlich wie bei den Pflegefachkräften müssen Ärztinnen und Ärzte

20 IQTIG-Bericht zu den Auswertungsfragen gemäß § 14 PPP-RL für das Erfassungsjahr 2021/2022

21 Entwurf eines Gesetzes über die Einführung einer bundeseinheitlichen Pflegefachassistentenausbildung (Pflegefachassistenteneinführungsgesetz)

22 IQTIG-Quartalsbericht über das zweite Quartal 2024, S. 109

einen substanziellen Anteil ihrer Arbeit z. B. für Dokumentations- und Nachweispflichten aufbringen. Nach Zahlen des MB-Monitor des Marburger Bunds (MB) liegt der Zeitaufwand für Datenerfassung und Dokumentation in Krankenhäusern im Mittel bei drei Stunden pro Tag. Etwa ein Drittel der Befragten schätzt den Zeitaufwand sogar auf mindestens vier Stunden täglich.²³ Zeit, die der Versorgung am Patienten fehlt. Darüber hinaus gibt es neben Physician Assistants weitere qualifizierte Berufe wie Apothekerinnen und Apotheker oder andere Gesundheitsfachkräfte, die Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten teilweise oder delegiert komplett übernehmen könnten oder aber ihnen in deren Ausführung assistieren können. Ein Verbot der Anrechnung solcher Kräfte ist fachlich nicht begründbar. Eine Anrechnungshöhe von 5 % sowie der Verweis auf die Regelaufgaben stellt als Einschränkung klar, dass eine weitreichende Substitution von Ärztinnen und Ärzten durch anderen Berufsgruppen aufgrund der ärztlicher Vorbehaltsaufgaben nicht möglich ist.

[Die Streichung der Ausweisung einer Qualifikationsanforderung, respektive der mindestens fünfjährigen Beschäftigung in einer psychiatrischen Einrichtung zur Übernahme von Regelaufgaben nach Anlage 4 ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings erschließt sich weder fachlich noch in der Sache, warum den Krankenhäusern jene vermeintlich großzügige Dokumentationserleichterung nur dann gewährt werden dürfe, sofern die engen Anrechnungshöchstgrenzen gemäß § 8 Absatz 5 in ihrer derzeitigen Höhe bestehen bleiben. Was ist hier die Kernintention? Steht tatsächlich wie behauptet die Verschlinkung des Dokumentations- und Nachweisverfahrens im Vordergrund, jene „erhebliche Entlastung“ der Einrichtungen und des prüfenden Medizinischen Dienstes, muss der Vorschlag zur Streichung der nachzuweisenden Qualifikationsanforderungen und der mindestens fünfjährigen Beschäftigung in einer psychiatrischen Einrichtung für sich und losgelöst von weiteren Forderungen stehen. Wird aber eher auf eine weitere Engführung der Umsetzbarkeit der Richtlinienvorgaben abgezielt, in dem die Höchstgrenzen zur Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Personal als notwendige Voraussetzung zementiert werden, um Krankenhäuser in ihrer Bürokratiebelastung zu entlasten, ist der Vorschlag nicht tragfähig. Die angeführte Unterstellung, die Kliniken würden bei einer Streichung der Ausweisung nun reihenweise und ungehindert Hilfskräfte einsetzen, um offene Personallücken zu stopfen, wird nicht begründet. Mit dieser Aussage werden sämtliche Einrichtungen unter Generalverdacht gestellt. Dabei führt der Vorschlag, die Ausweisung der Qualifikationserfordernisse am Kernproblem vorbei: den offenkundig zu engen Anrechnungsmöglichkeiten. Wie die Krankenhäuser mit diesem Vorschlag darin unterstützt werden sollen, die Mindestvorgaben zu erfüllen, bleibt fraglich. Diese Regelung ist daher abzulehnen.]

Die weiteren Änderungen sind Folgeanpassungen zu § 5 Absatz 1d und somit redaktioneller Art.

GKV-SV:

Die Streichungen erfolgen, um die Einrichtungen noch stärker von der Dokumentation zu entlasten. Aufgrund der Streichung entfällt der Nachweis der Qualifikation, die befähigt, die Regelaufgaben der Berufsgruppe, für die die Anrechnung erfolgen soll, zu übernehmen.

Außerdem entfällt die Vorgabe, dass die Qualifikationserfordernisse durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung nachgewiesen werden. Sowohl für die Einrichtungen als auch für den prüfenden Medizinischen Dienst fällt durch diese Streichungen ein erheblicher Dokumentations- bzw. Prüfaufwand ersatzlos weg.

23 MB-Monitor 2022, <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/marburger-bund-umfragen/mb-monitor-2022-zu-wenig-personal-zu-viel-buerokratie>

Damit durch diese Änderung der Personaleinsatz jedoch nicht beliebig wird und Hilfskräfte in einem nicht akzeptablen Maß eingesetzt werden, um vorhandene Personallücken zu füllen, müssen die Höchstgrenzen der anrechnungsfähigen Umfänge in ihrer jetzigen Form erhalten bleiben.

Weiterhin muss außerdem Transparenz darüber bestehen, welche Berufsgruppen anstelle der in § 5 genannten Berufsgruppen eingesetzt werden. Deshalb sind diese, wie schon bisher, in den Nachweisen darzustellen, ebenso die Berufsgruppen nach § 5, für die die Anrechnungen erfolgen.

2.8.5 Zu Absatz 7 (neu)

GKV-SV:

Aus Qualitätsaspekten ist eine Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Fachpersonal zentral, auch in der Nacht. Die bisherigen Vorgaben für den Nachtdienst ließen deshalb keine Anrechnungen von Fremd- oder Hilfspersonal in der Nacht zu. Allerdings erhielt der G-BA Hinweise darauf, dass Kliniken teilweise seit Jahren Gesundheits- und Krankenpflegehelfer auch in der Nacht einsetzen. Aufgrund der fehlenden Anrechnungsmöglichkeiten im Nachtdienst werde von den beschäftigten Gesundheits- und Krankenpflegehelfer nun befürchtet, dass sie gekündigt würden, da sie nicht mehr in der Nacht eingesetzt werden könnten. Das Ausweichen auf den Tagdienst biete keine Lösung, da die Anrechnungsmöglichkeiten im Tagdienst begrenzt sind.

Im Tagdienst lässt die PPP-RL bereits den Einsatz von Hilfskräften zu. Dies wird jedoch nur in begrenztem Umfang von bis zu 10 Prozent erlaubt, um das Qualitätsniveau der Behandlung zu sichern. Dabei definiert § 8 Absatz 5 nicht, um welche Art Hilfspersonal es sich handelt. Um die tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort zu berücksichtigen und dennoch die Qualität der nächtlichen Versorgung zu sichern, können zukünftig bis maximal 10 Prozent Gesundheits- und Krankenpflegehelfer auch in der Nacht eingesetzt werden, analog zu den Regelungen im Tagdienst.

Um der besonderen nächtlichen Situation gerecht zu werden, muss es sich bei dem eingesetzten Hilfspersonal zumindest um Gesundheits- und Krankenpflegehelfer handeln, deren Qualifikation auf einer landesrechtlich geregelten schulischen Ausbildung an [Berufsfachschulen](#) beruht. Außerdem muss dabei gewährleistet sein, dass die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe nicht alleine auf einer Station tätig ist. Deshalb ist vorgesehen, dass zugleich pro Station und Nacht hauptverantwortlich eine Fachkraft der Berufsgruppen gemäß § 5 b) auf den Stationen, auf denen Gesundheits- und Krankenpflegehilfe eingesetzt werden, tätig ist.

DKG:

Mit Änderung der PPP-RL zum 15. Oktober 2020 wurde die Anrechnung der Berufsgruppen gemäß § 8 Absatz 5 spezifiziert und u. a. mit „Hinblick auf immer neu entstehende Berufsbilder, die Tätigkeiten der in § 5 aufgeführten Berufsgruppen umfassen“ begründet. Eine Anrechnung ist bisher nur im Tagdienst zulässig. Wie unter § 8 Absatz 5 dargelegt, übernehmen Pflegehilfskräfte eine Reihe essenzieller Regelaufgaben von Pflegefachkräften nach Anlage 4 der PPP-RL, sei es in der unmittelbaren Patientenversorgung oder der allgemeinen oder speziellen Pflege. Damit werden Pflegefachkräfte gezielt entlastet, wodurch diese sich auf die fachpflegerischen Aufgaben konzentrieren können. Entsprechend soll auch im Nachtdienst eine Anrechnung von Pflegehilfskräften erlaubt sein, sofern zeitgleich eine Fachkraft der Berufsgruppe nach § 5 anwesend ist. Mit der Einschränkung wird sichergestellt, dass Pflegehilfskräfte nicht allein im Nachtdienst eingesetzt werden. Die weitere Zuordnung und Verteilung obliegt den jeweiligen Einrichtungen und ihren Behandlungskonzepten. Im

zweiten Quartal 2024 konnten in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie nur etwa 44,8 % die geforderte Mindestvorgabe an Vollkraftstunden in mehr als 90 % der Nächte einhalten. In den Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie traf dies für 28,6 % zu. In den Ausführungen zu § 6 Absatz 7 werden die Gründe zur Verschiebung einer Nachfolgeregelung für den pflegerischen Nachtdienst dargelegt. Mit der Öffnung der Personalausstattung in der Nacht um Pflegehilfskräfte wird bereits jetzt ein Versuch unternommen, den Einrichtungen mehr Flexibilität beim Personaleinsatz zu ermöglichen.

Ferner wird die Einschränkung, wonach eine Anrechnung von Fach- und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen gemäß § 8 Absatz 5 im Nachtdienst ausgeschlossen ist, mit der Ergänzung des Wortes „andere“ dahingehend spezifiziert, dass ausschließlich Pflegehilfskräfte unterstützend eingesetzt und angerechnet werden, nicht aber andere Fach- und Hilfskräfte aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen.

[Die Regelung, dass eine Anrechnung von Pflegehilfskräften in der Nacht in einer Höhe von bis zu 10 % möglich ist, solange sichergestellt ist, dass zugleich pro Station und Nacht hauptverantwortlich eine Fachkraft der Berufsgruppen gemäß § 5 auf den Stationen, auf denen Pflegehilfskräfte eingesetzt werden, tätig ist, wird abgelehnt.]

Wie zuvor ausgeführt, ist eine Anrechnung von Pflegehilfskräften in der Nacht grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist es aus fachlich sowie strukturellen Gründen nicht nachvollziehbar, weshalb den Einrichtungen dabei eine willkürlich festgesetzte Obergrenze von lediglich 10 % gesetzt werden soll. Dieser normativ Wert schränkt den individuellen Personaleinsatz vorab bereits erheblich ein, ohne eine vorherige Bedarfsanalyse oder andere empirische Grundlage dargelegt zu haben. Vielmehr ist es so, dass insbesondere kleinere Einrichtungen, die qua ihrer Organisationsstruktur lediglich ein oder zwei Fachkräfte in der Nacht einsetzen, keine Hilfskräfte berücksichtigen können. Eine eins-zu-eins-Beschäftigung von einer Fachkraft und einer unterstützenden Hilfskraft ist ebenso wenig möglich, wie zwei Fachkräfte und eine Hilfskraft einzusetzen. Dies zeigt sich eindrucklich, wenn man von einer Station mit der gemäß § 9 Absatz 1 empfohlenen Stationsgröße von 18 Behandlungsplätzen in der vollstationären Erwachsenenpsychiatrie und bspw. von einem gemäß § 6 Absatz 7 ermittelten Faktor von 1,6 ausgeht. Bei 1,6 zu besetzenden Nachtdienstplätzen (bzw. 16 Vollkraftstunden für den Nachtdienst) könnten lediglich 0,16 Pflegehilfskräfte eingesetzt oder 1,6 Vollkraftstunden durch eine Pflegehilfskraft erbracht werden – pro Nacht, pro Station. Für die allermeisten Einrichtungen wird der Einsatz von Pflegehilfskräften in dieser Form für wenige Stunden nicht umsetzbar sein.

Entsprechend kann der vom GKV-SV festgezurrte Stationsbezug also weder im Kontext ihres Vorschlags noch im Spiegel der Versorgungsrealität fachlich nachvollzogen werden. Die Mindestvorgaben im Nachtdienst sind einrichtungsbezogen nachzuweisen. Eine Ausweisung pro Station ist nicht vorgesehen. Stationsbezogene Nachweise schränkt die für eine leitliniengerechte Versorgung erforderliche Flexibilität beim Personaleinsatz massiv ein und zeugt von einer konzeptuellen Rigidität, die einer personalisierten therapeutischen Behandlung und der Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten, die einen unterschiedlichen Personalmix erfordern, entgegensteht. Darüber hinaus hindert der Stationsbezug die Krankenhäuser daran, kurzfristig auf gestiegene Patientenzahlen, Veränderung der Patientenbedarfe und auch Personalausfälle reagieren zu können.]

PatV:

Der Begriff Pflegehilfskräfte ist nicht geschützt und weit gefasst. So werden kurz angeleitete Pflegende als auch solche mit bis zu zweijähriger Ausbildung darunter verstanden. Daher ist bei der Anrechnung eine genaue Definition erforderlich.

2.9 Zu § 10 Ausnahmetatbestände:

2.9.1 Zu Absatz 1:

GKV-SV:

Tageskliniken leisten einen wichtigen Beitrag in der wohnortnahen Behandlung der Patientinnen und Patienten und sind außerdem wichtig für die Weiterentwicklung der Versorgung. Aufgrund der Besonderheiten dezentraler kleiner Standorte, sogenannter „Stand-alone“-Tageskliniken, wurde zunächst befristet bis zum 31. Dezember 2025 ein Ausnahmetatbestand für die Einhaltung der Mindestvorgaben in die PPP-RL aufgenommen. Dieser Ausnahmetatbestand wird im Rahmen der Einführungsphase verlängert bis zum Ende der Übergangszeit gemäß § 16 Absatz 1.

DKG:

Aufgrund der Besonderheiten dezentraler kleiner Standorte, sogenannter „Stand-alone“-Tageskliniken, wurde zunächst befristet bis zum 31. Dezember 2025 ein Ausnahmetatbestand für die Einhaltung der Mindestvorgaben in die PPP-RL aufgenommen. Demnach können Stand-alone-Tageskliniken von den verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung abweichen, wenn sie die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhalten. Auswertungen aus dem Nachweisverfahren zeigen, dass der Ausnahmetatbestand gemäß § 10 Absatz 1 Nummer 4 PPP-RL in den vier Quartalen im Jahr 2023 zwar unterschiedlich häufig, aber stets von einer gewissen Anzahl an Stand-alone-Tageskliniken beansprucht wurde. Stand-alone-Tageskliniken schaffen es zwar - auch aufgrund des besser planbareren Patientenaufkommens - die Mindestvorgaben tendenziell etwas besser einzuhalten, als Einrichtungen ohne „reine Tageskliniken“. Dennoch haben in den letzten beiden Quartalen des Jahres 2023 knapp 10 % der reinen Tageskliniken des Einrichtungstyps Erwachsenenpsychiatrie den Ausnahmetatbestand Nr. 4 in Anspruch genommen (bezogen auf die Summe der reinen Tageskliniken, die die Mindestvorgaben nicht erfüllt haben). Gemäß Einschätzung der für die Interpretation der Quartalsberichte des IQTIG einbezogenen Expertengruppe ist hinsichtlich des Anteils dokumentierter Ausnahmetatbestände aufgrund der aufwendigen Dokumentation der Ausnahmetatbestände von einer Untererfassung auszugehen. Unabhängig davon, zeigt jedoch die unterschiedlich häufige Inanspruchnahme des Ausnahmetatbestands Nr. 4 bereits jetzt eindrücklich, dass Stand-alone Tageskliniken zwar etwas besser planen können, sie aber nach wie vor aufgrund ihrer räumlichen Entfernung zu anderen Standorten und ihrer häufig geringen Anzahl an Plätzen vor größeren Herausforderungen in der Personalplanung und -besetzung stehen, als andere Einrichtungen. Die Möglichkeit, kurzfristige Personalausfälle zu kompensieren, ist für diese Art von Tageskliniken nur schwer bis nicht umzusetzen. Um die Strukturen insbesondere in versorgungsschwachen Regionen auch auf Dauer zu erhalten, in denen Tageskliniken oft die einzigen Versorger sind, wird der Ausnahmetatbestand mit dem vorliegenden Beschluss entfristet. Hierdurch sichert die PPP-RL nicht nur wichtige gemeindenahe Versorgungsstrukturen, sie schafft auch einen Anreiz die teilstationäre Versorgungsform zu erhalten und ggf. auszubauen, indem kurzfristige Personalausfälle perspektivisch nicht zum Schließen einer Einrichtung führen.

PatV:

Der bislang befristete Ausnahmetatbestand für einen Standort, der ausschließlich eine Tagesklinik umfasst, wird entfristet, wenn in dem angegebenen Zeitraum abweichend von den Mindestvorgaben eine Erfüllung von 80 Prozent nicht unterschritten wird.

2.10 Zu § 11 Nachweisverfahren:

2.10.1 Zu Absatz 1:

Die Änderungen sind redaktioneller Art

DKG:

bzw. eine Folgeanpassung zu § 2 Absatz 7.

2.10.2 Zu Absatz 2:

GKV-SV/LV:

Die zuständigen Landesaufsichtsbehörden erhalten bereits nach § 11 Absatz 3 PPP-RL eine Anzeige derjenigen Krankenhäuser, die die einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach § 6 PPP-RL nicht erfüllen bzw. die betreffenden Kliniken sind hierzu verpflichtet. Insbesondere um die Qualität und Effektivität der bei den Ländern befindlichen Aufsichten in diesem Bereich weiter steigern zu können, ist eine weitergehende Transparenz hilfreich. Diese weitergehende Transparenz über eine angemessene Personalausstattung in den jeweiligen Versorgungseinheiten soll durch die Aufnahme der zuständigen Landesaufsichtsbehörden in § 11 Absatz 2 PPP-RL hergestellt werden. So werden die Landesaufsichtsbehörden nicht nur in Kenntnis darüber gesetzt, welche Kliniken die Mindestvorgaben nach § 6 PPP-RL (in welchem Ausmaß) nicht erfüllen, sondern auch darüber, in welchem Ausmaß alle in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich befindlichen Krankenhäuser die Mindestvorgaben nach § 6 PPP-RL erfüllen.

Für die Krankenhäuser entsteht aufgrund der bisherigen Nachweisübermittlungen an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und das IQTIG kein Mehraufwand.

DKG:

Es erfolgen Folgeanpassungen zu den Änderungen in § 2 Absatz 7 und § 16 Absatz 6.

[Eine Erweiterung der Mitwirkungspflichten der Krankenhäuser gemäß § 11 Absatz 2 an die Landesaufsichtsbehörden wird abgelehnt. Die zuständigen Landesaufsichtsbehörden erhalten gemäß § 11 Absatz 3 PPP-RL bereits jetzt eine Anzeige der Kliniken, die die einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach § 6 nicht erfüllen. Dazu wird der komplette Teil A des Nachweises übersendet, womit die Landesaufsichtsbehörden vollumfänglichen Einblick in die Dokumentation der Kliniken erhalten, die die Mindestvorgaben der Richtlinie nicht einhalten. Trotz dieser Transparenz sind bisher keine Fälle bekannt, in denen die zuständigen Landesaufsichtsbehörden diesbezüglichen konkreten Kontakt zu den betroffenen Einrichtungen aufgenommen haben, um in den konstruktiven Dialog zu treten für eine mögliche (Wieder-)Erfüllung der Mindestvorgaben und ggf. gleichzeitiger Gewährleistung der Aufgabenwahrnehmung im Rahmen der Versorgungsverpflichtung sowie mögliche Unterstützung durch die Landesbehörden. Es wird also nicht ersichtlich, für welchen Zweck die Landesaufsichtsbehörden nun regelhaft die kompletten Nachweise von allen circa 1300 Einrichtungen erhalten wollen. Eine nähere Erläuterung, was mit den Nachweisen geschehen, wozu diese verwendet werden und welcher Mehrwert dafür sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Aufgabenerfüllung der Landesaufsichtsbehörden oder ggf. sogar für die Weiterentwicklung der PPP-RL generiert werden soll, liegt nicht vor. Das allgemeine Bedürfnis nach „Transparenz“ muss sowohl inhaltlich als auch in einer Abwägung von Aufwand und Nutzen begründet sein. Darüber hinaus widerspricht der Vorschlag der Ländervertretung den Beschlüssen der 95. Gesundheitsministerkonferenz, wonach der G-BA die PPP-RL zur Erfüllung seines gesetzlichen Auftrags grundlegend überarbeiten müsse. Dazu werde „eine grundsätzliche Überarbeitung der Form und des Verfahrens der Meldepflichten an die

Landesaufsichtsbehörden als notwendig erachtet“.²⁴ Es darf zumindest hinterfragt werden, ob die bloße Ergänzung einer zusätzlichen Datenübermittlungspflicht einer solchen „grundsätzlichen Überarbeitung“ entspricht.

*Des Weiteren ergeben sich Fragen hinsichtlich der technischen Möglichkeiten der Datenübermittlung an die zuständigen Landesaufsichtsbehörden. Im Rahmen der Datenübermittlung mittels der ab 2026 geplanten Spezifikation ist der Export der Daten grundsätzlich im XML-Format vorgesehen. Das IQTIG hat in seinen Empfehlungen zur Spezifikation vom 23. August 2023 vermerkt, dass „bilaterale Gespräche mit den Landesaufsichtsbehörden und die Beratungen in dem gemeinsamen Termin am 18. März 2021 [...] gezeigt [haben], dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Ministerien fachliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sind und IT-technische Fragestellungen nur unzureichend beantworten können. Die Prozesse und Möglichkeiten zur Unterstützung durch die jeweiligen IT-Abteilungen bzw. durch externe IT-Dienstleister scheinen teilweise bürokratischen Hürden zu unterliegen. Daher erscheint die flächendeckende technische Umsetzung der Vorgaben des IQTIG in den Landesaufsichtsbehörden zum aktuellen Zeitpunkt fraglich“. Da einige Landesaufsichtsbehörden das XML-Format nicht verarbeiten können, wurde im Rahmen der Spezifikationsworkshops des IQTIG eine Excel-Lösung vorgestellt, die es ermöglicht, für eine **begrenzte Anzahl an Standorten einzelne Tabellenblätter** zusätzlich im Excel-Format darzustellen. In den Beratungen der AG PPP führt das IQTIG aus, dass es aus technischen Gründen jedoch nicht möglich sei, für alle liefernden Standorte alle übermittelten Daten in einer Excel-Datei bereitzustellen, da dieses Format für große Datenmengen ungeeignet ist. Sollten die Landesaufsichtsbehörden zukünftig Teil A von allen Standorten erhalten, kann dies ausschließlich im XML-Format bereitgestellt werden.]*

2.10.3 Zu Absatz 3:

DKG:

Gemäß § 11 Absatz 2 sind die Nachweise nach Absatz 1 inklusive der Erklärung über die Richtigkeit der Angaben ab 1. Januar 2026 jährlich zum 15. Februar an die Landesverbände der Krankenkassen, der Ersatzkassen und das IQTIG zu übermitteln. Die in § 11 Absatz 13 geregelten Übergangsfristen mit einer quartalsweisen Übersendung der Nachweise enden am 31. Dezember 2025. Unberührt davon bleibt die unverzügliche Meldung bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen, der Ersatzkassen und zuständigen Landesaufsichtsbehörden nach Ende des betreffenden Quartals. Während der Zeit der quartalsweisen Übermittlung galt für die Meldung der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 11 Absatz 13 Nummer 1 Satz 2 eine Übermittlungsfrist von jeweils sechs Wochen nach Quartalsende. Die Erfahrungen in den Krankenhäusern haben gezeigt, dass diese Frist angemessen ist, um die entsprechenden umfangreichen Nachweise zu erstellen, zu prüfen, unterschreiben zu lassen, zu übermitteln, ggf. Fehlerprotokolle zu bearbeiten sind. Es ist zu bedenken, dass es sich nicht nur um eine reine Meldung bei Nichterfüllung handelt, sondern das gesamte final erstellte Servicedokument (Teil A) übermittelt werden muss. Die ursprünglich mit 14 Tagen als unangemessen kurz datierte Übermittlungsfrist nach Ende des Quartals in § 11 Absatz 3 wird daher auf sechs Wochen verlängert, um den etablierten Turnus der Kliniken beizubehalten und somit ausreichend Zeit zur Erstellung der Nachweise zu geben.

Die Änderung in Satz 3 ergibt sich als Folgeanpassungen zu den Änderungen in § 2 Absatz 7 und § 16 Absatz 6 und 8.

²⁴ Beschluss zu TOP 16.2 auf der 95. Gesundheitsministerkonferenz vom 22./23.06.2022, <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1296&jahr=2022>

2.10.4 Zu Absatz 8, 10 und 12:

DKG:

Bisher ist für die Kliniken gemäß § 11 Absatz 12 eine Korrekturfrist der Nachweisdaten gemäß Anlage 3 von 14 Tagen jeweils bis zum 1. März eines Jahres vorgesehen. Diese Frist ist für den Gesamtnachweis eines Jahres äußerst kurz, weshalb die Korrekturfrist um zwei weitere Wochen auf den 15. März verlängert wird. Analog dazu wird auch dem IQTIG eine verlängerte Frist um 14 Tage zur Erstellung der Jahresberichte bis zum 31. Mai eines Jahres eingeräumt.

2.10.5 Zu Absatz 13:

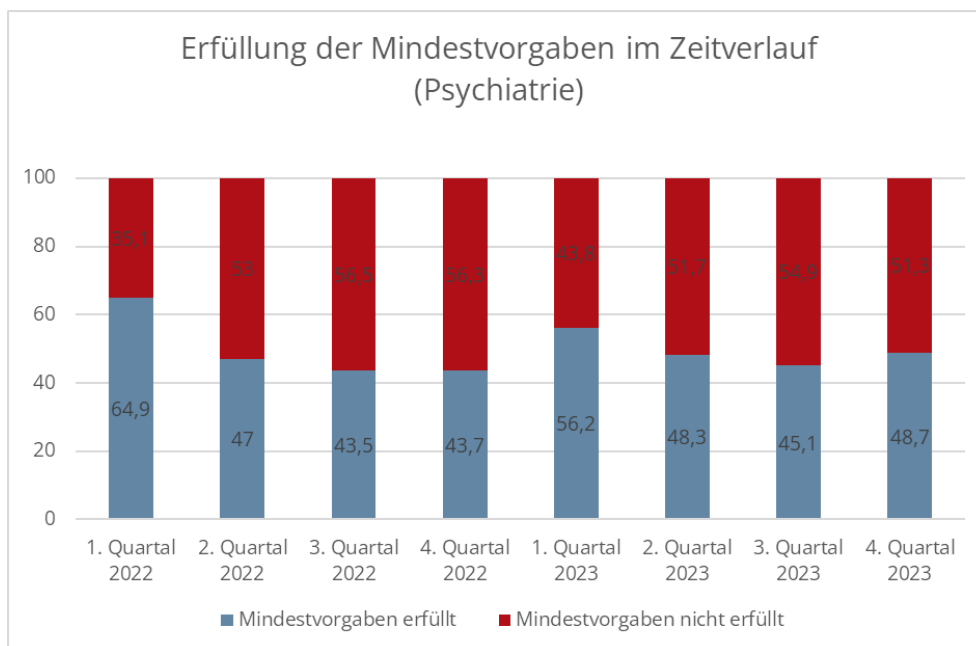
GKV-SV:

Ohne Verlängerung der quartalsweisen Datenübermittlung würde das Regelverfahren der Datenübermittlung umgesetzt und die Krankenhäuser dadurch mit doppelten Datenlieferungen belastet werden: Die Mindestvorgaben müssen quartalsbezogen eingehalten werden. Das Regelverfahren sieht eine jahresbezogene Übermittlung der Nachweise vor. Eine Nichterfüllung der Mindestvorgaben ist jedoch bereits nach Ende des betreffenden Quartals an die Landesaufsichtsbehörden zu melden.

Zum aktuellen Zeitpunkt würde die Umstellung auf die jährliche Übermittlung bei einem Großteil der Einrichtungen nicht zur ursprünglich intendierten Entlastung führen: Denn bisher erfüllt über die Hälfte der Einrichtungen die Mindestvorgaben nicht (siehe Abbildung). Die Mehrzahl der Einrichtungen müsste demnach ihre Daten nicht nur jährlich, sondern zusätzlich weiterhin auch quartalsweise übermitteln.

Deshalb erfolgt die Umstellung auf das Regelverfahren mit der jahresbezogenen Übermittlung erst nach Ende der Übergangszeit gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1.

Abbildung: Erfüllung der Mindestvorgaben im Zeitverlauf in der Psychiatrie



Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Abbildung 2 IQTIG-Quartalsberichte zum 1.-4. Quartal 2022 und Tabelle 4 IQTIG-Quartalsberichte zum 1.-4. Quartal 2023

DKG:

[Eine Verlängerung der quartalsweisen Übermittlung der Nachweise über den 31. Dezember 2025 hinaus ist abzulehnen. Die Übergangszeit vom Inkrafttreten der Erstfassung der PPP-RL vom 1. Januar 2020 bis zunächst zum 31. Dezember 2024 sollte dazu dienen, einen möglichst kurzfristigen PDCA-Zyklus zu etablieren, die Folgen auf das Versorgungsgeschehen im Krankenhaus zeitnah untersuchen und schnelle Anpassungen vornehmen zu können. Sowohl in den Überarbeitungen der Richtlinie, den Servicedokumenten als auch IQTIG-Empfehlungen zur Spezifikation für die technische Dokumentation sind die Informationen aus den Quartalsberichten kaum eingeflossen, weshalb die Mehrbelastung der Kliniken kaum noch zu rechtfertigen ist. Mit Beschluss der Änderung der PPP-RL vom 20. Juni 2024 hat der G-BA die quartalsweise Nachweisübermittlung um ein weiteres Jahr verlängert. Bereits zu diesem Beschluss wurde die Notwendigkeit einer quartalsweisen Übermittlung zum einen mit der Umsetzungssituation der Erfüllung der Mindestvorgaben begründet und zum anderen damit, dass die Ergebnisse dem G-BA ermöglichen würden, „frühzeitige Veränderungen, positive wie negative, in der Versorgung zu erkennen“ (Tragende Gründe zum Beschluss vom 20. Juni 2024). Wie in den Vorjahren ist nicht ersichtlich, welcher Mehrwert aus der vierteljährigen anstelle der jährlichen Nachweisübersendung gezogen wird. Die Ergebnisse werden kaum genutzt. Dem entgegenzusetzen bleibt die erhöhte Mehrfachbelastung aus Dokumentations- und Übermittlungspflichten für die Krankenhäuser bei einer Fortführung der quartalsweisen Übersendung. Zudem müsste auch das IQTIG weiterhin hohe Ressourcen in die Fortführung der Prüfung und Datenannahme der Quartalsnachweise sowie die Erstellung der Quartalsberichte investieren. Zusätzlich ist auch zu bedenken, dass die bisherige Entwicklung der Spezifikationsempfehlungen ab dem Erfassungsjahr 2026 ebenso von einer jährlichen Datenübermittlung ausgeht.]

Gemäß den Übermittlungs- und Korrekturfristen nach Absatz 13 Nr. 1 können Krankenhäuser Daten für das jeweils vierte Quartal eines Jahres bis zum 15. Mai des Folgejahres an das IQTIG sowie an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen übersenden. Mit der redaktionellen Änderung wird konkretisiert, dass diese Möglichkeit auch für das vierte Quartal 2025 besteht, obwohl die Nachweisübermittlung ab dem 1. Januar 2026 regelhaft in die jährliche Übersendung nach Absatz 1 übergegangen ist.

2.10.6 Zu Absatz 14:**DKG:**

Bei der Streichung handelt es sich um eine redaktionelle Folgeanpassung im Zuge der Streichung in § 2 Absatz 7, da die Ermittlung einer Grundgesamtheit für die Stichprobe gemäß § 16 Absatz 8 zum Erfassungsjahr 2026 nicht mehr notwendig ist.

2.11 Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:**2.11.1 Zu Absatz 5:****DKG:**

Die Sanktionen bei Nichterfüllung der Personalmindestvorgaben werden um weitere zwei Jahre bis zum 1. Januar 2028 ausgesetzt. In den aktuellen Quartalsberichten aus dem ersten und zweiten Quartal 2024 zeigt sich in aller Deutlichkeit, dass die Mindestvorgaben der PPP-RL so, wie sie aktuell festgesetzt sind und von den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik umgesetzt werden müssen, nicht erreicht werden können. Es ist mehr als unwahrscheinlich, dass dies ausschließlich in dem häufig unterstellten Unwillen der Krankenhäuser zu strukturellen und personellen Veränderungen begründet liegt.

Die Mindestvorgaben der PPP-RL für jede einzelne Berufsgruppe geben mit engen Bezugsgrößen wie den Standort und das Quartal den verbindlichen Rahmen für die stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung in Deutschland vor. Abweichungen sind, wenn überhaupt, nur in engen Grenzen im Rahmen einiger weniger Ausnahmetatbestände und aufwendiger Anrechnungsmöglichkeiten PPP-RL-fremden Personals möglich. Die Konsequenz zeigt sich in den jeweiligen Umsetzungs- und Erfüllungsgraden der einzelnen Berufsgruppen: Am schlechtesten gelang es den Einrichtungen den geforderten Umsetzungsgrad der Berufsgruppen der Pflegekräfte sowie der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten zu erreichen (jeweils nur 60,6 % der Einrichtungen in den Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie sowie 57,3 % bzw. 65,3 % der Einrichtungen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie). Ein Blick in den Verlauf über die Quartale zeigt: An diesen Erfüllungsgraden veränderte sich über die vergangenen fünf Jahre fast nichts. Das Problem einiger Krankenhäuser, qualifizierte Fachkräfte zu finden, ist das eine. Wesentlich entscheidender ist jedoch: Die Vorgaben spiegeln *nicht* die Versorgungssituation vor Ort und deren Bedarfe wider. Im Gegenteil: Die Beschränkungen auf „alte“ Berufsgruppen der Psych-PV und somit auf abgrenzende, in der Höhe beschränkte Möglichkeiten zur Berücksichtigung von weiterem ausgebildeten Fachpersonal, respektive langjährig erfahrenen (Pflege-) Hilfskräften hat mit einer modernen psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung kaum etwas zu tun. Gut ausgebildete Fachkräfte wie Medizinische Fachangestellte dürfen allenfalls in geringem Maße bedacht werden, obwohl sie regelhaft Regelaufgaben aus der Pflege und teilweise des ärztlichen Personals übernehmen. Ähnliches gilt für Physician Assistants, die zwar bisher (noch) nicht flächendeckend in der psychiatrischen oder psychosomatischen Versorgung eingesetzt werden, aber die PPP-RL durch ihre Engführung auch dafür sorgt, dass diesem Fachpersonal dieser Teil der Versorgung verschlossen bleibt. All diese Gruppen sind Teil der Versorgung, lassen sich aufgrund der Grenzen der PPP-RL jedoch nur in unzureichendem Maße und dokumentationsaufwendig berücksichtigen. Wie soll ein qualifizierter Personalaufbau vor diesem Hintergrund stattfinden? Eine Hürde, mit denen insbesondere Kliniken in strukturschwachen Regionen kämpfen und durch drohende Sanktionen noch stärker konfrontiert sein werden.

Die Scharfstellung der Sanktionen zum 1. Januar 2026 hätte somit unweigerlich zur Folge, dass sich die Versorgung insbesondere in der Fläche tiefgreifend verändert. Vor allem kleine Einrichtungen wie Abteilungspsychiatrien in Allgemeinkrankenhäusern oder kleinere Satelliten von Fachkrankenhäusern (z. B. Tageskliniken) sowie Krankenhäuser in bevölkerungsarmen Regionen des Landes werden ihre Angebote reduzieren oder ganz aufgeben müssen. Dies wird sich auf die Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen auswirken. Auch der Ruf nach stärkerer Ambulantisierung ist nur begrenzt unter den bestehenden Rahmenbedingungen möglich. Somit wird sich die bereits bestehende Kaskade aus der Anpassung gelebter und bewährter Versorgungskonzepte in jene enge und unflexible Systematik der PPP-RL-Mindestvorgaben fortgesetzt. Am Ende wird den Krankenhäusern wenig anderes übrigbleiben, als ihre Belegungssituation langfristig zu steuern: Betten und Plätze abzubauen, Angebote zu verringern, schnellere Entlassungen von Patientinnen und Patienten. Das Innovationspotenzial der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychosomatischen Versorgung sowie die patientenorientierte Weiterentwicklung des Versorgungssystems wird im Keim erstickt. Am Ende werden die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen mit den Auswirkungen konfrontiert sein.

Um den Krankenhäusern eine wirkliche und echte Perspektive zu liefern, bedarf es gravierender Anpassungen der Vorgaben der PPP-RL, die die gelebte Versorgungsrealität und -bedarfe einer modernen und zukunftsfähigen Psychiatrie und Psychosomatik abbilden, Innovationen ermöglichen und eine hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten ermöglichen. Dies muss mit einer weitreichenden Flexibilisierung der Berufsgruppen und

Anrechnungsmöglichkeiten wie unter § 5 sowie § 8 Absätze 3 bis 7 vorgeschlagen, einhergehen.

Mit Beschluss vom 21. März 2024 wurden die Faktoren zur Berechnung der Höhe des Vergütungswegfalls bei Nichteinhaltung der Personalmindestvorgaben angepasst.²⁵ Die Frage der Verhältnismäßigkeit stellt sich weiterhin, da ein Krankenhaus, das die Mindestvorgaben nach § 7 Absatz 4 in einer Berufsgruppe in einem Quartal nicht einhält, noch immer pauschal sanktioniert wird.

2.11.2 Zu Absatz 6:

DKG:

Bei der Änderung handelt es sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in Absatz 5, womit konkretisiert wird, dass der G-BA bis zum 31. Oktober 2029 eine Entscheidung über die weitere Sanktionsregelung treffen soll.

2.11.3 Zu Absatz 8:

DKG:

Der Verweis auf die „AEB-Psych-Vereinbarung in der Fassung von 2020“ in Satz 3 ist veraltet und wird gestrichen. Seit dem Vereinbarungszeitraum 2022 gilt die AEB-Psych-Vereinbarung in der Fassung von 2022. Ferner ist der Verweis auf „Anlage 1 Abschnitt L1“ abdingbar, da die Angaben zu den vereinbarten Berechnungstagen den Vorgaben der AEB-Psych-Vereinbarung eindeutig zu entnehmen sind. Die Formulierung „gemäß der AEB-Psych vereinbarten Berechnungstage“ ist zudem eindeutig, so dass auf den statischen Verweis auf eine bestimmte Fassung verzichtet werden kann. Außerdem sind noch nicht alle Vereinbarungen für die Jahre vor 2022 abgeschlossen, so dass ohnehin derzeit nicht auf eine bestimmte Fassung verwiesen werden könnte. Gemäß § 11 Absatz 2 und 3 sind die Mitwirkungspflichten standortbezogen zu erfüllen. In Konsequenz ist auch die Höhe der Sanktionen standortbezogen zu berechnen. Die vereinbarten Berechnungstage gemäß der AEB-Psych-Vereinbarung sind von den Vertragsparteien auf der Ortsebene für das gesamte Krankenhaus zu vereinbaren. Sofern ein Krankenhaus mehr als einen Standort mit Mitwirkungspflichten umfasst, sind für die Berechnung der Sanktionen die Berechnungstage aller Standorte maßgeblich, für die die Mitwirkungspflichten nicht erfüllt wurden.

[Siehe dazu die Ausführungen zum Dissens unter § 11 Absatz 2, Ergänzung der Landesaufsichtsbehörden als weiteren Datenempfänger der Jahresnachweise. Die DKG lehnt den Vorschlag der Ländervertretung, die Landesaufsichtsbehörden regelhaft in die Übermittlung der Nachweise einzubeziehen, ab. Dieser Linie folgend, ist eine zusätzliche Ausnahme von § 11 Absatz 2 aus den Sanktionsregelungen bei Nichteinhaltung der Mitwirkungspflichten gemäß § 13 Absatz 8 Satz 2 bis 6 nicht notwendig.]

Zu Satz 7

Es handelt sich um eine sprachliche Klarstellung, die redaktioneller Art ist.

GKV-SV/LV:

Die darüber hinaus vorgenommene Ergänzung um Absatz 2 stellt eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 11 Absatz 2 dar.

25 z. B. Positionspapier der Plattform Entgelt vom 7. Juni 2023; <https://www.dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/klinik-sanktionen-psychiatrische-versorgung-in-gefahr-1.html>

2.12 Zu § 14 Anpassung der Richtlinie:**2.12.1 Zu Absatz 2:****DKG:**

Bei der Streichung handelt es sich um eine Folgeanpassung im Zuge der Streichung in § 2 Absatz 7. Gemäß § 14 Absatz 2 PPP-RL hat der G-BA die Aufgabe, Möglichkeiten zu prüfen, die monatliche Dokumentation durch eine andere Systematik zu ersetzen.

2.13 Zu § 16 Übergangsregelungen:**2.13.1 Zu Absatz 2:****DKG:**

Bei der Änderung handelt es sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 13 Absatz 5. Die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absätze 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten werden entsprechend um zwei Jahre auf den 1. Januar 2028 verschoben.

2.13.2 Zu Absatz 3:

Die Übergangsregelungen zur Patienteneinstufung in Absatz 3 sind ausgelaufen und werden daher gestrichen.

2.13.3 Zu Absatz 4:**DKG:**

Bislang fehlt eine empirische Datenbasis für die Festlegung der Behandlungsbereiche sowie der Minutenwerte für die Psychosomatik, so dass zunächst vorläufige Minutenwerte in der PPP-RL festgelegt wurden. Mit der Ist-Standerhebung im Rahmen der EPPIK-Studie²⁶ wird erstmalig eine Erhebung zur stationären und teilstationären Personalausstattung in der Psychosomatischen Medizin vorliegen. Die bundesweite Beobachtungsstudie hat die Personalausstattung in psychosomatischen Einrichtungen unter Berücksichtigung der therapeutischen Leistung sowie des somatisch-medizinischen Aufwands erhoben. Somit werden möglicherweise auch Hinweise zur Ausgestaltung der Mindestvorgaben generiert, die einer intensiven Prüfung bedürfen. Um weiterhin keine vorzeitige Anpassung von Behandlungskonzepten an die bisherigen Mindestvorgaben für die Psychosomatik zu bewirken, finden für Einrichtungen der Psychosomatik die Regelungen von Satz 3 – die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absätze 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten – erst ab dem 1. Januar 2028 Anwendung.

26 <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/eppik-ueberpruefung-der-eignung-des-plattformmodells-als-instrument-zur-personalbemessung-in-psychiatrischen-und-psychosomatischen-kliniken.410>

2.13.4 Zu Absatz 5**GKV-SV:**

Die Nachweise der Anlage 3 PPP-RL werden in zwei Teilen dokumentiert: Teil A für die quartals- und einrichtungsbezogene Dokumentation und Teil B für die monats- und stationsbezogene Dokumentation.

Bisher erfolgte die Dokumentation von Teil A und Teil B der Nachweise in Anlage 3 PPP-RL über Servicedokumente. Ab dem Jahr 2026 erfolgt die Dokumentation zu Teil A softwarebasiert über eine Spezifikation. Zu Teil B Anlage 3 wurde noch keine Spezifikation beauftragt, u. a. weil Teil B gemäß § 16 Absatz 8 übergangsweise nur von einer Stichprobe von Krankenhäusern dokumentiert werden muss. Da die Übergangsregelung zu Teil B in § 16 Absatz 8 verlängert wurde, ist es erforderlich, eine Grundlage für die Dokumentation zu Teil B zu schaffen. Dies erfolgt mit der vorliegenden Änderung, es handelt sich also um Folgeänderungen im Zusammenhang mit der Änderung in § 16 Absatz 8.

2.13.5 Zu Absatz 6:**DKG:**

Seit dem 1. Januar 2024 sind die Krankenhäuser per Beschluss zur Richtlinienänderung vom 15. September 2022 dazu veranlasst, die im Quartal erbrachten Regelaufgaben kleinteilig über die Erfassung der OPS-Kodes nachzuweisen. Als Begründung für eine solche Erfassung wurde ihr Nutzen für die Weiterentwicklung der PPP-RL herangeführt, wie in den Tragenden Gründen zum Beschluss nachzulesen ist. Allerdings wurde auch zwei Jahre nach Beschluss und ein Jahr seit der Dokumentationspflicht nicht dargelegt, welche Schlüsse für die Qualität der Behandlung und Anhalte für die Verbesserung der Versorgung gezogen werden können. Es liegen keine konkreten Vorschläge für eine Systematik zu einer möglichen Zuordnung der Ergebnisse innerhalb der Einrichtungen vor. Im Gegenteil: Die Anwendung ist aufgrund der mühseligen und wenig durchdachten Dokumentation über Servicedokumente in Excel-Tabellen in keinem Verhältnis von Aufwand und Nutzen. Das Ziel einer Entbürokratisierung lässt sich so keinesfalls erkennen. Seit Beschluss häufen sich die Anfragen der Krankenhäuser u. a. an den G-BA, wie die Tabelle A9 zu befüllen sei. Offensichtliche Hürden und Fehler in der Konstruktion der Tabelle A9 mussten in nachfolgenden Beschlüssen (z. B. vom 21. März 2024 zur Änderung der Richtlinie für das Erfassungsjahr 2024) sowie einer FAQ (Nr. IV.4 in der Fassung der FAQ-Liste zur PPP-RL vom 9. Oktober 2024) korrigiert werden, um den Anwendenden zusätzliche Ausfüll- und Konkretisierungshinweise an die Hand zu reichen. Selbst bei einer Umstellung auf eine Spezifikation bleibt die Kernintention der Erfassung von Regelaufgaben fragwürdig: der vermeintliche Nutzen zur Weiterentwicklung der Richtlinie, geschweige denn zur Verbesserung der Versorgung der Patientinnen und Patienten in den Einrichtungen. Zur weiteren Verschlinkung der Nachweisführung wird die Tabelle A9 daher gestrichen.

Ferner wird klargestellt, dass die Erfassung der Regelaufgaben durch die Übermittlung von OPS-Kodes nur in den Jahren 2024 und 2025 über den Nachweis gemäß Anlage 3 Teil A9 erfolgt. Die Erfassung wird ab dem Jahr 2026 gestrichen. Entsprechend entfällt ab diesem Zeitpunkt die Übermittlung an das IQTIG. Auch der Vergütungsabschlag bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflicht gemäß § 13 Absatz 8 für die Erfassung der Regelaufgaben ist demnach auf die Jahre 2024 und 2025 begrenzt.

2.13.6 Zu Absatz 8:

GKV-SV:

Anhand der Nachweise in Anlage 3, die unterschieden werden in quartals- und einrichtungsbezogene Dokumentation und monats- und stationsbezogene Dokumentation, wurde und wird die Richtlinie kontinuierlich weiterentwickelt und angepasst. Vor allem mit der stationsbezogenen Dokumentation wird Transparenz hergestellt über die Versorgung in besonders sensiblen Versorgungsbereichen wie der Gerontopsychiatrie oder Intensivversorgungsbereichen. Ziel ist es zu gewährleisten, dass diese Bereiche nicht dauerhaft personell unterversorgt werden. Mit der Analyse dieser stationsbezogenen Dokumentationen und der Ableitung von Richtlinienänderungen auf Basis der Ergebnisse kommt der G-BA seinen Beobachtungspflichten gemäß § 14 PPP-RL nach.

Mit dem Beschluss vom 15. September 2022 wurde für die stations- und monatsbezogene Dokumentation die Erprobung eines Stichprobenverfahrens von lediglich fünf Prozent der Einrichtungen beschlossen. In den drei Jahren von 2023 bis 2025 sollte unter Abwägung zwischen Aufwand und Nutzen geprüft werden, ob auch die Daten einer Stichprobe für die Zwecke der Weiterentwicklung der PPP-RL geeignet sind.

Bereits nach 1,5 Jahren Erfahrung mit und Auswertungen zu den stations- und monatsbezogenen Daten wird deutlich, dass die bisherige Stichprobengröße von fünf Prozent zu klein ist, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Die nachfolgende Tabelle zeigt beispielhaft, dass bei Auswertungen mit einer größeren Kategorienanzahl die gewählte Stichprobengröße zu klein ist, weil zahlreiche Zellen unbesetzt bleiben.

Tabelle 7 (29): **STICHPROBE:** Durchschnittliche Patientenbelegung pro Stationstyp in der differenzierten Einrichtung Erwachsenenpsychiatrie. Die Berechnung der durchschnittlichen Patientenbelegung einer Station erfolgt mithilfe der Anzahl an PatientInnen an den jeweiligen Stichtagen des Quartals je Station. Prozentuiert wird auf die Gesamtanzahl der Stationen eines Stationstyps (Angabe inkl. 95 % Konfidenzintervall); Lagemaße der Verteilung der Patientenbelegung je Stationstyp finden sich im Anhang (Tabelle 56). Anzahl einbezogener Stationen n = 198, Anzahl ausgeschlossener Stationen n = 2.

Patientenbelegung	Durchschnittliche Patientenbelegung je Stationstyp						Gesamt (alle Stationstypen)
	geschützte Akut- / Intensivstation (A)	fakultativ geschlos- sene Station (B)	offene, nicht elektive Station (C)	Station m. geschütz- ten Bereichen (D)	elektive offene Station (E)	Einheit m. innovati- vem Beh.konzept (F)	
mehr als 22	12/39 (30,8% [6,9%; 66,3%])	9/41 (22,0% [8,7%; 41,3%])	14/43 (32,6% [10,1%; 63,2%])	1/2 (50,0% [n.a.])	18/72 (25,0% [10,8%; 44,6%])	1/3 (33,3% [0,2%; 96,0%])	55/200 (27,5% [17,9%; 38,9%])
> 20 bis 22	5/39 (12,8% [3,4%; 30,6%])	10/41 (24,4% [12,4%; 40,3%])	3/43 (7,0% [1,5%; 19,1%])	0/2 (0,0% [n.a.])	6/72 (8,3% [3,1%; 17,3%])	0/3 (0,0% [n.a.])	24/200 (12,0% [7,2%; 18,5%])
> 18 bis 20	3/39 (7,7% [1,0%; 25,0%])	8/41 (19,5% [6,4%; 40,6%])	5/43 (11,6% [1,8%; 33,8%])	1/2 (50,0% [n.a.])	9/72 (12,5% [5,9%; 22,4%])	0/3 (0,0% [n.a.])	26/200 (13,0% [8,6%; 18,6%])
> 16 bis 18	7/39 (17,9% [5,4%; 39,1%])	10/41 (24,4% [12,4%; 40,3%])	6/43 (14,0% [3,4%; 33,8%])	0/2 (0,0% [n.a.])	13/72 (18,1% [10,0%; 28,9%])	0/3 (0,0% [n.a.])	36/200 (18,0% [12,6%; 24,5%])
> 14 bis 16	5/39 (12,8% [2,7%; 33,4%])	3/41 (7,3% [1,5%; 19,9%])	5/43 (11,6% [3,9%; 25,1%])	0/2 (0,0% [n.a.])	12/72 (16,7% [8,0%; 29,2%])	1/3 (33,3% [0,2%; 96,0%])	26/200 (13,0% [8,4%; 18,9%])
> 12 bis 14	2/39 (5,1% [0,5%; 18,9%])	1/41 (2,4% [0,1%; 12,9%])	2/43 (4,7% [0,3%; 18,8%])	0/2 (0,0% [n.a.])	4/72 (5,6% [1,4%; 14,3%])	0/3 (0,0% [n.a.])	9/200 (4,5% [2,1%; 8,4%])
bis 12	5/39 (12,8% [3,7%; 29,4%])	0/41 (0,0% [n.a.])	8/43 (18,6% [6,5%; 37,8%])	0/2 (0,0% [n.a.])	10/72 (13,9% [6,9%; 24,1%])	1/3 (33,3% [0,2%; 96,0%])	24/200 (12,0% [7,2%; 18,4%])

Quelle: Tabelle 7A (29) Stichprobe: Durchschnittliche Patientenbelegung pro Stationstyp in der differenzierten Einrichtung Erwachsenenpsychiatrie., IQTIG Bericht Q3-2023 S. 38, eingesehen am 13.12.2024 unter https://iqtig.org/suche/?tx_iqtigsearch_search%5Baction%5D=form&tx_iqtigsearch_search%5Bcontroller%5D=Search&tx_iqtigsearch_search%5BsearchTerm%5D=quartalsbericht&tx_iqtigsearch_search%5Bsource%5D=0&cHash=d8458f807a4d506c58d8415185e16f8b

Ab dem 1.1.2026 war die Rückkehr zum Regelverfahren, bei dem alle Einrichtungen stationsbezogen dokumentieren, in der Richtlinie angelegt. Um den Dokumentationsaufwand für die Einrichtungen dennoch auch zukünftig weiterhin gering zu halten, wird das Stichprobenverfahren für die stationsbezogene Dokumentation bis zum Ende der Übergangszeit verlängert. Die Mehrzahl der Einrichtungen bleibt demnach entlastet von der stationsbezogenen Dokumentation. Um jedoch verwertbare Ergebnisse zu erhalten und der Beobachtungspflicht gerecht zu werden, wird die Stichprobengröße gemäßigt angehoben auf insgesamt 20 Prozent. Ab dem 1.1.2026 muss damit nur noch ein Fünftel der Einrichtungen

stations- und monatsbezogen dokumentieren, für vier Fünftel der Einrichtungen kommt es zu einer erheblichen Dokumentationsentlastung.

Die Station ist weiterhin in nahezu allen Einrichtungen die zentrale Organisationseinheit – auch aus Gründen der Milieuthherapie und der Kontinuität der Behandelnden. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte arbeiten überwiegend stationsbezogen – das sind 80 Prozent des Personals. Stationsübergreifend eingesetztes Personal kann anteilig den Stationen zugeordnet werden. Einrichtungen, die Stationen durch andere Einheiten ersetzt haben, können auch diese im Nachweis dokumentiert werden.

DKG:

Absatz 8 wird als Folgeanpassung zur Änderung in § 2 Absatz 7 gestrichen. Vgl. Ausführungen zu § 2 Absatz 7.

[Eine Verlängerung der Stichprobe um weitere drei Jahre bis zum 31. Dezember 2028 sowie eine zeitgleiche Erhöhung deren Größe von 5 % auf 20 % wird abgelehnt.

Mit Beschluss zur Änderung der Richtlinie vom 15. September 2022 wurde die monats- und stationsbezogene Dokumentation in den Jahren 2023 bis 2025 von einer Vollerhebung auf eine Stichprobe von 5 % der Einrichtungen reduziert, um eine „Abwägung zwischen Aufwand und Nutzen“ zu erproben. In den Tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-RL heißt es, diese Nachweise dienen „insbesondere um Transparenz darüber zu schaffen, ob das vorgeschriebene Personal auch tatsächlich auf der Station und beim Patienten ankommt, und um zügig Abhilfe zu schaffen, falls dies nicht der Fall sein sollte“. Wie unter § 2 Absatz 7 ausgeführt, ist die psychiatrische und psychosomatische Behandlung auf die individuellen Bedarfe der Patientinnen und Patienten ausgerichtet und finden zunehmend stationsunabhängig sowie Setting-übergreifend statt. Der vorgesehene Stationsbezug schränkt eben gerade die für eine leitliniengerechte Versorgung erforderliche Flexibilität beim Personaleinsatz erheblich ein und zeugt von einer konzeptuellen Rigidität, die einer personalisierten therapeutischen Behandlung und der Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten, die einen unterschiedlichen Personalmix erfordern, entgegensteht. Darüber hinaus hindert der Stationsbezug die Krankenhäuser daran, kurzfristig auf gestiegene Patientenzahlen, Veränderung der Patientenbedarfe und auch Personalausfällen reagieren zu können. Damit steht eine Fortführung der Stichprobe allgemein in entscheidendem Gegensatz zu den in den Tragenden Gründen vom 19. September 2019 gefassten Zielen der monats- und stationsbezogenen Nachweise.

In den vergangenen zwei Jahren wurde die Erhebung der Nachweise auf Basis eines kleinen Teils der nachweispflichtigen Einrichtungen durchgeführt. Von 2020 bis 2022 erfolgte eine Vollerhebung aller Einrichtungen. Am Ende dieser Phasen stellt sich die Frage, welcher Mehrwert aus den monats- und stationsbezogenen Daten gezogen werden kann und zu welchem Zweck sie erhoben werden. Stand heute bedeutet es für die gezogenen Einrichtungen einen erheblichen dokumentarischen Mehraufwand. Ein Mehraufwand, der in keinster Weise mit dem zu erwartenden Nutzen im Verhältnis steht. Bis heute sind die Ergebnisse aus dem Nachweisteil B nicht in die Weiterentwicklung der Richtlinie eingeflossen.

Darüber hinaus muss die Frage gestellt werden, wie die Erfassung und Übermittlung des Nachweistteils B ab dem Jahr 2026 erfolgen soll. Die Spezifikation wurde explizit für Teil A des Nachweises beauftragt und entwickelt, sie wird geplant in 2026 starten. Sollte zeitgleich die Stichprobe gemäß § 16 Absatz 8 fortgesetzt und/oder gar erhöht werden, ist zu erwarten, dass jede fünfte Einrichtung parallel einen Teil des Nachweises per Spezifikation übermitteln müsste und einen zweiten Teil des Nachweises weiterhin mittels eines Servicedokuments in Excel. Es mag sehr verwundern, wie sich dieser bürokratische Aufwand vor dem Hintergrund des selbstgesetzten Ziels und Anspruchs des G-BA vertreten ließe, ebenjene bürokratischen

Aufwände zu reduzieren. Hier sei noch einmal auf den Beschluss der 95. Gesundheitsministerkonferenz verwiesen, wonach die „Streichung des monatlichen Nachweises der Mindestpersonalvorgaben auf Stationsebene erforderlich [ist], um mehr Flexibilität hinsichtlich des Personaleinsatzes zu erzeugen und den bürokratischen Aufwand zu mindern“.^{27]}

PatV:

Eine gesonderte Übergangsregelung für den Behandlungsbereich A3 Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung ist nicht erforderlich, da die PPP-RL ohnehin eine allgemeine Übergangsregelung enthält, wonach bis zum 31.12.2026 die Mindestvorgaben nach § 6 nur zu 90 % und ab dem 01.01.2027 bis 31.12. 2028 zu 95 % erfüllt sein müssen.

2.14 Zur Anlage 1 Minutenwertetabellen:

PatV:

Die Minutenwerte für den Behandlungsbereichs „A3 Behandlung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden“ wird ein Personalbedarf analog des Behandlungsbereichs KJ1 zugrunde gelegt.

Die Analogie zum Behandlungsbereich KJ1 ist sachgerecht und ergibt sich auch daraus, dass anerkannte diagnostische Verfahren den emotionalen und den kognitiven Entwicklungsstand von Menschen mit Intelligenzminderung bereits in Analogie zum Entwicklungsstand von Kindern abbilden (*SEED: Skala der emotionalen Entwicklung – Diagnostik, Sappok et al 2018, inzwischen auch SEED 2, Sappok T., Zepperitz S., Morisse F., Barret B.F., Došen A.: SEED-2 Manual Skala der Emotionalen Entwicklung – Diagnostik 2, Bern 2023*). Vgl. hierzu auch zu Punkt 2.3.

Der höhere Personalbedarf für die vollstationäre Versorgung bildet sich in allen Berufsgruppen ab und resultiert teilweise aus dem höheren Zeitaufwand bei der Verständigung, die schon für eine differenzialdiagnostische Abklärung, aber auch für die Einleitung der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung und der Beobachtung des Behandlungsverlaufs erforderlich ist. Teilweise resultiert er auch aus der fast durchgängig erforderlichen Einbeziehung des sozialen Umfelds (Familie, An- und Zugehörige, Mitarbeitende der Einrichtung, in der die Patientinnen und Patienten leben). Bei bestimmten Behandlungsformen etwa aus dem Bereich der Spezialtherapeutinnen und -therapeuten und der Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten einschließlich der Physiotherapie sind insbesondere der erhöhte Kommunikations- und Verständigungsaufwand, für bestimmte Verfahren auch der größere Zeitaufwand durch verlangsamte Abläufe in der Einzelbehandlung oder den Gruppen, kleinere Gruppengrößen sowie der höhere Anteil an Einzelbehandlungen zu bedenken. In der Berufsgruppe der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen ist der höhere Zeitaufwand nicht nur für die Anamnese und Diagnostik sowie die Einleitung der Behandlung, sondern auch für die Vorbereitung der Entlassung und die Einleitung der Nachbehandlung in der Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld (Familie oder Einrichtungen) zu beachten. Vor dem Hintergrund der oft krisenhaften Zuspitzungen, die nicht selten zur Krankenhausbehandlung geführt haben, kommt dieser Vorbereitung für die Stabilisierung des Behandlungserfolgs besondere Bedeutung zu, denn die Familien,

²⁷ Beschluss zu TOP 16.2 auf der 95. Gesundheitsministerkonferenz vom 22./23.06.2022, <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1296&jahr=2022>

Wohngruppen oder Einrichtungen, in denen die Patientinnen und Patienten leben, bedürfen oft vorbereitender Gespräche für die Zeit nach der Entlassung aus der Krankenhausbehandlung, die über das Maß der Regelbehandlung hinausgehen.

DKG:

Bei den Änderungen handelt es sich um Folgeanpassungen aufgrund der Änderungen in § 5 Absatz 1. Die Minutenwerte der Berufsgruppen Buchstaben d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten), e (Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) und f (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen) werden entsprechend addiert und ergeben in Summe die Minutenwerte der neuen Berufsgruppe d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Fachberufe mit bewegungstherapeutischem oder sportbezogenem Schwerpunkt, sozial-pädagogisches Fachpersonal). Die Minutenwerte werden dabei nicht verändert, sondern lediglich zusammengefasst.

2.15 Zur Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen:

PatV:

Die Zuordnung zur Kategorie A3 erfolgt mittels einer Haupt- oder Nebendiagnose F 70.1, F 71.1, F. 78.1, F 79.1, F 72.* oder F 73.*. Es ist dazu allerdings erforderlich, dass die Nebendiagnose auch in der Erhebung der Routinedaten erfasst wird. Bei den Diagnosen F 70.1 und F 71.1 wird deutlich, dass der höhere Aufwand nicht aus einer leichteren Intelligenzminderung an sich resultiert, sondern aus den Verhaltensauffälligkeiten oder -störungen, die im Einzelfall bei diesen Patienten bestehen. Bei den Menschen mit Haupt- oder Nebendiagnosen aus den Bereichen F 72.* und F 73.* ist davon auszugehen, dass schon die intellektuelle Beeinträchtigung ein Ausmaß erreicht, dass ein höherer zeitlicher Aufwand bei der Behandlung in allen Bereichen erforderlich wird.

Der Behandlungsbereich bezieht sich auf erwachsene Menschen mit psychischer Erkrankung und Intelligenzminderung, nicht auf die Kinder und Jugendlichen mit Intelligenzminderung, die weiterhin in den Behandlungsbereichen für Kinder und Jugendliche abgebildet sind.

2.16 Zur Anlage 3 Nachweis zur PPP-RL:

GKV-SV:

Aufgrund der vorgenommenen Änderungen wird das Ziel erreicht, die Kliniken von unnötiger Bürokratie zu entlasten. Deshalb werden die Dokumentationsvorgaben in Anlage 3 erheblich reduziert, indem redundante Datenfelder gestrichen werden. Weitere Datenfelder werden mit der Änderung automatisch befüllt und tragen damit zur Entlastung der dokumentierenden Einrichtungen bei.

Überschriften, bzw. Kopfzeilen, die sich auf den Nachweisbögen wiederholen, werden zur Dokumentationsentlastung gestrichen. Dies betrifft die Angaben „Nachweis Teil A PPP-RL Für jeden Standort quartalsbezogen ausfüllen“ sowie „Haupt-IK“, „Standort ID“, „Jahr“ sowie „Quartal“. Diese Angaben werden bereits bei den administrativen Angaben zentral erhoben und entfallen deshalb auf den einzelnen Tabellenblättern.

DKG:

Aufgrund der Streichung der monats- und stationsbezogenen Nachweise (siehe hierzu § 2 Absatz 7) folgen redaktionelle Änderungen insbesondere in den Nachweisen Teil A2, A3 und A5. Teil B des Nachweises entfällt komplett. Ferner erfolgen redaktionelle Folgeanpassungen aufgrund der Änderungen in § 5 in Nachweisteil A8. Nachweisteil A9 entfällt.

Des Weiteren werden redundante Angaben zu Überschriften auf den jeweiligen Tabellenblättern gestrichen. Dies betrifft die Angaben „Nachweis Teil A PPP-RL für jeden Standort quartalsbezogen ausfüllen“ sowie „Haupt-IK“, „Standort ID“, „Jahr“ sowie „Quartal“. Diese Angaben werden bereits bei den administrativen Angaben im Servicedokument gemäß § 16 Absatz 5 zentral erhoben und werden automatisch auf die weiteren Blätter im Servicedokument übernommen.

2.16.1 Zum Ausfüllhinweis:**GKV-SV:**

Es handelt sich hier um redaktionelle Folgeänderungen, die aufgrund der Verlängerung der quartalsweisen Datenübermittlung in § 11 Absatz 13 vorgenommen werden.

DKG:

Es handelt sich um Folgeanpassungen und Streichung infolge der Anpassungen zur monats- und stationsbezogenen Nachweiserbringung in § 2 Absatz 7 i. V. m. § 16 Absatz 8 PPP-RL, des Starts des Regelbetriebs mit jährlicher Datenübermittlung nach § 11 Absatz 2 und 13 PPP-RL sowie Anpassung verschiedener Fristen.

Zu Teil A des Nachweises**DKG:**

Es handelt sich um redaktionelle Folgeanpassung zur Streichung aller Regelungen zur monats- und stationsbezogenen Nachweiserbringung in § 2 Absatz. 7 PPP-RL.

2.16.2 Zu Teil A1**GKV-SV:**

Es handelt sich hier um Folgeänderungen, überwiegend redaktioneller Art, die aufgrund der Änderungen in § 6 Absatz 6 vorgenommen werden. Neu ergänzt wird deshalb die Frage, ob eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten vorliegt.

Um auch hier eine Dokumentationsentlastung umzusetzen und weil die Frage redundant war, wird Frage 1 ersatzlos gestrichen.

DKG:

[Eine redaktionelle Überarbeitung der Fragen zur regionalen Pflichtversorgung wird abgelehnt. Siehe dazu auch die Ausführungen zu § 6 Absatz 6.]

2.16.3 Zu Teil A2**DKG:**

Die Spalten 2 und 3 der Tabelle A2.1 sowie der gesamten Tabelle A2.2 werden als Folgeanpassung zur Streichung aller Regelungen zur monats- und stationsbezogenen Nachweiserbringung in § 2 Absatz 7 PPP-RL gestrichen.

2.16.4 Zu Teil A3

GKV-SV:

Die Datenfelder für die Tabelle A3.1 „Gesamtbehandlungstage“ können aus den Angaben in Tabelle A3.3 automatisch berechnet werden, weshalb die Hinweise hier gestrichen werden. Zur Vereinfachung der Anlage 3 Nachweise werden nicht mehr benötigte oder nicht mehr zutreffende Hinweise zu Tabelle A3.3 gestrichen.

DKG:

Bei den Streichungen in den Hinweisen der Tabellen A3.1 und A3.3 handelt es sich um Folgeanpassung zur Streichung aller Regelungen zur monats- und stationsbezogenen Nachweiserbringung in § 2 Abs. 7 PPP-RL.

[Der Hinweis zu Tabelle A3.3 über die Berechnung der Behandlungstage eines Behandlungsbereichs bleibt erhalten. Ausfüllhinweise direkt unter den Tabellen sollen die Nachweis- und Dokumentationsführung erleichtern. Es muss somit keine aufwändige Suche im Richtlinien text erfolgen. Eine Streichung des Hinweises mit dem Argument der ausschließlichen Verschlangung der Anlage 3 ist fachlich nicht nachvollziehbar, da andere Aufwände produziert werden.]

PatV:

Als Folgeanpassung zur Änderung von § 3 Abs. 1 werden die zulässigen Werte der Spalte 1 der Tabelle A3.3 um den neuen Behandlungsbereich A3 ergänzt.

2.16.5 Zu Teil A4

GKV-SV:

Mangels Erkenntnisgewinn aufgrund der sehr kleinen Stichprobe und den sehr ausdifferenzierten Stationen entfällt Tabelle A4 „Datenfelder für die tatsächliche monatsbezogene und stationsbezogene Personalausstattung im Tagdienst“ ersatzlos. Damit wird der Dokumentationsaufwand für die Einrichtungen reduziert.

DKG:

Bei der Streichung des gesamten Teils A4 handelt es sich um eine Folgeanpassung zur Streichung aller Regelungen zur monats- und stationsbezogenen Nachweiserbringung in § 2 Absatz 7 PPP-RL.

2.16.6 Zu Teil A5

GKV-SV:

Ein Teil der Datenfelder für die Tabelle A5.1 „Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Quartal und Einrichtung“ können automatisch berechnet werden, weshalb die Spalten entsprechend gekennzeichnet werden. Damit wird der Dokumentationsaufwand für die Einrichtungen reduziert.

GKV-SV: Zur Ergänzung im Hinweis

Die psychiatrische Versorgung am Krankenhaus bietet inzwischen nicht nur vollstationäre, sondern auch teilstationäre oder ambulante Behandlungen an. Allerdings fallen nur die voll- und teilstationäre Behandlung in den Regelungsbereich der PPP-RL, nicht jedoch die ambulante Behandlung am Krankenhaus. Mit der vorgenommenen Ergänzung im Hinweis wird klargestellt, dass Personal, das bereichsübergreifend tätig ist, angerechnet werden kann.

Es sind allerdings nur die voll- oder teilstationären Tätigkeiten anrechenbar, nicht jedoch die Tätigkeiten im Rahmen der ambulanten Behandlung.

GKV-SV: Zu Tabelle A5.2

Alle Datenfelder für die Tabelle A5.2 „Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen im Quartal für die Einrichtungen [...]“ können aus bereits vorhandenen Angaben automatisch berechnet werden, weshalb die Spalten entsprechend gekennzeichnet werden. Damit wird der Dokumentationsaufwand für die Einrichtungen reduziert.

GKV-SV: Zu Tabelle A5.3

Bei der Streichung der Spalte „Erläuterung“ in der Tabelle A5.3 „Anrechnung von Fachkräften“ handelt es sich um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 8 Absätze 3 bis 5, die zu einer erheblichen Dokumentationsentlastung führen.

DKG:

Mit der vorgenommenen Ergänzung erfolgt eine Klarstellung zur Berücksichtigung von bereichsübergreifend eingesetztem Personal Konkretisiert wird hierbei, dass nur Tätigkeiten, die vom Geltungsbereich der PPP-RL umfasst sind, wie bspw. Tätigkeiten im voll- und teilstationären Setting, nicht jedoch die Tätigkeiten im Rahmen der ambulanten Behandlung z. B. in einer Psychiatrischen Institutsambulanz, berücksichtigt werden können. Die Tätigkeitsanteile können je nach Tätigkeitsumfang des Personals in die einzelnen Bereiche aufgeschlüsselt werden. So ist es bspw. möglich, dass eine Ärztin, die 30 % ihrer Arbeitszeit in einer Psychiatrischen Institutsambulanz tätig ist, zu den übrigen 70 % ihrer Arbeitszeit für die PPP-RL berücksichtigt werden kann, da diese 70 % im voll- oder teilstationären Setting geleistet wurden.

2.16.7 Zu Teil A6

GKV-SV:

Wie bereits einführend beschrieben, werden Überschriften bzw. Kopfzeilen, die sich noch auf zahlreichen Tabellenblättern finden, zur Dokumentationsentlastung gestrichen. Dies betrifft die Angaben „Nachweis Teil A PPP-RL Für jeden Standort quartalsbezogen ausfüllen“ sowie „Haupt-IK“, „Standort ID“, „Jahr“ sowie „Quartal“. Diese Angaben werden bereits bei den administrativen Angaben zentral erhoben und entfallen deshalb auf den einzelnen Tabellenblättern.

Bei der Verlängerung der Gültigkeit von Tabelle A6.4 handelt es sich um eine Folgeänderung zu § 10 Absatz 1 Nummer 4.

2.16.8 Zu Teil A8

GKV-SV:

[Im Hinweis Streichung der Frist zu Tabelle A8.1, da Zeitraum ausgelaufen]

DKG:

Bei den Änderungen handelt es sich um redaktionelle Folgeanpassungen zur Streichung aller Regelungen zur monats- und stationsbezogenen Nachweiserbringung in § 2 Absatz 7 PPP-RL. Ferner wird klargestellt, dass die Tabelle A8 ab 1. Januar 2026 ausschließlich an das IQTIG übersandt wird.

Redaktionelle Änderungen in den Referenztabellen wurden als Folgeanpassungen zu den Änderungen in § 5 Absatz 1 und Absatz 2 PPP-RL notwendig.

PatV:

[In den Referenztabellen Folgeanpassungen zu den Änderungen in § 5 Abs. 1d-f und 2d-f]

2.16.9 Zu Teil A9

DKG:

Zur weiteren Verschlankung der Nachweisführung wird die Tabelle A9 gestrichen. Zu den weiteren Erläuterungen siehe unter § 16 Absatz 6.

Zu Teil B des Nachweises

GKV-SV/PatV:

Die vorgenommenen Änderungen in Teil B des Nachweises entsprechen den Änderungen, die in Teil A der Anlage 3 vorgenommen werden.

DKG:

Teil B des Nachweises entfällt aufgrund der Streichung der monats- und stationsbezogenen Nachweisführung. Siehe dazu auch die Ausführungen zu § 2 Absatz 7.

2.17 Zur Anlage 4 Regelaufgaben:

DKG:

2.17.1 Zu I. Regelaufgaben – Erwachsenenpsychiatrie

- Zu 1. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte, Oberärztinnen und Oberärzte (jeweils einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) sowie Physician Assistants

Bei den Änderungen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen im Zuge der Ergänzung der Berufsgruppe der Physician Assistants in § 5 Absatz 1 Buchstabe a. Es werden keine Regelaufgaben ergänzt oder gestrichen.

- Zu 2. Regelaufgaben des Pflegepersonals sowie der Medizinischen Fachangestellten

Bei den Änderungen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen im Zuge der Ergänzung der Berufsgruppe der Medizinischen Fachangestellten in § 5 Absatz 1 Buchstabe b. Es werden keine Regelaufgaben ergänzt oder gestrichen.

- Zu 3. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Fachberufe mit bewegungstherapeutischem oder sportbezogenem Schwerpunkt, sozial-pädagogisches Fachpersonal

Bei den Änderungen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen im Zuge der Zusammenfassung der Berufsgruppen § 5 Absatz 1 Buchstabe d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten), Buchstabe e (Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) sowie Buchstabe f (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen) in § 5 Absatz 1 Buchstaben d, e und f. Es werden keine Regelaufgaben ergänzt oder gestrichen.

- Zu 4. Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Der Absatz wird gestrichen und die Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten werden entsprechend in den Regelaufgaben der neuen Berufsgruppe d übernommen. Es handelt sich bei den Änderungen um redaktionelle Folgeänderungen im Zuge der Zusammenfassung der Berufsgruppen § 5 Absatz 1 Buchstabe d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten), Buchstabe e (Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) sowie Buchstabe f (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen) in § 5 Absatz 1 Buchstaben d, e und f.

- Zu 5. Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

Der Absatz wird gestrichen und die Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen werden in den Regelaufgaben der neuen Berufsgruppe d übernommen. Bei den Änderungen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen im Zuge der Zusammenfassung der Berufsgruppen § 5 Absatz 1 Buchstabe d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten), Buchstabe e (Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) sowie Buchstabe f (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen) in § 5 Absatz 1 Buchstaben d, e und f.

2.17.2 Zu II. Regelaufgaben – Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Zu 1. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte, Oberärztinnen und Oberärzte (jeweils einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) sowie Physician Assistants

Bei den Änderungen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen im Zuge der Ergänzung der Berufsgruppe der Physician Assistants in § 5 Absatz 2 Buchstabe a. Es werden keine Regelaufgaben ergänzt oder gestrichen.

- Zu 2. Regelaufgaben des Pflegepersonals sowie der Medizinischen Fachangestellten

Bei den Änderungen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen im Zuge der Ergänzung der Berufsgruppe der Medizinischen Fachangestellten in § 5 Absatz 2 Buchstabe b. Es werden keine Regelaufgaben ergänzt oder gestrichen.

- Zu 3. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

Bei den Änderungen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen im Zuge der Zusammenfassung der Berufsgruppen § 5 Absatz 2 Buchstabe d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten), Buchstabe e (Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) sowie Buchstabe f (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen) in § 5 Absatz 1 Buchstaben d, e und f. Es werden keine Regelaufgaben ergänzt oder gestrichen.

- Zu 4. Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Bei den Änderungen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen im Zuge der Zusammenfassung der Berufsgruppen § 5 Absatz 2 Buchstabe d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten), Buchstabe e (Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) sowie Buchstabe f (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen) in § 5 Absatz 1 Buchstaben d, e und f. Die Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten werden entsprechend in den Regelaufgaben der neuen Berufsgruppe d übernommen.

- Zu 5. Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

Bei den Änderungen handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen im Zuge der Zusammenfassung der Berufsgruppen § 5 Absatz 2 Buchstabe d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten), Buchstabe e (Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) sowie Buchstabe f (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen) in § 5 Absatz 1 Buchstaben d, e und f. Die Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen werden entsprechend in den Regelaufgaben der neuen Berufsgruppe d übernommen.

PatV:

Die Zusammenführung der Berufsgruppen ergibt sich aus der Zusammenfassung in § 5. Die Regelaufgaben werden dabei unverändert übernommen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen [keine neuen bzw. geänderten / neue bzw. geänderte] Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO.

[...]

4. Verfahrensablauf

Am 12. September 2024 begann die Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (AG PPP) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In vier Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136 Absatz 3 der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Absatz 5a, 136a Absatz 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Absatz 2 VerFO wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. Anlage X) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und

Psychosomatik-Richtlinie Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses vom 29. Januar 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am T. Monat 2025 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in Anlage X. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endet/e am T. Monat 2025.

[...]

5. Fazit

[...]

6. Zusammenfassende Dokumentation

[Anlagen]

Berlin, den T. Monat 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
gemäß §§ 91 Abs. 5a, 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und
1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO
zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum
Erfassungsjahr 2026**

Datum	26.02.2025
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung: DGSGB

Stellungnahme der DGSGB zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Zusendung des Beschlussentwurfs über die Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie 2026. Seit 2019 bringt die Fachgesellschaft die Aufnahme von spezifischen Behandlungsbereichen für Personen mit Intelligenzminderung ein, um den spezifischen Bedarfen dieses besonders vulnerablen Personenkreises gerecht zu werden. Mit Freude hat die Fachgesellschaft zur Kenntnis genommen, dass die Patientenvertretung und die Bundespsychotherapeutenkammer hierfür einen Lösungsvorschlag ausgearbeitet haben. Der alternativ von der DKG eingebrachte Ansatz, die besonderen Bedarfe mit in die individuellen Budgetverhandlungen aufzunehmen ist u.E. nicht zielführend. Dies verlagert die Verantwortung wieder zurück in die einzelnen Kliniken und widerspricht dem Ansatz der PPP-RL, eine bedarfsorientierte Strukturqualität sicherzustellen.

Die DGSGB unterstützt den von der PatV/BpTK eingebrachten Vorschlag uneingeschränkt. Dadurch wird ein wichtiger Meilenstein in der Umsetzung der bereits 2009 in Deutschland ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention gesetzt und die Gesundheitsversorgung eines sehr umschriebenen, aber von zahlreichen körperlichen und psychischen Krankheiten betroffenen Personenkreises maßgeblich verbessert. An der mündlichen Anhörung am 7. Mai 2025 möchten wir gerne teilnehmen. Mit freundlichen Grüßen,



Prof. Dr. Tanja Sappok, Vorsitzende der DGSGB

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Die DGSGB befürwortet den Vorschlag der PatV/BPtK, in §3 *Behandlungsbereiche* den Behandlungsbereich „A3: Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung“ einzuführen, der sich an den Minutenwerten der KJ1 (vgl. Anlage 1, Minutenwertetabellen) orientiert. Die erhöhten Personalbedarfe begründen sich aus den mit der Intelligenzminderung einhergehenden kognitiven und kommunikativen Beeinträchtigungen sowie der emotionalen Entwicklungsverzögerung und den damit einhergehenden besonderen Bedarfen in Diagnostik, Therapie und Versorgung. Diese komplexen Unterstützungsbedarfe sind auch im Nachtdienst (§6 Absatz (7)) mit einer Anpassung der Personalbedarfe verbunden. In Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen wird der Behandlungsbereich A3 konkretisiert (Erwachsene mit einer leicht- bis mittelgradigen Intelligenzminderung und Verhaltensauffälligkeiten bzw. Erwachsene mit einer schwer- bis schwerstgradigen Intelligenzminderung (mit oder ohne Verhaltensauffälligkeiten) in Regel- oder Intensivbehandlung). Der Behandlungsbereich A3 in Verbindung mit den Minutenwerten KJ1 schafft quasi eine Regelversorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. In den Tragenden Gründen leitet die Patientenvertretung unter 2. Eckpunkte der Entscheidung Seiten 6-7 bzw. 2.3 Seiten 10-12 den Vorschlag schlüssig her. Unter 2.14 findet sich eine umfassende Begründung für die analog zur KJ1 geltenden Minutenwerte. Neben der Möglichkeit der Abbildung der Besonderheiten der Versorgung außerhalb spezialisierter Zentren entfielen auch die zeit- und personalaufwändige Notwendigkeit der einzelnen erfolgenden Budgetverhandlungen durch spezialisierte Zentren. Entgegen der Stellungnahme der DKG (Tragende Gründe S. 10, Pkt. 2.2.3 bzw. S. 12, Ablehnung Pkt. 2.3 der PatV durch die DKG) wären Sanktionen außerhalb spezialisierter Zentren bei nur niedriger Patientenzahl in diesen Einrichtungen nicht zu befürchten, eine angemessene Finanzierung in spezialisierten Einrichtungen jedoch unabhängig von Einzelverhandlungen mit den entsprechenden Risiken sichergestellt.

Die DGSGB unterstützt den von der PatV/BPtK eingebrachten Vorschlag uneingeschränkt. Dadurch wird ein wichtiger Meilenstein in der bereits 2009 in Deutschland ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention gesetzt und das Recht behinderter Menschen auf ein erreichbares Höchstmaß an Gesundheit durch die gleichwertige Gesundheitsversorgung eines sehr umschriebenen, aber von zahlreichen körperlichen und psychischen Krankheiten betroffenen Personenkreises sichergestellt.

Im Verlauf sollte auch für ältere Menschen und Kinder mit Intelligenzminderung eine Lösung zur Berücksichtigung der personellen Mehrbedarfe gefunden werden.

Die DKG schlägt unter §2 Abs. 10 vor, einen Spiegelstrich einzufügen, der darauf hinweist, dass die Mindestvorgaben für den Regeldienst die besonderen strukturellen, organisatorischen und personellen Anforderungen für die Versorgung von Patienten mit Intelligenzminderung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 nicht berücksichtigen. Mit dem neuen Behandlungsbereich A3 würde dieser Punkt hinfällig werden.

In den Tragenden Gründen 2.2.3 zu Absatz (10) empfiehlt die DKG, diese Besonderheiten stattdessen in den Budgetvereinbarungen zu berücksichtigen. Damit verlagert sie die Verantwortung für eine bundesweite Lösung auf die einzelnen Leistungserbringer.

Ob die erforderlichen personellen Mehrbedarfe in den Budgetverhandlungen durchgesetzt werden können, hängt somit vom Einsatz, der Ausdauer und den verfügbaren Ressourcen der einzelnen Kliniken ab. Die Möglichkeit, Mehrbedarfe als Strukturbesonderheit in Budgetverhandlungen spezialisierter Kliniken zu verhandeln, besteht indes bereits - auch ohne den vorgeschlagenen Spiegelstrich.

Diese Vorgehensweise erscheint als ein Versuch, den von der PatV und der BPtK eingebrachten Vorschlag eines separaten Behandlungsbereichs A3 zu umgehen, ohne eine wirkliche Lösung anzubieten.

In den Tragenden Gründen zur Ablehnung des von der PatV/BPtK vorgeschlagenen Behandlungsbereichs A3 trägt die DKG vor, dass dies Auswirkungen auf sämtliche psychiatrische Kliniken und nicht nur auf die spezialisierten Bereiche habe. Die DKG befürchtet Sanktionen, da der erforderliche Personalaufbau schon

bei den jetzt geltenden Personalvorgaben von vielen Kliniken nicht geleistet werde. Die DGSGB lehnt diese Argumentation grundlegend ab:

1. Die Unterfinanzierung im Gesundheitswesen führt zu Personalmangel. Wenn die rechtlichen Vorgaben im Hinblick auf die Einführung eines Behandlungsbereichs A3 verändert werden, können die Kliniken auch den notwendigen Personalaufbau vornehmen. Insbesondere Kliniken, die Personen mit Intelligenzminderung behandeln, können auch Heilerziehungspfleger, die mittlerweile auch in der Erwachsenenpsychiatrie als Pflegefachpersonen anerkannt sind, anstellen. Dies ist eine inhaltliche sinnvolle Ergänzung im Pflorgeteam für die Behandlung von Menschen mit einer Intelligenzminderung und kann Personalengpässen in der Pflege entgegenwirken.
2. In Kliniken, die nur vereinzelt Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung behandeln, führt die Einführung eines Behandlungsbereichs A3 nicht zu einer massiven Erhöhung der Personalbedarfe. Auch in Kliniken, die möglicherweise aufgrund von Einrichtungen der Eingliederungshilfe in ihrem Einzugsgebiet vereinzelt, aber regelmäßig psychisch erkrankte Menschen mit Intelligenzminderung betreuen, kann dem personellen Mehrbedarf durch eine Sicherung des Personalaufbaus Rechnung getragen werden.
3. Der mit der Einführung des Behandlungsbereichs A3 refinanzierte Personalaufbau könnte ein Anreiz für Kliniken sein, spezifische Behandlungsbereiche für Menschen mit Intelligenzminderung zu entwickeln, und damit dem deutschlandweit abnehmendem Angebot an spezialisierten Behandlungsbereichen für diesen Personenkreis entgegenwirken.
4. Die DKG trägt keinen inhaltlichen Grund gegen die personellen Mehrbedarfe vor – im Gegenteil, auf Seite 12 in den Tragenden Gründen schreibt sie: *„Der Vorschlag eines eigenen Behandlungsbereichs inklusive eigenen Minutenvorgaben für Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung ist grundsätzlich nachvollziehbar.“*
5. Die PPP-RL ist im Gegensatz zur Psych-PV kein Instrument als Basis für die Budgetverhandlungen, sondern ein Instrument zur Qualitätssicherung. Da die DKG die personellen Mehrbedarfe inhaltlich als gegeben sieht, sollten diese auch in der PPP-RL verankert werden und nicht in die Budgetverhandlungen ausgelagert werden.
6. Schlussendlich würde, wie seitens der DKG argumentiert, eine substantielle Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen aus Sorge vor Sanktionen verhindert. Wie

bereits in den vergangenen sechs Jahren seit Einbringung des Vorschlags der DGSGb eines eigenen Behandlungsbereichs für Menschen mit Intelligenzminderung mahnt die DGSGb an, dass dieser Personenkreis keinesfalls wegen Umsetzungsschwierigkeiten der PPP-RL und der ggW. Sorge vor Sanktionen dieser Personenkreis ignoriert bzw. diskriminiert werden darf. Dies widerspräche dem Anspruch auf eine gleichberechtigte Gesundheitsversorgung psychisch Kranker in Deutschland und damit dem Grundgesetz und der UN-BRK.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph/ Absatz bzw. Anlage/ Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)
§ 2 Grundsätze Absatz (10)	Stellungnahme mit Begründung: Die DKG schlägt die Einfügung eines Spiegelstrichs vor, um darauf hinzuweisen, dass „<i>die Besonderheiten der strukturellen, organisatorischen und personellen Ausstattung einer Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung.</i>“ in den Mindestvorgaben für den Regeldienst nicht berücksichtigt sind. In den Tragenden Gründen 2.2.3 zu Absatz (10) schlägt die DKG vor, „<i>die Besonderheiten der strukturellen, organisatorischen und personellen Ausstattung einer Einrichtung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung in den Budgetvereinbarungen zu berücksichtigen.</i>“. Damit gibt die DKG die Verantwortung von einer bundesweiten Lösung zurück in die Verantwortung der Leistungserbringer. Es hängt damit vom Engagement, Durchhaltevermögen und den zur Verfügung stehenden Ressourcen der Kliniken selbst ab, ob die personellen Mehrbedarfe in den Budgetverhandlungen verhandelt werden können. Die Verhandlung der Mehrbedarfe in Budgetverhandlungen von spezialisierten Kliniken als Strukturbesonderheit ist auch jetzt schon möglich - ohne den o.g. Spiegelstrich. Die DGSGB mahnt an, dass der Änderungsvorschlag der DKG die von der PatV und BPtK eingebrachte Empfehlung eines separaten Behandlungsbereichs A3 konterkariert. Änderungsvorschlag: Wie von der PatV/BPtK vorgeschlagen: Ergänzung eines neuen Behandlungsbereichs für Menschen mit Intelligenzminderung, der die besonderen Bedarfe dieses Personenkreises berücksichtigt.
§ 3 Absatz (1)	Stellungnahme mit Begründung: Die DGSGB unterstützt vollumfänglich den Vorschlag der PatV/BPtK zur Einführung eines neuen Behandlungsbereichs A3. Dieser Bereich soll sich der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung widmen und sich an den Minutenwerten der KJ1 orientieren (siehe Anlage 1, Minutenwertetabellen). Der erhöhte Personalbedarf für diesen Bereich wird durch die spezifischen Herausforderungen begründet, die mit einer Intelligenzminderung einhergehen. Dazu zählen neben den kognitiven und kommunikativen Einschränkungen auch sozio-emotionale Entwicklungsverzögerungen, Unterstützungsbedarfe zur Tagesstrukturierung, bei alltagspraktischen Tätigkeiten sowie weiteren körperliche und sensorische Einschränkungen, die häufig mit einer Intelligenzminderung einhergehen. Diese Faktoren erfordern besondere

	Aufmerksamkeit und zusätzliche Ressourcen in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Versorgung. In den Tragenden Gründen wird der Vorschlag von der Patientenvertretung logisch hergeleitet. Unter den Punkten 2. Eckpunkte der Entscheidung (Seiten 6-7) und 2.3 (Seiten 10-12) findet sich eine detaillierte Darlegung. Zudem wird unter Punkt 2.14 eine umfassende Begründung für die Anwendung der KJ1-analogen Minutenwerte präsentiert. Die DGSGB bekräftigt ihre uneingeschränkte Unterstützung für diesen Vorschlag der PatV/BPtK.
	Änderungsvorschlag: Kein Änderungsvorschlag. Übernahme des Behandlungsbereichs A3.



**Schriftlichen Stellungnahme der DFPP
gemäß §§ 91 Abs. 5a, 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und
1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO
zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum
Erfassungsjahr 2026**

Datum	04.05.2025
Stellungnahme von	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.*

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph/ Absatz bzw. Anlage/ Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)</i>
§ 2 Abs. 7 und 8 i. V. § 16 Abs. 8	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP unterstützt den Vorschlag der DKG (Streichung des Monats- und Stationsbezugs). Die Streichung würde mit einem erheblich geringeren Dokumentationsaufwand für die Kliniken einhergehen. Der Jahresbezug sollte an dieser Stelle ausreichen.
	Änderungsvorschlag:
§2 Abs. 10 vierter Spiegelstrich	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP unterstützt den Vorschlag der DKG. Die Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung bringen sehr häufig einen hohen Bedarf an individueller Betreuung und Pflege mit. Diese Form der Behandlung, Pflege und teilweise auch Sicherung, muss sich in einem Mehr an Personal niederschlagen. Daher ist der Mehraufwand an Personal begründet.
	Änderungsvorschlag:
§2 Abs. 11	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP stimmt der Streichung des Absatz 11, so wie die DKG ihn vorgeschlagen hat, nicht zu. Die Definition einer Station im Sinne der Richtlinie scheint an dieser Stelle sehr angemessen.
	Änderungsvorschlag:

§ 3 Aufnahme der Gruppe A3	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP findet es notwendig, den Mehrbedarf an Personal für Menschen mit Intelligenzminderung in der Richtlinie zu verankern. Allerdings scheint es der DFPP nicht logisch die eine neue Kategorie im Bereich A einzuführen. Diese neue Kategorie würde die Systemlogik der Richtlinie durchbrechen, da nun spezifische Diagnosegruppen statt den Clustern A/S/G Einzug halten würden. Es scheint auch nicht logisch, dass diese Patient:innengruppe nur im Bereich A berücksichtigt werden soll. Menschen mit Intelligenzminderung im hohen Lebensalter bringen vielleicht einen noch höheren Personalbedarf mit sich. Daher unterstützen wird den Änderungsvorschlag von PatV/BPtK nicht. Änderungsvorschlag: Die DFPP schlägt vor den Vorschlag der DKG (§2 Abs. 10 vierter Spiegelstrich) zu übernehmen (s.o.). Dieser Vorschlag ist pragmatisch und würde zu einem ähnlichen Ergebnis führen.
§ 4 Abs. 3	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP kann das Ansinnen der DKG verstehen. Die in § 5 Abs. 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe 2 aufgelisteten Berufsgruppen sind nicht alle Pflegefachpersonen. Jedoch geht es bei den Minutenwerten nach Anlage 1 um Pflegefachpersonen im klassischen Sinne. Der Vorschlag wird in dieser Form abgelehnt. „Fachkräfte“ ist eine zu weite Definition. Ausschließlich Pflegefachpersonen dürfen nach Pflegeberufegesetz die Vorbehaltsaufgaben der Pflege durchzuführen. Zu den Vorbehaltsaufgaben laut § 4 PflBG gehören die „Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs“, die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ sowie die „Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“. Grundvoraussetzung zur Durchführung der Vorbehaltsaufgaben ist das Führen der Berufsbezeichnung unerlässlich. § 1 PflBG „Wer die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ führen will, bedarf der Erlaubnis. Personen mit einer Ausbildung nach Teil 3 führen die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ mit dem akademischen Grad.“ In den §§ 64a und 64b PflBG sind die Anerkennung alter Berufsbezeichnungen von beruflich Pflegenden geregelt. Aus diesem Grund sprechen wir uns dafür aus, den Begriff der Pflegefachpersonen beizubehalten. Allerdings im Folgenden die Berufsbezeichnungen in § 5 Abs. 1b und 2b anzupassen (s.u.) Änderungsvorschlag:

§ 5 Abs. 1b	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP lehnt den Vorschlag der DKG strikt ab. (Begründung s.o.) Änderungsvorschlag: In der Verbindung mit der Begründung zu § 4 Abs. 3 schlägt die DFPP folgende Änderung vor: <i>„b) Pflegefachpersonen nach § 1 PflBG (dazu gehören Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger) Dazu zählen auch Pflegefachpersonen nach § 1 PflBG mit einer Weiterbildung im Bereich Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss Bachelor bzw. Master“</i> Begründung: Die Berufsgruppe der Heilerziehungspflegerinnen ist aus diesem Vorschlag herausgenommen worden, da diese nicht zu den Pflegefachpersonen nach § 1 PflBG gehören. Diese Logik ist in der Gesamtsystematik der PPP-RL konsequent, da der Verweis auf berufsrechtliche Aspekte im Kontext der Psycholog:innen schon genutzt wird. Eine mögliche Erweiterung um „Medizinische Fachangestellte“ ist aus dem gleichen Grund undenkbar, zumal Ausbildungsinhalte MFA kaum mit Ausbildungsinhalten der Pflege decken und die Feststellung des Pflegebedarf oder die Steuerung, und Evaluation des Pflegeprozesses nicht vermitteln.
§ 5 Abs. 2b	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP lehnt den Vorschlag der DKG ab. (Begründung s.o.) Änderungsvorschlag: In der Verbindung mit der Begründung zu § 4 Abs. 3 schlägt die DFPP folgende Änderung vor: <i>„b) Pflegefachpersonen nach § 1 PflBG (Dazu gehören Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger) Dazu zählen auch Pflegefachpersonen nach § 1 PflBG mit einer Weiterbildung im Bereich Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss Bachelor bzw. Master“</i> Begründung: Die Berufsgruppe der Erzieherinnen und Erzieher, Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger, Jugend- und

	Heimerzieherinnen und Jugend- und Heimerzieher sind aus diesem Vorschlag herausgenommen worden, da diese nicht zu den Pflegefachpersonen nach § 1 PflBG gehören. Diese Logik ist in der Gesamtsystematik der PPP-RL konsequent, da der Verweis auf berufsrechtliche Aspekte im Kontext der Psycholog:innen schon genutzt wird. In Deutschland gibt es ein heterogenes Bild, was den Einsatz von pädagogischem Personal in Kinder- und Jugendpsychiatrien angeht. Um dieser heterogenen Situation gerecht zu werden schlagen wir vor, den §2 Abs. 10 vierter Spiegelstrich wie folgt zu ergänzen: <i>„sowie Erzieherinnen und Erzieher, Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieherinnen und Jugend- und Heimerzieher in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken/Abteilungen.“</i>
§ 6 Abs. 6	Stellungnahme mit Begründung: Die DFFP unterstützt den Vorschlag des GKV-SV zur Konkretisierung der Malusregel zur 10%igen Verringerung der Minutenwerte. Der Terminus der Versorgungsverpflichtung ist bundesweit nicht rechtssicher geklärt. Daher hilft die Konkretisierung, um Uneinigkeiten zu reduzieren.
	Änderungsvorschlag:
§ 6 Abs. 7 § 6 Abs. 8	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP lehnt den Vorschlag von PatV/BPtK ab. Begründung s.o.
	Änderungsvorschlag:
§ 7 Abs. 5	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP unterstützt den Vorschlag der DKG. Begründung s.o.

	Änderungsvorschlag:
§ 8 Abs. 3 Satz 2	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP findet den Vorschlag der DKG (a,b und c), die gegenseitige Anrechnung weitere Berufsgruppen gemäß § 5 Abs. 1 nachvollziehbar. Allerdings sollte bei Anrechnung eine eindeutige Benennung der Regelaufgaben der Berufsgruppen erfolgen, die durch die Anrechnung übernommen werden. Ansonsten besteht die Gefahr von Verschiebungen zwischen den Berufsgruppen ohne Kompensation der Regelaufgaben. (Eine Aktualisierung des Katalogs der Regelaufgaben fordert die DFPP schon lange.) Die weiteren Vorschläge von DKG und PatV die Berufsgruppen nach § 5 Abs. 1 Satz 1 e und f (DKG) oder nur f (PatV) bei der Anrechnung auszuklammern ist nicht verständlich. Daher widerspricht die DFPP diesen Vorschlägen. Änderungsvorschlag:
§ 8 Abs. 3 Satz 3	Stellungnahme mit Begründung: Die Vorschläge von DKG und PatV die Berufsgruppen nach § 5 Abs. 1 Satz 1 e und f (DKG) oder nur f (PatV) bei der Anrechnung auszuklammern ist nicht verständlich. Daher widerspricht die DFPP diesen Vorschlägen. Was die Anrechnung der Berufsgruppen a, b und c angeht (Vorschlag der DKG) angeht, so sollte, wie schon in § 3 Abs. 3 Satz 2 vorgeschlagen, bei Anrechnung eine eindeutige Benennung der Regelaufgaben der Berufsgruppen erfolgen die durch die Anrechnung übernommen werden. Ansonsten besteht die Gefahr von Verschiebungen zwischen den Berufsgruppen ohne Kompensation der Regelaufgaben. Änderungsvorschlag:

§ 8 Abs. 3 Satz 3	Stellungnahme mit Begründung: Der Vorschlag der DKG wird von der DFPP grundsätzlich abgelehnt, da hier auf eine Überprüfung verzichtet wird. Der Vorschlag des GKV-SV/PatV/BPtK wird im Grundsatz unterstützt. Allerdings hängt die Aufzählung der Berufsgruppen von den Entscheidungen im § 8 Abs. 3 Satz 1-3 ab. Änderungsvorschlag:
§ 8 Abs. 3 Satz 4	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP spricht sich gegen den Vorschlag des GKV-SV zur Streichung des Halbsatzes „, solange eine Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt. Die Qualifikation muss eine mindestens vergleichbare pflegerische oder therapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten sicherstellen. Die Qualifikations-erfordernisse können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung nachgewiesen werden.“ aus. Aus Sicht von qualitativen Aspekten scheint eine Streichung nicht sinnvoll. Änderungsvorschlag:
§ 8 Abs. 3 Satz 5 in Verbindung mit § 8 Abs. 3 Satz 6	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP unterstützt den Vorschlag der DKG, der Streichung des Anrechnungsverbotes von Hilfskräften auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Abs. 1 Buchstabe a und 2 Buchstabe a. Dieser Punkt wird seit Jahren in sämtlichen Anhörungsverfahren zur Richtlinie thematisiert. Gerade im ärztlichen Bereich sind Regelaufgaben beschrieben, die über Hilfskräfte abgenommen werden könnten (z. B. in Dokumentation, Blutentnahmen etc.). Daher muss auch eine Grenze der Anrechnung festgelegt werden. Änderungsvorschlag:

§ 8 Abs. 3 Satz 6 erster Spiegelstrich	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP widerspricht dem Vorschlag der DKG zur Erhöhung der Hilfskraftanrechnung in den Berufsgruppen b auf 30%. Dieser Vorschlag würde zu einer Deprofessionalisierung der Pflege und damit zu einem großen Qualitätsverlust wie auch zu Sicherheitsrisiken in der Patientenversorgung führen. Der Gedanke, dass diejenige Berufsgruppe, die in der Regel 123 von 168 Wochenstunden alleine für die Bedarfe der Patienten präsent ist, einen weitaus höheren Anteil Hilfskräfte als andere Akteure trägt, belegt fehlendes Wissen zu den Anforderungen an Krankenbehandlung und Krisenmanagement außerhalb der klassischen Therapiezeiten. Er darf aus Sicht der DFPP auf keinen Fall umgesetzt werden. Änderungsvorschlag:
§ 8 Abs. 5 Satz 6 vierter und fünfter Spiegelstrich	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP lehnt den Vorschlag der DKG (Streichung vierter und fünfter Spiegelstrich) und den Vorschlag der PatV (Streichung des fünften Spiegelstriches) ab. Die Anerkennung von Hilfskräften kann auch in den Berufsgruppen gemäß § 5 Abs. 1 Buchstabe e und f sinnvoll sein. Änderungsvorschlag:
§ 8 Abs. 7 (neu)	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP kann die Intention der Vorschläge des GKV-SV, der DKG und der PatV verstehen, lehnt sie aber in dieser Form ab. Die dargestellten Berufsbezeichnungen sind noch nicht einheitlich geregelt. Aktuell gibt es in den 16 Bundesländern 27 Berufsbezeichnungen für gelernte Pflegehilfspersonen. Nur in sechs Bundesländern beträgt die Ausbildungszeit über 12 Monate. Zurzeit befindet sich der Kabinettsbeschluss zur bundeseinheitlichen Ausbildung zur Pflegefachassistenz, nach der ersten Lesung im Bundestag, noch in der Abstimmung. Mit einer Umsetzung ist frühestens 2027 zu rechnen. Neben dieser Problemlage, kann es bei einer Umsetzung des Vorschlages und keiner Veränderung des § 5 Abs. 1 Buchstabe b und 2 Buchstabe b zu enormen fachlichen Defiziten kommen, die eine Gefährdung der Patient:innen mit sich bringen. Konkret bedeutet dies, dass es nach PPP-Richtlinie zu einer legitimierte Besetzung im Nachdienst von z.B. Heilerziehungspfleg:innen in Verbindung mit einer Pflegehilfskraft kommen kann. Ergo eine nicht zu verantwortende

	Situation, da niemand auf der Station im Dienst ist, der die Pflegevorbehaltsaufgaben oder andere medizinische Tätigkeiten ausführen kann/darf. So kann es auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu ähnlichen Situationen kommen. Hier wäre es denkbar, dass ein/e Erzieher:in mit einer Pflegehilfskraft im Dienst ist. Auch diese Kombination wäre durch die Richtlinie legitimiert aber gleichsam unverantwortlich. Sollte man einem dieser Vorschläge folgen, so würde das Ziel und der Zweck der Richtlinie konterkariert. Wir zitieren: § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich (1) Diese Richtlinie legt gemäß § 136a Absatz 2 SGB V geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest. Dazu werden insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung bestimmt. Die Mindestvorgaben sollen einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Die mit dieser Richtlinie festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
	Änderungsvorschlag: Um der Intention der PPP Richtlinie gerecht zu werden und die Vorschläge des GKV-SV, der DKG und der PatV, zu dem neuen Abs. 7, aufzugreifen, macht die DFPP folgenden Vorschlag: Grundlage für diesen Vorschlag ist die Anpassung der Berufsbezeichnungen gemäß § 5 Abs. 1b und 2b nach unserem Vorschlag (s.o.). Erfolgt diese Anpassung nicht, ist auch der folgende Vorschlag obsolet. Bei einer Anpassung des § 5 Abs. 1b und 2b könnte folgender Vorschlag umgesetzt werden. (7) Eine Anrechnung von Pflegehilfskräften, die eine mindestens 12 monatige Ausbildung nach berufsrechtlichen Vorgaben der Bundesländer (hier wird man wohl im Folgejahr die Ausbildung zur Pflegefachassistentin ergänzend erwähnen) erfolgreich absolviert haben, ist im Nachdienst möglich, solange sichergestellt ist, dass zugleich pro Station und Nacht hauptverantwortlich eine Fachkraft der Berufsgruppen gemäß § 5 auf den Stationen, auf denen Pflegehilfskräfte eingesetzt werden, tätig ist. Eine Anrechnung von anderen Fach- und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen gemäß § 8 Absatz 5 ist im Nachdienst ausgeschlossen.
§ 13 Abs. 5 in Verbindung mit Abs. 6	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP lehnt den Vorschlag der DKG zur Ausweitung der Übergangszeiten ab. Die DFPP geht nicht davon aus, dass eine Verschiebung der Übergangsfristen zu einer verbesserten Personalausstattung derjenigen Kliniken führt, die bisher unterhalb der Vorgaben der PPP Richtlinie liegen. Es würde aus Sicht der DFPP sogar zu

§ 26 Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 4	einem umgekehrten Effekt kommen, da man sich mittlerweile darauf verlassen kann, dass Sanktionen immer verschoben werden.
	Änderungsvorschlag:

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis *(Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.)*



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
gemäß §§ 91 Abs. 5a, 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und
1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO
zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum
Erfassungsjahr 2026**

Datum	03.03.2025
Stellungnahme von	Deutscher Verband Ergotherapie e.V (DVE)

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die zunehmende Entwicklung der Zusammenfassung von Berufsgruppen (§5) bei gleichzeitiger Ausweitung der Anrechnungsmöglichkeiten sehen wir sehr kritisch und haben große Bedenken bzgl. der Versorgungsqualität. Selbstverständlich sollte es einen Spielraum für die gegenseitige Anrechenbarkeit geben, wie er im ursprünglichen Grundkonzept (Minutenwerte je Berufsgruppe sowie im Umfang begrenzte Anrechenbarkeit) auch vorgesehen war, mittlerweile übersteigen diese Möglichkeiten den betrieblich notwendigen Raum für Flexibilität und bieten überproportional Möglichkeit unabhängig von Qualität und Bedarfen der Klient:innen willkürlich personelle Strukturen zu gestalten; s.a. Stellungnahme zu §5 auf der nächsten Seite.
Die Beschreibung der Regelaufgaben ist seit langem stark überarbeitungsbedürftig, auch werden Inhalte und Begrifflichkeiten aus den 90er Jahren unreflektiert fortgeschrieben. Im Zusammenhang mit der Zusammenfassung der Fachberufe in einer Gruppe ist die Überarbeitung unumgänglich. Der vorliegende Vorschlag ist dabei völlig untragbar (s.a. Stellungnahme zu Anlage 4 auf den nächsten Seiten). Diese Überarbeitung benötigt zudem die Expertise der beteiligten Berufsgruppen und kann nicht ohne diese sachgerecht formuliert werden.
Eine Anpassung der Minutenwerte der Ergotherapie (wie auch der anderen Fachberufe im Bereich Therapie, Pädagogik und Sozialer Arbeit) ist – im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen – weiterhin nicht erfolgt. Im Gegenteil ist die Ergotherapie aufgrund der Zusammenfassung mit den Künstlerischen Therapie weiterhin die einzige Berufsgruppe, die eine Reduzierung der Minutenwerte erfahren hat. Eine Anhebung der Minutenwerte ist dringend notwendig, eine leitliniengerechte Therapie ist so nicht möglich, der Stand aus der PsychPV aus den 90er Jahren ist lange überholt.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph/ Absatz bzw. Anlage/ Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)
§5 Ergänzung a) Physician Assistant b) Medizinische Fachangestellte	Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen diese jeweilige Zuordnung bzw. Ergänzung, da dies die einzig sinnhafte Einordnung dieser Berufsgruppen darstellt. Änderungsvorschlag: Übernahme
§5 (Abs 1) Zusammenfassung von d) +e) bzw. Zusammenfassung von d) + e) + f)	Stellungnahme mit Begründung: Grundsätzlich halten wir eine Zusammenfassung der verschiedenen Berufe in Sammelgruppen für nicht sinnvoll, da damit die Möglichkeit eröffnet wird, ganze Berufsgruppen (und ihre Leistungen) durch andere zu ersetzen. Dies bildet leitlinienorientierte Behandlung nicht ab und widerspricht dem Verständnis, dass alle Berufsgruppen spezifische und für die Versorgung notwendige Leistungen beitragen. Diese Problematik besteht allerdings bereits seit der Umwandlung der Gruppe d) von Ergotherapie in Spezialtherapie, wo mittlerweile bereits Berufsgruppen zusammengefasst werden, deren Schnittmenge begrenzt ist. Vor diesem Hintergrund und wenn eine differenzierte Betrachtung aller Berufsgruppen mit angemessenen Anrechnungsmöglichkeiten nicht mehr gewollt ist, ist es aus unserer Sicht die konsequente Lösung dann jedoch alle Berufsgruppen aus den Gruppen d, e und f zusammenzufassen. Damit sollte dann zudem auch der fragwürdige Begriff „Spezialtherapie“ aufgehoben werden, der jeder fachlichen Grundlage entbehrt. Eine sinnvolle Bezeichnung dieser Gruppe wäre: Fachberufe aus den Bereichen Therapie, Pädagogik und Sozialer Arbeit. Änderungsvorschlag: Gruppe d) Fachberufe aus den Bereichen Therapie, Pädagogik und Sozialer Arbeit, z.B. ~~Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, und Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten), Fachpersonal mit bewegungstherapeutischem oder sport-bezogenem Schwerpunkt (z. B. Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Motopädagoginnen und Motopädagogen), sozialpädagogisches Fachpersonal (z. B.~~

	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen.
§5 (Abs 2) Zusammenfassung von d) +e) bzw. Zusammenfassung von d) + e) + f)	Stellungnahme mit Begründung: s. vorherige (§5 Abs 1)
	Änderungsvorschlag: Gruppe d) Fachberufe aus den Bereichen Therapie, Pädagogik und Sozialer Arbeit, z.B. ~~Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, und Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten), Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Fachpersonal mit bewegungstherapeutischem oder sport-bezogenem Schwerpunkt (z. B. Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Motopädagoginnen und Motopädagogen), sozialpädagogisches Fachpersonal (z. B. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen.~~
§8 (2) Anrechnung von Fach- und Hilfskräften in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung zu einer der Berufsgruppen gemäß § 5 während der Zeit ihrer Aus- oder Weiterbildung	Kommentar: Eine berufsbegleitende Ausbildung in der Ergotherapie ist bisher nicht möglich.
	Änderungsvorschlag: ./.
§8 (3) Verlängerung bzw. Entfristung der Anrechnung von c) auf d) etc.	Stellungnahme mit Begründung: Gegen eine Verlängerung oder gar Entfristung sprechen wir uns nachdrücklich aus. Die einseitige Anrechnung ist fachlich-inhaltlich nicht begründbar. Zudem gibt es überaus weitreichende Flexibilität bei der Gestaltung der personellen Zusammensetzung.
	Änderungsvorschlag: Unveränderte Beibehaltung der bisherigen Formulierung und Beendigung der einseitigen Anrechnungsmöglichkeit.

Anlage 4 Regelaufgaben Abschnitt 4 / Gruppe d neu	Stellungnahme mit Begründung: Die Regelaufgaben der Gruppen d, e und f sind aufgrund der Zusammenführung neu zu gestalten. Der mit diesem Änderungsvorschlag vorliegende Vorschlag ist völlig ungeeignet. Es wurden lediglich Inhalte aus e+f nach d verschoben ohne jegliche Anpassungen. Dabei sind Fehlsortierungen zu den Unterüberschriften erfolgt, es sind Dopplungen entstanden und die Leistungen der Ergotherapie und der Künstlerischen Therapien, die früher durch die Gruppenüberschrift gesetzt waren, sind nicht mehr erkennbar. Die im Folgenden vorgeschlagenen Änderungen sind so knapp wie möglich gehalten, punktuell wurde das Wording angepasst (in Bezug auf das Selbstverständnis des bio-psycho-sozialen Modells der ICF). Mit diesen minimal notwendigen Anpassungen, die durch die Zusammenführung unumgänglich wird, wäre die Beschreibung der Regelaufgaben zumindest befristet bis zu einer grundlegenden Überarbeitung tragbar. Entsprechend ist es unbedingt notwendig, mit der nächsten Überarbeitung der PPP-RL eine koordinierte und mit den beteiligten Berufsgruppen abgestimmte Überarbeitung vorzunehmen. Änderungsvorschlag: s. Folgeseiten – 1x Formulierungsvorschlag – 1x Formulierungsvorschlag im Überarbeitungsmodus zur besseren Nachverfolgung



Formulierungsvorschlag Regelaufgaben

➔ **Erwachsenenpsychiatrie**

4. Regelaufgaben der Fachberufe aus den Bereichen Therapie, Pädagogik und Soziale Arbeit

1. Grundversorgung

- fachspezifische Anamnese und Diagnostik inkl. Einsatz und Auswertung geeigneter Test-/Assessmentverfahren
- fachspezifische Therapieplanung
- Mitwirkung bei der fachübergreifenden Beschreibung krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie bei der übergreifenden Therapieplanung
- Evaluation der jeweiligen fachspezifischen Maßnahmen
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Maßnahmen

- Individuelle Ergotherapie (inkl. Arbeitstherapie)
- Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung
- Hilfe zur Wiedereingliederung in Arbeit und Beruf einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten
- Individuelle Künstlerische Therapie
- Soziales Kompetenztraining
- Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren psychischen Erkrankungen inkl. psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie
- Individuelle Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen
- individuelle Beratung im Rahmen Sozialer Arbeit; Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern sowie Hilfen zur finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes
- Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich sowie im familiären und gesellschaftlichen Leben einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche
- Beratung von Zugehörigen und Mitwirkung an Familientherapien

3. Gruppenbezogene Maßnahmen

- ergotherapeutische Gruppen
- Arbeitstherapie und Belastungserprobung

- Künstlerische Therapie in der Gruppe
- Freizeitgestaltung, Aktivitätsgruppen
- Kontakt und kommunikationsfördernde Gruppen
- Gymnastik und Sporttherapie in der Gruppe
- Bewegungstherapie und Physiotherapie in der Gruppe
- Entspannungsgruppen
- Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen
- Mitwirkung an Angehörigengruppen

4. Mittelbarpatientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team sowie an Stationsversammlungen
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben
- Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der jeweiligen therapeutischen bzw. pädagogischen Maßnahmen

➔ **Kinder-/Jugendpsychiatrie**

4. Regelaufgaben der Fachberufe aus den Bereichen Therapie, Pädagogik und Soziale Arbeit

1. Grundversorgung

- fachspezifische Anamnese und Diagnostik inkl. Einsatz und Auswertung geeigneter Test-/Assessmentverfahren
- Mitwirkung bei der fachübergreifenden Beschreibung krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie bei der übergreifenden Rehabilitationsplanung
- Ergänzung der kinderpsychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Entwicklungsdiagnostik mit Prüfung des sensomotorischen Entwicklungsprofils und der Planung der Behandlungsmaßnahmen
- fachspezifische Therapieplanung
- Evaluation der jeweiligen fachspezifischen Maßnahmen
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Individuelle Ergotherapie (inkl. Funktioneller Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitivem Training, neurophysiologisch orientierter Behandlung)

- Individuelle Künstlerische Therapie
- Soziales Kompetenztraining
- Basale Stimulation
- individuelle Sprachtherapie (inkl. Förderung der Sprechmotorik, Lautanbahnung und Artikulationstraining sowie Begriffsbildung, Aufbau von aktivem und passivem Wortschatz sowie grammatikalischer und syntaktischer Modelle)
- Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren psychischen Erkrankungen; Übungsbehandlung nach Bobath oder Vojta
- Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen
- Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie)
- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungs- und Körpertherapie
- Heilpädagogische Einzelmaßnahmen
- Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe für Kinder und Jugendliche und ihre Familien
- Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern
- Hilfe zur (Wieder)Eingliederung in Schule, Ausbildung und Arbeit einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten
- Vorbereitung und Mithilfe bei der außerfamiliären Unterbringung
- Beratung von Zugehörigen und Mitwirkung an Familientherapien

3. Gruppenbezogene Behandlung

- ergotherapeutische Gruppen (inkl. arbeitstherapeutischer Gruppenangebote)
- Künstlerische Therapie in der Gruppe
- Lebenspraktisch orientierte Gruppenangebote, Freizeitgestaltung, Aktivitätsgruppen
- Arbeitstherapie, Fertigungs- und Belastungserprobung
- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen
- Gymnastik und Sporttherapie in der Gruppe
- Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie)
- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie und Körpertherapie in der Gruppe
- Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen (z.B., Projekt- und Aktivitätsgruppen)
- Mitwirkung an Angehörigengruppen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team sowie an Stationsversammlungen

- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben
- Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination

Regelaufgaben (Überarbeitungsmodus zur besseren Nachvollziehbarkeit)

Erwachsenenpsychiatrie

4. Regelaufgaben der Fachberufe aus den Bereichen Therapie, Pädagogik und Soziale Arbeit-
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Fachberufe mit bewegungstherapeutischem oder
sportbezogenem Schwerpunkt, sozial-pädagogisches Fachpersonal

1. Grundversorgung

- fachspezifische Anamnese und Diagnostik inkl. Einsatz und Auswertung geeigneter Test-
/Assessmentverfahren
- fachspezifische Therapieplanung
- Mitwirkung bei der fachübergreifenden Beschreibung Anamnese/Diagnostik-
krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich und
Ressourcen sowie bei der übergreifenden Therapieplanung
- ~~Mitwirkung bei Anamnese und Befunderhebung (Sozialanamnese und psychosoziale
Diagnostik)~~
- ~~Ergänzung der medizinischen und psychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Diagnostik~~
- Evaluation der jeweiligen fachspezifischen Maßnahmen
- ~~Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder
Folgeerkrankungen~~
- ~~Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern sowie Hilfen zur
finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes~~
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung-Maßnahmen und sozialpädagogische Behandlung

- Individuelle Ergotherapie (inkl. Arbeitstherapie)
- Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung
- Hilfe zur Wiedereingliederung im Arbeitsbereich einschließlich der notwendigen
Außenaktivitäten
- Spezifische Individuelle Künstlerische Kreativitätsfördernde Behandlung- Therapie einschließlich
Musiktherapie und Gestaltungstherapie
- Sozialtherapeutisches Kompetenztraining

- Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren psychischen Erkrankungen inkl. Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie
- Individuelle Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen
- ~~Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie~~
- individuelle Beratung im Rahmen Sozialer Arbeit; Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern sowie Hilfen zur finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes
- Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich sowie im familiären und gesellschaftlichen Leben einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche
- ~~Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung~~
- ~~Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung~~
- ~~Sozialtherapeutisches Kompetenztraining~~
- ~~Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich sowie im familiären und gesellschaftlichen Leben einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche~~
- ~~Hilfe zur Wiedereingliederung im Arbeitsbereich einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten~~
- Familienberatung/Beratung von Zugehörigen und Mitwirkung an Familientherapien

3. Gruppenbezogene BehandlungMaßnahmen

- ergotherapeutische Gruppen
- Arbeitstherapie und Belastungserprobung
- Kreativitätsfördernde Künstlerische Therapie einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie in der Gruppe
- ~~Lebenspraktisch orientierte Therapie~~
- ~~Arbeitstherapie und Belastungserprobung~~
- Freizeitprogramme/Freizeitgestaltung, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen
- Kontakt und kommunikationsfördernde Gruppen
- Gruppengymnastik/Gymnastik und Sporttherapie in der Gruppe
- Bewegungstherapie und Physiotherapie in der Gruppe
- Entspannungsübungen/Entspannungsgruppen
- Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen ~~(z. B. lebenspraktische Gruppen zur Erweiterung und Festigung der Kompetenzen im sozialen Bereich, Aktivitätsgruppen)~~
- ~~Teilnahme an Stationsversammlungen~~
- Mitwirkung an Angehörigengruppen

4. Mittelbarpatientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team sowie an

Stationsversammlungen

- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben
- Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der jeweiligen therapeutischen bzw. pädagogischen Maßnahmen ~~Bewegungs- oder einer anderen Spezialtherapie~~

Kinder-/Jugendpsychiatrie

Regelaufgaben der Fachberufe aus den Bereichen Therapie, Pädagogik und Soziale Arbeit ~~Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Fachberufe mit bewegungstherapeutischem oder sportbezogenem Schwerpunkt, sozial pädagogisches Fachpersonal~~ **1. Grundversorgung**

1. Grundversorgung

- fachspezifische Anamnese und Diagnostik inkl. Einsatz und Auswertung geeigneter Test-/Assessmentverfahren
- ~~- Mitwirkung bei der Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich; Planung, Durchführung, Verlaufskontrolle der Spezialtherapie und Sprachtherapie~~
- ~~- Mitwirkung bei der Anamnese und Befunderhebung (Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik)~~
- Mitwirkung bei der fachübergreifenden Beschreibung krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie bei der übergreifenden Rehabilitationsplanung
- ~~Ergänzung der kinderpsychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Entwicklungsdiagnostik mit Prüfung des sensomotorischen Entwicklungsprofils und der Planung der Behandlungsmaßnahmen~~
- ~~- Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen~~
- ~~- Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern~~
- fachspezifische Therapieplanung
- Evaluation der jeweiligen fachspezifischen Maßnahmen
- ~~Dokumentation~~

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Individuelle Ergotherapie (inkl. ~~Funktioneller~~ Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training, neurophysiologisch orientierter Behandlung von Leistungsdefiziten)
- Individuelle Künstlerische Therapie
- ~~Sozialtherapeutisch~~es Kompetenztraining
- ~~Basale Stimulation~~

- ~~—individuelle Sprachtherapie (inkl. Förderung der Sprechmotorik, Lautanbahnung und Artikulationstraining sowie~~
- ~~Begriffsbildung, Aufbau von aktivem und passivem Wortschatz sowie grammatikalischer und syntaktischer Modelle)~~
- ~~—Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren psychischen~~
Erkrankungen; Übungsbehandlung nach Bobath oder Vojta
- ~~—Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen~~
- Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie)
- ~~—Psychotherapeutisch orientierte Bewegungs- und Körpertherapie~~
- ~~—Heilpädagogische Einzelmaßnahmen~~
- ~~—Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe für Kinder und Jugendliche und ihre Familien~~
- ~~—Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern~~
- ~~—Hilfe zur (Wieder)Eingliederung in Schule, Ausbildung und Arbeit einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten~~
- ~~—Vorbereitung und Mithilfe bei der außerfamiliären Unterbringung~~
- ~~Familienberatung~~Beratung von Zugehörigen und Mitwirkung an Familientherapien
- ~~—Beeinflussung emotionaler Probleme mittels kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie—~~
- ~~—Funktionelle Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training, neurophysiologisch orientierte Behandlung von Leistungsdefiziten—~~
- ~~—Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung—~~
- ~~—Förderung der Sprechmotorik, Lautanbahnung und Artikulationstraining—~~
- ~~Begriffsbildung, Aufbau von aktivem und passivem Wortschatz sowie grammatikalischer und syntaktischer Modelle—~~

3. Gruppenbezogene Behandlung

- ergotherapeutische Gruppen (inkl. arbeitstherapeutischer Gruppenangebote))
- Künstlerische Therapie in der Gruppe
- ~~—Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie—~~
- Lebenspraktisch orientierte ~~Therapie-~~Gruppenangebote, Freizeitgestaltung, Aktivitätsgruppen
- Arbeitstherapie, Fertigungs- und Belastungserprobung
- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen
- ~~Gruppeng~~Gymnastik und Sporttherapie in der Gruppe
- Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie)
- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie und Körpertherapie in der Gruppe
- Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen ~~zur Erweiterung und Festigung der~~

~~Kompetenzen im sozialen Bereich~~(z.B., Projekt- und Aktivitätsgruppen

~~Teilnahme an Stationsversammlungen~~

- Mitwirkung an Angehörigengruppen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team sowie an Stationsversammlungen
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben
- Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination ~~der jeweiligen Spezialtherapie~~

Stellungnahme

**gemäß §§ 91 Abs. 5a, 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und
1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) Verfo**

**zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL
zum Erfassungsjahr 2026**

Datum	04.03.2025
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) Verfasser: Prof. Dr. Michael Kölch (Präsident der DGKJP), Dr. Marianne Klein (Vorsitzende der BAG KJPP)

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Generell erleben praktisch Tätige im Bereich der KJPP, dass sich seit Inkrafttreten der PPP-RL Verbesserungen hinsichtlich der Personalausstattung ergeben haben. Laut BAG KJPP wurde von entsprechenden Klinikleitungen breit zurückgemeldet, dass entgegen häufiger Erfahrungen aus der Zeit vor dem Inkrafttreten der PPP-RL klinisch erforderliche Personalbedarfe durch die Träger generell anerkannt werden, und es auch Ziel der Träger ist, die PPP-RL VK nicht zu unterschreiten. An dieser Stelle soll nicht auf das offenbar regional durchaus bestehende Problem eingegangen werden, dass in den Budgetverhandlungen seitens der Kostenträger die Personalmindestvorgabe PPP-RL als Maximum für die Entgeltverhandlungen missverstanden wird. Entscheidend sind in der aktuellen Situation die beiden folgenden Punkte, vor denen auch die Verantwortlichen im Bereich der KJPP nicht die Augen verschließen können: 1. Fachkräftemangel: In den meisten Berufsgruppen, die in der PPP-RL für KJPP vorgesehen sind, herrscht extremer Fachkräftemangel. Dies betrifft in der KJPP nicht nur die Pflege, sondern besonders auch den Bereich der Pädagogik, Sozialarbeit und Fachtherapie

(Ergotherapeuten, Künstlerische Therapeuten, Bewegungstherapeuten) - (vgl. weiter unten). Dass die Quote an Fachärzt:innen für KJPP besonders niedrig ist, ist seit langem bekannt. Die DGKJP hat große Anstrengungen unternommen, um vermehrt Nachwuchs zu gewinnen, und die Zahl der Fachärzt:innen hat sich deutlich erhöht. Allerdings sind diese auch im ambulanten Bereich tätig, der enorm aufgewachsen ist und gleichzeitig aufgrund der Altersstruktur überproportional viel Nachwuchs benötigt. Bei jährlich zuletzt 160 Facharztprüfungen machen diese gerade 8 % der berufstätigen Kinder- und Jugendpsychiater:innen aus, was für den Erhalt der Facharztgruppe im jetzigen Umfang nicht ausreicht.

2. Veränderung der Arbeitswelt: Es ist bekannt, dass sowohl durch Anforderungen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, aber auch durch erhöhte Ausfallzeiten seit der Covid-Pandemie die Produktivität insgesamt sinkt – auch im Bereich der KJPP. Teilzeitstellen, längere Ausfallzeiten, das Absolvieren aller und deutlich umfänglicher gewordener Weiterbildungsinhalte in der Arbeitszeit, wie von Gewerkschaften und BÄK gefordert, stellen die Kliniken vor Herausforderungen und müssen in der Konzeption der Versorgung berücksichtigt werden. Sie müssen auch in der PPP-RL Berücksichtigung finden.

Dies bedingt: Es ist derzeit nicht allein eine Frage des Geldes, entsprechendes Personal vorzuhalten, sondern auch eine Frage der Verfügbarkeit. Insofern bedarf es bei der PPP-RL sowohl hinsichtlich der Einteilung nach Berufsgruppen und der gegenseitigen Anrechenbarkeit als auch bei der Anrechnung von Hilfskräften mehr Flexibilität.

Die Auswertungen des IQTIG zeigen, dass 64,2 % aller Kliniken für KJPP einen Umsetzungsgrad von mindestens 95 % nach PPP-RL § 7 Abs. 3 aufweisen. In der Differenz zwischen den Auswertungen nach § 7 Abs. 3 und 4 zeigt sich auch die Absurdität der derzeitigen PPP-RL-Regelungen: Die Kleinteiligkeit der Nachweise lässt eben keinen Rückschluss auf die generelle Personalausstattung einer Einrichtung zu. Wenn Einrichtungen mit einem sehr hohen generellen Erfüllungsgrad dennoch die Untergrenzen nach § 7 Abs. 4 nicht einhalten, zeigt dies, dass ein systematischer Fehler in der PPP-RL vorliegt. Dieser liegt darin, dass eine Unterfüllung in einer Berufsgruppe (dabei kann es sich in den kleinen Einheiten der KJPP um eine einzige Teilzeitstelle handeln) bereits zur Nichteinhaltung insgesamt führt – auch wenn diese Situation die Behandlung der Patient:innen nicht beeinträchtigt. Unter o.g. Aspekten des Fachkräftemangels, aber auch unter dem Aspekt der Finanzsituation der GKV, halten wir es für illusorisch, dass generelle Erfüllungsquoten nach § 7 Abs. 3 von 130 % oder höher erreichbar sind, die dann das „Risiko“, die Anforderungen nach § 7 Abs. 4 PPP-RL zu unterschreiten, minimieren würden.

Die Weiterentwicklung der PPP-RL verschlingt enorme Ressourcen auf Seiten aller Beteiligten – sowohl auf der Ebene der Gestaltung der PPP-RL durch Verbände und Delegierte als auch auf der lokalen Ebene im Sinne der kleinteiligen Nachweise. Es wäre wünschenswert, wenn dieser Aufwand in die Weiterentwicklung der Versorgung mit allseits anerkannten notwendigen Reformen fließen würde anstatt in weitere bürokratische Feingranulation. Dies nützt den Menschen, um die es eigentlich geht – den Patient:innen nämlich – wenig.

Die Vorschläge zu einer Weiterentwicklung der KJPP sind von allen drei Fachverbänden (DGKJP, BAG KJPP, BKJPP) konsentiert veröffentlicht (vgl. [Romanos, M et al. \(2024\) Wie sichern wir in Zukunft die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen?](#)). Diese

beinhalten als einen wesentlichen Grundzug eine Flexibilisierung der Behandlung und Ambulantisierung. Bei hochgradig divergenten Bettenmessziffern für die KJPP zwischen den Bundesländern wird dies auch bedeuten, dass einerseits an manchen Standorten Betten reduziert werden, während in anderen Ländern ein maßvoller Aufwuchs stattfinden muss. Vor allem aber bedarf es neuer Behandlungskonzepte, die die stationäre Behandlung möglichst kurz halten. Dafür sind auch Änderungen im investiven Bereich notwendig, wonach nicht mehr das Bett allein die Landesfinanzierung bedingen darf, etc. Wir sehen mit großer Sorge, dass zwar seit mehreren Jahren hierzu von allen Seiten diskutiert wird und sogar weitgehend Einigkeit zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern besteht, jedoch in der Realität wenig im Bereich der KJPP geschehen ist. Die Regelungen nach §6 4b SGB V sind ohne Kontrahierungszwang für die KJPP kaum umsetzbar (nicht umsonst sind die wenigen Projekte eher durch „große“ Träger erfolgt), außerdem ist die KJPP damit nur „Annex“ der Erwachsenen-Psychiatrie. Die anstehenden Reformen im somatischen Bereich drohen zur Folge zu haben, dass die Weiterentwicklung im KJPP-Bereich völlig hintangestellt wird. Auch dies sollte bei der Ausgestaltung der PPP-RL bedacht werden.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph/ Absatz bzw. Anlage/ Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge
§ 2 Abs. 7	Stellungnahme mit Begründung: In der Tat führt der Stationsbezug gerade im Bereich der KJPP mit den kleinen OE dazu, dass Personal anteilig zugeordnet werden muss, z.B. im Bereich der Fachtherapien, aber auch in anderen Berufsgruppen. Stationsübergreifende Therapiemaßnahmen werden dadurch nur schwer abbildbar bzw. unnötig bürokratisch kompliziert darzustellen. Das der PPP-RL zugrunde liegende Stationskonzept ist ein überkommenes statisches und wird in dieser Form kaum noch gelebt; heute muss mit viel flexiblerer Ressourcenallokation praktisch gearbeitet werden. Insofern halten wir einen auf die gesamte Einrichtung bezogenen Nachweis für sinnvoll und realitätsangemessen. Um ggfs. eine Personalverschiebung aus dem teil- und vollstationären Bereich (inkl. StäB) hinaus zu verhindern, z.B. in die PIA, könnte man hier unproblematisch dazu verpflichten, nur im Bereich der (teil-)stationären Versorgung tätige Personen anzugeben. Eine Prüfung dazu findet im Übrigen auch durch die StrOPS-Prüfung statt.
	Änderungsvorschlag: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG an.
§ 2 Abs. 8	Stellungnahme mit Begründung: Identische Begründung wie zu § 2 Abs. 7.
	Änderungsvorschlag: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG an.
§ 5 Abs. 2	Stellungnahme mit Begründung: Die Aufnahme von Physician Assistants ist durchaus sinnvoll. Sie können Ärztliche Psychotherapeut:innen in der KJPP z.B. bei Tätigkeiten wie Medizinischen Untersuchungen, Befundsuche, Arztbriefschreibung, Vorbereitung von MD-Prüfungen, Ausstellung von ärztl. Stellungnahmen

etc. entlasten. Da die Tätigkeit von Ärzt:innen in der KJPP auch komplex psychotherapeutisch ist (sich je nach der verfügbaren Ärzte-Ausstattung aber hin zu mehr „medizinischen“ Tätigkeiten bewegt), sehen wir hier in der Praxis keine Gefahr, dass Ärzt:innen durch diese neue Berufsgruppe „ersetzt“ werden. Es könnte den Beruf für Weiterbildungsassistent:innen sogar attraktiver gestalten.

Auch MFA können sinnvoll die interdisziplinäre Ausstattung ergänzen, z.B. mit Tätigkeiten wie Konsilanmeldungen, Blutentnahmen, Therapieplangestaltung, Aufnahme- und Entlassplanung, Terminkoordination von Elterngesprächen, Therapiekontrolllisten-Überprüfung etc. In der Realität beschäftigen etliche Einrichtungen bereits MFAs in den „Stationsbüros“ oder Stützpunkten zu diesen Zwecken.

Die Zusammenfassung der Fachtherapeut:innen inkl. Sozialarbeit halten wir für sehr sinnvoll: Bereits seit Jahren argumentieren wir, dass die Ausstattung mit entsprechendem fachtherapeutischen Personal in der KJPP je nach OE sehr unterschiedlich sein kann. Zudem machen die kleinen OE es unmöglich, z.T. Prozente von einzelnen Berufsgruppen entsprechend den Vorgaben der PPP-RL vorzuhalten. Die Tätigkeit der Berufsgruppen hat sich in den interdisziplinären Teams in der KJPP seit Inkrafttreten der PPP-RL (und der ihr zugrunde liegenden Psych-PV) stark verändert: Durch Qualifizierung in einzelnen Maßnahmen wie Elternarbeit, Soziales Kompetenztraining, Lerntherapien, verschiedensten Kreativzugängen etc. ist die klare Trennung der Fachtherapien nach Grundqualifikation nicht mehr realitätsnah. Fachlich entscheidend für die Patient:innen ist, dass ausreichend Personen entsprechende fachliche Interventionen, wie sie entweder durch Evidenz oder durch die klinische Expertise begründet ist, durchführen. Ein Beispiel dafür ist sportliche Aktivität und Sporttherapie, für die Evidenz für Wirksamkeit in mehreren Studien bei Jugendlichen belegt wurde, weshalb dies auch Aufnahme in die Empfehlungen der Revision der S3-Leitlinie „Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter: Wo geht es hin?“ (derzeit in Vorbereitung zur Veröffentlichung) findet.

Probleme bei der starren Zuordnung zu Berufsgruppen ergeben sich z.B. auch hinsichtlich der Heilpädagog:innen. Diese können integriert mit dem PED arbeiten oder aber spezifische pädagogische Angebote (auch stationsübergreifend) durchführen, oder aber sie sind bewegungstherapeutisch weiterqualifiziert (z.B. Motopädie). Die Zusammenlegung der Heilpädagog:innen mit der Berufsgruppe der Sozialarbeiter in Abgrenzung von den anderen Fachtherapien ist heute inhaltlich nicht mehr gerechtfertigt.

Ein Sozialarbeiter kann spezifisch Sozialarbeit machen (wie die Koordination von Leistungen des Rehaträgers der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe, z.B. Vorbereitung einer Maßnahme nach § 35a SGB VIII, Koordination von Hilfen zur Erziehung oder mit Anbietern von HzE nach

	§ 27 ff. SGB VIII) oder aber auch im Stationsalltag im therapeutischen Konzept integriert tätig sein, etwa in der Elternarbeit, sozialem Kompetenztraining etc. Aus unserer Sicht ergeben sich finanziell für Träger keine Fehlanreize durch diese Änderung, da die Eingruppierung bzw. das Lohnniveau der Berufsgruppen ähnlich ist. Zum anderen könnte über eine Weiterentwicklung der StrOPS-Richtlinie viel besser lokal geprüft werden, ob entsprechend dem therapeutischen Konzept ein notwendiger Berufsgruppen-Mix vorliegt. Hinsichtlich der Spezifika der KJPP sei an dieser Stelle erwähnt, dass bekanntermaßen nicht nur im Bereich der Pflegeberufe der höchste Fachkräftemangel besteht, sondern auch im Bereich der sozialpädagogischen und pädagogischen Berufe (vgl. u.a. Positionspapier des Vorstands der DGSA e.V. (2024): Fachkräftemangel und De-Professionalisierungstendenzen in der Sozialen Arbeit). Die KJPP steht also in direkter Konkurrenz zu der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) bei der Rekrutierung von Fachkräften. Da gesetzliche Regelungen in der KJH dort ebenfalls höhere Personalschlüssel aktuell (etwa im Kita-Bereich) und in den nächsten Jahren (Recht auf Ganztagschule) vorschreiben, ist es de facto völlig unrealistisch, dass in der KJPP hier Aufwüchse im größeren Umfang stattfinden werden können. Umso wichtiger ist die Flexibilität bei den Berufsgruppen. Änderungsvorschlag: Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG an.
§ 6 Abs. 7 / § 7	Stellungnahme mit Begründung: Wir zweifeln die Aussagekraft der Auswertungen des IQTIG für den Nachtdienst an: Es ist im Sinne der Bindungskontinuität und der Transmission im Alltag in der KJPP üblich, Patient:innen am WE in den Herkunftskontext mit therapeutischen Aufgaben zu beurlauben (sogenannte Belastungserprobungen). Insofern ist zu prüfen, ob solche temporären Stationsschließungen bzw. Stations-Zusammenlegungen berücksichtigt wurden (nach unserem Verständnis können dazu seitens der Einrichtungen für die Nachtwachenberechnung keine Angaben gemacht werden). Wir sehen eine Absenkung auf 70 % anstelle 90 % als realistisch an (zumal in Zeiten wie Feiertagen etc. zusätzliche Belastungserprobungen über Nacht stattfinden). Des Weiteren gehört in vielen Einrichtungen zu einer praktikablen Ressourcenallokation im PED in der Nacht, dass in je einer oder 2 Stationen eine pädagogisch-Pflegerische Bereitschaft anwesend ist. Diese

	Kräfte sollten einberechnet werden anhand der entstandenen Kosten (in Kombination mit der realen Inanspruchnahme). Änderungsvorschlag: s.o. Änderung zu § 7 Abs. 5: „...in dem Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie in mehr als 70 Prozent der Nächte des Quartals einzuhalten...“ „pädagogisch-pflegerische Nachtbereitschaften sollen nach dem real entstandenen Aufwand angerechnet werden“
§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen	Stellungnahme mit Begründung: Aus bereits mehrfach ausgeführten Gründen halten wir die Erhöhung der Quote der Anrechenbarkeit von Hilfskräften für notwendig (und haben dies in früheren Jahren für die KJPP bereits gefordert), zumal der Katalog der Fachkräfte immer wieder auf lokaler Ebene zu Diskussionen führt. Er ist auch nicht zeitgemäß, da nach der Bologna-Reform inzwischen eine Vielfalt an B.A.- und M.Sc.-Abschlüssen besteht. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auch auf die Diskussionen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe hinsichtlich des Fachkräftegebots nach § 72 SGB VIII, wo von abschließenden „Listen“ eher abgesehen und zudem zwischen im Jugendamt Tätigen und in der freien Jugendhilfe tätigen Personen nach der juristischen Auslegung unterschieden wird. (vgl. hierzu auch BJK-Impulspapier 01/2024: Fachliche Koordinaten.) Zusätzlich ist bekannt, dass der Fachkräftemangel in Deutschland nur durch Migration gelöst werden kann. Insofern warnen wir ausdrücklich – auch angesichts verbreiteter Schwerfälligkeit entsprechender Stellen hinsichtlich der Anerkennung von Berufsabschlüssen – vor einer Regelung, die die Realität des Arbeitsmarktes aus dem Blick verliert und zudem ggfs. diskriminierend gegenüber Arbeitnehmer:innen mit Migrationshintergrund sein könnte. Zur Anrechnung nach § 8 Abs. 2: Da es inzwischen die generalistische Pflegeausbildung gibt, halten wir den GKV-Vorschlag für wenig praktikabel (insbesondere unter dem Aspekt der Nachweispflicht nach § 7 Abs. 4): Die Auszubildenden arbeiten zeitweise auch in der Somatik etc. im Rahmen der Ausbildung. Was brächte die Anerkennung generell? Wir verweisen auch auf den Umstand, der sich historisch ergeben hat: Gerade in den „neuen“ Bundesländern sind Mitarbeiter:innen tätig, die aufgrund der Veränderungen nach 1990 seit Jahrzehnten mit empirischer Erfahrung und inzwischen fremd zu ihrem ursprünglichen Grundberuf in der KJPP tätig sind. Hier würden wir eine pragmatische Lösung vorschlagen: Hilfspersonen, die vor dem 1.1.2025 bereits in einem

	Anstellungsverhältnis sind, werden entsprechend angerechnet. Überdies wird sich diese Problematik in den nächsten Jahren aufgrund der Arbeitsbiografien von selbst lösen.
	Änderungsvorschlag: Wir schließen uns den Vorschlägen der DKG zu § 8 an. Zusätzlich: Hilfspersonen, die vor dem 1.1.2025 bereits in einem Anstellungsverhältnis (in der KJPP) sind, werden entsprechend angerechnet.

Literaturverzeichnis

- Bundesjugendkuratorium (BJK): Impulspapier 01/2024: Fachliche Koordinaten einer inklusiven Kinder- und Jugendhilfe – Impulse für die Fachdiskussion. https://bundesjugendkuratorium.de/data/pdf/press/BJK-Impulspapier_Fachliche-Koordinaten_2024.pdf (Zugriff 27.2.2025)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V. (DGSA): Positionspapier des Vorstands (8.10.2024): Fachkräftemangel und De-Professionalisierungstendenzen in der Sozialen Arbeit https://www.dgsa.de/fileadmin/Dokumente/Ver%C3%B6ffentlichungen/Stellungnahmen/DGSA_Positionspapier_Fachkr%C3%A4ftemangel_und_De-Professionalisierung_in_der_Sozialen_Arbeit.pdf (Zugriff: 27.2.2025)
- Romanos, M., Berg, G., Brauer, A. *et al.* Wie sichern wir in Zukunft die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen?. *Bundesgesundheitsbl* **67**, 482–489 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03858-w> (Zugriff 27.2.2025)



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
gemäß §§ 91 Abs. 5a, 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und
1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO
zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum
Erfassungsjahr 2026**

Datum	05.03.2025
Stellungnahme von	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.*

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die DVSG begrüßt eine Überarbeitung der PPP-RL. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist die Sicherung der Qualität in der stationären psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung – insbesondere die Festlegung von Mindestanforderungen für die Personalausstattung. Daher ist es richtig und notwendig, regelmäßig die Wirkung der PPP-RL zu überprüfen und Inhalte entsprechend anzupassen. Die DVSG nimmt im Folgenden ausschließlich Stellung zu den sie betreffenden Änderungen.
Die Soziale Arbeit verfügt über spezifische fachliche Zugänge und Kompetenzen in der Versorgung psychisch erkrankter Patient*innen. Ihre Kernaufgaben der psychosozialen und sozialrechtlichen Beratung inkl. der Bedarfserhebung, der Klärung leistungsrechtlicher Ansprüche und ihrer Voraussetzungen sowie die Erschließung von Hilfen und Ressourcen im Sozialraum begründen ihre zentrale Rolle im Entlassmanagement. Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagoge*innen verfügen aufgrund ihrer umfassenden Kenntnisse des Sozialversicherungssystems einerseits und der Lebenswelt ihrer Klient*innen andererseits über eine sektorenübergreifende Navigationskompetenz. Ihr Verständnis der Komplexitäten, Hürden, Schnittstellen, Leistungen und Leistungsgrenzen des Gesundheits- und Sozialwesens befähigt sie bedarfsgerechte Versorgungsleistungen sozialgesetzbuchübergreifend und im Sozialraum zu erschließen und zu koordinieren. Diese komplexen und zugleich spezifischen Tätigkeiten erfordern zwingend die Qualifikation als Bachelor, Diplom oder Master Sozialarbeiter*in/Sozialpädagoge*in. Die DVSG empfiehlt darüber hinaus regelhaft die staatliche Anerkennung. Tätigkeiten und Stellenprofil der Sozialen Arbeit sind entsprechend klar von (spezial-)therapeutischen Behandlungsansätzen abzugrenzen und sollten daher keinesfalls in einer gemeinsamen Berufsgruppe nach § 5 abgebildet werden, so wie es die DKG vorschlägt. Bestehende Überschneidungen bei therapeutischen Zugängen und weiteren Regelaufgaben (wie z. B. Gruppenangeboten) können bereits ausreichend über die bisherigen Anrechnungsmöglichkeiten abgebildet werden und dürfen nicht dazu führen, dass wesentliche sozialarbeiterische Unterstützungsmodule für Patient*innen in der Versorgung nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen. Dies widerspräche dem Grundgedanken einer Qualitätsrichtlinie und würde sich negativ auf die Gesamtbehandlung und Einbettung in ein Gesamtversorgungssystem auswirken.
Grundsätzlich ist festzustellen, dass sowohl die aus der Psych-PV (und damit aus dem Jahr 1991!) übernommenen Minutenwerte als auch die daraus stammende Beschreibung der Regelaufgaben der Sozialen Arbeit veraltet sind und ohne empirische Grundlage festgeschrieben wurde. Sie berücksichtigen weder ausreichend die spezifischen Aufgaben der Sozialen Arbeit im Entlassmanagement (2015 eingeführt und seit 2017 regelmäßig durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement konkretisiert), noch bilden sie in angemessener Weise die heutigen Aufwände für die sozialarbeiterische Beratung, Organisation und Koordination der Versorgung im Zuge der zunehmenden Komplexität der Problemstellungen ab. Die Wechselwirkung von psychischer Erkrankung und sozialer Lebenslage sind multifaktoriell, die Situationen komplex und nachhaltige Beratungsprozesse damit zeitintensiv. Die gesellschaftliche Entwicklung (z. B. demografischer Wandel mit mehr Einpersonenhaushalten, Exklusionsprozesse, angespannter Arbeitsmarkt) verschärfen die Situation zusätzlich. In der Praxis wächst damit der Anteil der Patient*innen mit komplexem Versorgungsbedarf, z. B. aufgrund prekärer Lebensverhältnisse, fehlendem sozialem Netz oder Unterstützungsbedarfen in mehreren Lebensbereichen. Der

Mangel an Angeboten der nachstationären Anschlussversorgung erhöhen zusätzlich den Aufwand für die Organisation im Rahmen des Entlassmanagements.

Die aus der Psych-PV übernommenen Minutenwerte für die Soziale Arbeit waren bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinie nicht empirisch belegt. Es gibt daher dringenden Handlungsbedarf, den tatsächlichen Aufwand für die Soziale Arbeit empirisch zu ermitteln. Die Beschreibung der Regelaufgaben der Sozialen Arbeit sollten aktualisiert und perspektivisch zwingend unter Einbezug der Berufsgruppe überarbeitet werden.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph/ Absatz bzw. Anlage/ Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)
§ 2 Grundsätze Absatz (7), (8) und (11)	Stellungnahme mit Begründung: Der Sozialdienst arbeitet in der Regel stationsübergreifend. Eine entsprechende einrichtungsbezogene Nachweispflicht ist somit aus Sicht der Sozialen Arbeit sachgerecht. Die DVSG unterstützt daher den Änderungsvorschlag der DKG und befürwortet eine quartals- und einrichtungsbezogene Dokumentation.
	Änderungsvorschlag: Änderung entsprechend des Vorschlags der DKG
§ 5 Berufsgruppen Absätze (1f Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik) und (2f Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie)	Stellungnahme mit Begründung: Der Vorschlag der DKG zur Zusammenlegung der Berufsgruppen der Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen mit den spezialtherapeutischen Berufsgruppen zu einer Berufsgruppe ist kategorisch abzulehnen. Die Soziale Arbeit verfügt über spezifische fachliche Zugänge und Kompetenzen in der Versorgung psychisch erkrankter Patient*innen. Ihre Kernaufgaben der psychosozialen und sozialrechtlichen Beratung inkl. der Bedarfserhebung, der Klärung leistungsrechtlicher Ansprüche und ihrer Voraussetzungen sowie die Erschließung von Hilfen und Ressourcen im Sozialraum begründen ihre zentrale Rolle im Entlassmanagement. Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen verfügen aufgrund ihrer umfassenden Kenntnisse des Sozialversicherungssystems einerseits und der Lebenswelt ihrer Klient*innen andererseits über eine sektorenübergreifende Navigationskompetenz. Ihr Verständnis der Komplexitäten, Hürden, Schnittstellen, Leistungen und Leistungsgrenzen des Gesundheits- und Sozialwesens befähigt sie, bedarfsgerechte Versorgungsleistungen sozialgesetzbuchübergreifend und im Sozialraum zu erschließen und zu koordinieren. Diese komplexen und zugleich spezifischen Tätigkeiten erfordern zwingend die Qualifikation als Bachelor, Diplom oder Master Sozialarbeiter*in/Sozialpädagog*in. Die DVSG empfiehlt darüber hinaus regelhaft die staatliche Anerkennung. Tätigkeiten und Stellenprofil der Sozialen Arbeit sind entsprechend klar von (spezial-)therapeutischen Behandlungsansätzen abzugrenzen und sollten daher keinesfalls in einer gemeinsamen Berufsgruppe nach § 5 abgebildet werden, so wie es die DKG vorschlägt. Bestehende Überschneidungen bei therapeutischen Zugängen und weiteren Regelaufgaben (wie z. B. Gruppenangeboten) können bereits ausreichend über die bisherigen Anrechnungsmöglichkeiten abgebildet werden und dürfen nicht dazu führen, dass wesentliche sozialarbeiterische Unterstützungsmodule (u. a. hinsichtlich des Entlassmanagements) für Patient*innen in der Versorgung nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen. Dies widerspräche dem

	Grundgedanken einer Qualitätsrichtlinie und würde sich negativ auf die Gesamtbehandlung und Einbettung in ein Gesamtversorgungssystem auswirken. Die Eigenständigkeit der Berufsgruppe der Sozialen Arbeit liegt nicht zuletzt darin begründet, dass mit den bestehenden Fort- und Weiterbildungen andere Berufsgruppen nicht in ausreichendem Maße nachqualifiziert werden können, damit diese die komplexen und spezifischen Aufgaben von Sozialarbeiter*innen/-pädagog*innen übernehmen können. Der Sozialen Arbeit als Profession liegt ein komplexer Wissenschaftsaufbau zugrunde. Eine fundierte akademische Ausbildung ist bislang unerlässlich, um die notwendigen theoretischen und methodischen Kenntnisse zu erwerben, die für professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit erforderlich sind (vgl. Franz/Spatscheck/ von Rießen 2024; Schütze 2021). Aus Gründen der Qualitätssicherung ist daher eine Zusammenführung der Sozialen Berufen in die Berufsgruppe der Spezialtherapeut*innen abzulehnen. Im Übrigen weist die DVSG darauf hin, dass sich in der Praxis auch die (im Zuge der Einführung der PPP-RL 2021 erfolgte) Zusammenführung der Berufsgruppen der Heilpädagog*innen mit denen der Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen als nicht sachgerecht erwiesen hat. Bei Heilpädagogik und Sozialer Arbeit handelt es sich um zwei gänzlich unterschiedliche Ausbildungen und Tätigkeitsprofile. Heilpädagog*innen verfügen nicht über die oben beschriebenen, für die Regelaufgaben der Sozialen Arbeit notwendigen sozialrechtlichen und psychosozialen Beratungs- und Navigationskompetenzen und sind entsprechend auch nicht im Rahmenvertrag Entlassmanagement berücksichtigt. Der Ansatz der Heilpädagogik ist therapeutisch und legt den Schwerpunkt vorrangig auf die Unterstützung der individuellen Entwicklung der Patient*innen. Der Fokus der Sozialen Arbeit liegt dagegen auf sozialer Sicherung sowie auf der Entwicklung und Gestaltung tragfähiger Perspektiven insbesondere bei komplexen Problemstellungen (z. B. gleichzeitigen Unterstützungsbedarfen in verschiedenen Lebensbereichen mit gegenseitigen Wechselwirkungen, prekären Lebenssituationen). Änderungsvorschlag: 1. Beibehaltung der Sozialen Arbeit als eigenständige Berufsgruppe. 2. Herauslösung der Heilpädagogik aus der Berufsgruppe der Sozialen Arbeit (und Berücksichtigung an anderer Stelle). -> Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen
§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen Absatz (3)	Stellungnahme mit Begründung: Die Anrechnungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit auf andere Berufsgruppen und umgekehrt liegt in der Praxis aufgrund der Spezifika ihrer Kernaufgaben bei 5%. Die bestehende Regelung bietet eine gewisse Flexibilität und bildet angemessen die bestehenden Überschneidungen

	bei therapeutischen Zugängen und weiteren Regelaufgaben (wie z. B. Gruppenangeboten) ab. Sie sollte entsprechend beibehalten werden. Änderungsvorschlag: <i>Beibehaltung der bisherigen Anrechnungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit auf die Berufsgruppen b, d und e (bzw. je nach Neustrukturierung entsprechend)</i>
§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen Absatz (4)	Stellungnahme mit Begründung: Die DVSG begrüßt die Klarstellung, dass nur Fachpersonal gemäß § 5 PPP-RL, das nicht direkt am Krankenhaus angestellt ist, angerechnet werden darf. Die DVSG teilt die Auffassung des GKV-SV, dass nicht direkt in der Einrichtung angestelltes Personal aus Qualitätsaspekten grundsätzlich kritisch zu sehen ist, da in der Psychiatrie die multiprofessionelle Teamarbeit sowie der Beziehungsaufbau und die Beziehungskontinuität mit den Patient*innen essenziell ist. Dies trifft in vollem Umfang auch auf die Regelaufgaben der Sozialen Arbeit zu. Leasingpersonal oder ein extern erbrachtes Entlassmanagement sollten daher die Ausnahme bleiben. In jedem Fall ist qualifiziertes Personal sicherzustellen. Änderungsvorschlag: <i>Ergänzung entsprechend des Vorschlags des GKV-SV</i>
§ 11 Nachweisverfahren	Stellungnahme mit Begründung: Die monats- und stationsbezogenen Nachweisverfahren erzeugen in der Praxis einen hohen Druck auf die Mitarbeiter*innen und führen dazu, dass Entscheidungen zugunsten der Nachweiserbringung getroffen werden, die einer patient*innenorientierten und bedarfsgerechten Versorgung durchaus zuwiderlaufen können (z. B. wenn auf die Umsetzung stationsübergreifender Angebote verzichtet wird, da diese nicht abbildbar sind). Monats- und stationsbezogene Nachweisverfahren behindern somit unmittelbar die bedarfsgerechte Versorgung und die Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte. Änderungsvorschlag: <i>Streichung gemäß Vorschlag der DKG</i>
Anlage 1 Minutenwertetabellen	Stellungnahme mit Begründung: Das Ziel dieser PPP-RL ist es, Mindestanforderungen der Personalausstattung zum Zwecke der Qualitätssicherung festzulegen. Der Gesetzgeber hat in § 136a Absatz 2 SGB V vorgegeben, dass die Mindestvorgaben möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen sollen. In seinen Beratungen zur Erstfassung der PPP-RL ist der G-BA zu dem Ergebnis gekommen, dass die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die die personelle Ausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser in Deutschland seit 1991 regelt, derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitete konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt. Die Mindestvorgaben der PPP-RL zur Personalausstattung fußen also auf einer mehr als 30 Jahre alten Regelung. Kernregularien wie die definierten Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL oder die Minutenwerte nach Anlage 1 wurden aus der Psych-PV übernommen und seither kaum,

	respektive nur marginal an die Realität und den Anspruch der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung aus dem Jahr 2020 adaptiert. Kliniken, die heute Patient*innen behandeln, sehen sich mit Mindestvorgaben der PPP-RL konfrontiert, die modernen Behandlungskonzepten nicht angemessen sind. Dies betrifft in besonderem Maße die Soziale Arbeit und das von ihr maßgeblich umgesetzte Entlassmanagement. Die aus 1991 stammenden Minutenwerte berücksichtigen weder die spezifischen Aufgaben der Sozialen Arbeit im Rahmen des Entlassmanagements, noch bilden sie die heutigen Aufwände für die sozialarbeiterische Beratung, Organisation und Koordination der Versorgung im Hinblick auf die wachsende Komplexität der Problemstellungen ab. Die Wechselwirkung von psychischer Erkrankung und sozialer Lebenslage sind multifaktoriell, die Situationen komplex und Beratungsprozesse damit grundsätzlich sehr aufwendig. Die gesellschaftliche Entwicklung (z. B. demografischer Wandel mit mehr Einpersonenhaushalten, Exklusionsprozesse, angespannter Arbeitsmarkt) verschärfen die Situation zusätzlich. In der Praxis wächst damit der Anteil der Patient*innen mit komplexem Versorgungsbedarf, z. B. aufgrund prekärer Lebensverhältnisse, fehlendem sozialem Netz oder Unterstützungsbedarfen in mehreren Lebensbereichen. Der Mangel an Angeboten der nachstationären Anschlussversorgung erhöhen zusätzlich den Aufwand für die Organisation im Rahmen des Entlassmanagements. Die aus der Psych-PV übernommenen Minutenwerte für die Soziale Arbeit waren bereits zum damaligen Zeitpunkt nicht empirisch belegt. Es gibt daher dringenden Handlungsbedarf, die Aufwände für die Soziale Arbeit empirisch zu ermitteln.
	Änderungsvorschlag: <i>Beibehaltung der gesonderten Minutenwerte für die Soziale Arbeit</i> <i>Empirische Ermittlung angemessener Minutenwerte insbesondere in Hinblick auf Regelaufgaben im Zusammenhang mit dem Entlassmanagement und zeitnahe Aktualisierung.</i>
Referenz-Tabelle A 8.2	Stellungnahme mit Begründung: Folgerichtig Änderung im Zuge der vorgeschlagenen Loslösung der Berufsgruppe der Heilpädagog*innen. Änderungsvorschlag: <i>1. Herauslösung der Heilpädagogik aus der Berufsgruppe der Sozialen Arbeit und Berücksichtigung an anderer Stelle.</i> <i>2. Beibehaltung der Sozialen Arbeit als eigenständige Berufsgruppe. -> Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagoge*innen</i>
Anlage 4 Regelaufgaben Punkt 6	Stellungnahme mit Begründung: Beibehaltung der gesonderten Beschreibung der Regelaufgaben von Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagoge*innen mit Streichung der Heilpädagog*innen aus der Berufsgruppe.

	Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Beschreibung der Regelaufgaben der Anlage 4 einer gründlichen Überarbeitung unter Einbezug der jeweiligen Berufsgruppe bedürfen. Die Beschreibung der Regelaufgaben der Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagogen*innen stammt noch aus der Psych-PV und wurde seitdem nicht mehr aktualisiert. Die verwendeten Formulierungen und Begriffe entsprechen nicht mehr den heutigen fachlichen Standards. Bis eine gründliche Überarbeitung erfolgt ist, schlägt die DVSG für die Regelaufgaben von Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagogen*innen die nachfolgenden Aktualisierungen vor. Die DVSG weist darauf hin, dass der im Änderungsentwurf der DKG verwendete Begriff des „sozialpädagogischen Fachpersonals“ irreführend und falsch ist. Als sozialpädagogisches Fachpersonal gelten u. a. auch Erzieher*innen, Heilerziehungspfleger*innen und Sozialassistent*innen. Die Verwendung eines solchen Begriffs würde ermöglichen, dass die entsprechenden Regelaufgaben auf einem gänzlich anderen Qualifikationsniveau ohne die dafür notwendigen Kompetenzen erbracht würden. Dies ist aus Gründen der Qualitätssicherung in jedem Fall abzulehnen. Die korrekte Berufsbezeichnung der Sozialarbeiter*innen/ Sozialpädagogen*innen (mit den Qualifikationsniveaus Bachelor, Diplom oder Master) sind zwingend beizubehalten. Die DVSG empfiehlt zusätzlich die staatliche Anerkennung.
	Änderungsvorschlag: <i>Beibehaltung der gesonderten Beschreibung der Regelaufgaben der Sozialen Arbeit.</i> <i>Aktualisierung der Beschreibung wie folgt:</i> Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen 1. Sozialpädagogische/sozialarbeiterische Grundversorgung - Mitwirkung bei Anamnese- und Befunderhebung (Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik) und Therapieplanung - Klärung des Bedarfs und der Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern sowie Hilfen zur finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes und zu Teilhabezwecken - Organisation und Koordination der erforderlichen Anschlussversorgung und Nachsorge in Zusammenarbeit mit den Patienten und ggf. ihren Angehörigen - Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung und sozialpädagogische Behandlung - Sozialtherapeutisches Kompetenztraining - Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich sowie im familiären und gesellschaftlichen Leben einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche - Hilfe zur Wiedereingliederung im Arbeitsbereich einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten - Angehörigen- und Familienberatung und Mitwirkung an Familientherapien

	3. Gruppenbezogene Behandlung - Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen (z. B. lebenspraktische Gruppen zur Erweiterung und Festigung der Kompetenzen im sozialen Bereich, Aktivitätsgruppen) - Teilnahme an Stationsversammlungen - ~~Mitwirkung an~~ Angehörigengruppen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten - ~~Teilnahme an den~~ Mitwirkung an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team - Zusammenarbeit mit Diensten außerhalb des Krankenhauses - Mitarbeit und Präsenz in Gremien und bei Aktivitäten der psychosozialen, regionalen Gemeindepsychiatrie - ~~Teilnahme an~~ Fortbildungsveranstaltungen, Supervision

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis (Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.)

Begher, Franz-Peter (2023): „Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeuten, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen“ in: Günther/Krüger (Hrsg.): Praxishandbuch zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), 2. Auflage medhochzwei, Heidelberg

Franz, Julia/Spatscheck, Christian/van Rießen, Anne (Hrsg.) (2024): Fachkräftemangel und De-Professionalisierung in der Sozialen Arbeit - Analysen, Bearbeitungsweisen und Handlungsstrategien. Verlag Barbara Budrich, Opladen <https://shop.budrich.de/wp-content/uploads/2024/05/9783847419945.pdf>

Schütze, Fritz (2021): Professionalität und Professionalisierung in pädagogischen Handlungsfeldern: Soziale Arbeit. Verlag Barbara Budrich, Opladen



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
gemäß §§ 91 Abs. 5a, 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und
1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO
zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum
Erfassungsjahr 2026**

Datum	05.03.2025
Stellungnahme von	Bundesdirektorenkonferenz (BDK) e.V.

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.*

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**Allgemeine Anmerkung**

Die Bundesdirektorenkonferenz begrüßt die Diskussion und die Vorschläge zur Adaption der PPP-RL ausdrücklich, da Modifikationen dringend indiziert sind, um weiterhin eine fach- und sachgerechte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu gewährleisten. Insbesondere ist die Öffnung zu neuen Berufsgruppen wie medizinische Fachangestellte und Physician Assistants sinnvoll und notwendig, aber auch die Anrechnungserleichterungen und die Zusammenlegung von Berufsgruppen, um letztendlich eine zielgeleitete und leitlinienkonforme Versorgung zu ermöglichen bzw. zu erhalten. Insbesondere bei der Öffnung zu den neuen Berufsgruppen ist jedoch ein Mittelweg aus Öffnung und Erhalt von Qualitätsstandards notwendig, der aus unserer Sicht in keinem der Vorschläge für unseren aktuellen Zeitpunkt optimal abgebildet ist. Ein weiteres Ziel ist die Entbürokratisierung, zumindest eine Reduktion des administrativen Aufwandes der durch die Berichtspflichten der PPP-RL entsteht. In diesem Zusammenhang ist es zielführend geringe Zusatzerkenntnisse erbringende Dokumentation so weit wie möglich zu reduzieren. Der Wunsch nach Transparenz alleine ist aus unserer Sicht kein ausreichend rechtfertigender Grund für den Erhalt von aufwändigen Dokumentationen, wenn sich daraus keine Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Versorgung ergeben.

So zeigt sich anhand der IQTIG-Daten, dass auch nach 4 Jahren noch nicht einmal die Hälfte der Kliniken in der Erwachsenenpsychiatrie und auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Mindestanforderungen erfüllen, trotz vieler Bemühungen, ausreichend Personal vorzuhalten.

Das Risiko des ungesteuerten Abbaus von stationären Versorgungsangeboten, insbesondere in der Fläche (wie die BAG-Daten aus dem Jahre 2022 dies hinlänglich gezeigt haben), ist anhaltend hoch, falls die Sanktionen nicht weiter ausgesetzt werden. Die PPP-RL hat schon jetzt dazu geführt, dass ambulante und stationsäquivalente Behandlungsangebote reduziert werden, um die Mindestanforderungen im stationären Bereich erfüllen zu können.

Aus Sicht der BDK ist die PPP-RL in der aktuell vorliegenden Form als Qualitätsrichtlinie nicht geeignet die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu befördern, vielmehr steht sie der Ausweitung der Ambulantisierung von Behandlungsangeboten im Weg und behindert innovative Angebote.

Die BDK spricht sich deshalb ausdrücklich für das Aussetzen der Sanktionen aus, zumal die Ergebnisse der EPPIK-Studie zwar kürzlich veröffentlicht wurden, die Interpretation für die Praxis allerdings noch aussteht.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph/ Absatz bzw. Anlage/ Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)
§2 Absatz 7, 8 und 11	Stellungnahme mit Begründung: Die Bundesdirektorenkonferenz schließt sich ausdrücklich den Vorschlägen der DKG an, da eine monats- und stationsbezogene Nachweispflicht für eine Qualitätsbeurteilung nicht notwendig ist. Der daraus resultierende Aufwand ist bei marginalem Zugewinn an verwertbare Informationen unverhältnismäßig. Oftmals ist die standardisiert dokumentierte Fallschwere von Patientinnen und Patienten einer Station ohnehin feingranular zu unscharf bzgl. des benötigten Personals, insofern ist ein Einrichtungs- und Quartalsbezug (als größerer Mittelwert) sehr viel realitätsnäher und aussagekräftiger als ein kleinteiliger Stations- und Monatsbezug. Änderungsvorschlag: der DKG entsprechend
Menschen mit Intelligenzminderung §2 Absatz 10 §3 Absatz 1 Anlage 1, Tabelle 1 Zeile A3	Stellungnahme mit Begründung: Menschen mit Intelligenzminderung haben besondere Betreuungsbedarfe, die u.a. einem anderen Personalschlüssel in allen Berufsgruppen entsprechen – wie ausführlich und korrekt von PatV dargelegt. Dementsprechend zeigen sich auch in den PEPP-Strukturkategorien und deren Bewertungsrelationen Unterschiede zu den anderen Diagnosen. Eine Abbildung dieser Besonderheiten in einem eigenen Behandlungsbereich (A3) wäre vor diesem Hintergrund aus den medizinischen Bedarfen begründbar. Auch die Orientierung des Personalschlüssels am Behandlungsbereich KJ1 wäre eine vertretbare Orientierung, da sie sich ganz formal am kognitiven und emotionalen Entwicklungsstand der betroffenen Patientengruppe begründen lässt. Es sprechen jedoch gewichtige Gründe gegen diesen modifizierenden Vorschlag: In Situationen von schwieriger Personalabdeckung (in Zeiten von Fachkräftemangel) darf die Behandlung von Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung nicht <u>systematisch</u> benachteiligt werden, denn die Einführung eines eigenen Behandlungsbereiches wäre in diesem Sinne stigmatisierend und für die Sicherstellung der Behandlung von Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung kontraproduktiv. Bei Personalmangel resultiert daraus (wie von der DKG dargelegt) aufgrund des hohen nachzuweisenden Personalschlüssels eher ein Abbau von Behandlungsplätzen für diese besondere Klientel.

	Dementsprechend ist die Absicherung der adäquaten Versorgung dieser Patientinnen und Patienten, insbesondere für Einrichtungen, die Spezialangebote vorhalten, anders zu lösen. Die DKG schlägt für diesen Zweck die Einführung eines weiteren Spiegelstrichs und damit zusätzliches Personal in § 2 Absatz 10 vor, allerdings sehen wir die Sonderbedarfe im vorherigen Spiegelstrich („...über die Mindestvorgaben hinausgehende Personalausstattung, die zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung erforderlich ist.“) abgebildet und wir sprechen uns gegen einen Diagnosebezug für ein spezielles Patientenkontext aus, zumal dies die Grundstruktur der Richtlinie durchbrechen würde und eine weitere Präzisierung der Aufwände fehlt. Änderungsvorschlag: §2 Absatz 10: Dem Vorschlag des GKV-SV /PatV/BPtK folgend. §3 Absatz 1: Dem Vorschlag des GKV-SV / DKG folgend.
Berufsgruppe Medizinische Fachangestellte § 4 Absatz 3 § 5 Absatz 1 Buchstabe b § 5 Absatz 2 Buchstabe b § 8 Absatz 5 Satz 1 Teilsatz 2 und Satz 2	Stellungnahme mit Begründung: Medizinische Fachangestellte sind eine wichtige Berufsgruppe in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wir begrüßen daher den Vorschlag der DKG sehr, diese Berufsgruppe in die PPP-RL aufzunehmen und sie im Personaltabelleau zu integrieren. Von der Relevanz der Berufsgruppe, ihren Kompetenzen und vor dem Hintergrund einer sich weiter verschärfenden Personalsituation bei den Pflegefachkräften ist dies eine für die Zukunft richtige und notwendige Entwicklung der PPP-RL. Aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Zuordnung besteht jedoch keine völlige Äquivalenz zwischen Pflegefachpersonen und medizinischen Fachangestellten, weshalb eine vollständige Integration in die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen (im § 5) nicht zielführend ist. Dazu sind die Unterschiede in den Kompetenzen und den Einsatzgebieten aktuell zu groß. Vor diesem Hintergrund ist aus unserer Sicht für das Ziel der Integration der medizinischen Fachangestellten in die PPP-RL eine Anrechnungsquote im § 8 sinnvoll. Mit einer solchen Anrechnung von medizinischen Fachangestellten in die Gruppe b (Pflegefachpersonal) im § 8 lässt sich nicht nur die aktuelle Quote von Pflegefachkräften zu den anderen definierten Berufsgruppen einschließlich medizinischen Fachangestellten festlegen, sondern auch zukünftig anhand dieser Quote modifizieren. Änderungsvorschlag: § 4 Absatz 3: dem Vorschlag des GKV-SV/PatV/BPtK folgend § 5 Absatz 1 Buchstabe b und § 5 Absatz 2 Buchstabe b: dem Vorschlag des GKV-SV/PatV/BPtK/DPR folgend

	§ 8 Absatz 5 Satz 1 Teilsatz 2 und Satz 2 ausgehend vom DKG-Vorschlag: „Die Qualifikationserfordernisse können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung oder durch eine Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten nachgewiesen werden § 8 Absatz 5 Satz 6 zweiter Spiegelstrich: dem Vorschlag der DKG folgend („Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b: 30% der VKS-Mind“)
Berufsgruppe Physician Assistants § 5 Absatz 1 Buchstabe a § 5 Absatz 2 Buchstabe a § 8 Absatz 5 Satz 5	Stellungnahme mit Begründung: Physician Assistants sind eine relativ neue Berufsgruppe, die in Deutschland erst seit kurzem im Einsatz ist und für die insbesondere im Fachbereich der Psychiatrie und Psychosomatik nur sehr wenige Erfahrungen vorhanden sind. Prinzipiell ist ein Einsatz dieser neuen Berufsgruppe in der Psychiatrie und Psychosomatik sehr begrüßenswert und die Übernahme von einzelnen Aufgaben aus dem Regelaufgabenkatalog nach Anlage 4 gut vorstellbar, jedoch derzeit nur zu einem geringen Anteil umsetzbar. Da bisher aber nur sehr wenige Erfahrungen vorhanden sind, kann die Dimension an Unterstützung der ärztlichen Berufsgruppe und Übernahme von ärztlichen Aufgaben noch nicht valide abgeschätzt werden. Dementsprechend kann eine vollständige Integration von Physician Assistants in die ärztliche Berufsgruppe nach § 5 a nicht befürwortet werden. Vielmehr ist die Einführung einer Anrechnungsquote im Bereich der Anrechnungen im § 8 den bisherigen Erfahrungen weitaus eher entsprechend und wünschenswert. Wie bei den medizinischen Fachangestellten und Pflegefachpersonen wäre durch eine Dynamisierung des Anteils der Physician Assistants an der ärztlichen Berufsgruppe durch Veränderung der Anrechnungsquote relativ leicht möglich Änderungsvorschlag: § 5 Absatz 1 Buchstabe a und § 5 Absatz 2 Buchstabe a: dem Vorschlag des GKV-SV/PatV/BPtK folgend § 8 Absatz 5 Satz 5: „Eine Anrechnung anderer in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a ist ausschließlich durch Physician Assistants möglich. § 8 Absatz 5 Satz 6 erster Spiegelstrich: Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a: 15 % der VKS-Mind durch Physician Assistants

Berufsgruppen Spezialtherapeuten/ Bewegungstherapeuten/ Sozialarbeiter § 5 Absatz 1 Buchstabe d-f § 5 Absatz 2 Buchstabe d-f	Stellungnahme mit Begründung: Die Berufsgruppen nach Buchstabe d-f sind in jedem therapeutischen Team verankert. Ein Nachweis über die Integration jeder einzelner dieser Berufsgruppe in jede Organisationseinheit wird in der Strukturprüfung des Medizinischen Dienstes erbracht einschließlich formalem Nachweis z.B. über die Vorlage von Dienstplänen. Insbesondere für kleine Standorte / Organisationseinheiten ist ein kleinteiliger Nachweis dieser Berufsgruppen im Sinne eines passgenauen Stellenumfangs nur mit großer Mühe möglich, so dass immer wieder eine (weder ökonomisch noch therapeutisch sinnvolle) sehr deutliche Übererfüllung, aber auch Untererfüllung resultiert. Daraus ergeben sich insbesondere bei kleinen Standorten oftmals ein Nichterreichen der PPP-RL-Mindestvorgaben – häufig ist dies bei kleinen Standorten (z. B. stand-alone-Tageskliniken) aus therapeutischer Sicht aber nur wenig relevant. Natürlich haben die drei Berufsgruppen in der Therapie inhaltlich einen eigenen, deutlich differenzierbaren Anteil. Aber auch in den Therapie-Nachweisen im OPS ist eine Zusammenfassung dieser Berufsgruppen aus formalen (nicht inhaltlichen!) Gründen erfolgt (OPS-Katalog 9-649, 9-696, 9-701 usw.). Dementsprechend ist eine Zusammenfassung in eine übergeordnete Gruppe im Rahmen der Personalnachweise der PPP-RL begrüßenswert. Änderungsvorschlag: § 5 Absatz 1 Buchstabe d-f und § 5 Absatz 2 Buchstabe d-f: dem Vorschlag des DKG/BPtK folgend
Ermittlung der Mindestvorgaben – Abzug für Einrichtungen ohne Versorgungsauftrag § 6 Absatz 6	Stellungnahme mit Begründung: Die Versorgung von Menschen mit schweren und akuten psychischen Erkrankungen wird v.a. von den Krankenhäusern gestemmt, die eine Versorgungsverpflichtung erfüllen. Dadurch entsteht v.a. bei der genannten Patienten Klientel eine gute Behandlungskontinuität. Krankenhäuser ohne Versorgungsverpflichtung haben i.d.R. eine Selektion ihrer Patientinnen und Patienten und häufig eine nicht regionale Versorgung, so dass es zu einer Optimierung zu Lasten der Versorgungsgerechtigkeit und Stigmatisierung von schwer psychisch Erkrankten kommt. Eine 24-h-Bereitschaft alleine bedeutet nicht eine Beteiligung am Versorgungssystem, v.a. da Krankenhäuser ohne Versorgungsverpflichtung eine deutlich niedrigere Inanspruchnahme der Bereitschaftsdienstärzte haben, da kaum schwer psychisch Kranke behandelt werden und kaum Notfallaufnahmen erfolgen. Der Vorschlag des GKV-SV wird deshalb abgelehnt. Die vom GKV-SV beklagte fehlende Definition von Versorgungsverpflichtung erscheint hier als eine nicht zielführende Begründung, die Einforderung einer Operationalisierung und entsprechender bundesweiter Zuweisung von den föderalen Aufsichtsbehörden wäre hier eine angebrachte Lösungsmöglichkeit.

	Tageskliniken, insbesondere alleinstehende Tageskliniken tragen zu einer wohnortnahen Versorgung bei und reduzieren häufig stationäre Wiederaufnahmen. Insofern sollen solche Tageskliniken, die einer Verbesserung der wohnortnahen Behandlungsqualität dienen und damit oftmals auch schwerer Erkrankte aufnehmen, eine entsprechende Berücksichtigung der Qualitätsanforderungen in der Richtlinie erfahren Tageskliniken von Kliniken mit Versorgungsverpflichtung übernehmen akuter erkrankte Patienten mit Behandlungsangeboten, die die individuellen Bedarfe einzelner Patienten berücksichtigen und die dadurch mit höheren Aufwänden verbunden sind. (z.B. tagesklinische Behandlungen am Wochenende oder auch in der Nacht, stationersetzende Tageskliniken etc.). Die Unterschiede zwischen Kliniken mit und Kliniken ohne Versorgungsverpflichtung sollen deshalb auch im tagesklinischen Bereich gewürdigt werden. Änderungsvorschlag: § 6 Absatz 6 Satz 1 dem Vorschlag der DKG/PatV/BPtK folgend. § 6 Absatz 6 Satz 2 Ablehnung des Ergänzungsvorschlages von GKV-SV/DKG/PatV/BPtK „Bei der Ermittlung der Minutenwerte der VKS-Mind erfolgt bei den tagesklinischen Behandlungsbereichen A6, S6, G6 und KJ7 gemäß § 3 Absatz 1 und 2 unabhängig von der Versorgungsverpflichtung kein Abzug nach Satz 1
Anrechnungen von Berufsgruppen § 8	Stellungnahme mit Begründung: Die Anrechnung von Berufsgruppen bedeutet in Zeiten von knappen Personalressourcen, insbesondere gut ausgebildetem Fachpersonal, prinzipiell eine Abwägung zwischen der Aufrechterhaltung einer Versorgung und einer angemessenen, leitlinienkonformen Behandlungsqualität. Dementsprechend müssen Anrechnungen möglich sein, allerdings sind die Auswirkungen zu antizipieren und berücksichtigen, so dass es nicht zu substantiellen Einbußen der Behandlungsqualität kommt. Insbesondere in der gegenseitigen Anrechnung innerhalb der Berufsgruppen kann die ärztliche Berufsgruppe aufgrund der hohen Verantwortung und ihrer Lotsenfunktion in der Behandlung nicht allzu stark in ihrer Präsenz eingeschränkt werden. An dieser Stelle bietet es sich an, die neue Berufsgruppe der Physician Assistants mit einer Höchstanrechnungsquote auf die ärztliche VKS-Minutenzahl zu integrieren. Die Anrechenbarkeit von Pflegefachpersonen auf die ärztliche Berufsgruppe ist jedoch nicht sinnvoll, da kaum Regelaufgaben der Ärzte durch Pflege übernehmbar sind. Wie die Gruppe der Physician Assistants sollten auch die medizinischen Fachangestellten im Rahmen einer Quote auf die Berufsgruppe der Pflege anrechenbar sein.

	Externe Mitarbeitende mit Spezialangeboten aber ohne direktes Beschäftigungsverhältnis sollte eine Anrechnung möglich sein, nur so können effektive Spezialangebote wie z.B. eine Hippotherapie, Musiktherapie, aber auch Angebote zur Steigerung der Nachhaltigkeit z.B. von Physiotherapeutischen Maßnahmen in Fitnessstudios angeboten werden o.ä. – dies gilt insbesondere auch für kleine Einheiten wie stand-alone-Tageskliniken (analog zur stationsäquivalenten Behandlung). Eben solches gilt natürlich auch für Notsituationen, in denen Leasingkräfte eine Aufrechterhaltung der Versorgung gewährleisten können.
	Änderungsvorschlag: § 8 Absatz 2 Satz 2 und 3 jeweils dem Vorschlag der DKG folgend. § 8 Absatz 3 Satz 2 dem Vorschlag des GKV-SV/PatV/BPtK folgend („jeweils zwischen den Buchstaben a und c“) dann dem Vorschlag der DKG folgend („b und d“ = Folgedissens zu § 5 1d) § 8 Absatz 3 Satz 3: analog zum vorherigen Satz erst dem Vorschlag des GKV-SV/PatV/BPtK, dann der DKG folgend: („jeweils zwischen den Buchstaben a und c sowie jeweils zwischen den Buchstaben b und d.“) § 8 Absatz 3 Satz 4: dem Vorschlag der DKG folgend („Eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppe b und d ist möglich. Die Umfänge der angerechneten Fachkräfte sind im Nachweis gesondert auszuweisen.“) § 8 Absatz 4 und Absatz 5 Satz 1 Teilsatz 1 dem Vorschlag der DKG folgend (zur Anrechnung der Berufsgruppen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis) § 8 Absatz 5 Satz 1 Teilsatz 2 und Satz 2 ausgehend vom DKG-Vorschlag („Die Qualifikationserfordernisse können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung oder durch eine Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten nachgewiesen werden – siehe oben)

	§ 8 Absatz 5 Satz 5: („Eine Anrechnung anderer in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a ist ausschließlich durch Physician Assistants möglich. – siehe oben) § 8 Absatz 5 Satz 6 erster Spiegelstrich: Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a: 15 % der VKS-Mind – siehe oben § 8 Absatz 5 Satz 6 zweiter Spiegelstrich: dem Vorschlag der DKG folgend Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b: 30 % der VKS-Mind - siehe oben § 8 Absatz 5 Satz 6 fünfter und sechster Spiegelstrich: dem Vorschlag der DKG folgend § 8 Absatz 7: dem Vorschlag der PatV folgend.
Ausnahmetatbestand Tagesklinik § 10 Absatz 1 Punkt 4	Stellungnahme mit Begründung: Wie in den Erläuterungen zum § 6 ausgeführt, sollten aus Gründen der wohnortnahen Versorgung alleinstehende Tageskliniken, insbesondere vor dem Hintergrund einer oftmals kleinen Organisationsgröße, eine größere Flexibilität eingeräumt bekommen.
	Änderungsvorschlag: § 10 Absatz 1 Punkt 4 Den Vorschlägen der DKG (erst DKG/PatV und dann GKV-SV/DKG) folgend.
Nachweise § 11	Stellungnahme mit Begründung: Aufgrund der in den letzten Jahren erheblich zugenommenen kleinteiligen Nachweisverfahren und dem enorm sinnvollen Ziel einer Verringerung von Datenerhebungen, die keiner Qualitätssteigerung dienen (= Entbürokratisierung), sollte auch das Reporting durch die PPP-RL vereinfacht werden. Mit der grundlegenden Begrenzung auf den Quartals- und Standortbezug und einer angemessenen Meldefrist von 6 Wochen kann der Ressourceneinsatz für den administrativen Bereich adäquater gestaltet werden.

	Änderungsvorschlag: Den Vorschlägen der DKG im gesamten § 11 folgend.
Nichteinhaltung der Mindestvorgaben § 13 und § 16	Stellungnahme mit Begründung: Die Situation im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Fachkräften wird zunehmend prekärer. Viele Kliniken unternehmen große Anstrengungen, Fachpersonal zu rekrutieren und an sich zu binden – oftmals vor allem in Ballungsräumen mit hohem Konkurrenzdruck ohne die notwendigen Personalressourcen akquirieren oder halten zu können. Um eine Gefährdung der regionalen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu reduzieren und den Kliniken Hilfestellung für das Erreichen der Personalvorgaben zu geben, ist ein anderes Procedere als Sanktionen mit Abwärtsspiralwirkung erforderlich. Sanktionen sind nicht das adäquate Mittel, eine qualitätsorientierte und möglichst leitliniengerechte Versorgung von psychisch Erkrankten sicherzustellen. Vielmehr sollen Kostenträger und Aufsichtsbehörden bei Untererfüllung der PPP-RL gemeinsam mit den Kliniken die Situation im Dialog beleuchten und die Kliniken durch Beratung unterstützen, um mögliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu ergreifen.
	Änderungsvorschlag: Die BDK spricht sich für die weitere Aussetzung der Sanktionen zur Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung aus (sh. auch Begründung in der Einleitung)
Nachweise § 16 Absatz 6 und 8	Stellungnahme mit Begründung: Im Sinne der Entbürokratisierung ist analog zu § 11 eine Begrenzung von Datenerhebungen auf ein sinnvoll verwertbares Maß zu begrenzen.
	Änderungsvorschlag: Den Vorschlägen der DKG folgend.

Anlage 3 Nachweis A5	Stellungnahme mit Begründung: Um die aus medizinischem Standpunkt gewünschte sektorübergreifende Arbeit von Personal nicht zu behindern, sollten die Nachweispflichten am Notwendigen ausgerichtet und keine zusätzlichen administrativen Hürden aufgebaut werden. Dementsprechend unterstützt die Bundesdirektorenkonferenz den Vorschlag der DKG.
	Änderungsvorschlag: Dem Vorschlag der DKG folgend.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis *(Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.)*



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
gemäß §§ 91 Abs. 5a, 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und
1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO
zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum
Erfassungsjahr 2026**

Datum	[06.03.2025]
Stellungnahme von	[Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di]

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.*

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di begrüßt und befürwortet die kontinuierliche Weiterentwicklung der Richtlinie zur Personalausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL), wie sie in § 1 Abs. 3 der Richtlinie festgeschrieben ist. Ohne die verbindliche Ausgestaltung von Personalvorgaben sind weder eine leitliniengerechte Versorgung sicher zu stellen noch eine Bewältigung des Fachkräftebedarfs in der psychiatrischen stationären Versorgung zu realisieren. Darüber hinaus sind die Belastungsfaktoren, die sich aus der fortwährenden Verbindung von Überlastung, personeller Unterbesetzung und kurzfristigen Änderungen von Schicht- und Einsatzplänen für die Beschäftigten aller involvierten Berufsgruppen und Tätigkeitsprofile ergeben, wesentliche Gründe dafür, dass nicht im bedarfserforderlichen Umfang Auszubildende und neue Fachkräfte gewonnen sowie vorhandene Fachkräfte langfristig gehalten werden können. Vorgaben zur Personalausstattung erfüllen vor diesem Hintergrund nicht nur Kriterien zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung, sondern sorgen auch dafür, dass eine Aufwertung der involvierten Berufsbilder und eine Entlastung der Beschäftigten stattfindet, die die Versorgung trotz schwieriger Rahmenbedingungen aufrechterhalten.

Der Fokus der Entwicklung eines zukunftsorientierten Modells zur Personalbemessung muss daher auf der Umsetzung einer bedarfsgerechten Personalbemessung in Verbindung mit der Sicherstellung von Vorgaben zu ihrer verbindlichen und sanktionsbewehrten Geltung liegen. Im Gegensatz zum in der somatischen stationären Versorgung bereits gesetzlich etablierten Instrument zur bedarfsgerechten Pflegepersonalbemessung PPR 2.0 kann die im Rahmen der PPP-RL geregelte Definition von Mindestvorgaben zur Personalausstattung nur einen ersten Schritt auf dem Weg zur Festlegung geeigneter Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung darstellen. Diese Einschränkung gilt umso mehr, als dass die in der PPP-RL verankerten Zeitvorgaben nicht für eine zeitnahe Überarbeitung und Weiterentwicklung angelegt sind. Vor diesem Hintergrund kritisiert ver.di scharf, dass die in § 1 Abs. 3 verankerte Folgeanpassung zur künftigen Ausgestaltung der Personalvorgaben um ein volles Jahr auf den 31. Dezember 2026 verschoben werden soll. Das Verschieben der Frist zur Anpassung der Richtlinie erscheint aufgrund des Nichtvorliegens der Evaluation der EPPIK-Ergebnisse bei der zuständigen Arbeitsgruppe zwar nachvollziehbar, gleichwohl ist die damit verbundene Folgelosigkeit hinsichtlich der Belastungsfaktoren für Beschäftigte in den zugehörigen Einrichtungen nicht vertretbar. Bereits seit Januar und April 2024 liegen Ist- und Soll- Ergebnisse der EPPIK- Erprobung vor. ver.di kritisiert deutlich, dass im Rahmen der vorliegenden Überarbeitung der Richtlinie auf Grundlage dieser Ergebnisse keine Schlüsse gezogen und die zuvor bis zum 31.12.2025 geltende Fristsetzung erneut verschoben werden soll. Keinesfalls darf es zudem weitere Verschiebungen bei der Umsetzung und Anwendung der Sanktionsregelungen innerhalb der vorgesehenen Fristen geben. Erst durch ein wirksames Sanktionsregime erhält die Umsetzung einer Mindestpersonalbemessung eine realistische Perspektive.

Verschiedene Anlagen zur Richtlinie weisen in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung eine deutliche Diskrepanz zur Versorgungsrealität und dem immer komplexer und anforderungsreicher gewordenen Arbeitsalltag der die Versorgung sicherstellenden Beschäftigten auf. Dies gilt insbesondere für die Definition der Regelaufgaben nach Anlage 4, die die steigenden Anforderungen an die Pflegefachpersonen abbilden und in diesem Sinne aktualisiert werden müssen, sowie für die Minutenwertetabellen in Anlage 1. Die mittlerweile umfangreichen

Dokumentationsaufwände stellen für die Beschäftigten in den stationären Einrichtungen ein zunehmend zeitintensives Erfordernis im Arbeits- und Versorgungsalltag dar, das nicht sachgerecht in den Minutenwerten gespiegelt wird.

Mit Blick auf eine zeitgemäße Abbildung des Versorgungsgeschehens und den sich daraus ergebenden Arbeitsaufwänden, die im Rahmen der Richtlinie zu erfassen sind, spricht sich ver.di deutlich für eine Aktualisierung beider Anlagen aus. ver.di fordert die Parteien der Gemeinsamen Selbstverwaltung dazu auf, im Rahmen der für das folgende Erfassungsjahr anstehenden Revision der Richtlinie Vorschläge hierzu zu unterbreiten.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph/ Absatz bzw. Anlage/ Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)</i>
§ 2, Abs. 7	Stellungnahme mit Begründung: Eine Abkehr vom geltenden monats- und stationsbezogenen Nachweis wird abgelehnt. Nur durch den stationsbezogenen Ansatz sind untermonatliche Schwankungen zwischen einzelnen Stationen mit dem Ziel des langfristigen Ausschlusses von Überlastungs- und Gefährdungsaspekten festzustellen, während bei der reinen einrichtungsbezogenen Betrachtung sowohl das Fortbestehen schwerpunktmäßiger Handlungsbedarfe als auch die punktuelle Abmilderung von Handlungsbedarfen durch Personalverschiebungen nicht verhindert werden.
	Änderungsvorschlag: Dem Vorschlag von GKV SV, PatV, BPtK kann gefolgt werden.
§ 2, Abs. 8	Stellungnahme mit Begründung: Die Einhaltung der Mindestvorgaben muss stationsbezogen erfolgen, da sich andernfalls Belastungsschwerpunkte für Beschäftigte und Einschränkungen bei der Gewährleistung der leitliniengerechten Behandlung auf einzelnen Stationen nicht feststellen und gezielt beheben lassen.
	Änderungsvorschlag: Dem Vorschlag von GKV SV, PatV, BPtK kann gefolgt werden.
§ 2, Abs. 10	Es erscheint sachgerecht, dass der erhöhte Versorgungsbedarf von Patient*innen mit Intelligenzminderung im Rahmen der Budgetverhandlungen zu einem entsprechend über die Mindestvorgaben hinausgehenden Personalbedarf führen kann. Eine Refinanzierung dieses über die Mindestvorgaben hinausgehenden Personalbedarfs muss für Einrichtungen zur Versorgung intelligenzgeminderter Patient*innen sichergestellt sein.

	Sicherzustellen ist bei einer entsprechend vorzunehmenden Berücksichtigung ebenfalls, dass diese im Zuge der Weiterentwicklung der PPP-RL hin zur Umsetzung einer bedarfsgerechten Personalbemessung aufgenommen und in ein bedarfsgerechtes Personalbemessungsinstrument integriert wird.
	Dem Vorschlag der DKG kann gefolgt werden.
§ 2, Abs. 11	Die Definition von Stationen als kleinste bettenführende organisatorische Einheiten ist unverzichtbar, um eine bedarfsgerechte Zuordnung von Personal zu ermöglichen und die Gewährleistung der Mindestvorgaben umzusetzen.
	Änderungsvorschlag: Dem Vorschlag von GKV SV, PatV, BPtK kann gefolgt werden.
§ 3, Abs. 1	Die Einführung eines Behandlungsbereiches A3 zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung erscheint angesichts des zusätzlichen Betreuungsaufwandes und dem damit einhergehenden Personalmehrbedarf, der sich durch die Versorgung psychisch kranker Menschen mit Intelligenzminderung ergibt, sachgerecht und im Einklang mit dem Kriterium der Notwendigkeit zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung. Gleichwohl bleibt ungeklärt, unter welchen Kriterien eine anteilige Mitwirkung der Eingliederungshilfe an der Versorgung dieser Personengruppe realisiert werden kann, um einer zusätzlichen Verknappung gegebener Personalkapazitäten entgegenzuwirken. Ziel muss sein, die mit der Einführung eines gesonderten Behandlungsbereiches der Intelligenzminderung einhergehenden erhöhten Personalbedarfe bedarfsgerecht zu decken und gleichzeitig eine Absenkung der Personalausstattung in anderen Behandlungsbereichen auszuschließen.
	Dem Vorschlag von PatV kann gefolgt werden.

§ 5, Abs. 1 a, b, d, e, f § 5, Abs. 2 § 4, Abs. 3	Es erscheint grundsätzlich nachvollziehbar, dass zur Ermittlung der Vorgaben zur Mindestpersonalbemessung eine Vielzahl der am Versorgungsgeschehen mitwirkenden Berufsgruppen einbezogen wird. Damit einher geht allerdings das Risiko, dass die Fachlichkeit der Pflege und Versorgung, die sich aus der bisher bestehenden Zuordnung von Berufsgruppen ergibt, aufgeweicht wird und es in der Folge allein aus ökonomischen Anreizstrukturen heraus zu einer Deprofessionalisierung der Pflege kommen kann. Eine Miteinbeziehung von Physiotherapeut*innen in die Vorgaben zur Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalbemessung ist aufgrund ihrer Charakteristik als staatlich regulierten Ausbildungsberufes sowie aufgrund ihrer grundsätzlichen Bedeutung für die multiprofessionelle Versorgung zu begrüßen. Die Anrechnung Medizinischer Fachangestellten in die Mindestvorgaben der Personalausstattung für Pflegefachpersonen ist abzulehnen, da es sich hierbei um einen Gesundheitsberuf mit einem eigenen Aufgabenprofil handelt. ver.di lehnt die Aufnahme der Physician Assistants in die Personalausstattung der Ärzt*innen ab. Es handelt sich hierbei um einen bisher nicht allgemein anerkannten Beruf, es fehlt eine staatliche Regelung. Für Physician Assistants bleibt die Problematik der Heilkundenausübung durch Delegation bestehen, ein klares Berufsbild zeichnet sich bisher nicht ab. Oftmals stehen ökonomische Überlegungen im Vordergrund, die sich nachteilig auf die Versorgungsqualität auswirken können.
	Keine Übernahme der vorgeschlagenen Änderungen
§ 6, Abs. 6	Bisher fehlt eine bundeseinheitliche, verbindlich anzuwendende Definition für die Erfüllung von Versorgungsverpflichtungen. Bisher bestehen regional unterschiedliche Kriterien für die Erbringung der Pflichtversorgung. Der Einführung eines alternativen Kriteriums im Sinne einer 24-Stunden-Aufnahmebereitschaft kann deshalb nicht gefolgt werden. Voraussetzung hierfür wäre zunächst die bundeseinheitliche Definition und flächendeckende Geltung der Versorgungsverpflichtung sowie empirische Daten über deren zeitlaufbezogene Erfüllung, bevor ein noch nicht einheitlich geregeltes Begriffsbild einer 24-Stunden-Aufnahmebereitschaft inklusive der hierfür zu definierenden Merkmale etabliert und nachvollzogen wird.

	Dem Vorschlag von DKG, PatV, BPtK kann gefolgt werden.
§ 6, Abs. 7	Für die Festlegung von Mindestvorgaben im Nachtdienst sind neben der Miteinbeziehung des Anteils der Patient*innen mit Intelligenzminderung weitere Kriterien relevant. Dazu gehört eine Berücksichtigung der einrichtungsbezogenen Gegebenheiten (weitläufiges Gelände mit einzelnen Stationen etc.) sowie die Aufstellung von Vorgaben, die der Sicherheit des eingesetzten Personals dienen. Dies beinhaltet geschützte Akut- bzw. Intensivstationen, fakultativ geschlossene Stationen und Stationen mit geschützten Bereichen mit Patient*innen, die Zwangsmaßnahmen unterliegen (Überwachung fixierter/isolierter Patient*innen) sowie Aufnahmestationen, die Patient*innen mit (fremd-)aggressivem Verhalten, Erregungszuständen, Drogen- und Alkoholeinfluss etc. aufnehmen und behandeln (Akutbehandlung). Hier sind mindestens zwei Pflegefachkräfte gemäß § 5 plus die Möglichkeit der Einrichtung eines Bereitschaftsdienstes notwendig. Einrichtungsbezogene Gegebenheiten können auch die Vorhaltung eines Kriseninterventionsteams (psychiatrischer und/oder vitaler Notfall) beinhalten. Hier besteht auch die Notwendigkeit einer damit verbundenen Vorgabe zur ärztlichen Besetzung im Nachtdienst/Bereitschaftsdienst. Deutlich zu kritisieren ist, dass die zum 30.05.2025 vorgesehene Festlegung von Folgeeregungen für den Nachtdienst durch den G-BA als Weiterentwicklung auf dem Weg zur Umsetzung einer bedarfsgerechten Personalbemessung nun bis zum 30.06.2027 verschoben werden soll. Damit wird eine erhebliche zeitliche Verschiebung in Kauf genommen, die sich sowohl hinsichtlich der notwendigen zeitnahen Entlastung der in den Einrichtungen tätigen Beschäftigten als auch im Sinne der erst durch Umsetzung einer bedarfsgerechten Personalbemessung zu sichernden Versorgungsqualität negativ auswirken wird und daher abzulehnen ist. Dem Vorschlag der PatV / BPtK kann zugestimmt werden. Die Verschiebung der Weiterentwicklung der Nachtdienstregelungen auf den 30.06.2027 wird abgelehnt.
§ 7, Abs. 5	Die Geltung der Nachweiserbringung auf monats- und stationsbezogener Ebene gemäß § 2 Abs. 7 soll auch die tatsächliche Personalausstattung im Nachtdienst erfassen. Eine Nichtberücksichtigung der im Nachtdienst tätigen Beschäftigten würde eine nicht sachlich zu rechtfertigende Benachteiligung bedeuten, da entstehende Risikofaktoren für Überlastung und Unterbesetzung nicht transparent würden. Zudem ist

	die tatsächliche Personalausstattung im Nachtdienst Grundlage für die notwendige Weiterentwicklung von Mindestvorgaben für die Nacht.
	Gemäß Vorschlag GKV-SV, PatV und BPtK ist die tatsächliche Personalausstattung im Nachtdienst bei der Nachweiserbringung weiterhin zu berücksichtigen.
§ 8 Abs. 2	Die bei der tatsächlichen Personalausstattung nach dem Willen der DKG vorgesehene Bezugnahme auf den § 27 Abs. 4 PsychThG stellt eine Verknappung dar gegenüber der geltenden Berücksichtigung von Berufsgruppen auf Grundlage einer Vergütung entsprechend des jeweiligen Grundberufs. Die Anrechnung dieser Berufsgruppen in Ausbildung entsprechend ihrem Grundberuf ist beizubehalten. Eine uneingeschränkte Anrechnung von Fach- und Hilfskräften in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung birgt das Risiko einer dauerhaften und weitgehend ungeregelten Berücksichtigung dieses Personenkreises als Ausgleich für nicht vorhandenes Fachpersonal. Damit wären weder eine qualitative, leitliniengerechte Versorgung noch eine Behandlungskontinuität in multiprofessionellen, eingespielten Teams sichergestellt. Vor diesem Hintergrund lehnt ver.di den Vorschlag ab, Fach- und Hilfskräfte in einer berufsbegleitenden Ausbildung zu einer Berufsgruppe gemäß § 5 während ihrer berufsbegleitenden Ausbildung bis zu drei Jahre zu berücksichtigen. Dem Vorschlag von GKV-SV, PatV, BPtK zur Beibehaltung der Berücksichtigung in Abhängigkeit von der Vergütung entsprechend des Grundberufs kann gefolgt werden. Dem Vorschlag von PatV und BPtK, Fach- und Hilfskräfte in einer berufsbegleitenden Ausbildung zu einer der Berufsgruppen gemäß § 5 bis zu drei Jahre während ihrer Ausbildung anzurechnen, kann nicht gefolgt werden. Ausbildung muss immer im Vordergrund stehen. Deshalb lehnt ver.di eine Anrechnung von Auszubildenden gemäß § 5 ab.
§ 8 Abs. 3	Geregelt werden soll die gegenseitige Anrechenbarkeit von Fachkräften der Berufsgruppen nach § 5 im Rahmen der tatsächlichen Personalausstattung. ver.di erkennt keine Notwendigkeit, die bisher nur für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen geltende Anrechenbarkeit künftig auch auf Pflegefachpersonen zu erstrecken. In den bisher geltenden Anrechnungskriterien, die eine evidenzgesicherte und auf Gewährleistung einer leitliniengerechten Behandlung ausgerichtete Zusammensetzung multiprofessioneller Teams beinhalten, ist bereits eine sachgerechte Erbringung der Regelaufgaben

	der einzelnen Berufsgruppen unter Berücksichtigung möglicher Aufgabenübernahme durch andere Berufsgruppen abgebildet.
	Dem Vorschlag von GKV-SV, PatV und BPtK kann gefolgt werden.
§ 8 Abs. 4 § 8 Abs. 5	Behandlungskontinuität in etablierten und eingespielten Teams setzt den Einsatz von Personal in einem direkten Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus voraus. Arbeitnehmerüberlassungsmaßnahmen stehen dem entgegen und verursachen durch die erhöhte Personalfluktuations und die ständige Restrukturierung innerhalb multiprofessioneller Teams den Verlust einer langfristigen, vertrauensbasierten Zusammenarbeit. Die Anrechnung von Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus ist daher abzulehnen. Der Vorschlag der DKG, die Anrechenbarkeit von Fachkräften und Hilfskräften aus anderen Berufsgruppen von zehn Prozent auf bis zu 30 Prozent zu erhöhen, ist abzulehnen. Diese Ausweitung der Anrechenbarkeit widerspricht dem Anspruch an eine hohe Versorgungsqualität und birgt das Risiko einer weiteren Arbeitsverdichtung bei den Berufsgruppen.
	Dem Vorschlag von GKV-SV, PatV und BPtK zu Abs. 4 kann gefolgt werden. Dem Vorschlag von GKV-SV, PatV und BPtK zu Abs. 5 kann gefolgt werden.
§ 8 Abs. 7	Einsätze im Nachtdienst setzen aufgrund der möglichen Komplexität von Behandlungssituationen und der damit einhergehenden Herausforderungen eine ausreichende Qualifikation und entsprechende Erfahrung voraus. Eine abgeschlossene Ausbildung von Pflegehilfskräften von mindestens 18 Monaten oder eine Tätigkeit im Berufsfeld von mindestens drei Jahren muss als Mindestvoraussetzung für eine Anrechenbarkeit dienen. Dabei muss sichergestellt sein, dass pro Station und Nacht eine hauptverantwortliche Fachkraft der Berufsgruppen gemäß § 5 auf den Stationen, auf denen Pflegehilfskräfte eingesetzt werden, tätig ist. Der Einsatz von anderen Fach- und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen im Nachtdienst ist auszuschließen. Eine Anrechenbarkeit von Pflegehilfskräften im Umfang von bis zu 10 % lehnt ver.di als zu umfangreich bemessen ab Die komplexen

	versorgungsbezogenen Anforderungen und die große Verantwortung erfordern eine hohe Fachlichkeit der Pflegepersonen. Der Pflegeprozess ist durch Pflegefachpersonen durchgängig durchzuführen. Der ergänzende Einsatz von Pflegehilfskräften darf nur in einem solchen Maßstab erfolgen, dass die Fachlichkeit der Pflege durch den vorrangigen Einsatz von Pflegefachkräften gewahrt bleibt. Dem Vorschlag der PatV zur Anrechenbarkeit von Pflegehilfskräften mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung von 18 Monaten oder einer Tätigkeit im Berufsfeld von mindestens drei Jahren kann gefolgt werden. Dem Vorschlag der DKG, dass hauptverantwortliche Fachkräfte der Berufsgruppen gemäß § 5 auf den Stationen eingesetzt werden, kann gefolgt werden. Dem Ausschluss der Anrechenbarkeit anderer Fach- und Hilfskräfte aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen kann gefolgt werden.
§ 10 Abs. 1 S. 4	Es ist sachlich richtig und dem Ziel einer Sicherstellung der Verbindlichkeit von Mindestvorgaben in der Personalausstattung dienlich, wenn Abweichungen möglichst minimiert und die für diese in Frage kommenden Tatbestände begrenzt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Kopplung von Ausnahmetatbeständen an den Zeitraum des Bestehens der Übergangsregelung nach § 16 grundsätzlich sachgerecht. Gleichzeitig sind qualitative Grenzen unabdingbar, um eine beliebige Auslegung von Ausnahmeregelungen zu vermeiden und auf eine möglichst am inhaltlichen Zweck der Richtlinie orientierte Tatbestandsregelung hinzuwirken. Der Befristung einer Abweichungsmöglichkeit entsprechend § 16 Abs. 1 S. 1 (Vorschlag GKV-SV / BPtK) kann zugestimmt werden. Dem Vorschlag der PatV, dass 80 % der Mindestvorgaben dabei nicht unterschritten werden dürfen, kann zugestimmt werden.
§ 13 Abs. 5	Einer Verschiebung des Inkrafttretens der Sanktionierung auf den Zeitraum zwischen 2028 und 2029 lehnt ver.di strikt ab. Voraussetzung für die Wirksamkeit der Mindestvorgaben sind Konsequenzen durch Sanktionen bei Nichteinhaltung. Das Verschieben würde faktisch auf eine weitere zweijährige Aussetzung der in der PPP-RL gemachten Vorgaben hinauslaufen und daraus resultierende nachteilige Effekte für die Beschäftigten der betroffenen Einrichtungen sowie für die leitliniengerechte Versorgung der Patient*innen in Kauf nehmen. Dem Vorschlag von GKV-SV, BPtK kann gefolgt werden.

Anlage 1 - Minutenwerttabellen	Der Einfügung der Zeile A 3 kann zugestimmt werden. Die Zeile G2 ist auf den Minutenwert 2015 statt wie bisher 1645 zu aktualisieren, um die bedarfsgerechte Versorgung von Patient*innen mit Demenz, Intelligenzverlust, Multimorbidität in Verbindung mit den Eingruppierungsempfehlungen der Anlage 2 sicherzustellen.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis *(Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.)*



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
gemäß §§ 91 Abs. 5a, 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und
1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO
zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum
Erfassungsjahr 2026**

Datum	3. März 2025
Stellungnahme von	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien/ WFKT (Prof. Dr. Constanze Schulze-Stampa)

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Betrifft fachliche Klarheit/ Einheitlichkeit der begrifflichen Verwendung 1) Innerhalb der Berufsgruppe Spezialtherapien soll/ sollte für die Nennung der untergeordneten Berufsgruppe Künstlerische Therapien einheitlich (durchgehend) der Begriff: „Künstlerische Therapien“ verwendet werden. Dieser hat sich sowohl in der akademischen Ausbildung als auch in der Professionalisierung des Fachs (in Praxis und Forschung) durchgesetzt. Die Heterogenität der Vielfalt der Begrifflichkeiten, wie Kreativtherapie, Gestaltungstherapie u.a. ist Geschichte und widerspricht der fachlichen Etablierung. Die Begriffe: <i>Künstlerische Therapeutinnen</i>“ und „Künstlerische Therapeuten“ werden bereits klar verwendet. 2) Innerhalb der Künstlerischen Therapien werden je nach Anwendung des künstlerischen Mediums die folgenden Bereiche/ Praxisschwerpunkte unterschieden: Musik-, Kunst-, Theater-, Poesie-, Tanz- und Ausdruckstherapien. I.d.R. wird indikationsbezogen ausgewählt (gemäß vorliegender Evidenz), welcher Schwerpunkt in das Behandlungskonzept (für die Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik oder Kinder- und Jugendpsychiatrie) integriert bzw. patientenorientiert angewendet wird. 3) Für inhaltliche Klärungen hinsichtlich der Professionalisierung in Praxis und Ausbildung der Künstlerischen Therapien - hinsichtlich deren fachlichen Eingruppierung sowie Regelaufgaben - stehen wir als WFKT jederzeit sehr gerne zur Verfügung.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph/ Absatz bzw. Anlage/ Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)
§ 5 Berufsgruppen, Absätze 1) und 2), S. 7-9	Stellungnahme mit Begründung: Die vorgeschlagene weitere Zusammenlegung von verschiedenem Fachpersonal unter der Berufsgruppe Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten halten wir für zu vereinfachend und daher kritisch, insbesondere da die von d) bis f) genannten therapeutischen Berufsgruppen jeweils eine eigene Professionalisierung und Akademisierung entwickelt haben. Die Abschlüsse für Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerischen Therapeuten sind Diplom, Bachelor und Master. Es sind eben <u>nicht</u> nur erworbene fachliche Schwerpunkte. Die spezifischen Therapieansätze (unter d-f), wie Ergotherapie, Künstlerische Therapien, Sprachheiltherapie, Logopädie, Bewegungstherapie etc. sollten für die psychosoziale Versorgung der Patientinnen und Patienten grundsätzlich zugänglich sein. Eine vereinfachte und summarische Bündelung der therapeutischen Berufsgruppen führt aus unserer Sicht eher zur Vernachlässigung der spezifischen Ansätze (deren Ziele, Wirksamkeit u.a.) mit ggf. qualitativen Folgen für die psychosoziale Versorgung der Patientinnen und Patienten. Änderungsvorschlag: Wir schlagen die Formulierung vor: „Spezialtherapien - Fachkräfte für Psychosoziale Versorgung“.
Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten ANLAGE 4, S. 89 ff	Stellungnahme mit Begründung: In der EPPIK Studie wurde die Eignung des sog. „Plattformmodell“ (im Sinne eines Strukturmodells) als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken – vor dem Hintergrund der Komplexität des Klinikalltages – untersucht. Die Formulierung der Regelaufgaben für die Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (der psychosozialen Berufsgruppen) sind daran zu orientieren. Dies begründet sich u.a. darin, dass sich in den Künstlerischen Therapien spezifische Interventionen (empirisch-wissenschaftlich fundiert), insb. im Kontext multiprofessioneller Behandlungskonzepte entwickelt haben, sowohl bezogen auf ausgewählte Diagnosegruppen als auch zur diagnoseübergreifenden Psychoedukation (Literatur dazu s. unten).

	Änderungsvorschlag: Unter (2) <i>Einzelfallbezogene</i> und (3) Gruppenbezogene Behandlung sollte es heißen (Änderung des jeweils erst genannten Punktes): „Spezifische künstlerisch-therapeutische Behandlung (Musik-, Kunst-, Theatertherapie u.a.)“ anstatt „Spezifische kreativitätsfördernde Behandlung einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie“ (Literatur dazu s. unten).

Literatur (-Auswahl)

Ganter-Argast, C., Junne, F., & Seifert, K. (2022). Kunsttherapie: Aktuelle Entwicklungen in Forschung und Ausbildung [Art therapy: Current developments in research and training]. Der Nervenarzt, 93(9), 953–970. <https://doi.org/10.1007/s00115-022-01383-2>

Kobus, S., Buehne, A.M., Kathemann, S., Buescher, A.K., & Lainka, E. (2023). Parents' Perceptions of the Effectiveness of Music Therapy on Their Chronically Ill Children. Behav Sci (Basel). 2023 May 14; 13(5):409. DOI: [10.3390/bs13050409](https://doi.org/10.3390/bs13050409)

Koch, S. C., Wirtz, G., Harter, C., Weisbrod, M., Winkler, F., Pröger, A., & Herpertz, S. C. (2019). Embodied self in trauma and self-harm: Effects of Flamenco therapy on traumatized in-patients. A pilot study. Journal of Loss and Trauma, 04/2019. <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1507472>

Sprotte, Y. (2023). Computerized text and voice analysis of patients with chronic schizophrenia in art therapy. Sci Rep 13, 16062 (2023). DOI: [10.1038/s41598-023-43069-y](https://doi.org/10.1038/s41598-023-43069-y)

Zaščirinska, K., Šuriņa, S., Mārtinsons, K. (2024). Trends in dance/movement therapy research: A bibliometric analysis of publications in the scopus bibliographic and citation information database. The Arts in Psychotherapy 90/2024. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2024.102195>



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
gemäß §§ 91 Abs. 5a, 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und
1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO
zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum
Erfassungsjahr 2026**

Datum	06.03.2025
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.*

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten**Allgemeine Anmerkung**

Die DGPPN begrüßt die vorliegenden Änderungsvorschläge zur Flexibilisierung der Anrechenbarkeit der verschiedenen Berufsgruppen, zur Anrechenbarkeit einer höheren Hilfskraftquote, zur Anrechenbarkeit weiterer Berufsgruppen sowie zur Anrechenbarkeit von administrativ unterstützenden Berufen. Gleichzeitig ist bei der Flexibilisierung der Anrechenbarkeit von Berufsgruppen Sorge zu tragen, dass dies nicht zu Lasten der Qualitätssicherung geschieht. Die vorliegenden Änderungsvorschläge sind diesbezüglich noch verbesserungsbedürftig. Entsprechend unterstützt die DGPPN nicht alle Vorschläge der DKG und sie unterstützt an einer Stelle einen abweichenden Vorschlag der PatV.

Darüber hinaus unterstützt die DGPPN die Vorschläge der DKG zur Reduzierung der überbordenden Dokumentationspflichten.

Darüber hinaus hält die DGPPN eine grundlegende Überarbeitung der PPP-RL entlang der folgenden Prinzipien weiterhin für notwendig:

- Die überzogenen und nicht zielführenden Strafzahlungen der PPP-RL müssen in ihrer aktuellen Form gestrichen werden.
- Wenn Mindestvorgaben nicht eingehalten werden können, müssen neben der Rückzahlung nicht genutzter Personalmittel Unterstützung, Beratung und Anreize für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalausstattung im Zentrum stehen.
- Zudem muss eine Weiterentwicklung erfolgen, die im Gegensatz zur aktuell gültigen Richtlinie evidenzbasiert zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen kann.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph/ Absatz bzw. Anlage/ Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)
§ 1 Abs. 3 § 13 Abs. 5 und § 16 Abs. 2 § 13 Abs. 6 § 6 Abs. 7 und § 7 Abs. 5	<u>DKG: Verlängerung von Fristen</u> Verschiebung der Anpassung hinsichtlich der künftigen Ausgestaltung der Personalvorgaben, unter Berücksichtigung des Plattform-Modells u.a., um ein Jahr (von 31.12.25 auf 31.12.26) Verschiebung der Sanktionen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben um weitere zwei Jahre Entscheidung über weitergehende Sanktionsregelungen zwei Jahre später Verlängerung der Regelungen zu den Nachtdiensten um zwei Jahre, bis der G-BA eine Entscheidung über deren Nachfolgeregelung getroffen hat <i>Stellungnahme mit Begründung:</i> Die DKG-Vorschläge werden unterstützt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt hat sich an den Rahmenbedingungen der Richtlinie nichts verändert, die den G-BA am 19. Oktober 2023 sowie am 21. März 2024 dazu bewogen hatten, eine Aussetzung der Sanktionen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben zu beschließen. Die Verfügbarkeit von Fachkräften hat sich eher noch verschlechtert. Außerdem ist noch unklar welche Konsequenzen aus den Ergebnissen der EPPIK Studie gezogen werden können und wie dann eine inhaltliche Weiterentwicklung der Richtlinie aussehen kann.
§ 2 Abs. 7 § 2 Abs. 8 § 2 Abs. 11	<u>DKG: Entlastung in der Nachweisführung</u> Streichung der monats- und stationsbezogenen Dokumentation Einrichtungsbezogene Feststellung der Einhaltung der Mindestvorgaben Streichung der Definition einer Station <i>Stellungnahme mit Begründung:</i> Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge der DKG. Aus Sicht der DGPPN ist eine monats- und stationsbezogene Nachweispflicht für eine Qualitätsbeurteilung weder sinnvoll noch notwendig. Der daraus resultierende Aufwand steht in keinem positiven Verhältnis zu einem erwarteten Nutzen. Ein Einrichtungs- und Quartalsbezug (als größerer Mittelwert) ist sehr viel realitätsnäher und aussagekräftiger als ein kleinteiliger Stations- und Monatsbezug.

§ 11 Anlage 3, Nachweis A5 § 16 Abs. 6	Vereinfachung des Nachweisverfahrens Entfallen der Entsendung von Anlage 3 Teil A9 ab dem Jahr 2026 <i>Stellungnahme mit Begründung:</i> Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge der DKG in § 11, in Anlage 3 sowie in § 16 Abs. 6. Grundsätzlich sollten im Sinne der Entbürokratisierung Datenerhebungen auf ein sinnvoll verwertbares Maß begrenzt werden. Mit der grundlegenden Begrenzung auf den Quartals- und Standortbezug und einer angemessenen Meldefrist von 6 Wochen kann der Ressourceneinsatz für den administrativen Bereich adäquater gestaltet werden.
§ 2 Absatz 10 § 3 Absatz 1 Anlage 1, Tabelle 1 Zeile A3	<u>DKG: Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung</u> <i>Stellungnahme mit Begründung:</i> Die DGPPN unterstützt den Ergänzungsvorschlag der DKG in § 2 Absatz 10, nach denen die Besonderheiten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung bei der Budgetvereinbarung auf der Ortsebene berücksichtigt werden können. <u>PatV: Eigener Behandlungsbereich für Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung</u> Die DGPPN lehnt den Vorschlag der PatV ab. Die DGPPN hält die Forderung nach einem gesonderten Behandlungsbereich für medizinisch grundsätzlich begründbar, jedoch aus pragmatischen Gründen für kontraproduktiv. Denn die Einführung eines eigenen Behandlungsbereiches könnte aufgrund des Fachkräftemangels zum Abbau von Behandlungsplätzen und Verschlechterung der Versorgungssituation für dieses Klientel führen. Allerdings wird der Lösungsvorschlag der DKG in § 2 Absatz 10 unterstützt (s. oben).
§ 5 Abs. 1a und 2a	<u>Flexibilisierung der Vorgaben der Berufsgruppen</u> Physician Assistants <i>Stellungnahme mit Begründung:</i> Die DGPPN lehnt die Ergänzungsvorschläge der DKG ab. Physician Assistants sind eine relativ neue Berufsgruppe, die in Deutschland erst seit kurzem im Einsatz ist und für deren Einsatz insbesondere in den Fachbereichen der Psychiatrie und Psychosomatik nur sehr wenige Erfahrungen vorhanden sind. Prinzipiell ist ein Einsatz dieser neuen Berufsgruppe in der Psychiatrie und Psychosomatik denkbar und Übernahme von einzelnen Aufgaben aus dem Regelaufgabenkatalog nach Anlage 4 vorstellbar, jedoch zu einem begrenzten Anteil und aus

§ 4 Absatz 3 § 5 Absatz 1 Buchstabe b § 5 Absatz 2 Buchstabe b	unserer Sicht nicht wie von der DKG dargelegt in Höhe von 70 %. Dementsprechend kann eine vollständige Integration von Physician Assistants in die ärztliche Personalkategorie bis hin zu einem gemäß PPP-RL-Logik beinahe vollständigen Ersatz des ärztlichen Bereichs nicht befürwortet werden. Vielmehr ist die Einführung einer Substitutionsquote im Bereich der Anrechnungen (§ 8 Absatz 5 Satz 5) den bisherigen Erfahrungen weitaus eher entsprechend. <i>Änderungsvorschlag:</i> Siehe Änderungsvorschläge in § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen. Medizinische Fachangestellte <i>Stellungnahme mit Begründung:</i> Die DGPPN lehnt die Ergänzungsvorschläge der DKG ab. Medizinische Fachangestellte sind eine wichtige Berufsgruppe in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wir begrüßen sehr, diese Berufsgruppe in die PPP-RL aufzunehmen. Aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Zuordnung besteht jedoch keine vollständige Äquivalenz zwischen Pflegefachpersonen und medizinischen Fachangestellten. Der (immer größer werdenden) Relevanz dieser mittlerweile auch in den Kliniken großen Berufsgruppe wäre an sich eine eigene Berufsgruppe angemessen. Um sich dieser Divergenz anzunähern, ist aus unserer Sicht eine Quotenregelung unter § 8 sinnvoll. In einem kleinen Umfang können die medizinischen Fachangestellten aus Sicht der DGPPN auch bei der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte angerechnet werden (Blutabnahme, Dokumentation). <i>Änderungsvorschlag:</i> Siehe Änderungsvorschläge in § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen.
§ 5 Absatz 1 Buchstabe d-f § 5 Absatz 2 Buchstabe d-f	Zusammenfassung von Berufsgruppen <i>Stellungnahme mit Begründung:</i> Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge der DKG/BPtK. Die Berufsgruppen nach Buchstabe d-f sind in jedem therapeutischen Team verankert. Ein Nachweis über die Integration jeder einzelner dieser Berufsgruppe in jede Organisationseinheit wird in der Strukturprüfung des Medizinischen Dienstes erbracht – einschließlich formalem Nachweis über die Vorlage von Dienstplänen. Insbesondere für kleine Standorte bzw. Organisationseinheiten ist ein kleinteiliger Nachweis dieser Berufsgruppen im Sinne eines passgenauen Stellenumfangs nur mit großer Mühe möglich, woraus immer wieder eine (weder ökonomisch noch therapeutisch sinnvolle) sehr deutliche Übererfüllung, aber auch Untererfüllung resultiert. Daraus ergeben sich insbesondere bei kleinen Standorten das Unterschreiten der Mindestvorgaben – oftmals ist dies bei kleinen Standorten (z. B. stand-alone-Tageskliniken) aus therapeutischer Sicht wenig relevant. Auch in den Therapie-Nachweisen im OPS erfolgt eine Zusammenfassung der Berufsgruppen (OPS-Katalog 9-649, 9-696, 9-701 usw.). Der Vorschlag der DKG berücksichtigt auch die

	zwischenzeitliche Diversifizierung der Berufsgruppen mit bewegungstherapeutischem oder sportbezogenem Schwerpunkt.
§ 6 Abs. 6	<u>GKV-SV: Einführung des Kriteriums einer 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme für das Vorliegen einer Versorgungsverpflichtung</u> <i>Stellungnahme mit Begründung:</i> Die DGPPN lehnt den Änderungsvorschlag des GKV-SV ab. Gegenwärtig ist in den Bundesländern noch unterschiedlich geregelt, unter welchen Voraussetzungen Einrichtungen einen Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung erhalten. Zu fordern ist daher eine bundesweit einheitliche landeshoheitliche Ausgestaltung der Versorgungsverpflichtung. Einzelne dichotome Merkmale wie z. B. die vom GKV-SV eingebrachte 24-Stunden-Aufnahmebereitschaft oder das ebenfalls diskutierte Vorliegen einer geschlossenen Station sind selbst nur ungenügend definiert und können deshalb nicht zum entscheidenden Kriterium einer Versorgungsverpflichtung erklärt werden.
§ 6 Abs. 6	<u>DKG/PatV/BPtK: In den tagesklinischen Behandlungsbereichen A6, S6, G6 sowie KJ7 findet unabhängig von einer Versorgungsverpflichtung kein Abzug von Minutenwerten statt.</u> <i>Stellungnahme mit Begründung:</i> Die DGPPN lehnt den Ergänzungsvorschlag von GKV-SV/DKG/PatV/BPtK ab. Kliniken mit Versorgungsverpflichtung unterscheiden sich grundsätzlich von Kliniken ohne Versorgungsverpflichtung. Die Unterschiede betreffen nicht nur den vollstationären Bereich, sondern alle Behandlungssettings. Tageskliniken von Kliniken mit Versorgungsverpflichtung übernehmen z.T. ad hoc akutere Fälle, sie haben weniger standardisierte Aufnahmeprozeduren und weniger standardisierte Behandlungsprogramme, sie richten die Behandlung individueller auf die Bedarfe einzelner Patienten aus und haben damit höhere Aufwände. Manche Tageskliniken von Kliniken mit Versorgungsverpflichtung bieten Behandlung an 7 Wochentagen an und sie arbeiten stationersetzend in akuten Behandlungsphasen. Die Unterschiede zwischen Kliniken mit und Kliniken ohne Versorgungsverpflichtung sollen auch im tagesklinischen Bereich gewürdigt werden.
§ 8	<u>Anrechnungen von Berufsgruppen</u> <i>Stellungnahme mit Begründung:</i> Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge der DKG in § 8 Absatz 2 Satz 2 und 3, in § 8 Absatz 3 Satz 4, in § 8 Absatz 4, in § 8 Absatz 5 Satz 1, und in § 8 Absatz 5 Satz 5 Spiegelstrich 5 und 6. Der Änderungsvorschlag der DKG in § 8 Absatz 3 Satz 2 wird abgelehnt. Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge der PatV in § 8 Abs. 7 (und § 7 Abs. 5)

Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels ermöglicht die wechselseitige Anrechnung von Berufsgruppen vielfach die Aufrechterhaltung der Versorgung, darf aber eine angemessene, leitlinienorientierte Behandlungsqualität nicht gefährden. Dementsprechend müssen Anrechnungen möglich sein, allerdings sind dem mit Blick auf die Qualitätssicherung Grenzen zu setzen. So wird eine Anrechenbarkeit von Pflegekräften auf die ärztliche VKS-Minutenzahl abgelehnt.

Andererseits könnten z.B. Apotheker, aber auch die neue Berufsgruppe der Physician Assistants und weitere Fachkräfte wie DokumentationsassistentInnen und Medizinische Fachangestellte mit einer zu definierenden Obergrenze auf die ärztliche VKS-Minutenzahl angerechnet werden. Die DKG schlägt eine Obergrenze von 5% ohne Berücksichtigung der Physician Assistants vor. Bei zusätzlicher Berücksichtigung der Physician Assistants kann sich die DGPPN hier sogar eine Obergrenze von insgesamt 10% vorstellen.

Ebensolches gilt für die Anrechnung von medizinischen Fachangestellten, PflegeassistentInnen sowie Pflegehilfskräften mit noch nicht abgeschlossener Ausbildung auf die Berufsgruppe der Pflege. Die DKG schlägt eine Obergrenze von 30% ohne Berücksichtigung der Medizinischen Fachangestellten vor. Bei zusätzlicher Berücksichtigung der Medizinischen Fachangestellten bleibt die DGPPN hier bei einer Obergrenze von maximal 30%, bei der eine ausreichende pflegerische Qualität noch gewährleistet erscheint.

Externe Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus sollen angerechnet werden können, damit eine ausreichende Versorgungsqualität sichergestellt werden kann und einige Spezialangebote wie z. B. künstlerische oder tiergestützte Therapien ermöglicht werden – dies gilt insbesondere auch für kleine Einheiten wie Stand-Alone-Tageskliniken (analog zur stationsäquivalenten Behandlung).

Änderungsvorschläge:

§ 8 Absatz 3 Satz 2

Eine Anrechnung nach Satz 1 ist bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 Absatz 1 möglich:

„jeweils zwischen den Buchstaben a und c

sowie

jeweils zwischen den Buchstaben b und d“

§ 8 Absatz 5 Satz 3:

„Die Qualifikationserfordernisse können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung *oder durch eine Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten für die Berufsgruppe nach § 5 Absatz*

	<i>1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b</i> nachgewiesen werden. § 8 Absatz 5 Satz 4: <i>„Von in § 5 nicht genannten Berufsgruppen können Physician Assistants, PharmazeutInnen, DokumentationsassistentInnen und medizinische Fachangestellte auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a angerechnet werden.“</i> Bei der Anrechnung von Fachkräften und Hilfskräften aus anderen Berufsgruppen sind folgende Höchstgrenzen zu beachten: § 8 Absatz 5 Satz 5 Spiegelstrich 1 (Ärztinnen und Ärzte): <i>„Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a: 10 % der VKS-Mind“</i> (Erweiterung des Vorschlags der DKG) § 8 Absatz 5 Satz 5 Spiegelstrich 2 (Pfleger): <i>„Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b: 30 % der VKS-Mind“</i> (Zustimmung zum Vorschlag der DKG)
§ 10 Abs. 4	<u>DKG: Streichung der Frist bei Ausnahmetatbestand für Tageskliniken</u> <i>Stellungnahme mit Begründung:</i> Die DGPPN unterstützt den Vorschlag der DKG. Wie in den Erläuterungen zum § 6 ausgeführt sollten aus Gründen der wohnortnahen Versorgung alleinstehenden Tageskliniken, insbesondere vor dem Hintergrund einer oftmals kleinen Organisationsgröße eine größere Flexibilität ermöglicht werden.

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis (Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.)



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
gemäß §§ 91 Abs. 5a, 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und
1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO
zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum
Erfassungsjahr 2026**

Datum	06.03.2025
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.*

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) dankt für die Möglichkeit zum Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL (Stand 06.02.24) Stellung nehmen zu können. Die Stellungnahme ist mit der Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) abgestimmt.

Die DGPM weist seit Erstfassung der PPP-RL auf die für die Psychosomatik unpassenden Behandlungsbereiche und Minutenvorgaben hin. Deren Umsetzung hätte Verwerfungen in der Versorgung zur Folge. Hintergrund ist, dass die derzeitigen Mindestvorgaben in der Psychosomatik entweder auf Personalanhaltszahlen (P2 und P4) von 1993 (Heuft et al. 1993) beruhen, die bisher in der Versorgungspraxis nicht überprüft wurden, oder aus Vorgaben der Psych-PV für den psychiatrischen Bereich (P1 und P3) übernommen wurden, die ein anderes Versorgungsangebot als das der Psychosomatik beschreiben. Des Weiteren ist eine Ausdifferenzierung der P Behandlungsbereiche erforderlich, um das Spektrum der verschiedenen Behandlungssettings in der Psychosomatik angemessen abzubilden. Ca. zwei Drittel des akutstationären oder teilstationären Versorgungsangebots in Deutschland ist in den letzten zwei Jahrzehnten entstanden. Dabei haben eine Ausdifferenzierung und Spezialisierung der Angebote in der Psychosomatik stattgefunden. Auf diese Änderungsbedarfe haben die psychosomatischen Fach- und Trägerverbände geschlossen reagiert und in jeder Stellungnahme zu Änderungen der PPP-RL seit deren Erstfassung 2019 hingewiesen. Im §14 Absatz 2 wird folglich eine Überprüfung und Anpassung der Behandlungsbereiche sowie Minutenwerte für die Psychosomatik gefordert.

Erfreulicherweise liegt mit der repräsentativen Ist-Standerhebung in psychosomatischen Einrichtungen im Rahmen der EPPIK-Studie erstmalig eine ausreichend differenzierte Datenbasis vor, die eine valide Bemessungsgrundlage für Personalmindestvorgaben der sechs behandelnden Berufsgruppen darstellen und als Orientierung für die gesetzliche Verankerung von Personalmindestvorgaben für die stationäre und teilstationäre Versorgung in der Psychosomatik dienen können. Wir legen dieser Stellungnahme einen von der DGPM ausgearbeiteten und mit ihren psychosomatischen Partnerverbänden konsentierten Vorschlag für eine Anpassung der psychosomatischen Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben der PPP-RL bei (**siehe Anlage 1**). Wir bitten um wohlwollende Prüfung und stehen für eine Diskussion der Vorschläge zur Verfügung.

In diesem Kontext bitten wir dringend um ein weiteres Aussetzen der Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absätze 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten.

Auch eine Aussetzung der Ermittlung der Umsetzungsgrade der aktuellen, vollkommen unpassenden Vorgaben nach § 6 wäre dringend erforderlich, um die Verunsicherung zu beenden. Durch deren Ermittlung wird psychosomatischen Einrichtungen aktuell suggeriert, dass es sich bei den bestehenden unpassenden Vorgaben um normativ gerechtfertigte Vorgaben handelt, die in Kürze rechtlich sanktionsbewehrt einzuhalten sind.

Die Regelaufgaben der Berufsgruppen (b), (d), (e) und (f) sind unpassend und unvollständig in der PPP-RL abgebildet. Sollten die Regelaufgaben im Zuge des Wegfalls der Dokumentationspflicht nicht gestrichen werden, müssen die Regelaufgaben der genannten Berufsgruppen in der PPP-RL für die Psychosomatik angepasst werden. Wir weisen auf den bereits eingereichten Vorschlag der psychosomatischen Verbände hin und fügen diesen dieser Richtlinie erneut bei (**siehe Anlage 2**)

Im Folgenden werden wir im Einzelnen auf die dissidenten Änderungsvorschläge eingehen, die den Versorgungsbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie betreffen.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph/ Absatz bzw. Anlage/ Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)
§ 5 Abs. 1 a)	Stellungnahme mit Begründung: Die Ergänzung des Berufsbilds „Physician Assistants“ in der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte wird abgelehnt. In der psychosomatischen Medizin sind keine Fälle des Einsatzes von Physician Assistants bekannt. Das Kompetenzprofil der Physician Assistants entspricht nicht, bzw. nicht hinreichend demjenigen von Ärztlichem Personal in der Psychosomatik. Änderungsvorschlag: keine Übernahme von Änderungen.
§ 5 Abs. 1 b)	Stellungnahme mit Begründung: Medizinische Fachangestellte (MFA) spielen bei der Unterstützung der Berufsgruppe der Pflege insbesondere in den Fachkliniken eine bedeutende Rolle. Auch übernehmen Sie in dieser Funktion pflegerische Aufgaben. Eine Aufnahme dieser Berufsgruppe bei Pflegefachpersonen wäre aus praktischer Perspektive gerechtfertigt. Dieser Position stehen Bedenken wegen der Signalwirkung an die Berufsgruppe der Pflege gegenüber. Die Ausbildung von Pflegefachpersonen und MFA unterscheidet sich inhaltlich erheblich. Auf eine Aufnahme der MFA in die Berufsgruppe der Pflege kann aus Sicht der DGPM verzichtet werden, wenn in § 8 Abs. 5 die Höchstgrenze für die Anrechnungsmöglichkeit von Fachkräften und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen auf die Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1 Buchstabe b von 10% auf 30% der VKS-Mind angehoben wird, wie von der DKG vorgeschlagen. Die Anhebung dieser Höchstgrenze ist aus Sicht der DGPM der hier vorgeschlagenen Aufnahme der MFA vorzuziehen. Sollte die der Höchstgrenze in § 8 Abs. 5 nicht auf 30% angehoben werden oder nur in geringerem Umfang (z.B. 20%) erfolgen, sollten MFA als Berufsgruppe unter § 5 Abs. 1 b) aufgenommen werden. Änderungsvorschlag: • <u>Keine Übernahme von Änderungen, sofern in § 8 Abs. 5 die Höchstgrenze für die Anrechnungsmöglichkeit von Fachkräften und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen auf die Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1 Buchstabe b) von 10% auf 30% der VKS-Mind angehoben wird.</u> • <u>Übernahme der Änderungen, wie von der DKG empfohlen, wenn in § 8 Abs. 5 die Höchstgrenze für die Anrechnungsmöglichkeit</u>

	von Fachkräften und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen auf die Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1 Buchstabe b) <u>nicht</u> auf 30% der VKS-Mind <u>angehoben wird</u>.
§ 5 Abs. 1 d), e), f)	Stellungnahme mit Begründung: Die DGPM schließt sich dem Vorschlag der PatV an, die Berufsgruppen der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (d) und der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (e) zu einer Berufsgruppe zusammenzufassen. Aus Sicht der DGPM ist es möglich die Berufsgruppe der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen (f) ebenfalls dieser neuen (Sammel-)Berufsgruppe zuzuschlagen. Die Zusammenfassung der Berufsgruppe (f) mit den zusammengefassten Berufsgruppen (d) + (e) ist jedoch nicht uneingeschränkt zu empfehlen. Die Berufsgruppe (f) hat ein klinisches Profil und Aufgabenspektrum (insbesondere Unterstützung bei der Durchsetzung von sozialen, finanziellen und beruflichen Ansprüchen im Sozialrecht und besondere Rolle beim Entlassmanagement), die sich von den beiden Berufsgruppen (d) + (e) stärker unterscheidet. Für die Zusammenfassung der drei Berufsgruppen (d) + (e) + (f) spricht die Vereinfachung und Abkehr von zu kleinteiligen Vorgaben der Richtlinie. Die klinischen Entscheidungsspielräume der Ärztlichen Leitung (Gesamtbehandlungsplan) sollten gestärkt werden. Es gibt keine wissenschaftliche Evidenz, die die Trennung der drei Berufsgruppen nahelegt. Änderungsvorschlag: • Uneingeschränkte Empfehlung zur Übernahme der Position der PatV: Zusammenfassung der Berufsgruppen (d) + (e). • Empfehlung zur Übernahme der Position der DKG/BPtK mit Vorbehalt: Zusammenfassung der Berufsgruppen (d) + (e) + (f).
§ 6 Abs. 6	Stellungnahme mit Begründung: In der Psychosomatik gibt es insbesondere an Allgemein- und Universitätskrankenhäusern zahlreiche Abteilungen mit Versorgungsverpflichtung nach der bisherigen Definition. Diese Abteilungen nehmen PatientInnen nicht nur nach Vorprüfung und Vorgespräch auf (elektive PatientInnen), sondern bekommen PatientInnen unmittelbar aus einer zentralen Notaufnahme oder nach Aufnahme auf eine interdisziplinäre Aufnahmestation, Intensivstation/ Intermediate Care Station oder Normalstation des Krankenhauses zur Weiterbehandlung intern überwiesen, bzw. zugeteilt. Die Versorgung der psychosomatischen Notfälle in den zentralen Notaufnahmen und psychiatrischen Notfallambulanzen erfolgt in der Regel über den 24h-Bereitschaftsdienst der psychosomatischen Abteilungen. Sofern die psychosomatischen Notfälle zunächst in einer anderen Abteilung

	aufgenommen werden, bleibt der psychosomatische Bereitschaftsdienst in die Akutversorgung einbezogen. Die Behandlung solcher nicht-elektiver PatientInnen geht mit einem erhöhten Behandlungsaufwand einher, der durch die höheren Minutenvorgaben (kein Abschlag von 10%) von Abteilungen mit Versorgungsverpflichtung nach der bisherigen Definition zumindest in Teilen berücksichtigt würde. Der Änderungsvorschlag des GKV-SV, die Versorgungsverpflichtungseigenschaft von Krankenhäusern oder Abteilungen nur noch anzuerkennen, wenn diese eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme selbst in der Abteilung vorhält, würde dazu führen, dass die oben genannten Abteilungen, die z.B. nicht-elektive-Fälle zunächst auf einer interdisziplinären Aufnahmestation mitversorgen und zur weiteren Behandlung am nächsten Tag übernehmen, trotzdem einen Abschlag auf Ihre Mindestvorgaben in Höhe von 10% hinnehmen müssten. Der erhöhte Behandlungsaufwand dieser Abteilungen wäre damit nicht mehr berücksichtigt. Dies erscheint nicht gerechtfertigt. Schon in den Tragenden Gründen der Erstfassung der PPP-RL vom 19.09.2019 wurde der höhere Personalbedarf wegen einer erhöhten Anzahl von ungeplanten Aufnahmen als bei elektiven Einrichtungen als Begründung für das Kriterium der regionalen Pflichtversorgung genannt. Mit der vom GKV-SV vorgeschlagenen Erweiterung der zu erfüllenden Kriterien würde von dieser Begründung nun ohne Notwendigkeit oder Evidenz abgewichen. Änderungsvorschlag: keine Übernahme des Vorschlags des GKV-SV.
§ 8 Abs. 2	Stellungnahme mit Begründung: Die künftige Anrechnungsmöglichkeit von Fach- und Hilfskräften der Berufsgruppen gemäß § 5 während der Zeit ihrer Aus- oder Weiterbildung wird von der DGPM befürwortet. Eine Beschränkung dieser Anrechnungsmöglichkeit auf drei Jahre wird abgelehnt. Eine solche Beschränkung wird dem Umstand nicht gerecht, dass Aus- und Weiterbildungszeiten aus unvorhersehbaren Gründen regelmäßig länger als drei Jahre dauern. Eine Beschränkung auf Personal, das vor dem 1.1.2025 eingestellt wurde, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, ist entschieden abzulehnen. Damit gäbe es in Zukunft kaum Anreiz mehr Personal in Aus- und Weiterbildung einzustellen oder Aus- und Weiterbildung anzubieten.

	Änderungsvorschlag: Übernahme des Änderungsvorschlags der DKG: „Fach- und Hilfskräfte in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung zu einer der Berufsgruppen gemäß § 5 können während der Zeit ihrer Aus- oder Weiterbildung angerechnet werden.“
§ 8 Abs. 3, Satz 4	Stellungnahme mit Begründung: Die bisher bestehende befristete Regelung zu einer Anrechnungsmöglichkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen (Berufsgruppe c) auf andere nichtärztliche Berufsgruppen sollte wegen der hohen Inanspruchnahme (insbesondere auf die Berufsgruppe der Pflege) um mindestens ein Jahr bis zum 31. Dezember 2026 verlängert werden. Eine Entfristung der Anrechnungsmöglichkeit, wie von der DKG vorgeschlagen, erscheint zu weitreichend. Die Mindestvorgaben in Anlage 1 sollten so angepasst werden, dass die befristete Anrechnungsmöglichkeit nach Satz 4 entfallen kann. Dauerhaft sollte nur eine Anrechnung zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen möglich sein, weil diese beiden Berufsgruppen als einzige zur Erbringung von Psychotherapie befähigt sind. Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags von GKV-SV/PatV/BPtK zur befristeten Anrechnung der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e und f (je nachdem, wie d-f künftig zusammengefasst sein werden).
§ 8 Abs. 4 und § 8 Abs. 5, Satz 1	Stellungnahme mit Begründung: Fachkräfte der Berufsgruppen gemäß § 5 ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus sollten anrechenbar bleiben. Häufig werden freiberufliche Ärzte, aber auch freiberufliche Kräfte der Berufsgruppen d-f für unregelmäßige Aufgaben (z.B. Psychometrie) oder in Urlaubsvertretung eingesetzt. Diese Kräfte sind oft nicht bereit in Festanstellung zu gehen und/oder es ist administrativ zu aufwendig und fehleranfällig (Lohnabrechnung, etc.) diesen eine Festanstellung anzubieten. Auch bietet sich Freiberuflern innerhalb der „Kleinunternehmerregelung“ steuerliche Vorteile ihre Dienste anzubieten. Viele freiberufliche Kräfte wären nicht bereit in eine Festanstellung zu gehen. Durch den Entfall der Möglichkeit ihrer Anrechnung würde den Krankenhäusern ein wichtiger Personalpool verloren gehen, obwohl die meisten Einrichtungen heute schon die Mindestvorgaben nicht erfüllen können. Dies ist abzulehnen. Die Ausführungen des GKV-SV in den Tragenden Gründen zu „Leasingpersonal“ sind nicht zutreffend. Die Mehrheit des angerechneten nicht angestellten Personals ist freiberuflich tätig. Auch bei Fremdpersonal von Drittfirmen, z.B. Zeitarbeitsfirmen, ist nicht

	automatisch ein qualitativer Verlust zu unterstellen. Häufig werden zwischen Krankenhausträgern oder innerhalb von Trägerverbünden Arbeitskräfte gegenseitig unterstützend eingesetzt. Auch dies würde durch die vom GKV-SV vorgeschlagene Einschränkung verhindert und die Abbildung solch gegenseitiger Unterstützung mit Personal durch Festanstellungsverhältnisse wäre mit unvertretbarem administrativen Aufwand verbunden. Änderungsvorschlag: Keine Übernahme des Änderungsvorschlags von GKV-SV/PatV/BPtK in § 8 Abs. 4 und Übernahme des Änderungsvorschlags der DKG in § 8 Abs. 5: <i>„unabhängig vom Bestehen eines direkten Beschäftigungsverhältnisses mit dem Krankenhaus...“</i>
§ 8 Abs. 5, Satz 5	Stellungnahme mit Begründung: Insbesondere Medizinische Fachangestellte, Pflegehilfs- und Pflegeassistentenkräfte übernehmen einen substanziellen Anteil der pflegerischen Aufgaben in der stationären psychosomatischen Versorgung. Aber auch andere Berufsgruppen, wie z.B. ErnährungsberaterInnen, Patientenmanager oder Stationshilfen übernehmen wichtige (Regel-)Aufgaben. Dieses Personal ist aufgrund der fehlenden Anrechenbarkeit nicht mehr in den PPP-RL-Berichten der Einrichtungen erfasst und deshalb in den Auswertungen der Nachweise des IQTiG nicht mehr sichtbar. Die Angaben der DKG erscheinen plausibel. Eine Anhebung der Anrechnungsgrenze für Fachkräfte und Hilfskräfte aus anderen Berufsgruppen für die Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1 Buchstabe b auf 30% wird daher ausdrücklich befürwortet. Sie stellt eine bessere Lösung als eine Aufnahme der Berufsgruppe der MFA oder Pflegehilfskräfte in der Nennung der Berufsgruppen in § 5 Abs. 1 Buchstabe b dar. Die Begründung des GKV-SV die Anrechnung anderer Berufsgruppen nicht mehr zuzulassen und keine Anhebung der Anrechnungsgrenzen in der Berufsgruppe b zuzulassen, weil die Erfassung der Regelaufgaben gestrichen werden soll, erscheint nicht schlüssig. Es ist dringend erforderlich die drohende Dokumentation der Regelaufgaben nicht in Kraft treten zu lassen, bzw. zu streichen. Eine Dokumentation aller Regelaufgaben erscheint wegen des damit verbundenen Zeitaufwands unrealistisch. Die gesamte Regelversorgung hätte sonst Dokumentation wie unter Studienbedingungen zu erbringen. Es ist ohne Sachzusammenhang und nicht nachvollziehbar, wieso „dafür im Gegenzug“ die Anrechnung anderer als der in § 5 genannten Berufsgruppen eingeschränkt werden soll. Dieses Personal befindet sich bereits im Einsatz und erbringt wertvolle Arbeit. Im Gegenteil: Der niedrige Erfüllungsgrad der Mindestvorgaben innerhalb der PPP-RL ist mitunter dadurch verursacht, dass diese Berufsgruppen (siehe oben) wegen der fehlenden Anrechenbarkeit nicht mehr erfasst wurden.

	Änderungsvorschlag: Übernahme der Anrechnungsgrenze von 30 % der VKS-Mind für die § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b.
§ 11 Abs. 2 b)	Stellungnahme mit Begründung: Eine Meldung an die zuständige Landesbehörde erscheint nicht erforderlich. Die Landesbehörden nehmen erfahrungsgemäß die Meldungen nicht an oder befassen sich inhaltlich nicht damit. Die Meldung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen hingegen ist zweckdienlich und daher erforderlich für die Durchsetzung der Richtlinie.
	Änderungsvorschlag: Keine Übernahme der Position von GKV-SV/LV/PatV/BPtK
§ 11 Abs. 13	Stellungnahme mit Begründung: Die PPP-RL geht mit hohem Erfüllungsaufwand einher. Die PPP-RL-Meldungen rechtzeitig und inhaltlich richtig abzugeben, bindet regelmäßig Kräfte innerhalb der Einrichtungen. Alle Beteiligten müssen eigenverantwortlich Prüfaufwand vor Unterschrift leisten. Dies sollte dringend reduziert werden. Schon letztes Jahr wurde die quartalsweise Datenübermittlung um ein Jahr verlängert. Sie sollte nun eingestellt werden. Einrichtungen, die die Mindestvorgaben erfüllen, sollten von einer geringeren Berichtsintensität profitieren können.
	Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der DKG: „Bis zum Ende des Erfassungsjahres 2025“.
§ 16 Abs. 4, Satz 3	Stellungnahme mit Begründung: Seit der Erstfassung der PPP-RL vom 19.9.2019 weist die DGPM gemeinsam mit allen psychosomatischen Verbänden eindringlich darauf hin, dass die vorliegenden Mindestvorgaben unpassend sind. Die Behandlungsbereiche müssen ausdifferenziert und die Mindestvorgaben müssen angepasst werden. Erfreulicherweise liegt nun durch die im Rahmen der durch den Innovationsfonds geförderten EPIK-Studie eine valide Datenbasis für die notwendigen Anpassungen vor. Mit der Ist-Standerhebung im Rahmen der EPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) steht erstmals eine wissenschaftlich erhobene und ausreichend

	differenzierte Datenbasis zur Ist-Personalausstattung in der Psychosomatischen Medizin zur Verfügung. Es erfolgte eine repräsentative, bundesweite Beobachtungsstudie in Psychosomatischen Einrichtungen, die den Ist-Stand der Personalausstattung in Beziehung zu den therapeutischen Leistungen und zum medizinisch-somatischen Aufwand setzt. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse haben die psychosomatischen Verbände einen Vorschlag für eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Neu-Festlegung der Personalmindestvorgaben erarbeitet, den wir diesem Schreiben beifügen. Wir bitten den G-BA diesen Anpassungsvorschlag zu prüfen und in die Richtlinie zu übernehmen. Die voreilige Umsetzung der bisherigen empirisch nicht validierten und nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde zu Verwerfungen in der Versorgung führen. Wir weisen auf die zahlreichen und ausführlichen bisherigen Stellungnahmen zu diesem Thema hin. Die Prüfung und Diskussion des beigefügten Vorschlags der psychosomatischen Verbände durch den G-BA wird aller Voraussicht nicht mehr rechtzeitig vor Beschlussfassung dieser Fassung der PPP-RL abgeschlossen werden können. Eine Diskussion des vorliegenden Vorschlags im G-BA im Laufe dieses Jahres mit Beschlussfassung Anfang 2026 hätte ein Inkrafttreten zum 1. Januar 2027 zur Folge. Die psychosomatischen Einrichtungen brauchen ausreichend Zeit, um sich auf die neuen Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben einzustellen. Ein Inkrafttreten sollte daher frühestens zum 1. Januar 2028 erfolgen, wie von der DKG vorgeschlagen. Analog zur Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte dann ein Konvergenzmechanismus den psychosomatischen Einrichtungen eine Anpassung über mehrere Jahre ermöglichen. Dies vermeidet soziale Härten betroffener Mitarbeitender und gibt den psychosomatischen Einrichtungen die Möglichkeit das Personal über einen ausreichend langen Zeitraum in Zeiten des Personalmangels anzupassen. Mindestvorgaben haben eine starke Signalwirkung für die Einrichtungen. Ihnen wird suggeriert, dass es sich um normativ gerechtfertigte Vorgaben handelt, die in Kürze rechtlich sanktionsbewehrt einzuhalten sind, wenn diese ermittelt und berichtet werden müssen. Dieser Eindruck entsteht vor allem dann, wenn nur die Sanktionen ausgesetzt werden, aber die Mindestvorgaben künftig ermittelt werden müssen. Durch die Ergänzung des o.g. Mechanismus zur Anpassung wird den psychosomatischen Einrichtungen ein klares Zeichen gesetzt, dass die notwendigen Anpassungen der Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben kommen werden. Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der DKG: „...Erfüllung der Mitwirkungspflichten erst ab dem 1. Januar 2028 Anwendung.“ Darüber hinaus sollte ein gestuftes Verfahren beschlossen werden, das eine Einführung neuer Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben über

	mehrere Jahre vorsieht. Psychosomatische Einrichtungen sollten demnach, wie in § 16 Abs. 1 für die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehen, in einer Übergangszeit die neuen Mindestvorgaben wie folgt erfüllen müssen: <i>„Für Einrichtungen der Psychosomatik gilt folgendes gestuftes Verfahren:</i> <i>1. die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2028 zu 85 Prozent erfüllt sein.</i> <i>2. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2030 zu 90 Prozent erfüllt sein.</i> <i>3. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2032 zu 95 Prozent erfüllt sein.</i> <i>4. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2034 zu 100 Prozent erfüllt sein.“</i>
§ 16 Abs. 6	Stellungnahme mit Begründung: Die DGPM begrüßt sehr den Ersatz der künftigen Erfassung der Regelaufgaben durch die Ermittlung der OPS Codes (siehe oben). Dies stellt eine dringend notwendige Vereinfachung des Nachweises dar. Eine Erfassung der Regelaufgaben wäre nicht mit verhältnismäßigem Aufwand möglich gewesen. Durch eine Erfassung der Prozeduren gemäß Tabelle A9 erscheint kein zusätzlicher Erkenntnisgewinn im Bezug auf das Behandlungsgeschehen oder zur Weiterentwicklung der Richtlinie möglich. Sie ist daher zu streichen. Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der DKG: <i>„In den Jahren 2024 und 2025 erfolgt die Erfassung der Regelaufgaben durch die Übermittlung der OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98. Im Jahr 2024 und 2025 wird Anlage 3 Teil A9 oder Teil B3 ausschließlich an das IQTIG übersandt. Ab dem Jahr 2026 entfällt die Entsendung von Anlage 3 Teil A9. Für die Erfassung der Regelaufgaben wird in den Jahren 2024 bis und 2025...“</i>
Anlage 4	Stellungnahme mit Begründung: Die Regelaufgaben der Psychosomatik sind unvollständig und unpassend formuliert. Sollten die Regelaufgaben im Zuge des Wegfalls der Dokumentationspflicht nicht gestrichen werden, müssen die Regelaufgaben der Psychosomatik angepasst hin. Wir weisen auf den bereits eingereichten Vorschlag der psychosomatischen Verbände hin und fügen diesen dieser Richtlinie erneut bei. Änderungsvorschlag: Streichung der bisherigen Regelaufgaben und Übernahme des Vorschlags der psychosomatischen Fachverbände.

Anlage 1

Vorschlag für eine Anpassung der psychosomatischen Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben

Hintergrund

Mit der am 1. Januar 2020 in Kraft getretenen Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) hat der GBA auf der Basis des § 136a Abs. 2 SGB V Personaluntergrenzen für stationäre Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie (EPP), der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) und der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (PSM-PT) festgelegt. Aus Ermangelung von in der Versorgungspraxis erprobten Zeitwerten, wurde für die PSM-PT im Sinne eines Provisoriums auf die 1993 publizierten Anhaltszahlen nach Heuft (Heuft et al. 1993), deren Kategorien und Minutenwerte in Teilen angepasst wurden, rekuriert. Damit verbunden war in der Richtlinie von Beginn an die Forderung, dass eine Überprüfung und Anpassung der Behandlungsbereiche sowie Minutenwerte für die PSM-PT erfolgen müsse.

Im Teilprojekt Psychosomatik der EPIIK-Studie wurde daher - unabhängig von der Personalbedarfsschätzung der EPIIK-Studie – eine repräsentative Erhebung der Ist-Personalausstattung in 73 psychosomatischen Einrichtungen vorgenommen. Damit liegt für das Fach erstmalig eine ausreichend differenzierte Datenbasis aus der Versorgungspraxis vor, die eine valide Bemessungsgrundlage für Personalmindestvorgaben der sechs behandelnden Berufsgruppen (ärztliches Personal, psychologisches Personal, Pflegefachpersonen, Spezialtherapie, Bewegungs-/ Physiotherapie und Sozialarbeit) darstellen und als Orientierung für die gesetzliche Verankerung von Personalmindestvorgaben für die stationäre und teilstationäre Versorgung in der PSM-PT dienen können.

Die Quartalsberichte des IQTIG (IQTIG Strukturabfrage zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik, 2024) zeigen, dass die aktuellen Mindestvorgaben des Behandlungsbereichs P2 der PPP-RL weder das Spektrum der Versorgung in der PSM-PT noch die Mindestvorgaben für die sechs Berufsgruppen sachgerecht abbilden. Somit bieten die Daten der Ist-Standerhebung im Rahmen der EPIIK-Studie eine valide Grundlage für die dringend notwendige weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie die Ableitung empirisch überprüfter Mindestvorgaben für eine sachgerechte Anpassung der Mindestvorgaben in der PPP-RL.

§3 Behandlungsbereiche

Entsprechend des §3 beruht die elektive Einstufung in die „P“ (Psychosomatik) Behandlungsbereiche auf der Art der Erkrankung, den Behandlungszielen sowie den eingesetzten Behandlungsmitteln. Im Rahmen der Ist-Standerhebung der EPIIK-Studie konnte bestätigt werden, dass sich der Personalbedarf in der Psychosomatik an der Intensität des therapeutischen Angebotes sowie dem somatischen Versorgungsaufwand orientiert. Die Schwere der psychischen

Erkrankung stellt hingegen für die psychosomatischen Komplexbehandlungen kein geeignetes Kriterium zur differentiellen Einstufung in die unten aufgeführten Behandlungsbereiche dar [Ergebnisbericht EPPIK-Studie]. Basierend auf den Ergebnissen der Ist-Standerhebung der EPPIK-Studie ergeben sich die nachfolgend aufgeführten Behandlungsbereiche, die zur Sicherung der Qualität in der psychosomatischen Versorgung erforderlich sind (siehe hierzu auch Eingruppierungsempfehlung weiter unten):

- P1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung
- P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
- P3 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
- P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
- P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung
- P6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär
- P7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär

§14 Anpassung der Behandlungsbereich und Minutenwerte

Im §14 Absatz 2 wird eine Überprüfung und Anpassung der Behandlungsbereiche sowie Minutenwerte für die Psychosomatik gefordert. Hintergrund ist, dass die derzeitigen Mindestvorgaben in der Psychosomatik entweder auf empirisch ermittelten Personalanhaltszahlen (P2 und P4) von 1993 (Heuft et al. 1993) beruhen, die bisher in der Versorgungspraxis nicht überprüft wurden, oder aus Vorgaben der Psych-PV für den psychiatrischen Bereich (P1 und P3) übernommen wurden, die ein anderes Versorgungsangebot als das der Psychosomatik beschreiben. Des Weiteren ist eine Ausdifferenzierung der P Behandlungsbereiche erforderlich, um das Spektrum der verschiedenen Behandlungssettings in der Psychosomatik angemessen abzubilden. Ca. zwei Drittel des akutstationären oder teilstationären Versorgungsangebots in Deutschland ist in den letzten zwei Jahrzehnten entstanden. Dabei haben eine Ausdifferenzierung und Spezialisierung der Angebote in der Psychosomatik stattgefunden. Auf diese Änderungsbedarfe haben die psychosomatischen Fach- und Trägerverbände geschlossen reagiert und in jeder Stellungnahme zu Änderungen der PPP-RL seit deren Erstfassung in 2019 hingewiesen.

Im Rahmen der EPPIK-Studie konnte im Teilprojekt Psychosomatik das von Experten entwickelte Personalbemessungsmodell („Plattform-Modell“) basierend auf einer differenzierten Ist-Standerhebung der Personalausstattung bestätigt werden (Ergebnisbericht EPPIK-Studie). Das Personalbemessungsmodell berücksichtigt für den vollstationären Bereich jeweils eine zweistufige Graduierung der therapeutischen Leistung sowie des somatischen Aufwands, so dass sich insgesamt vier Behandlungsbereiche ergeben. Von der vollstationären Versorgung ist ein weiterer Behandlungsbereich für die teilstationäre Komplexbehandlung abzugrenzen.

Ein zentrales Qualitätskriterium für die psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung im stationären und teilstationären Bereich ist die therapeutische Intensität von mindestens 3 Therapieeinheiten durch ärztliche und psychologische Psychotherapeut:innen in der Woche. Sofern dieses Kriterium nicht erfüllt ist, sollten die Patient:innen in die stationäre bzw. teilstationäre psychosomatische-psychotherapeutische Regelbehandlung eingestuft werden.

Anlage 1 Minutenwertetabelle

Die Ergebnisse der Ist-Standerhebung der EPPIK-Studie bestätigen die Strukturabfragen des IQTIG (IQTIG Strukturabfrage zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik, 2024) und zeigen, dass die Mindestvorgaben der (teil-)stationären Behandlungsbereiche P1 bis P4 die Personalausstattung in der Versorgungspraxis nicht sachgerecht darstellen und Anpassungen dringend erforderlich sind.

Die Ableitung der Mindestvorgaben für die oben genannten Behandlungsbereiche orientieren sich an den Ergebnissen der EPPIK Ist-Standerhebung. Zur Sicherung der Versorgungsqualität wurden für die neuen Behandlungsbereiche der spezifischen psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlungen P2-P5 und P7 jeweils die Medianwerte der Personalausstattung für die einzelnen Berufsgruppen zur Ableitung der Mindestvorgaben herangezogen. Viele Einrichtungen halten spezialisierte Behandlungsangebote vor, die diese Personalvorhaltung erfüllen, so dass es notwendig ist dieses qualitative Niveau zu sichern. Für die psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung der Behandlungsbereiche P1 und P6 hingegen wurde als Mindestvorgabe das untere Quartil der Personalausstattung für die einzelnen Berufsgruppen als Untergrenze für eine qualitätsgesicherte Patientenversorgung gesehen. Die Regelbehandlung gilt somit als qualitative Untergrenze für Fälle, bei denen keine psychosomatische-psychotherapeutische Komplexbehandlung erforderlich ist. Ein Viertel der Einrichtungen erfüllt diesen Standard der Personalausstattung zwar nicht, sollte jedoch seine Standards für die Erfüllung der Anforderungen an eine Akutbehandlung auf mindestens dieses Niveau anheben.

Ferner schlagen wir folgende Anpassungen der Mindestvorgaben gegenüber den Ergebnissen im Ergebnisbericht der Ist-Standerhebung der EPPIK-Studie vor.

- 1) Die Resultate der Ist-Standerhebung der EPPIK-Studie haben gezeigt und die Berichte aus den MD-QK-RL-Prüfungen bestätigen, dass sich viele Kliniken schwertun, durchgängig drei ärztliche und psychologische Therapieeinheiten in der Komplexbehandlung wöchentlich anzubieten. Auch in der intensivierten (OPS-Code 9-63 mit mindestens sechs Therapieeinheiten über alle Berufsgruppen) und der integrierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung (OPS-Code 9-63, Zusatzcode 9-642) wird die aus Sicht der wissenschaftlichen Fachgesellschaften erforderliche Therapiedichte oft knapp verfehlt. Des Weiteren sind psychologische Psychotherapeut:innen in Ausbildung (PPiAs) ohne eine Anstellung in der PPP-RL nicht abgebildet und führen somit zu einer Unterschätzung der Personalmindestvorgaben in dieser Berufsgruppe. Sie leisten unter Anleitung eines Facharztes bzw. eines approbierten psychologischen Psychotherapeuten einen wichtigen Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung. Mit der Umsetzung der neuen Weiterbildung, die eine Anstellung der Psychotherapeut:innen im Weiterbildung vorsieht, sind daher zukünftig Anpassungen für diese Berufsgruppe erforderlich. Aus Sicht der psychosomatischen Fach- und Trägerverbände ist daher eine moderate Anhebung des Personalstands für Ärzt:innen und Psycholog:innen in den Komplexbehandlungen (P2-P5 und P7) gerechtfertigt. Aktuelle Untersuchungen bestätigen, dass die psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit mindestens 3TEs durch Ärzt:innen und

Psycholog:innen (OPS-Code 9-63) mit einer hohen Effektivität in der routinemäßigen Anwendung einhergeht (Doering et al. 2023).

- 2) Im Rahmen der Ist-Standerhebung der EPPIK-Studie wurde das Vorliegen einer regionalen Pflichtversorgung nicht dokumentiert. Ungefähr zwei Drittel der psychosomatischen Einrichtungen haben keine regionale Pflichtversorgung angegeben (IQTIG Strukturabfrage zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik, 2024). Für die Festlegung der Minutenwerte entsprechend der PPP-RL wurden daher die Personalmindestvorgaben für alle Berufsgruppen jeweils um 10% erhöht. Dabei wurde davon ausgegangen, dass weiterhin § 6 Abs. 6 PPP-RL in der aktuell geltenden Fassung (letzte Änderung 20.06.2024) angewendet wird. Auch in der Psychosomatik gibt es Einrichtungen mit Versorgungsverpflichtung und entsprechend erhöhtem Personalbedarf. Sollte § 6 Abs. 6 gestrichen werden, könnten die Vorgaben um 10% abgesenkt werden. Für die Einrichtungen mit Versorgungsverpflichtung in der bisherigen Definition muss jedoch der ursprüngliche Wert vor 10%-Abzug weiterhin zur Geltung kommen. Zur besseren Einschätzung wurden in der beigefügten Anlage 1 beide Werte abgebildet (links nach 10%-Abzug / rechts vor 10%-Abzug).
- 3) Mehrere psychosomatische Einrichtungen, die in die Behandlungscluster P2 (Komplexbehandlung) und P3 (intensivierte Komplexbehandlung) im Rahmen der Ist-Standerhebung eingestuft wurden, zeigen einen deutlichen Widerspruch zwischen der therapeutischen Leistung (Therapieeinheiten) und der Personalausstattung. Dies waren in der Mehrzahl der Fälle Einrichtungen, die trotz hoher Personalausstattung eine geringere therapeutische Leistung über alle Berufsgruppen hinweg aufwiesen und somit in den Behandlungsbereich P2 eingestuft wurden. Umgekehrt gab es nur wenige Kliniken, die trotz geringer Personalausstattung eine höhere therapeutische Leistung über alle Berufsgruppen hinweg aufwiesen und in den Behandlungsbereich P3 eingestuft wurden. Es ist von Dokumentationsproblemen, verminderter Zahl qualifizierter therapeutischer Angebote sowie überholten Organisationsabläufen in diesen Einrichtungen auszugehen. Um die notwendige Personalausstattung zur Erfüllung der drei bzw. sechs Therapieeinheiten valider darzustellen, wurden diese Einrichtungen in der Ableitung der Mindestvorgaben für die Behandlungsbereiche P2 und P3 nicht berücksichtigt. Hierdurch wird sowohl die Qualität als auch ein effektiver Einsatz von personellen Ressourcen für die Behandlungsbereiche sichergestellt.
- 4) Die Zahl der Einrichtungen, die im Rahmen der EPPIK Ist-Standerhebung in das stationäre bzw. teilstationäre Behandlungscluster 0 eingestuft wurden, sind zu gering, um eine repräsentative Aussage für diese Behandlungsbereiche zu treffen. Des Weiteren bleibt unklar, ob die Einstufung in diese Behandlungscluster aufgrund von Dokumentationsproblemen und/ oder verminderten qualifizierten therapeutischen Angeboten erfolgte. Somit empfehlen wir, für die Festlegung der Mindestvorgaben dieser Behandlungsbereiche auf das untere Quartil der Personalausstattung des Behandlungsbereichs P2 (Komplexbehandlung) bzw. P7 (Komplexbehandlung teilstationär) der Ist-Standerhebung zurückzugreifen. Da das untere Quartil im teilstationären Bereich für die Berufsgruppe der Bewegungstherapeut:innen in der Ist-Standerhebung 0 Minutenwerte aufwies, erfolgte eine Anpassung der Mindestvorgaben auf den ursprünglichen Wert der PPP-RL (P3) von 17 Minuten pro Behandlungswoche.

Die abgeleitete Personalausstattung für die Behandlungsbereiche P1 und P6 (Regelbehandlungen) stellen aus Sicht der Fachgesellschaften eine Untergrenze für die Personalausstattung im (teil-)stationären Bereich dar, mit der eine sinnvolle psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung ermöglicht werden kann. Es zeigen sich im Vergleich zur aktuellen P1 bzw. P3 der PPP-RL, die aus Vorgaben der Psych-PV für den psychiatrischen Bereich (P1 und P3) übernommen wurden, erhebliche Abweichungen sowohl das Personal insgesamt als auch den Personalmix betreffend. Aufgrund der Unterschiede im Personal und Versorgungsangebot, empfehlen wir die Nomenklatur von „Psychotherapie (teilstationär)“ in „psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung (teilstationär)“ anzupassen.

Mit dieser Festlegung der Mindestvorgaben sollte gleichzeitig auch eine budgetneutrale Umsetzung der Vorschläge für die Kliniken möglich sein. Im Regelfall können Kliniken, die eine geringere Personalausstattung in Teilbereichen aufweisen, mit Personal aus besser ausgestatteten Bereichen ausgleichen.

Anlage 1 Minutenwertetabelle

Psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene

Behandlungsbereiche	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychothera- peutinnen und Psychothera- peuten	Pflege- fach- personen	Psychotherapeut- innen und Psycho- therapeuten (ohne ärztliche Psychothera- peutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Spezial- therapeut- innen und Spezial- therapeuten	Bewegungs- therapeutinnen und Bewegungs- therapeuten, Physiothera- peutinnen und Physiothera- peuten	Sozialarbeiter- innen und Sozial- arbeiter, Sozial- pädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
P1	154	476	107	103	31	14
P1 Regelbehandlung	162*/ 180	198*/ 220	90*/ 100	59*/66	32*/ 36	31*/ 34
P2	265	509	132	102	50	49
P2 Komplexbehandlung	207*/ 230	225*/ 250	150*/ 167	70*/ 78	59*/ 66	32*/ 35
P3 Intensivierte Komplexbeh.	248*/ 275	553*/ 614	131*/ 145	101*/ 112	41*/ 45	41*/ 45
P4 Integrierte Komplexbeh.	297*/ 330	525*/ 583	135*/ 150	81*/ 90	55*/ 61	36*/ 40
P5 Intensivierte integrierte Komplexbeh.	342*/ 380	609*/ 677	117*/ 130	100*/ 111	43*/ 48	23*/ 25
P3	114	329	107	176	17	67
P6 Regelbehandlung, teilstationär	180*/ 200	180*/ 200	72*/ 80	57*/ 63	15*/ 17	10*/11
P4	265	201	132	102	50	49
P7 Komplexbehandlung, teilstationär	252*/ 280	225*/ 250	105*/ 117	90*/ 100	40*/ 44	40*/ 44

*Einrichtungen ohne regionale Versorgungsverpflichtung; graue Schriftfarbe: Minutenwerte aus der aktuell gültigen PPP-RL

Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen zu den Behandlungsbereichen der PPP-RL in psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene

Die Ist-Standerhebung in psychosomatischen Einrichtungen im Rahmen der EPPIK-Studie bestätigt das „Plattform-Modell“ für die Psychosomatik mit insgesamt 5 stationären und 2 teilstationären Behandlungsbereichen.

Für die Einstufung in die psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlungen (P2-P5, P7) müssen die Kriterien des OPS-Codes 9-634 erfüllt sein und insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/ oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen. Die Ergebnisse der Ist-Standerhebung der EPPIK-Studie zeigen, dass eine größere Zahl der psychosomatischen Einrichtungen im Mittel über die Behandlungszeit das Kriterium von drei Therapieeinheiten pro Woche knapp verfehlte. Des Weiteren werden die psychologischen Psychotherapeut:innen in Ausbildung (PPiAs) in der PPP-RL nicht berücksichtigt. Dies wird sich mit der Ausbildungsreform ändern. Somit ist eine moderate Erhöhung der Mindestvorgaben für ärztliche und psychologische Therapeut:innen notwendig.

Die Einstufung in die psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlungen basierend auf dem OPS-Code 9-62 ist nicht angemessen. Unter fachärztlich psychiatrischer Leitung sind andere Personalausstattungen und folglich Mindestvorgaben erforderlich, als in den Behandlungsbereichen, die nun im Rahmen der EPPIK-Studie für durch psychosomatische Fachärzte geleitete Abteilungen und Krankenhäusern ermittelt wurden. Die Unterschiede zwischen diesen psychiatrischen und psychosomatischen geleiteten Einrichtungen sind aus der Erfahrung erheblich. Der Code 9-62 würde sonst zu sehr unterschiedliche Personalvorgaben (P2 neu und A6) führen.

Ferner hat sich in der Ist-Standerhebung der EPPIK-Studie gezeigt, dass sich die therapeutische Leistung (Therapieeinheiten) durch Ärzt:innen und Psycholog:innen und insbesondere die therapeutische Leistung über alle Berufsgruppen hinweg deutlich zwischen den Einrichtungen unterscheiden. Für die Differenzierung zwischen der P2 (Komplexbehandlung) und der P3 (intensivierten Komplexbehandlung) ist somit die therapeutische Leistung über alle Berufsgruppen hinweg ein geeignetes Kriterium. Für die Einstufung in die intensivierte Komplexbehandlung sollte die therapeutischen Leistungen über alle Berufsgruppen hinweg mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche umfassen. In der Ist-Standerhebung der EPPIK-Studie wurde als Grenzwert acht Therapieeinheiten identifiziert. Vor dem Hintergrund von Unterschieden in der Organisation, Arbeitsteilung und Personalzusammensetzung zwischen Fachabteilungen und Fachkliniken ist es erforderlich, den Grenzwert für die therapeutische Leistung über alle Berufsgruppen hinweg etwas niedriger anzusetzen, um diese Unterschiede bei der Einstufung in die Behandlungsbereiche angemessen zu berücksichtigen. Wir empfehlen daher, die therapeutische Leistung über alle Berufsgruppen hinweg von mindestens sechs Therapieeinheiten als

Einstufungskriterium für die intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (P3) in die PPP-RL aufzunehmen.

Voraussetzung für die Einstufung in die integrierten klinisch (somatisch)-psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlungen (P4 und P5) ist die Erfüllung des OPS-Zusatzcodes 9-642. Dieser Code prüft, inwieweit die Kriterien für eine qualifizierte somatische Mitbehandlung im Rahmen der Komplexbehandlung gegeben sind. Die Ergebnisse der Ist-Standerhebung der EPPIK-Studie legen nahe, dass im weiteren Verlauf eine Überprüfung und ggf. Präzisierung der Kriterien des OPS-Zusatzcodes vorgenommen werden sollte. Eine klinisch integrierte somatische Mitbehandlung erfordert entsprechende personelle und apparative Voraussetzungen auf der Station selbst und nicht am Standort des Krankenhauses.

Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte (inklusive Erläuterungen)

P. Psychosomatik

1. Behandlungsbereiche	2. Menschen mit psychischen Erkrankungen	3. Einstufung
P1 Psychosomatisch- psychotherapeutische Regelbehandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Beispielsweise Menschen mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene oder Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
P2 Psychosomatisch- psychotherapeutische Komplexbehandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene oder

	Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatischpsychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene
P3 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen intensiviert vollstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen. Des Weiteren muss die therapeutische Leistung aller Berufsgruppen insgesamt mindestens 6 Therapieeinheiten pro Woche betragen.	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene + therapeutische Leistung aller Berufsgruppen von mindestens 6 Therapieeinheiten pro Woche
P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen und körperlicher Komorbidität, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) sowie	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene + OPS-Zusatzkode 9-642 integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung

	des OPS-Zusatzcodes 9-642 (Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.	
P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen und körperlicher Komorbidität, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatischpsychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) sowie des OPS-Zusatzcodes 9-642 (Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen. Des Weiteren muss die therapeutische Leistung aller Berufsgruppen insgesamt mindestens 6 Therapieeinheiten pro Woche betragen.	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene + OPS-Zusatzkode 9-642 integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung + therapeutische Leistung aller Berufsgruppen von mindestens 6 Therapieeinheiten pro Woche
P6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und	Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene oder

	Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Beispielsweise Menschen mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen	Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
P7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.	~~Psychosomatische Einrichtung~~ ~~+ teilstationäre Behandlung~~ ~~+ OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene oder~~ Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene

Literatur

Heuft G, Senf W, Janssen P, Pontzen W, Streeck U. Personalanhaltszahlen in psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen der Regelversorgung. 1993; 43:262–70.

IQTIG Strukturabfrage zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik, 2024

(https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6853/2024-10-09_PPP-RL_IQTIG-Freigabe-Quartalsbericht-Q1-2024_Strukturabfrage.pdf)

Doering S, Herpertz S, Pape M, Hofmann T, Rose M, Imbierowicz K, Geiser F, Bierling AL, Weidner K, Rademacher J, Michalek S, Morawa E, Erim Y, Teigelack P, Teufel M, Hartmann A, Lahmann C, Peters EMJ, Kruse J, von Boetticher D, Herrmann-Lingen C, Nöhre M, de Zwaan M, Dinger U, Friederich HC, Niecke A, Albus C, Zwerenz R, Beutel M, Sattel HC, Henningsen P, Stein B, Waller C, Hake K, Spitzer C, Stengel A, Zipfel S, Weimer K, Gündel H, Kessler H. The multicenter effectiveness study of inpatient and day hospital treatment in departments of psychosomatic medicine and psychotherapy in Germany. *Front Psychiatry*. 2023 Aug 7;14:1155582. doi: 10.3389/fpsy.2023.1155582.

EPPIK Schlussbericht: Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken (eingereicht).

Anlage 2: Neufassung Regelaufgaben Psychosomatik

1. Berufsgruppenübergreifende Regelaufgaben

- a. Grundversorgung
 - Mitwirken bei der Therapieplanung
 - Verlaufskontrolle
 - Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team (ad Psychotherapie)
 - Teilnahme Visite/Kurvenvisite der/des Fachärztin/Facharztes (ad Psychotherapie)
 - Anleitung und Hilfe bei präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen
 - Mitwirkung beim Aufnahme- und Entlassmanagement
- b. Einzelfallbezogene Behandlung und Gruppentherapie
 - Krisenintervention - Entlastende und orientierungsgebende Gesprächskontakte: für Patientinnen und Patienten, Angehörige und andere außenstehende Personen, einschließlich telefonischer Kontakte
 - Vermittlung und Unterstützung von Alltagsfertigkeiten
 - Mitwirkung an der Therapie durch andere Berufsgruppen
 - Therapiezielorientierte Behandlung
 - Mitwirkung an speziellen psychotherapeutischen Maßnahmen (z.B. Familientherapien)
- c. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
 - Vor- und Nachbereitung medizinischer oder psychosomatisch-psychotherapeutischer Interventionen
 - Therapie- und Arbeitsbesprechungen auch stationsübergreifend, z.B. Dienstübergaben, Dienstbesprechungen, Konzeptbesprechungen, Teambesprechungen, Therapiekonferenzen, Reflexionsprozesse unter Teilnahme mehrerer Personen, z.B. Balint-Gruppen, und kollegiale Fallberatung etc.
 - Externe und interne Terminplanung (und Koordination) diagnostischer und therapeutischer Leistungen.
 - Koordination der Arbeitsabläufe, Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Dienstplanung, Ausfallmanagement
 - Außenkontakte, Gespräche mit Angehörigen
 - Netzwerk-, Gremienarbeit
- d. Weiterbildung und Schulung
 - Anleitungs- und Unterweisungsaufgaben, z. B. von internen wie externen Auszubildenden sowie Praktikantinnen oder Praktikanten
 - Supervision der Einzeltherapie und Gruppentherapie, stationsbezogene Supervision, bzw. Teamsupervision
 - Teilnahme und Durchführung interner Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen
 - Personalentwicklungsmaßnahmen
 - Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimationstraining etc.)

2. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte sowie Oberärztinnen und Oberärzte (jeweils einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)

a. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte (einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) im Stationsdienst

- Medizinische Grundversorgung
- Behandlungsplanung in Abstimmung mit der/dem Fachärztin/Facharzt
- Diagnostik: Körperliche und psychosomatische Anamnese und Befunderhebung, Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik und Labordiagnostik, Befundauswertung, Veranlassung weiterer Untersuchungen
- Körperliche Therapie: Medikation, Medikamentenkontrolle, weitere medizinische Behandlungen
- Visiten, Kurvenvisiten, Verlaufsuntersuchungen (ad medizinische Aspekte)
- Dokumentation des körperlichen Verlaufs und der psychosomatischen Interaktion, Aktenführung, Arztbrief (med. Teil)
- Teambesprechungen (ad körperliche Befunde)
- Psychotherapeutische Grundversorgung
- Behandlungsplanung in Abstimmung mit der/dem Fachärztin/Facharzt
- Psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans
- Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Entlassbericht psychotherapeutisch
- Abklärung medizinischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
- Einzelfallbezogene Behandlung
- Psychotherapie im Einzelsetting
- Familiengespräche/Familientherapie
- Gruppentherapie
- Gruppenpsychotherapie
- Durchführung von Stationsversammlungen, einschließlich Morgenrunden, Wochenabschluss
- Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
- Vor- und Nachbereitung ärztlicher und ärztlich-therapeutischer Leistungen
- Angehörigengruppen auf der Station
- Weiterbildung und Schulung
- Betreuung von Studierenden
- Selbsterfahrung (intern)

b. Regelaufgaben der Oberärztinnen und Oberärzte

- Grundversorgung
- Behandlungsplanung
- Erstellung oder Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans
- Kontrolle der Verordnungen in der Therapieplanung



- Leitung der oder Teilnahme an Visiten (inkl. Kurvenvisiten)
- Kontrolle und Unterschrift des Entlassberichts
- Leitung oder Teilnahme an den täglichen Verlaufsbesprechungen im Team
- Leitung der interdisziplinären Fall- und Therapiebesprechungen
- Kontrolle der Verordnungen im Rahmen des Aufnahme- und Entlassmanagements
- Einzelfallbezogene Behandlung
- Psychotherapie im Einzelsetting
- Familiengespräche/Familientherapie
- Gruppentherapie
- Gruppenpsychotherapie
- Durchführung von Stationsversammlungen, einschließlich Morgenrunden, Wochenabschluss
- Mittelbar Patientenbezogene Tätigkeiten
- Leitung von Therapie- und Arbeitsbesprechungen auch stationsübergreifend, z.B. Dienstübergaben, Dienstbesprechungen, Konzeptbesprechungen, Teambesprechungen, Therapiekonferenzen, Reflexionsprozesse unter Teilnahme mehrerer Personen, z.B. Balint-Gruppen, und kollegiale Fallberatung etc.
- Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden
- Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung der Zusammenarbeit in der psychosomatischen Versorgung
- Weiterbildung und Schulung
- Betreuung von Studierenden, Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Konzeption, Koordinierung und Überwachung der Maßnahmen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Tätigkeiten im Zusammenhang mit Weiterbildungsermächtigungen intern und gegenüber externen Institutionen
- Supervisionstätigkeit und Leitung von Selbsterfahrungskursen

3. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) sowie Psychologinnen und Psychologinnen gemäß § 5 Abs. 1

a. Grundversorgung

- Behandlungsplanung in Abstimmung mit der Fachärztin bzw. dem Facharzt
- Psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans
- Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Entlassbericht psychotherapeutisch
- Abklärung medizinischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses

b. Einzelfallbezogene Behandlung

- Psychotherapie im Einzelsetting
- Familiengespräche/Familientherapie



c. Gruppentherapie

- Gruppenpsychotherapie
- Durchführung von Stationsversammlungen, einschließlich Morgenrunden, Wochenabschluss

d. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung therapeutischer Leistungen
- Angehörigengruppen auf der Station

e. Weiterbildung und Schulung

- Betreuung von Studierenden, Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Tätigkeiten im Zusammenhang mit Weiterbildungsermächtigungen intern und gegenüber externen Institutionen
- Selbsterfahrung (intern)
- Supervisionstätigkeit und Leitung von Selbsterfahrungskursen

4. Regelaufgaben des Pflegedienstes

a. Somatische Pflege

- Somatische Pflegeanamnese und individuelle Pflegeplanung im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans, Überwachung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung, Körperpflege, Trinkmenge und Nahrungsaufnahme, Hygienemaßnahmen
- Mitwirkung bei Blutentnahmen, Injektionen, Infusionen, Legen von Magensonden und andere medizinische Verordnungen
- Regelmäßige Vitalzeichenkontrolle
- Durchführung prophylaktischer Maßnahmen (z.B. Pneumonie-, Kontraktur-, Soor-, Dekubitus-, Thromboseprophylaxe)
- Mobilisation (z.B. Unterstützung bei der Benutzung von Gehilfen und Rollstühlen)
- Wundversorgung und postinterventionelle Pflege, Vorbereitung Anschlussbehandlung
- Richten und Ausgeben von Medikamenten
- Vor- und Nachbereiten von Untersuchungen, Begleitung zu diagnostischen und therapeutischen Untersuchungen
- Mitwirkung bei diagnostischen Maßnahmen (z.B. EKG, Lungenfunktion, Bio-Impedanz-Analyse) Mitwirkung bei der Notfallversorgung und Durchführen von Maßnahmen der Ersten Hilfe

b. Grundversorgung

- Spezifische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans
- Unterstützung bei der Abklärung medizinischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
- Dokumentation der spezifischen Maßnahmen und des Therapieverlaufs und Mitwirkung am Entlassbericht

c. Einzelfall- und gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

- Therapeutische Aufgaben im Einzel- und Gruppensetting gemäß Gesamtbehandlungsplan und/oder nach Indikationsstellung durch ärztliche Psychotherapeutin bzw. ärztlicher Psychotherapeut
- Beziehungsaufbau
- Wahrnehmungsförderung und -differenzierung, Steuerung der Aufmerksamkeit
- Einsatz kreativer und künstlerischer Methoden
- Förderung der aktiven und rezeptiven Gestaltungskompetenz
- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung

d. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung therapeutischer Leistungen
- Angehörigengruppen auf der Station
- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung und -wartung, Verwaltungsaufgaben, sonstige Organisationsaufgaben

6. Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

a. Grundversorgung

- Spezifische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans
- Dokumentation der spezifischen Maßnahmen und des Therapieverlaufs und Mitwirkung am Entlassbericht

b. Einzelfall- und gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

- Therapeutische Aufgaben im Einzel- und Gruppensetting gemäß Gesamtbehandlungsplan und/ oder nach Indikationsstellung durch ärztliche Psychotherapeutin bzw. ärztlicher Psychotherapeut
- Beziehungsaufbau
- Wahrnehmungsförderung und -differenzierung, Steuerung der Aufmerksamkeit
- Förderung von Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit und Selbstständigkeit
- Aktivierung realistischer Körper- und Selbstwahrnehmung
- Affekt-, Spannungs- und Antriebsregulierung, Entwicklungsförderung
- Förderung der sozialen Kompetenz
- Training sozialer, realitätsbezogener und alltagsrelevanter Kompetenzen
- Förderung von Krankheitsverständnis, Psychoedukation
- Expositionen bei Angst- und Zwangsstörungen
- Essensbegleitung
- Vermittlung von Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit, Tagestrukturierung
- Ausdauertraining, Beweglichkeits- und Geschicklichkeitstraining
- Physiotherapie
- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung



c. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung therapeutischer Leistungen
- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben, sonstige Organisationsaufgaben

7. Regelaufgaben Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

a. Grundversorgung

- Spezifische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans
- Dokumentation der spezifischen Maßnahmen und des Therapieverlaufs und Mitwirkung am Entlassbericht
- Abklärung juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses

b. Einzelfall- und gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

- Therapeutische Aufgaben im Einzel- und Gruppensetting gemäß Gesamtbehandlungsplan und/oder nach Indikationsstellung durch ärztliche Psychotherapeutin bzw. ärztlicher Psychotherapeut
- Beziehungsaufbau
- Förderung von Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit und Selbstständigkeit
- Affekt-, Spannungs- und Antriebsregulierung, Entwicklungsförderung
- Förderung der sozialen Kompetenz
- Training sozialer, realitätsbezogener und alltagsrelevanter Kompetenzen
- Förderung von Krankheitsverständnis, Psychoedukation
- Essensbegleitung
- Vermittlung von Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit, Tagestrukturierung
- Berufliche Belastungserprobung
- Bewerbungstraining
- Sozialberatung

c. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung therapeutischer Leistungen
- Angehörigengruppen auf der Station
- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung und -wartung, Verwaltungsaufgaben, sonstige Organisationsaufgaben

DGKJ e.V. | Geschäftsstelle | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Unterausschuss Qualitätssicherung

Via E-Mail: PPP-RL@g-ba.de, st-gba@awmf.org

Die Präsidentin
Univ.- Prof. Dr.
Ursula Felderhoff-Müser

Geschäftsstelle
Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-0
Fax: +49 30 3087779-99
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Hausadresse:
Universitätsklinikum Essen (AöR)
Zentrum für Kinder- und
Jugendmedizin
Klinik für Kinderheilkunde I
Hufelandstr. 55
45147 Essen
Tel. +49 201 723 2450/2451
Fax: +49 201 723 5727
praesidentin@dgkj.de

Essen, 06.03.2025

Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie zum Erfassungsjahr 2026

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst danken wir für die Möglichkeit zum Stellungnahmeverfahren
„Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
zum Erfassungsjahr 2026“ unsere Position einzubringen.

Das Thema der PPP-RL ist sehr komplex und diffizil. Aufgrund des engen
Zeitraumens senden wir Ihnen die kurze Stellungnahme der Deutschen
Gesellschaft für Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS), unserer
Konventgesellschaft, die wir um Ihre Expertise angefragt haben, mit dem
Hinweis, dass weiterführende Einschätzungen notwendig sind, um den
Sachverhalt in seiner Gänze zu bewerten. Die DGKJ schließt sich dieser
Stellungnahme vollumfänglich an.

„Die von den G-BA-Mitgliedern DKG, GKV-SV und PatV verfasste
Beschlussvorlage ist sicher ein Schritt in die richtige Richtung und sinnvolle
Weiterentwicklung der bisherigen Version der PPP-RL. Als DGPPS schließen wir
uns in weiten Teilen den Ausführungen der DKG an.

Im Besonderen betrachten auch wir als DGPPS die Berechnung der
Personalmindestausstattung nach Minutenwerten und Berufsgruppendifinition
auf Basis der über 30 Jahre alten Psych-PV als größtes Defizit der bisherigen
PPP-RL-Versionen. Die damals zugrunde gelegten Annahmen und
evidenzbasierten Beobachtungen entsprechen kaum mehr der geforderten
Versorgungsqualität aktueller Behandlungsleitlinien, geschweige denn den
seither immens gestiegenen, weil gesetzlich geforderten
Dokumentationspflichten. Hier gibt es mittlerweile weit bessere
Berechnungsgrundlagen (bspw. die Schussenrieder Tabellen). In diesem Bereich
benötigt es eine dringende Änderung der PPP-RL.

Unabhängig davon zeigt sich insbesondere und unverständlicherweise die KJ6-
Gruppierung (Behandlung im Eltern-Kind-Setting) nochmals mehr weit unter dem
tatsächlichen Pflegebedarf berechnet. Hier wird ein ca. hälftiger Pflegebedarf zu
anderen Behandlungssettings angenommen, wahrscheinlich aufgrund der

Mitaufnahme eines Elternteils. Im Vergleich zur somatischen Medizin, wo die Mitaufnahme eines Elternteils tatsächlich eine erhebliche Pflegentlastung bringt, basieren psychische Erkrankungen im Kindesalter - wissenschaftlich zahlreich belegt - auf eigenen psychischen Erkrankungen der Eltern. Ein psychisch erkrankter Elternteil ist selten in der Lage, eine adäquate Pflegeentlastung zu erbringen. Im Gegenteil benötigen diese Eltern oftmals selbst pflegerische und/oder pädagogische Unterstützung. Hier bedarf es über die DKG-Forderungen hinaus weitere Anpassungen der PPP-RL.

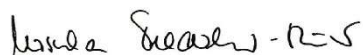
Auch wenn die DKG-Änderungsvorlagen ein guter Schritt in die richtige Richtung sind, werden dennoch gerade die besonderen Anforderungen und Bedürfnisse von psychischen erkrankten Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend vertreten.

In diesem Sinne sehen wir den erhöhten und komplexeren Behandlungsbedarf und damit auch die Personalausstattung bei Behandlungen von komplex psychisch erkrankten Kindern (beispielsweise Kinder, die aufgrund einer schweren/chronischen somatischen Erkrankung wie Diabetes, CEDs, multiple Sklerose, rheumatoiden Erkrankungen-) eine psychische Folge-Erkrankung erleiden im Sinne einer schweren psychischen Belastungsreaktion (Depression, Angststörungen, Erschöpfungssyndrom, u.a.) bisher nicht in der PPP-RL berücksichtigt. Diese Kinder und Jugendlichen müssen neben der multimodalen kinderpsychiatrischen oder kinderpsychosomatischen Behandlung auch oftmals zeitgleich wie auch regelmäßig in ihrer somatischen Grunderkrankung behandelt werden (bspw. regelmäßige Infusionstherapien, Unterstützung beim Diabetesmanagement, körperliche und kognitive Behandlung bei MS usw.). Dies beinhaltet sowohl ärztlich wie auch pflegerisch/pädagogisch einen erheblichen Mehraufwand, der bisher weder in den KJ-Gruppierungen noch in Minutenwerten der Personalberechnung berücksichtigt wurde. Hier könnte eine neue/zusätzliche KJ-Gruppe sinnvoll sein, welche diese erhöhten und besonderen Bedarfe entsprechend berücksichtigt.

Zu weiteren Aspekten der PPP-RL im kinderpsychiatrischen und kinderpsychosomatischen Setting hat aktuell auch die DGKJP entsprechend und ausführlich Stellung genommen, welche wir als DGPPS ebenso unterstützen.“

Für Rückfragen zur Stellungnahme steht Ihnen Dr. Andreas Hiemisch gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Ursula Felderhoff-Müser



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
gemäß §§ 91 Abs. 5a, 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und
1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO
zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum
Erfassungsjahr 2026**

Datum	06.03.2025
Stellungnahme von	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.*

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Die DMtG betrachtet es als Fortschritt, dass die „kleineren Berufsgruppen“ aktuell zum Gegenstand der Weiterentwicklung der PPP RL geworden sind. Zur Sicherung der Qualität in der stationären psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychosomatischen Versorgung und zur Festlegung von Mindestanforderungen für die Personalausstattung sind regelmäßig die Inhalte der PPP-RL anzupassen. Allerdings wirken die aktuellen Formulierungsvorschläge auf uns nicht hinreichend zukunftsgerichtet, sondern noch ganz der inzwischen lange außer Kraft gesetzten PsychPV verhaftet.

Auch die Erläuterungen in den tragenden Gründen bieten für uns leider keine überzeugenden Argumente für die Formulierungen in der aktuellen Fassung der PPP RL. Die vorgeschlagenen Änderungen zu den „kleineren Berufsgruppen“ lassen leider keine Fachexpertise aus diesen Berufsgruppen erkennen.

Musiktherapeut*innen, wie alle Künstlerischen Therapeut*innen und wahrscheinlich alle Fachkräfte der „kleineren Berufsgruppen“, möchten gerne konstruktiv an der Weiterentwicklung der PPP RL mitarbeiten und Qualitätsverbesserungen unterstützen.

Grundsätzlich befürworten wir:

- Flexibilisierung der Anrechenbarkeit der verschiedenen Berufsgruppen
- Anrechenbarkeit einer höheren Fach- und Hilfskraftquote, insbesondere in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung sowie
- neuer Berufsgruppen
- Anrechenbarkeit von administrativ unterstützenden Berufen
- und vor allem ein **Setting- übergreifendes, am Bedarf der Patient:innen orientiertes Personalbemessungsinstrument, z.B. in Anlehnung an die Struktur des Plattform-Modells.**

Wir gehen davon aus, dass bis zur Fertigstellung eines neuen Systems, in dem gemeinsame und getrennte Aufgaben aller Berufsgruppen erkennbar sind und damit die Anrechenbarkeit unter Erhaltung personenzentrierter wichtiger Interventionen für Patient*innen überprüfbar wird, **Sanktionen kontraproduktiv wirken.** Die PPP RL hat schon jetzt möglicherweise unerwünschte Nebenwirkungen auf Personalstrategien in den betroffenen Kliniken, die wahrscheinlich eher zu Lasten kleinerer Berufsgruppen gehen.

Wir befürworten zwar eine Änderung der bisherigen Struktur und die Aufhebung der willkürlichen Zusammenlegung von Künstlerischen Therapien und Ergotherapie unter der Überschrift Spezialtherapien, aber nur in einer noch zu erarbeitenden neuen Struktur, die Vorbehalt- oder Kernaufgaben der einzelnen Berufsgruppen erkennen lässt und **verhindert, dass durch den Arbeitsprozess an der PPP RL in ihr genannte, bewährte Therapieformen Patient*innen letztlich ganz vorenthalten werden.** Anschließend können wir auch zu weiteren Punkten wie z.B. § 2 Grundsätze (einrichtungsbezogene Dokumentation) Stellung nehmen.

Musiktherapie (und andere Künstlerische Therapien) ermöglichen Zugang zu bisherigen und neuen Erfahrungen nicht nur über sprachbasierte Interventionen. Um Patient*innen in diesem therapeutischen Prozess zu begleiten benötigt es eine fundierte Ausbildung, die andere Berufsgruppen nicht durchlaufen. Für die Ausübung einer musiktherapeutischen Tätigkeit ist mindestens ein Studium auf Bachelorniveau bzw. eine äquivalente privatrechtliche Ausbildung erforderlich, wie es von der DMtG sowie übergeordnet für alle Künstlerischen Therapien bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAG KT) im Berufsbild beschrieben ist: „Dies beinhaltet, neben der Beschreibung der berufsspezifischen, praktischen Kompetenzen, auch die Beschreibung von Fähigkeiten wie eigenständigem, kritischem Wissenserwerb, vernetztem Denken, Eigenmanagement und –verantwortung, sowie Reflexions- und Problemlösefähigkeit als Attribute der hochschulischen bzw. hochschuläquivalenten Qualifikationen.

Eine Ausbildung soll zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Berufsausübung mit den spezifischen therapeutischen Interventionstechniken der Musiktherapie bzw. der Künstlerischen Therapien befähigen. Maßgebend für die Formulierung der Kompetenzbeschreibungen und Ausbildungsziele sind nicht nur die hier beschriebenen, sondern auch die perspektivischen Anforderungsprofile. Ein weiterführender, fachspezifischer Kompetenzerwerb über Masterstudiengänge und Promotionsprogramme ist gegeben“ (<https://www.bagkt.de/wp-content/uploads/2024/01/19-04-Berufsbild-BAGKT-korr.pdf>). Aufgrund der Qualifikation in medizinischen und psychotherapeutischen Inhalten wie z.B. im Aufbaustudiengang an der Universität Augsburg, wurde entschieden: „mit Abschluss des Masterstudienganges Musiktherapie ist es im Freistaat Bayern möglich, die eingeschränkte Heilerlaubnis Psychotherapie (HPG) nach Aktenlage zu beantragen (<https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/philoz/studiengange-philoz/ma-musiktherapie/>).

Eine staatliche Anerkennung fehlt bisher in Deutschland, daher haben die Mitgliedsverbände der BAG KT Standards vereinbart. Die DMtG, zertifiziert entsprechend ihre musiktherapeutisch berufsqualifizierend ausgebildeten Einzelmitglieder und überprüft die Einhaltung ihrer Fortbildungsordnung durch regelmäßige Rezertifizierung (<https://www.musiktherapie.de/wp-content/uploads/2019/05/DMtG-Flyer-Zertifizierung.pdf>).

Entsprechende Kompetenzen sind mit einer Ausbildung in anderen therapeutischen Berufen nicht zu erwerben; deshalb sind Musiktherapeut*innen (und andere Künstlerische Therapeut*innen) durch anders qualifizierte Therapeut*innen nicht zu ersetzen.

Für die Tätigkeiten der Berufsgruppe der Künstlerischen Therapeut*innen sollte einheitlich (durchgehend) der Begriff: „Künstlerische Therapien“ verwendet werden!

Die Interventionen der verschiedenen Therapieberufe sind z.B. in der **Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen** beschrieben; wir betrachten diese Leitlinie deshalb als geeignete Grundlage für die Weiterentwicklung der PPP RL. Die Beschreibung und die Empfehlungen zu Künstlerischen Therapien finden sich überwiegend in 11.3 Evidenzkapitel: Künstlerische Therapien, S. 255 ff., zu Ergotherapie im darauf folgenden 11.4 Evidenzkapitel: Ergotherapie ab S. 270 (https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf).

Eine **praxisbezogene Diskussionsgrundlage** kann der auch Artikel von Franz-Peter Begher (Begher, Franz-Peter(2023): „Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeuten, Sozialarbeiter/

Sozialpädagogen“ in Günther/Krüger (Hrsg.), Praxishandbuch zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), 2. Auflage medhochzwei, Heidelberg) darstellen, in dem er z.B. darauf hinweist, dass **die Minutenwerte** der „kleineren Berufsgruppen“ der zunehmenden empirischen Evidenz der Verfahren und der Entwicklung zunehmender fachlicher Qualifikation folgend **angehoben und für jede Profession festgelegt werden müssen**. Er weist auch darauf hin, „dass gewisse methodische Ansätze in der Psychiatrie nicht an eine Berufsgruppe gebunden sind. Die Profile eines Musiktherapeuten mit einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Inhalten und die sozialrechtliche Beratung durch den Sozialarbeiter beispielsweise sind jedoch nicht annähernd durch die Inhalte der Ausbildung gegenseitig gedeckt.“ Auch wenn das nach der Quadratur des Kreises klingt: dieses Problem ist zu lösen, wenn man mit der Expertise der betroffenen Berufsgruppen daran arbeitet.

Auf der Grundlage der im **Plattformmodell entwickelten Strukturen** könnten zeitgemäße **Tätigkeitsbeschreibungen** erarbeitet werden, die es erlauben, die Tätigkeiten aller Berufsgruppen und ihre **interprofessionelle Zusammenarbeit** einschließlich ggfs. erforderlicher Anrechnungsregelungen zur kontinuierlichen Versorgung der Patient*innen zu beschreiben.

Prof. Dr. med. A. Deister, P. Brückner-Bozetti, G. Heuft, M. Kölch, M. Klein, M. Löhr, A. Richert, I. Hauth, Der Nervenarzt | Ausgabe 5/2021: Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychotherapie - Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie zum Plattform-Modell

Peter Brückner-Bozetti, Arno Deister, Iris Hauth, Michael Kölch, Ulrich Cuntz (Herausgeber): Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik: Das Plattform-Modell

https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Materialien_KiJu/Koelch_KJP_Plattform-Modell.pdf

<https://www.eppik-projekt.info/weiterf%C3%BChrende-informationen>

<https://oparu.uni-ulm.de/items/cf6eac5c-695c-454e-a191-234c520d4020>

<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/zentrum-fuer-innere-medicin-medicin-klinik/klinik-fuer-allgemeine-innere-medicin-und-psychosomatik/forschung/forschungsschwerpunkte/projektbeschreibungen/eppik>

<https://www.bibliomedmanager.de/news-3/g-ba-projekt-liefert-neuen-ansatz-zur-personalbemessung>

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph/ Absatz bzw. Anlage/ Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (<i>Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.</i>)
§3 S Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit	Stellungnahme mit Begründung: Nur eine Frage dazu: sind nicht stoffgebundene Abhängigkeiten damit aus dieser Gruppe ausgeschlossen?
	Änderungsvorschlag:
§5 (Abs 1) d) Zusammenfassung von d) + e) oder Zusammenfassung von d) + e) + f) sowie §5 (Abs 2)	Stellungnahme mit Begründung: In erster Linie betrachten wir die aus unserer Sicht willkürliche Einteilung der „kleineren Berufsgruppen“ als änderungsbedürftig. Für jede der genannten Berufsgruppen wären mindestens Personalanzahlzahlen erforderlich; solange eine solche Orientierung fehlt, betrachten wir hilfsweise die Mindestpersonalzahlen für unersetzbar, diese aber auch getrennt für Ergotherapeut*innen und Künstlerische Therapeut*innen. Aufgrund von weitreichenden Anrechnungsmöglichkeiten ist die vorgeschlagene Zusammenlegung eigentlich nicht notwendig, alle in d) bis f) bzw. e) genannten therapeutischen Berufsgruppen verfügen über spezifische Therapieansätze, die für Patient*innen grundsätzlich zugänglich sein sollten; um der Gefahr der Reduktion therapeutischer Angebote vorzubeugen sind alle Berufsgruppen (in unterschiedlichen Mengen) in allen Kliniken vorzuhalten. Die Künstlerischen Therapien umfassen bereits mehrere Berufe, von denen jeweils einer ausgewählt werden kann, der am besten in das Gesamtbehandlungskonzept passt. In der aktuellen Fassung können wir den Vorschlägen nicht zustimmen.
	Änderungsvorschlag: Psychosoziale Therapien und Beratung §5 Berufsgruppen (1) Erwachsenenpsychiatrie (2) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie d-i) Fachkräfte für Psychosoziale Versorgung (Ergotherapie, Heilpädagogik, Künstlerische Therapien, Logopädie/ Sprachtherapie, Moto-/ Physio-/ Sport-/ Bewegungstherapie, Soziale Arbeit/ Sozialpädagogik)

§8 (2) Anrechnung von Fach- und Hilfskräften in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung zu einer der Berufsgruppen gemäß § 5 während der Zeit ihrer Aus- oder Weiterbildung	Stellungnahme mit Begründung: Es stellt sich die Frage, mit welcher Ausgangsqualifikation die entsprechenden Fach- und Hilfskräfte in ihre Weiterbildung, z.B. ein Masteraufbaustudium gehen; es wäre ggfs. für eine entsprechende Anleitung zu sorgen. Grundsätzlich stimmen wir dem Vorschlag zu. Änderungsvorschlag: ...
§8 (3) Anrechnung: Zuordnung b) (= Pflege) sowohl zu a) +c) als auch zu d) etc. (DKG) Entfristung der Anrechnung von c) auf d) etc. (DKG)	Stellungnahme mit Begründung: Angesichts des Mangels an Pflegekräften erscheint der Vorschlag nicht weiterführend. Die einseitige Anrechnung von c) auf d) sollte Ende 2025 auslaufen. Beiden Vorschlägen der DKG stimmen wir nicht zu. Änderungsvorschlag: Die einseitige Anrechnung von c) auf d) etc. läuft Ende 2025 aus.
Anlage 1 Minutenwertetabellen	Stellungnahme mit Begründung: Minutenwerte können erst aufgeben werden, wenn auf anderen Wegen sichergestellt ist, dass alle bewährten Therapieverfahren Patient*innen bei Bedarf zur Verfügung stehen. Personalzahlen für Künstlerische Therapien sind getrennt von Ergotherapie zu ermitteln. Änderungsvorschlag: Ermittlung angemessener Minutenwerte für „kleinere Berufsgruppen“.
Anlage 4 Regelaufgaben	Stellungnahme mit Begründung: Die Regelaufgaben aus der PsychPV sollten nicht die Basis für die weitere Arbeit an der PPP RL sein. Es wäre aus unserer Sicht in vieler Hinsicht besser, sich für alle Berufsgruppen an den Regelaufgaben des Plattformmodells zu orientieren (s. Änderungsvorschlag a)). Daraus können auch Anrechnungsmöglichkeiten wesentlich einfacher abgeleitet werden. Sollte diese Anregung nicht umsetzbar sein, schlagen wir hilfsweise eine Formulierung der Regelaufgaben für Musiktherapeut*innen bzw. Künstlerische Therapeut*innen entspr. Änderungsvorschlag b) vor.

	Änderungsvorschlag a): Regelaufgaben - Herstellung einer haltgebenden therapeutischen Beziehung - Diagnostik - Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung - Herstellung von Umweltbezug und Einbeziehung des Umfeldes - Künstlerische Therapien, Patientenbezogene störungsspezifische Interventionen (leitlinienorientiert, geplant, bezogen auf multiprof. Behandlungsziele) - Krisenintervention - Maßnahmen zur Förderung von Qualität (patientenbezogen) - Interprofessionelle Tätigkeiten (im Zusammenhang mit der Patientenversorgung) - Koordination/ Kommunikation mit Behörden etc. - Netzwerkarbeit/ Zusammenarbeit in regionalen Versorgungsstrukturen (patientenbezogen) - Dokumentation (patientenbezogen) - Mitwirkung bei Aufnahme- und Entlass- Management - Nachsorgeplanung und Entlassmanagement - Leitungstätigkeiten (Fallbesprechungen, Supervisionen u.Ä.) - Interprofessionelle Tätigkeiten (Team, Arbeitsorganisation, Führung, Weiterbildung) - Leitungstätigkeiten (Führung und Organisation der Behandlungseinheit) - Fort- und Weiterbildungen Oder Änderungsvorschlag b): Regelaufgaben der Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten 1. Grundversorgung - fachspezifische Anamnese und Diagnostik - fachspezifische Therapieplanung - Mitwirkung bei der fachübergreifenden Beschreibung krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie bei der übergreifenden Therapieplanung - Evaluation der jeweiligen fachspezifischen Maßnahmen - Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung - Künstlerische Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz- Theatertherapie u.a.) - Mitwirkung bei der sozialen/ kulturellen Rehabilitationsplanung - Beratung von Zugehörigen und Mitwirkung an Familientherapien

	3. Gruppenbezogene Behandlung - – Künstlerische Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz- Theatertherapie u.a.) einschl. Kommunikations-, Entspannungs- und Aktivitätsförderung sowie teilhabebezogener Freizeitgestaltung - Mitwirkung an Angehörigengruppen - Teilnahme an Stationsversammlungen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten - Vor- und Nachbereitung - Mitwirkung an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team - Fortbildungsveranstaltungen, Supervision - Materialbeschaffung und -pflege, Verwaltungsaufgaben - Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination

Literaturverzeichnis (Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.)

Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

(https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf).

Begher, Franz-Peter (2023): „Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeuten, Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen“ in Günther/Krüger (Hrsg.)-Praxishandbuch zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), 2. Auflage medhochzwei, Heidelberg

Qualifikation von Musiktherapeut*innen und anderen Künstlerischen Therapeut*innen:

<https://www.bagkt.de/wp-content/uploads/2024/01/19-04-Berufsbild-BAGKT-korr.pdf>

<https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/philsoz/studiengange-philsoz/ma-musiktherapie/>

<https://www.musiktherapie.de/wp-content/uploads/2019/05/DMtG-Flyer-Zertifizierung.pdf>).

Plattformmodell und EPPIK

Prof. Dr. med. A. Deister, P. Brückner-Bozetti, G. Heuft, M. Kölch, M. Klein, M. Löhr, A. Richert, I. Hauth, Der Nervenarzt, Ausgabe 5/2021: Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychotherapie - Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie zum Plattform-Modell

Peter Brückner-Bozetti, Arno Deister, Iris Hauth, Michael Kölch, Ulrich Cuntz (Herausgeber): Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik: Das Plattform-Modell

https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Materialien_KiJu/Koelch_KJP_Plattform-Modell.pdf

<https://www.eppik-projekt.info/weiterf%C3%BChrende-informationen>

<https://oparu.uni-ulm.de/items/cf6eac5c-695c-454e-a191-234c520d4020>

<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/zentrum-fuer-innere-medizin-medizin-klinik/klinik-fuer-allgemeine-innere-medizin-und-psychosomatik/forschung/forschungsschwerpunkte/projektbeschreibungen/eppik>

<https://www.bibliomedmanager.de/news-3/g-ba-projekt-liefert-neuen-ansatz-zur-personalbemessung>



Aktion
Psychisch
Kranke e.V.

Stellungnahme

gemäß §§ 91 Abs. 5a, 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO

zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2026

Datum	06.03.2025
Stellungnahme von	Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK)

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die APK hat die PPP-RL bei Einführung begrüßt, aber bereits früh darauf hingewiesen, dass die Richtlinie in wesentlichen Teilen angepasst werden muss und entsprechende Vorschläge in bisherigen Stellungnahmeverfahren unterbreitet. In den bisherigen Änderungen sind Weiterentwicklungen wie die Stärkung der Psychotherapie oder in der Anrechnung von Berufsgruppen erfolgt, in wesentlichen Teilbereichen besteht jedoch weiterhin Handlungsbedarfe. Zugleich sind Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, die bei der Entstehungsgeschichte der PPP-RL in diesen Umfang nicht zu prognostizieren waren. Das betrifft insbesondere die Fachkräfte- bzw. Personalsituation. Zudem gilt es den eingeschlagenen Weg der Flexibilisierung und Lebensweltorientierung der Krankenhausbehandlung patientenorientiert fortzuschreiben. Parallel kommt für den somatischen Bereich eine Krankenhausreform zu tragen, die in Teilbereichen auch mit Auswirkungen auf die psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbehandlung verbunden sein wird. Insbesondere die zukünftigen Level 1i – Krankenhäuser, die Leistungsgruppen und die Qualitätskriterien sind hier anzuführen. Für die Änderungen der PPP-RL zum Erfassungsjahr leiten sich daraus folgende allgemeine Anmerkungen der APK ab, an die sich die spezifischen Anmerkungen anschließen.
1. Zeitliche Ablauf in Bezug auf die Wirksamkeit der Sanktionsmechanismen Vom Grundsatz her vertritt die APK die Position, dass sofern Kliniken Personalvorgaben, die den Mindeststandard zur Sicherstellung der Versorgung der Patientinnen und Patienten vorgeben, nicht einhalten, eine Rückzahlungspflicht in Höhe des nicht eingesetzten Personals bestehen muss. Für darüberhinausgehende Sanktionen sieht die APK keine zwingende Notwendigkeit. Sollten sie dennoch

greifen, können sie nur das letzte Mittel und nur in einem angemessenen Umfang vollzogen werden, wenn die Ursachenklärung in einem dialogischen Prozess erfolgt ist, Lösungswege erörtert und diese in der Folge nicht eingehalten werden. In der Region darf es zu keiner Situation kommen, in der die Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht mehr sichergestellt wird. Hier besteht eine gemeinsame Verantwortung von Leistungsträgern, Leistungserbringern und den Ländern in der jeweiligen Region. Dies gilt es bei den vorgeschlagenen Sanktionsregelungen zu beachten.

Mit Blick auf

- die ermittelte teilweise schwierige Lage der Krankenhäuser in Bezug auf die Erfüllung der Mindestpersonalvorgaben auf Grund des Fachkräftemangels und die Umstellung auf die Personalvorgaben,
- die noch ausstehende Weiterentwicklung der Richtlinie in zentralen und benannten Punkten unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse
- und die Auswirkungen Krankenhausreform auf einen Teil der Krankenhäuser

ist eine Verschiebung zur Sicherstellung der Versorgung die Sanktionierung notwendig.

Bei weiteren Anpassungen des § 13 der PPP-RL wären die Sanktionen auf die Fälle zu begrenzen, in denen mit den Leistungsträgern vereinbarte Stellen für therapeutisch-pflegerisches Personal nicht vollständig umgesetzt wurden.

2. Flexibilisierung in Bezug auf qualitätsorientierte Abweichungen und Anrechenbarkeit von Berufsgruppen

Psychiatrische Behandlungen finden in multiprofessionellen Teams statt. Für die Erzielung optimaler Behandlungsergebnisse, sind verschiedene Settings, verschiedene regionale Situationen, verschiedene Versorgungssituationen und unterschiedliche Zusammensetzungen der Berufsgruppen erforderlich. Die Vorgabe eines fixen Verhältnisses der Berufsgruppen orientiert sich an einem antiquierten, stationären medizinischen arzt-pflegezentrierten Modell und wird der notwendigen Flexibilisierung des Personaleinsatzes in regional bezogenen Systemen nicht gerecht.

Es ist zu befürchten, dass positive Entwicklungen im Hinblick auf Spezialisierung und Aufgabenteilung zwischen den Berufsgruppen mit einem Skill-Mix, die in den letzten Jahrzehnten stattgefunden haben, mit den eher starren Vorgaben der PPP-RL, die auf den Personalanhaltszahlen der Psych-PV beruhen, nicht kompatibel sind. Auch wenn hier in Bezug auf „neuen“ bzw. bisher nicht berücksichtigten Berufsgruppen die fehlende Evidenzbasierung angeführt wird, sei auf die gesetzliche Formulierung verwiesen, dass die nur „möglichst“ der Fall sein muss. Hier gilt es gute Gründe und auch Belege aus bisherigen Einsatzgebieten anzuführen.

Die Richtlinie lässt kaum Abweichungen von der Mindestvorgabe in Bezug auf das Quartal, den Standort und die einzelne Berufsgruppe zu. Was zur Sicherung der Vorgaben im Sinne der Patientinnen und Patienten gedacht ist, ist in der Praxis nur dann zu erreichen, sofern die Personalausstattung deutlich über der Mindestvorgabe liegt, um einen ausreichend flexiblen Personaleinsatz zu gewährleisten. Krankenhausindividuelle Besonderheiten sind hier zudem zu berücksichtigen.

Aus der praktischen Umsetzung wird jedoch wiederholt berichtet, dass sich in der Budgetverhandlung die Leistungsträger (höchstens) an der jeweils gültigen Mindestvorgabe orientieren.

Hierfür sollte die Untergrenze der einzelnen Berufsgruppe und auch des einzelnen

Quartals anders bewertet werden – solange über das Jahr in allen Berufsgruppen ausreichend Personal eingesetzt wird.

3. Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe.

Im ersten Psychiatriedialog wurde die Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe in der Finanzierung bzw. Personalbemessung der Behandlungsangebote als gemeinsame Zielsetzung formuliert. Diskutiert wurden Zuschläge bei besonderen Behandlungsbedarfen, die dann auch leistungsbereichsübergreifend Geltung bekommen (so bei weiteren Beeinträchtigungen insbesondere im intellektuellen Bereich, notwendige Intensivbegleitung zur Zwangsvermeidung, bei älteren Patientinnen und Patienten mit komplexen Hilfebedarf).

Insofern begrüßt die APK erste Schritte in diese Richtung in den Änderungsvorschlägen in Bezug auf die Patientinnen und Patienten mit intellektuellen Beeinträchtigungen.

Die spezifischen Bedarfe bei Unterbringungen nach den PsychKGs der Länder oder dem Betreuungsrecht nach § 1831 BGB werden leider nur indirekt in Bezug auf Vorschlägen zum Umgang mit der Versorgungspflicht angesprochen. Versorgungspflicht bezieht sich sowohl auf die Unterbringungen aber auch auf die regionale Versorgungspflicht (siehe z. B. Krankenhausplan NRW).

Die Verankerung von verbindlichen Regelungen zur Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe in Form von Zuschlägen und in Bezug auf die Minutenwerte in den Behandlungsbereichen sollte eine Zielsetzung bei der Weiterentwicklung der PPP-RL sein.

4. Perspektiven

Eine weitere Begrenzung auf die Institution „Krankenhaus“ würde die aktuelle Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems verlangsamen. Alle Akteure im Gesundheitswesen sind sich einig, dass sektorübergreifende, auf die Region bezogene Versorgungsmodelle in der Psychiatrie unabdingbar sind, um die Qualität der psychiatrischen Versorgung zu erhalten und zu verbessern. Personalvorgaben dürfen sich nicht am antiquierten Modell des Krankenhauses und am Stationsbezug orientieren. Dieser Bezug behindert die Transformation des Versorgungssystems in eine ambulant zentrierte, sektorübergreifende regionale Versorgung.

Die APK empfiehlt zu prüfen bzw. einen Prüfauftrag zu vergeben, inwieweit eine Fortschreibung der PPP-RL in Richtung der § 64b Modellvorhaben im Sinne der Transparenz und Orientierung nutzbar ist bzw. welche Ergänzungen bzw. Veränderungen notwendig sind. Für aktuelle Modelle sollten Ausnahmeregelungen ermöglicht werden.

Nicht zuzulassen ist, dass die PPP-RL die Transformation des Systems in Richtung sektorübergreifende Versorgung, beispielsweise in Globalbudgets durch ihren antiquierten Krankenhaus- und Stationsansatz verhindert.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph/ Absatz bzw. Anlage/ Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)
§ 2 Grundsätze Abs. 7 und 8:	Die APK spricht sich weiterhin gegen einen monats- und stationsbezogenen Nachweis ab. Sinnvoll sind maximal quartalsbezogene Nachweise pro Einrichtung. Das stations- und monatsbezogene Nachweisverfahren ist sowohl für die Einhaltung der Mindestvorgaben wie auch für die Weiterentwicklung der PPP-RL nicht ausschlaggebend. In den ersten Jahren wurden stationsbezogene Daten insgesamt und in den letzten Jahren nur noch von einer Stichprobe erhoben. Aus den erhobenen Daten wurden von den Selbstverwaltungspartnern keine Erkenntnisse zur Weiterentwicklung gewonnen bzw. dargestellt. In der Folge sollte der Stations- und Monatsbezug und die Fiktion, dass nur einer einzelnen Station zugeordnetes Personal für die Mindestvorgaben relevant wäre, dauerhaft fallengelassen werden. In der Praxis arbeiten einzelne Berufsgruppen stationsübergreifend.
	Änderungsvorschlag: Die APK spricht sich weiterhin für die Streichung des monats- und stationsbezogenen Nachweises aus.
§ 2 Abs. 10	Bezüglich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung wird hier von der DKG vorgeschlagen, den über die Richtlinie hinausgehenden Bedarf gesondert zu verankern. An späterer Stelle (§ 3) wird von der Patientenvertretung und der BPtK vorgeschlagen, einen eigenen Behandlungsbereich zu verankern. Dies würde beinhalten, dass jedes Krankenhaus hier Personal vorhalten müsste. Vom Grundgedanken unterstützt die APK beide Vorschläge, da hierdurch besondere Behandlungsbedarfe dieser Zielgruppe anerkannt werden. Zugleich wirft dies die Fragen auf, inwieweit nicht auch weitere Beeinträchtigungen, insbesondere die Sinnenbeeinträchtigungen und weitergehend auch die besonderen Behandlungsbedarfe wie in den allgemeinen Anmerkungen angeführt, Berücksichtigung finden müssen. Vorteil der Aufführung in § 2 Abs. 10 wäre, dass Vorgaben für krankenhausindividuelle Verhandlungen gegeben wären, die aber keinen bindenden Charakter haben. Einen eigenen Behandlungsbereich für Menschen mit Intelligenzminderungen bzw. intellektuellen Beeinträchtigungen auszuweisen, würde Verbindlichkeit herstellen und die regionale Sicherstellung solcher Angebote befördern. Weite Anfahrtswege in spezialisierte Einrichtungen widersprechen einer

	wohnnahen, inklusiven Versorgung in enger Kooperation mit den medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (MZE).
	Änderungsvorschlag: Unter Abwägung der Vorteile im Sinne der Patientinnen und Patienten spricht sich die APK zunächst dafür aus, in § 2 Abs. 10 die Versorgung dieser Zielgruppe aufzuführen. Damit wären Vorgaben für krankenhausindividuelle Verhandlungen gegeben. In einem zweiten Schritt wären in Bezug auf die Etablierung eines eigenen Behandlungsbereiches die Minutenwerte zu entwickeln bzw. festzulegen und in die PPP-RL entsprechend zu implementieren.
§ 3 Abs. 1	Siehe Anmerkungen zu § 2
§ 5 Berufsgruppen	Die Krankenhäuser haben Konzepte zur Aufgabenteilung in den Krankenhäusern – nicht zuletzt um den Anforderungen des Fachkräftemangels gerecht zu werden – entwickelt, die auch zusätzlichen Berufsgruppen Arbeitsfelder eröffnet. In der Pflege wurden Aufgabenbereiche herausgearbeitet, die auch von (ausgebildeten) Pflegehilfskräften, wie auch (ausgebildeten) Medizinischen Fachangestellten übernommen werden können. Dadurch können sich die Fachkräfte auf ihre jeweiligen Kernkompetenzen fokussieren. Gleiches gilt auch für die Gruppe der Ärzteschaft. Viele Regelaufgaben müssen nicht zwingend von Ärztinnen und Ärzten ausgeführt werden. In dem Gesetzentwurf zum Pflegekompetenzgesetz finden sich hier Ansatzpunkte. Wichtiger im Sinne der Behandlungsqualität ist es, die multiprofessionellen Teams anhand des individuellen Bedarfs der Patientinnen und Patienten einzusetzen, und nicht anhand von kleinteiligen Vorgaben. Dazu gehört auch, dass neue therapeutische Berufsbilder in der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausbehandlung eingesetzt werden, die aktuell an den veralteten Definitionen scheitern. Auch wenn hier bei diesen Berufsgruppen der Einsatz noch nicht spezifisch evaluiert ist, ist die Wirksamkeit in anderen Behandlungsbereichen evaluiert oder liegen positive Erfahrungen vor. Die gesetzliche Grundlage spricht hier von „möglichst“ evidenzbasiert. Eine Zusammenlegung der Spezialtherapeutinnen/-therapeuten mit den Bewegungs- bzw. Physiotherapeutinnen/-therapeuten erhöht die Flexibilität, erleichtert die Nachweispflicht und entschärft Konflikte in den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst. Allerdings sollte die Berufsgruppe der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen beibehalten werden. Die Berufsgruppe ist für den Sozialdienst und eine

	teilhabeorientierte Krankenhausbehandlung und der Schnittstelle zu den rehabilitativen, psychosozialen Anschlussangeboten von fundamentaler Bedeutung. Ihre sozialrechtliche und sozialarbeiterische Grundausbildung ist hier das wesentliche Fundament, was bei den anderen Berufsgruppen in dieser Weise nicht vorhanden ist Änderungsvorschlag: Die APK unterstützt die Vorschläge für die Aufnahme neuer Berufsqualifikationen und den Vorschlag, die Berufsgruppe mit der Zuordnung „Sozialarbeit/Sozialpädagogik/Heilpädagogik“ beizubehalten und nur die „Spezialtherapie und Bewegungstherapie“ zusammenzuführen.
§ 6 Abs. 6	Der GKV-Spitzenverband führt zu Recht an, dass keine einheitliche Definition von Pflichtversorgung besteht und dies auch nicht zwischen Selbstverwaltungspartnern besteht. So bestehen Unterschiede zwischen der Pflichtversorgung in Bezug auf Unterbringungen nach den PsychKGs der Länder und nach § 1831 BGB und der regionalen Pflichtversorgung, die in der Regel die Zuständigkeit für Notfallaufnahmen festlegt und damit in der Regel auch mit der 24 Stunden-Bereitschaft verknüpft ist. Die Pflichtversorgung in Bezug auf Unterbringungen ist mit besonderen Behandlungsbedarfen verbunden, um Zwang zu reduzieren und zu vermeiden bzw. in eine freiwillige Behandlung zu überführen. Eine Nichtteilnahme an der regionalen Pflichtversorgung (insbesondere Notfallaufnahme) außerhalb des Unterbringungsgechehen sollte mit Abschlägen in der Personalbemessung verbunden sein. Änderungsvorschlag: Aus Sicht der APK sollten die Pflichtversorgung nach den PsychKGs und dem Betreuungsrecht Berücksichtigung finden in der Aufzählung in § 2, was nicht enthalten ist in den Mindeststandards. Die bisher enthaltene Regelung zum 10-prozentigen Abschlag, soweit auf die regionale Pflichtversorgung wie angeführt bezogen, kann beibehalten werden. Eine bundesweit einheitliche Leistungsbeschreibung von regionaler Versorgungsverpflichtung und Standortbezug ist jedoch anzustreben.
§ 8 Abs. 2 Anrechnung von Berufsgruppen	Die Ergänzung von Anrechnungsmöglichkeiten von Personen, die sich in Weiterbildung befinden entspricht der Krankenhauspraxis. Jedoch dauern berufsbegleitende Aus- oder Weiterbildungen teilweise länger als drei Jahre.

	Änderungsvorschlag: Die APK unterstützt den Vorschlag mit einer offenen Formulierung, Fach- und Hilfskräfte, die sich in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung befinden, anzurechnen.
§ 8 Abs. 3:	Die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen/-therapeuten bzw. Psychologinnen/Psychologen hat einen hohen Stellenwert in der psychiatrischen Krankenhausbehandlung, der die aktuellen, noch aus der Psych-PV überführten Minutenwerte nicht gerecht werden. Solange nicht die Minutenwerte für Psychotherapie auf fachlicher Grundlage bewertet werden, bedarf es dieser erweiterten Anrechnungsmöglichkeiten, um Behandlungskonzepte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt abbilden zu können. Die APK spricht sich für die Entfristung der Regelung aus.
§ 11 Nachweisverfahren Abs. 2	Grundsätzlich ist eine geregelte Meldung an die Landesbehörden einer unregelmäßigen Abfragesituation (z. B. durch Besuchskommissionen) durch die Länder vorzuziehen. Dies sollte aber auch Reaktionen in den Ländern auf die übermittelten Meldungen zu Nicht-Erfüllung zur Folge haben. Die Meldepflichten sollten zudem mit geringstmöglichem Aufwand für die Krankenhäuser verbunden sein. Dem Änderungsvorschlag von GKV/LV/PatV/BPtK wird zugestimmt.
§ 11 Abs. 3:	Die APK setzt sich für möglichst bürokratiearme Nachweise ein, die nach einer adäquaten Zeitspanne bereitgestellt werden müssen. Eine Meldepflicht für solch große Datenmengen innerhalb von 14 Tagen nach Quartalsende kann kaum erfüllt werden. Die Frist zur Abgabe innerhalb von sechs Wochen nach Quartalsende ist hier angemessen. Sie sollte auch im Rahmen der PPP-RL einheitlich verstetigt werden.
	Änderungsvorschlag: Eine Nichterfüllung sollte spätestens sechs Wochen nach Ende des betreffenden Quartals angezeigt werden.
§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:	Hingewiesen wurde in den allgemeinen Anmerkungen auf - die ermittelte teilweise schwierige Lage der Krankenhäuser in Bezug auf die Erfüllung der Mindestpersonalvorgaben auf Grund des Fachkräftemangels und die Umstellung auf die Personalvorgaben, - die noch ausstehende Weiterentwicklung der Richtlinie in zentralen und benannten Punkten unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse

	- und die Auswirkungen Krankenhausreform auf einen Teil der Krankenhäuser sowie die grundsätzliche Haltung der APK zu Sanktionen. Zur Sicherstellung der Versorgung ist die Scharfstellung der Sanktionierung weiter zu verschieben und noch notwendige Anpassungen zu prüfen. Bei den weiteren Anpassungen des § 13 wären die Sanktionen auf die Fälle zu begrenzen, in denen mit den Leistungsträgern vereinbarte Stellen für therapeutisch-pflegerisches Personal nicht vollständig umgesetzt wurden. Änderungsvorschlag: Eine Verschiebung der Scharfstellung der Sanktionen um zwei weitere Jahre erscheint auf Grund der aktuellen angeführten Rahmenbedingungen notwendig.
§ 16 Abs. 6	Die Datenerhebung in Bezug auf die Erfassung der Regelaufgaben durch die Übermittlung von OPS-Daten hat keinen erkennbaren Mehrwert liefern können und wird dies auch zukünftig nicht erreichen können. Daher ist der bürokratische Mehraufwand als Zeichen des Bürokratieabbaus einzustellen. Änderungsvorschlag: Wegfall der Entsendung der Anlage 3 Teil A9 ab 2026.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
gemäß §§ 91 Abs. 5a, 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und
1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO
zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum
Erfassungsjahr 2026**

Datum	[31.03.2025]
Stellungnahme von	DGPT

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage **im Word-Format** ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.*

Vielen Dank!

Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses durch die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)

Hier: Änderung für das Erfassungsjahr 2026

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) bedankt sich ausdrücklich dafür, zur Änderungsfassung der Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL Entwurf Stand 29.01.2025) Stellung nehmen zu können.

Grundsätzlich unterstützt die DGPT unbedingt die Bemühungen der PPP-RL, zu einer vernünftigen und verbindlichen Mindest-Personalausstattung in den entsprechenden Einrichtungen zu kommen, um eine psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau zu gewährleisten.

Bzgl. der Nachweispflicht fürchten wir enorme bürokratische Aufwendungen. Hier sollten Vereinfachungen unbedingt möglich werden. Somit unterstützen wir alle Bestrebungen, die eine Verschlankung der Nachweispflicht ermöglichen.

Unabhängig von den hier genannten Regelungen und Verfahrensänderungen möchten wir noch einmal auf Folgendes hinweisen:

Der Gesetzgeber wollte ausdrücklich eine Stärkung der Psychotherapie. Unsere Sorge bleibt bestehen und scheint sich mancherorts schon zu bestätigen, dass die genannten Untergrenzen in der PPP-RL zukünftig als Obergrenzen in den Verhandlungen der Kliniken mit den Kassen gehandelt werden.

*Außerdem weisen wir daraufhin, dass eine weitere Differenzierung der Pauschalen P1/P2 und P3/P4 gerade in den psychotherapeutisch – psychosomatisch tätigen Kliniken hilfreich wäre wie von der DGPM aufgrund der EPPIK Studie vorgeschlagen (**siehe Anlage 2 „Eingruppierungsempfehlungen“**). Diese Änderung ist notwendig, um die Multimorbidität der Patientinnen und den daraus folgenden sehr unterschiedlichen Anforderungen an die Personalausstattung (zum Beispiel mehr psychotherapeutisch ausgebildetes Personal mit höheren Minutenwerten versus mehr internistisch/somatisch ausgebildetes Personal bei eher somatisch erkrankten Patienten und Patientinnen) mit abbilden zu können.*

Im Einzelnen nehmen wir wie folgt zu den Punkten Stellung:

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph/ Absatz bzw. Anlage/ Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.)
§2 (7)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Wir folgen dem Vorschlag der DKG – Entbürokratisierung und Flexibilität sind unsere Hauptgründe.</i>
	Änderungsvorschlag: <i>Vorschlag der DKG – keine Änderung!</i>
§2 (8)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Wir folgen dem Vorschlag der DKG – flexiblere Möglichkeiten, Personal einzusetzen zum Beispiel im Krankheitsfall etc.</i>
	Änderungsvorschlag: <i>Vorschlag DKG „in einer Einrichtung“</i>
§2 (10)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Vorschlag DKG – tatsächlich brauchen Pat mit Intelligenzminderung einerseits dringend Zugang zu stationärer Psychotherapie – dabei aber auch besonders geschultes Personal und Mehraufwand.</i>
	Änderungsvorschlag: <i>Vorschlag DKG</i>
§2 (11)	<i>Keine Stellungnahme</i>
§3 (1)	<i>Keine Stellungnahme</i>
§4 (3)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Vorschlag DKG – wir folgen dem Bedarf der Klarstellung, dass auch Medizinische Fachangestellte berücksichtigt werden können.</i>
	Änderungsvorschlag: <i>Vorschlag DKG</i>
§5 (1a)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Vorschlag GKV-SV „keine Übernahme“ – der Begriff Physician Assistants ist so ungenau, dass wir befürchten, dass es ein Einfallstor ist für eine Qualitätsminderung ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeiten.</i>

	Änderungsvorschlag: <i>„keine Übernahme“</i>
§5 (1b)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Einschluss der Medizinischen Fachangestellten. Viele pflegerische Tätigkeiten können qualifiziert von Medizinischen Fachangestellten übernommen werden und die stationären Tätigkeiten entlasten.</i>
	Änderungsvorschlag: <i>„Medizinische Fachangestellte“</i>
§ 5 (1d)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Eine Zusammenlegung der Berufsgruppen der Spezialtherapeut*innen und Physiotherapeut*innen/Bewegungstherapeut*innen begrüßen wir sehr, da es viele Überschneidungen gibt. ZU den Sozialarbeitern, die eine immer größere Rolle spielen, sehen wir wenig Überschneidung, weswegen wir den Vorschlag der PatV präferieren.</i>
	Änderungsvorschlag: <i>PatV</i>
§5 (2)	<i>Keine Stellungnahme</i>
§6 (6)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Es erschließt sich uns nicht, weshalb überhaupt Minutenwerte zu verringern sind, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat. Die Behandlung der Patient*innen erfolgt mit der gleichen Personalnotwendigkeit bei hoher Therapiedichte und OPS Vorgaben, die unabhängig von der Tatsache ist, ob eine Versorgungsverpflichtung besteht oder nicht.</i>
	Änderungsvorschlag: <i>Streichen der 10 % Minderung.</i>
§ 6 (7)	<i>Keine Stellungnahme</i>
§ 7 (5)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Folgedissens – wir folgen auch hier dem Vorschlag der DKG</i>
§ 8 (2)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Wir folgen dem Vorschlag der DKG – dies vor allem unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die sogenannte praktische Tätigkeit von Psycholog*innen in Ausbildung zu psychologischen Psychotherapeut*innen in vielen Bundesländern nicht anerkannt wird, wenn diese gemäß dem Grundberuf bezahlt wird. Dennoch nehmen die Psycholog*innen unter Supervision qualifiziert an der Versorgung teil. Diese Regelung wird 2032 nach Ende der Übergangsfrist obsolet.</i>

	Änderungsvorschlag: <i>Vorschlag DKG Vergütung gemäß § 27 Abs 4 PsychThG</i> <i>Außerdem folgen wir dem Vorschlag der DKG „Fach – und Hilfskräfte ...“)</i>
§ 8 (3)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Aus unserer Sicht bleibt es sinnvoll nur die Anrechenbarkeit der Berufsgruppen a und c zu erhalten – gleichwohl mit der Entfristung dieser Möglichkeit.</i>
	Änderungsvorschlag: <i>Vorschlag GKV SV : a und c</i> <i>Folgedissenz § 5 Abs 1d – PatV. B, d und e</i> <i>Folgedissenz zu den Dissenzen in Satz 2: Pat V – a und c sowie zwischen b, d und e</i> <i>Vorschlag DKG ohne Anrechenbarkeit Pflegefachkräfte: Eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b ist möglich. (entfristet)</i>
§ 8 (4)- (5)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Wir folgen dem Vorschlag der DKG. Es ist nicht im Interesse von Krankenhäusern über die Maßen Leasingpersonal einzustellen, weil dieses den Haushalt in der Regel sehr viel mehr belastet als fest angestellte Fachkräfte. Eine Regelung, wie von der GKV-SV usw. gefordert, schränkt den Handlungsspielraum der Einrichtungen sehr ein, dafür zu sorgen, dass die Personaluntergrenzen nicht unterschritten werden.</i>
	Änderungsvorschlag: <i>(4): Keine Übernahme (Vorschlag DKG)</i> <i>(5): DKG: Unabhängig vom Bestehen eines direkten Beschäftigungsverhältnisses...</i>
§ 8	Stellungnahme mit Begründung: <i>Im Übrigen folgen wir bei den weiteren Absätzen des § 8 den Vorschlägen der DKG</i>
§10 (4)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Wir folgen sowohl der Begründung als auch dem Vorschlag der DKG.</i>
	Änderungsvorschlag: <i>DKG: Streichung der Frist und Keine Übernahme bezüglich der Tageskliniken.</i>
§ 11 (1)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Folgedissenz: Vorschlag DKG</i>
§ 11 (3)	Änderungsvorschlag: <i>Spätestens 6 Wochen wir von der DKG gefordert.</i>

§ 11 (8), (10), (12)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Die Meldefristen sind erfahrungsgemäß relativ kurz, so dass eine Verlängerung um 14 Tage sehr sinnvoll erscheint.</i>
	Änderungsvorschlag: <i>Vorschlag DKG</i>
§ 11 (13)	<i>Keine Stellungnahme</i>
§ 13 (5)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Wir folgen der Begründung der DKG</i>
	Änderungsvorschlag: <i>Vorschlag DKG</i>
§ 13 (8)	<i>Keine Stellungnahme</i>
§ 14	Stellungnahme mit Begründung: <i>Folgedissenz: Vorschlag DKG</i>
§ 16 (2), (4), (5)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Folgedissenz: Vorschlag DKG</i>
§ 16 (6)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Wir folgen dem Vorschlag der DKG</i>
§ 16 (8)	Stellungnahme mit Begründung: <i>Folgedissenz – Streichung des Monats- und Stationsbezugs wie von der DKG vorgeschlagen.</i>
Anlage 1 (1. /2.) Minutenwertetabelle	<i>Keine Stellungnahme</i>
Anlage 2	Eingruppierungsempfehlungen Stellungnahme mit Begründung : <i>Wir empfehlen dringend, die Ergebnisse der EPPIK Studie im Bereich der Psychosomatik zu berücksichtigen und den in diesem Stellungnahmeverfahren erarbeiteten Vorschlag der DGPM einer differenzierteren Aufteilung der Eingruppierungsmöglichkeiten von P1 - P7 zu übernehmen.</i>
	Änderungsvorschlag: <i>Differenzierung der P1 – P4 in P1 – P 7 gemäß dem Vorschlag der DGPM.</i>

Anlage 3	<i>Keine Stellungnahme bei Folgedissenzen</i>
Anlage 3 - A5 Spalte 11	Änderungsvorschlag: <i>Vorschlag DKG</i>

BfDI | Postfach 1468 | 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung

ausschließlich per E-Mail an:
PPP-RL@g-ba.de

Ihr Kontakt:

Herr Oster

Telefon: +49 228 997799 1310

E-Mail: Referat13@bfdi.bund.de

Aktenz.: 13-315/072#1503
(bitte immer angeben)

Dok.: 19131/2025

Anlage: -

Bonn, 24.02.2025

Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zum Erfassungsjahr 2026

Sehr geehrte Frau Maag,
sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Zum oben genannten
Beschlussentwurf sehe ich von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

Von: Referat Bildung – Physio Deutschland <Bildung@physio-deutschland.de>
Gesendet: Dienstag, 25. Februar 2025 07:27
An: Anfragen und Stn PPP-RL
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der PPP-RL

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Aus Sicht des Deutschen Verbandes für Physiotherapie e.V. gibt es zu diesem Entwurf keine weiteren Ergänzungen.

Freundliche Grüße

Christopher Büttner, M.Sc.
Referatsleiter Bildung und Wissenschaft
Deutscher Verband für Physiotherapie, Köln

Tel: 0221 – 98 10 27 17

www.physio-deutschland.de



Von: Anfragen und Stn PPP-RL <PPP-RL@g-ba.de>
Gesendet: Donnerstag, 6. Februar 2025 14:48
Cc: Anfragen und Stn PPP-RL <PPP-RL@g-ba.de>
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der PPP-RL

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Karola Pötter-Kirchner, MPH
Abteilungsleiterin

i. A. Lena Oesterlen
Referentin

Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-547 (Sek.)

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: PPP-RL@g-ba.de

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Auswertung der Stellungnahmen

gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 Verfo
zu den Vorschlägen des Gemeinsamen Bundesausschusses
zu einer Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- III. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
1	Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	24. Februar 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
2	Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)	25. Februar 2025	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
3	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	26. Februar 2025	Stellungnahme
4	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)	3. März 2025	Stellungnahme
5	Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)	4. März 2025	Stellungnahme
6	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	4. März 2025	Stellungnahme
7	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	5. März 2025	Stellungnahme
8	Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	5. März 2025	Stellungnahme
9	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	5. März 2025	Stellungnahme
10	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	5. März 2025	Stellungnahme
11	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	6. März 2025	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zu den Vorschlägen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einer Änderung der PPP-RL

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
12	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	6. März 2025	Stellungnahme
13	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	6. März 2025	Stellungnahme
14	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	6. März 2025	Stellungnahme
15	Aktion psychisch Kranke e.V. (APK)	6. März 2025	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 26. März 2025 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 7. Mai 2025 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 7. Mai 2025)
3	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB), 26.02.2025		
3.1	DGSGB	Seit 2019 bringt die Fachgesellschaft die Aufnahme von spezifischen Behandlungsbereichen für Personen mit Intelligenzminderung ein, um den spezifischen Bedarfen dieses besonders vulnerablen Personenkreises gerecht zu werden. Mit Freude hat die Fachgesellschaft zur Kenntnis genommen, dass die Patientenvertretung und die Bundespsychotherapeutenkammer hierfür einen Lösungsvorschlag ausgearbeitet haben. Der alternativ von der DKG eingebrachte Ansatz, die besonderen Bedarfe mit in die individuellen Budgetverhandlungen aufzunehmen ist u.E. nicht zielführend. Dies verlagert die Verantwortung wieder zurück in die einzelnen Kliniken und widerspricht dem Ansatz der PPP-RL, eine bedarfsorientierte Strukturqualität sicherzustellen. Die DGSGB unterstützt den von der PatV/BPtK eingebrachten Vorschlag uneingeschränkt. Dadurch wird ein wichtiger Meilenstein in der Umsetzung der bereits 2009 in Deutschland ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention gesetzt und die Gesundheitsversorgung eines sehr umschriebenen, aber von zahlreichen körperlichen und psychischen Krankheiten betroffenen Personenkreises maßgeblich verbessert. An der mündlichen Anhörung am 7. Mai 2025 möchten wir gerne teilnehmen.	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Die PPP-RL legt einrichtungsbezogene Mindestvorgaben fest. Mit den Behandlungsbereichen der PPP-RL wird eine Schweregradadjustierung der Mindestvorgaben umgesetzt. Ein eigener Behandlungsbereich mit eigenen Minutenwerten führt jedoch nicht automatisch zu einer verbesserten Behandlungssituation von Menschen mit Intelligenzminderung. Zudem ist diese Patientengruppe – knapp über 1 Prozent der Patientinnen und Patienten - aus unserer Sicht zu klein, um eine Qualitätsverbesserung der Behandlung dieser Gruppe über einen eigenen Behandlungsbereich zu erreichen. Jegliche Änderungen an den Minutenwerten müssen zudem evidenzbasiert sein. Die aktuell vorliegenden Vorschläge erfüllen dieses Kriterium in keinsten Weise. Es wäre zu prüfen, ob Personen mit einer Intelligenzminderung in einen anderen, bereits bestehenden Behandlungsbereich zugeordnet werden könnten.

			Zudem wurde in der Vergangenheit bereits die Berufsgruppe der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen aufgenommen, um die besonderen Bedarfe von Personen mit Intelligenzminderung besser zu berücksichtigen. DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
3.2	DGSGB	<u>Allgemeine Anmerkung</u> Die DGSGB befürwortet den Vorschlag der PatV/BPtK, in § 3 Behandlungsbereiche den Behandlungsbereich „A3: Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung“ einzuführen, der sich an den Minutenwerten der KJ1 (vgl. Anlage 1, Minutenwertetabellen) orientiert. Die erhöhten Personalbedarfe begründen sich aus den mit der Intelligenzminderung einhergehenden kognitiven und kommunikativen Beeinträchtigungen sowie der emotionalen Entwicklungsverzögerung und den damit einhergehenden besonderen Bedarfen in Diagnostik, Therapie und Versorgung. Diese komplexen Unterstützungsbedarfe sind auch im Nachtdienst (§ 6 Absatz (7)) mit einer Anpassung der Personalbedarfe verbunden. In Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen wird der Behandlungsbereich A3 konkretisiert (Erwachsene mit einer leicht- bis mittelgradigen Intelligenzminderung und Verhaltensauffälligkeiten bzw. Erwachsene mit einer schwer- bis schwerstgradigen Intelligenzminderung (mit oder ohne Verhaltensauffälligkeiten) in Regel- oder Intensivbehandlung). Der Behandlungsbereich A3 in Verbindung mit dem Minutenwerten KJ1 schafft quasi eine Regelversorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. In den Tragenden Gründen leitet die Patientenvertretung unter 2. Eckpunkte der Entscheidung Seiten 6-7 bzw. 2.3 Seiten 10-12 den Vorschlag schlüssig her. Unter 2.14 findet sich eine umfassende Begründung für die analog zur KJ1 geltenden Minutenwerte. Neben der Möglichkeit der Abbildung der Besonderheiten der Versorgung	GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe auch unsere Anmerkungen unter Nr. 3.1. DKG: Kenntnisnahme. Der Vorschlag eines eigenen Behandlungsbereichs inkl. eigenen Minutenvorgaben für Patienten/-innen mit Intelligenzminderung ist <u>grundsätzlich</u> nachvollziehbar. Dies hätte jedoch mutmaßlich Auswirkung auf <u>alle</u> Krankenhäuser, da die Mindestvorgaben der PPP-RL für sämtliche Kliniken gelten. Bereits jetzt gelingt es kaum der Hälfte der Einrichtungen, die Mindestvorgaben zu erfüllen; ein Personalaufbau unter den gegebenen Umständen der Richtlinie ist kaum möglich. Ein neuer Behandlungsbereich mit neuen Vorgaben, in den die Patienten/-innen aufgrund der OPS-Eingruppierung zwingend einzustufen sind, würde angesichts drohender Sanktionen voraussichtlich zu einem Abbau entsprechender Behandlungskonzepte führen, statt zu einem Aufbau. Um den Bedarfen von Patienten/-innen mit Intelligenzminderung besser gerecht zu werden, sollten insbesondere Einrichtungen mit speziellen Behandlungsangeboten gezielt unterstützt werden. Dies hat die DKG mit ihrem Vorschlag

	außerhalb spezialisierter Zentren entfielen auch die zeit- und personalaufwändige Notwendigkeit der einzeln erfolgenden Budgetverhandlungen durch spezialisierte Zentren. Entgegen der Stellungnahme der DKG (Tragende Gründe S. 10, Pkt. 2.2.3 bzw. S. 12, Ablehnung Pkt. 2.3 der PatV durch die DKG) wären Sanktionen außerhalb spezialisierter Zentren bei nur niedriger Patientenzahl in diesen Einrichtungen nicht zu befürchten, eine angemessene Finanzierung in spezialisierten Einrichtungen jedoch unabhängig von Einzelverhandlungen mit den entsprechenden Risiken sichergestellt. Die DGSGB unterstützt den von der PatV/BPtK eingebrachten Vorschlag uneingeschränkt. Dadurch wird ein wichtiger Meilenstein in der bereits 2009 in Deutschland ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention gesetzt und das Recht behinderter Menschen auf ein erreichbares Höchstmaß an Gesundheit durch die gleichwertige Gesundheitsversorgung eines sehr umschriebenen, aber von zahlreichen körperlichen und psychischen Krankheiten betroffenen Personenkreises sichergestellt. Im Verlauf sollte auch für ältere Menschen und Kinder mit Intelligenzminderung eine Lösung zur Berücksichtigung der personellen Mehrbedarfe gefunden werden. Die DKG schlägt unter §2 Abs. 10 vor, einen Spiegelstrich einzufügen, der darauf hinweist, dass die Mindestvorgaben für den Regeldienst die besonderen strukturellen, organisatorischen und personellen Anforderungen für die Versorgung von Patienten mit Intelligenzminderung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 nicht berücksichtigen. Mit dem neuen Behandlungsbereich A3 würde dieser Punkt hinfällig werden. In den Tragenden Gründen 2.2.3 zu Absatz (10) empfiehlt die DKG, diese Besonderheiten stattdessen in den Budgetvereinbarungen zu berücksichtigen. Damit verlagert sie die Verantwortung für eine bundesweite	der Ergänzung unter § 2 Absatz 10 Spiegelstrich 5 adressiert. PatV: Dank und Kenntnisnahme. BPtK: Dank und Zustimmung.

	Lösung auf die einzelnen Leistungserbringer. Ob die erforderlichen personellen Mehrbedarfe in den Budgetverhandlungen durchgesetzt werden können, hängt somit vom Einsatz, der Ausdauer und den verfügbaren Ressourcen der einzelnen Kliniken ab. Die Möglichkeit, Mehrbedarfe als Strukturbesonderheit in Budgetverhandlungen spezialisierter Kliniken zu verhandeln, besteht indes bereits - auch ohne den vorgeschlagenen Spiegelstrich. Diese Vorgehensweise erscheint als ein Versuch, den von der PatV und der BPtK eingebrachten Vorschlag eines separaten Behandlungsbereichs A3 zu umgehen, ohne eine wirkliche Lösung anzubieten. In den Tragenden Gründen zur Ablehnung des von der PatV/BPtK vorgeschlagenen Behandlungsbereichs A3 trägt die DKG vor, dass dies Auswirkungen auf sämtliche psychiatrische Kliniken und nicht nur auf die spezialisierten Bereiche habe. Die DKG befürchtet Sanktionen, da der erforderliche Personalaufbau schon bei den jetzt geltenden Personalvorgaben von vielen Kliniken nicht geleistet werde. Die DGSGb lehnt diese Argumentation grundlegend ab: 1. Die Unterfinanzierung im Gesundheitswesen führt zu Personalmangel. Wenn die rechtlichen Vorgaben im Hinblick auf die Einführung eines Behandlungsbereichs A3 verändert werden, können die Kliniken auch den notwendigen Personalaufbau vornehmen. Insbesondere Kliniken, die Personen mit Intelligenzminderung behandeln, können auch Heilerziehungspfleger, die mittlerweile auch in der Erwachsenenpsychiatrie als Pflegefachpersonen anerkannt sind, anstellen. Dies ist eine inhaltliche sinnvolle Ergänzung im Pflgeteam für die Behandlung von Menschen mit einer Intelligenzminderung und kann Personalengpässen in der Pflege entgegenwirken. 2. In Kliniken, die nur vereinzelt Patientinnen und Patienten mit Intelli-	

	genzminderung behandeln, führt die Einführung eines Behandlungsbereichs A3 nicht zu einer massiven Erhöhung der Personalbedarfe. Auch in Kliniken, die möglicherweise aufgrund von Einrichtungen der Eingliederungshilfe in ihrem Einzugsgebiet vereinzelt, aber regelmäßig psychisch erkrankte Menschen mit Intelligenzminderung betreuen, kann dem personellen Mehrbedarf durch eine Sicherung des Personalaufbaus Rechnung getragen werden. 3. Der mit der Einführung des Behandlungsbereichs A3 refinanzierte Personalaufbau könnte ein Anreiz für Kliniken sein, spezifische Behandlungsbereiche für Menschen mit Intelligenzminderung zu entwickeln, und damit dem deutschlandweit abnehmenden Angebot an spezialisierten Behandlungsbereichen für diesen Personenkreise entgegenwirken. 4. Die DKG trägt keinen inhaltlichen Grund gegen die personellen Mehrbedarfe vor – im Gegenteil, auf Seite 12 in den Tragenden Gründen schreibt sie: „Der Vorschlag eines eigenen Behandlungsbereichs inklusive eigenen Minutenvorgaben für Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung ist grundsätzlich nachvollziehbar.“ 5. Die PPP-RL ist im Gegensatz zur Psych-PV kein Instrument als Basis für die Budgetverhandlungen, sondern ein Instrument zur Qualitätssicherung. Da die DKG die personellen Mehrbedarfe inhaltlich als gegeben sieht, sollten diese auch in der PPP-RL verankert werden und nicht in die Budgetverhandlungen ausgelagert werden. 6. Schlussendlich würde, wie seitens der DKG argumentiert, eine substantielle Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen aus Sorge vor Sanktionen verhindert. Wie bereits in den vergangenen sechs Jahren seit Einbringung des Vorschlags der DGSGb eines eigenen Behandlungsbereichs für Menschen mit Intelligenzminderung mahnt die DGSGb an, dass dieser Personenkreis keinesfalls wegen Umsetzungsschwierigkeiten der PPP-RL und der ggw. Sorge vor Sanktionen dieser Personenkreis ignoriert bzw. diskriminiert werden	

		darf. Dies widerspräche dem Anspruch auf eine gleichberechtigte Gesundheitsversorgung psychisch Kranker in Deutschland und damit dem Grundgesetz und der UN-BRK.	
3.3	DGSGB	<u>§ 2 Grundsätze Absatz (10)</u> Die DKG schlägt die Einfügung eines Spiegelstrichs vor, um darauf hinzuweisen, dass „die Besonderheiten der strukturellen, organisatorischen und personellen Ausstattung einer Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzmindering.“ in den Mindestvorgaben für den Regeldienst nicht berücksichtigt sind. In den Tragenden Gründen 2.2.3 zu Absatz (10) schlägt die DKG vor, „die Besonderheiten der strukturellen, organisatorischen und personellen Ausstattung einer Einrichtung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzmindering in den Budgetvereinbarungen zu berücksichtigen.“. Damit gibt die DKG die Verantwortung von einer bundesweiten Lösung zurück in die Verantwortung der Leistungserbringer. Es hängt damit vom Engagement, Durchhaltevermögen und den zur Verfügung stehenden Ressourcen der Kliniken selbst ab, ob die personellen Mehrbedarfe in den Budgetverhandlungen verhandelt werden können. Die Verhandlung der Mehrbedarfe in Budgetverhandlungen von spezialisierten Kliniken als Strukturbesonderheit ist auch jetzt schon möglich - ohne den o.g. Spiegelstrich. Die DGSGB mahnt an, dass der Änderungsvorschlag der DKG die von der PatV und BPtK eingebrachte Empfehlung eines separaten Behandlungsbereichs A3 konterkariert. <u>Änderungsvorschlag:</u> Wie von der PatV/BPtK vorgeschlagen: Ergänzung eines neuen Behandlungsbereichs für Menschen mit Intelligenzmindering, der die besonderen Bedarfe dieses Personenkreises berücksichtigt.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe auch unsere Anmerkungen unter Nr. 3.1. DKG: Kenntnisnahme. Um den Bedarfen von Patienten/-innen mit Intelligenzmindering besser gerecht zu werden, sollten insbesondere Einrichtungen mit speziellen Behandlungsangeboten gezielt unterstützt werden. Dies hat die DKG mit ihrem Vorschlag der Ergänzung unter § 2 Absatz 10 Spiegelstrich 5 adressiert. Erfahrungen aus den Budgetverhandlungen haben gezeigt, dass Kliniken mit entsprechenden Angeboten auf Hürden in der Finanzierung des notwendigen Personals gestoßen sind und die bisherigen Möglichkeiten – insbesondere § 2 Absatz 10 Spiegelstrich 4 – nicht ausgereicht haben. PatV: Kenntnisnahme und Zustimmung.

3.4	DGSGB	<u>§ 3 Absatz (1)</u> Die DGSGB unterstützt vollumfänglich den Vorschlag der PatV/BPtK zur Einführung eines neuen Behandlungsbereichs A3. Dieser Bereich soll sich der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung widmen und sich an den Minutenwerten der KJ1 orientieren (siehe Anlage 1, Minutenwertetabellen). Der erhöhte Personalbedarf für diesen Bereich wird durch die spezifischen Herausforderungen begründet, die mit einer Intelligenzminderung einhergehen. Dazu zählen neben den kognitiven und kommunikativen Einschränkungen auch sozio-emotionale Entwicklungsverzögerungen, Unterstützungsbedarfe zur Tagesstrukturierung, bei alltagspraktischen Tätigkeiten sowie weiteren körperliche und sensorischen Einschränkungen, die häufig mit einer Intelligenzminderung einhergehen. Diese Faktoren erfordern besondere Aufmerksamkeit und zusätzliche Ressourcen in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Versorgung. In den Tragenden Gründen wird der Vorschlag von der Patientenvertretung logisch hergeleitet. Unter den Punkten 2. Eckpunkte der Entscheidung (Seiten 6-7) und 2.3 (Seiten 10-12) findet sich eine detaillierte Darlegung. Zudem wird unter Punkt 2.14 eine umfassende Begründung für die Anwendung der KJ1-analogen Minutenwerte präsentiert. Die DGSGB bekräftigt ihre uneingeschränkte Unterstützung für diesen Vorschlag der PatV/BPtK. <u>Änderungsvorschlag:</u> Kein Änderungsvorschlag. Übernahme des Behandlungsbereichs A3.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe auch unsere Anmerkungen unter Nr. 3.1. DKG: Kenntnisnahme. Der Vorschlag eines eigenen Behandlungsbereichs inkl. eigenen Minutenvorgaben für Patienten/-innen mit Intelligenzminderung ist <u>grundsätzlich</u> nachvollziehbar. Dies hätte jedoch mutmaßlich Auswirkungen auf <u>alle</u> Krankenhäuser, da die Mindestvorgaben der PPP-RL für sämtliche Kliniken gelten. Aufgrund der seit 2025 verbindlichen Einstufung der Patienten/-innen auf Basis vorliegender Routinedaten müsste jede Einrichtung, die einen einzigen Fall mit einer Haupt- oder Nebendiagnose F70.1, F71.1, F78.1, F79.1, F72.* oder F73.* aufnimmt, die erhöhten Mindestvorgaben einhalten. Ein neuer Behandlungsbereich mit neuen Vorgaben würde angesichts drohender Sanktionen also voraussichtlich zu einem Abbau entsprechender Behandlungskonzepte führen, statt zu einem Aufbau. Wahrscheinlich ist auch, dass sich die Krankenhäuser – sofern möglich – gut abwägen, ob sie Patienten/-innen mit Intelligenzminderung stationär behandeln, wenn sie die damit zusammenhängenden Mindestvorgaben nicht erfüllen können. Um den Bedarfen von Patienten/-innen mit Intelligenzminderung besser gerecht zu werden, sollten insbesondere Einrichtungen mit speziellen Behandlungsangeboten gezielt unterstützt werden. Dies hat die DKG mit ihrem Vorschlag der Ergänzung unter § 2 Absatz 10 Spiegelstrich 5 adressiert. Erfahrungen aus den Budgetverhandlungen haben gezeigt, dass Kliniken mit entsprechenden Angeboten auf Hürden in der Finanzierung des notwendigen Personals gestoßen sind und die bisherigen Möglichkeiten – insbesondere § 2 Absatz

			10 Spiegelstrich 4 – nicht ausgereicht haben. PatV: Dank und Kenntnisnahme. BPtK: Dank und Zustimmung.
4	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP), 03.03.2025		
4.1	DFPP	<u>§ 2 Abs. 7 und 8 i. V. § 16 Abs. 8</u> Die DFPP unterstützt den Vorschlag der DKG (Streichung des Monats- und Stationsbezugs). Die Streichung würde mit einem erheblich geringeren Dokumentationsaufwand für die Kliniken einhergehen. Der Jahresbezug sollte an dieser Stelle ausreichen.	GKV SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist die Sicherung der Qualität in der stationären Versorgung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen. Die stations- und monatsbezogenen Nachweise schaffen differenziertere Erkenntnisse über mögliche Unterschiede in der personellen Ausstattung auf Stationsebene. Daraus gewonnene Informationen können für die Weiterentwicklung der RL genutzt werden. Eine rein einrichtungsbezogene Dokumentation lässt jedoch nicht erkennen, ob beispielsweise einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Deshalb ist Transparenz auf Monats- und Stationsebene erforderlich, zusätzlich zu den einrichtungs- und quartalsbezogen einzuhaltenden Mindestvorgaben. Die Dokumentation stützt sich auf Daten, die dem Krankenhausmanagement ohnehin vorliegen. Sie bindet keine Personalressourcen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten auf den Stationen. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Mit der Strei-

			chung der monats- und stationsbezogenen Nachweise werden die Dokumentationsaufwände erheblich reduziert. Die Nachweisführung auf Stations- und Monatsbasis ist weder für die Einhaltung der Mindestvorgaben, noch für die Weiterentwicklung der PPP-RL relevant. Bereits zwischen 2020 und 2022 wurden stationsbezogene Daten von allen Einrichtungen sowie in 2023 und 2024 von einer 5 %igen Stichprobe geliefert, die aus Sicht der DKG nicht ausreichend für eine Weiterentwicklung der Richtlinie genutzt wurden. Es erschließt sich nicht, welcher Mehrwert aus der monats- und stationsbezogenen Dokumentation für eine Verbesserung der Behandlung der Patienten/-innen entnommen werden kann, aus der eine Überarbeitung der Richtlinie resultieren sollte. Im Gegensatz dazu steht eine erhebliche Dokumentationsentlastung, die noch einmal vor dem Hintergrund unterstrichen wird, dass ab 2026 zwei parallele Nachweisverfahren – der Spezifikation für Teil A des Nachweises, das Servicedokument für Teil B – bedient werden müssen. In den Tragenden Gründen zur Verlängerung und Erhöhung der Stichprobe gemäß § 16 Abs. 5 PPP-RL heißt es selbst, dass es für die Einrichtungen, die nicht Teil der Stichprobe sind (also die monats- und stationsbezogenen Nachweise nicht erbringen müssen), zu einer erheblichen Dokumentationsentlastung kommt. PatV: Kenntnisnahme.
4.2	DFPP	<u>§ 2 Abs. 10 vierter Spiegelstrich</u> Die DFPP unterstützt den Vorschlag der DKG. Die Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung bringen sehr häufig einen hohen Bedarf	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die DKG nimmt an, dass sich die Ausführungen der DFPP auf § 2 Abs.

		an individueller Betreuung und Pflege mit. Diese Form der Behandlung, Pflege und teilweise auch Sicherung, muss sich in einem Mehr an Personal niederschlagen. Daher ist der Mehraufwand an Personal begründet.	10 <u>fünfter</u> Spiegelstrich (neu) beziehen. PatV: Kenntnisnahme. Wenn der Mehraufwand an Personal begründet ist, dann ist auch die Hinterlegung des Mehrbedarfs in der PPP-RL ein sinnvoller Weg. DPR: Der Personalmehrbedarf ist zwar erkennbar, aber es gibt keine Evidenz dazu.
4.3	DFPP	<u>§ 2 Abs. 11</u> Die DFPP stimmt der Streichung des Absatz 11, so wie die DKG ihn vorgeschlagen hat, nicht zu. Die Definition einer Station im Sinne der Richtlinie scheint an dieser Stelle sehr angemessen.	GKV-SV: Dank und Zustimmung. Die Definition des Stationsbegriffs im Sinne dieser Richtlinie ist notwendig, da der Stationsbezug an einigen Stellen erforderlich ist – etwa für die Ermittlung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst – und eine allgemeingültige Definition des Begriffes nicht existiert. Die im § 2 Absatz 12 getroffene Definition ist angelehnt an die Stationsdefinition in § 2 Absatz 4 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV). DKG: Kenntnisnahme. Die moderne psychiatrische und psychosomatische Versorgung findet zunehmend stationsübergreifend und Setting-unabhängig statt. Der Stationsbezug der PPP-RL steht diesen Versorgungsformen entgegen, womit eine Abbildung der tatsächlichen Versorgungspraxis innerhalb der Vorgaben der PPP-RL nicht möglich ist. Um diesen zu genügen, werden die Kliniken zu einer willkürlichen Zuordnung des eingesetzten Personals zu den Stationen gezwungen, die die Realität kaum widerspiegelt. DPR: Zustimmung
4.4	DFPP	<u>§ 3 Aufnahme der Gruppe A3</u> Die DFPP findet es notwendig, den Mehrbedarf an Personal für Menschen mit Intelligenzminderung in der Richtlinie zu verankern. Allerdings	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Personalausstattung

		scheint es der DFPP nicht logisch die eine neue Kategorie im Bereich A einzuführen. Diese neue Kategorie würde die Systemlogik der Richtlinie durchbrechen, da nun spezifische Diagnosegruppen statt den Clustern A/S/G Einzug halten würden. Es scheint auch nicht logisch, dass diese Patient:innengruppe nur im Bereich A berücksichtigt werden soll. Menschen mit Intelligenzminderung im hohen Lebensalter bringen vielleicht einen noch höheren Personalbedarf mit sich. Daher unterstützen wir den Änderungsvorschlag von PatV/BPtK nicht. <u>Änderungsvorschlag:</u> Die DFPP schlägt vor den Vorschlag der DKG (§2 Abs. 10 vierter Spiegelstrich) zu übernehmen (s.o.). Dieser Vorschlag ist pragmatisch und würde zu einem ähnlichen Ergebnis führen.	für diesen Personenkreis den Budgetverhandlungen zu überlassen, führt jedoch nicht zwingend zu einem ähnlichen Ergebnis. DPR: Zustimmung zur Stellungnahme. Der Änderungsvorschlag wird abgelehnt, da Vermischung von RL und Budget. BPtK: Die Aufnahme eines eigenen Behandlungsbereichs A3 folgt den Empfehlungen der DGSGB, die einen eigenen Behandlungsbereich für Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Erkrankungen für notwendig erachtet, um den Behandlungsbedarfen dieser Patientengruppe gerecht zu werden. Mit der Einführung dieser Behandlungskategorie wird keine Systemlogik der Richtlinie durchbrochen, da bereits mit den Suchtbehandlungsbereichen ein klarer Diagnosebezug zu den F1-Diagnosen vorliegt. Das Vorliegen einer Intelligenzminderung ist zudem eher als Cluster anhand eines Patientenmerkmals – vergleichbar den G-Behandlungsbereichen bei denen eine Zuordnung nach dem Patientenmerkmal Alter erfolgt – zu verstehen. In beiden Fällen entsteht ein personeller Mehraufwand durch das jeweilige Patientenmerkmal.
4.5	DFPP	<u>§ 4 Abs. 3</u> Die DFPP kann das Ansinnen der DKG verstehen. Die in § 5 Abs. 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe 2 aufgelisteten Berufsgruppen sind nicht alle Pflegefachpersonen. Jedoch geht es bei den Minutenwerten nach Anlage 1 um Pflegefachpersonen im klassischen Sinne. Der Vorschlag wird in dieser Form abgelehnt.	GKV-SV: Kenntnisanahme. DKG: Kenntnisanahme. Der Änderungsvorschlag ergibt sich als Folgeanpassung zum Vorschlag der Ergänzung der Berufsgruppe b (Pflegefachkräfte) um die Berufsgruppe der Medizinischen Fachangestellten. Auf das Pflegeberufegesetz wird in § 4 Absatz 3 PPP-RL nicht abgestellt.

		„Fachkräfte“ ist eine zu weite Definition. Ausschließlich Pflegefachpersonen dürfen nach Pflegeberufegesetz die Vorbehaltsaufgaben der Pflege durchführen. Zu den Vorbehaltsaufgaben laut § 4 PflBG gehören die „Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs“, die „Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“ sowie die „Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“. Grundvoraussetzung zur Durchführung der Vorbehaltsaufgaben ist das Führen der Berufsbezeichnung unerlässlich. § 1 PflBG „Wer die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ führen will, bedarf der Erlaubnis. Personen mit einer Ausbildung nach Teil 3 führen die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ mit dem akademischen Grad.“ In den §§ 64a und 64b PflBG sind die Anerkennung alter Berufsbezeichnungen von beruflich Pflegenden geregelt. Aus diesem Grund sprechen wir uns dafür aus, den Begriff der Pflegefachpersonen beizubehalten. Allerdings im Folgenden die Berufsbezeichnungen in § 5 Abs. 1b und 2b anzupassen (s.u.).	PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. DPR: Zustimmung.
4.6	DFPP	<u>§ 5 Abs. 1b</u> Die DFPP lehnt den Vorschlag der DKG strikt ab. (Begründung s.o.) <u>Änderungsvorschlag:</u> In der Verbindung mit der Begründung zu § 4 Abs. 3 schlägt die DFPP folgende Änderung vor: <i>„b) Pflegefachpersonen nach § 1 PflBG (dazu gehören Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger) Dazu zählen auch Pflegefachpersonen nach § 1 PflBG mit einer Weiterbildung im Bereich Pflege in der Psychiatrie, Psychoso-</i>	GKV-SV: Kenntnisnahme und teilweise Zustimmung. Gemäß der PpUGV sind Medizinische Fachangestellte (MFA) den Pflegehilfskräften zuzuordnen. Dementsprechend teilt der GKV-SV die Einschätzung der DFPP, dass MFA in der Berufsgruppe § 5 Absatz 1b und 2b nicht aufzunehmen sind. DKG: Kenntnisnahme. Die Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL sehen verschiedene Aufgaben vor, die nicht zwingend von Fachkräften der jeweiligen Berufsgruppe ausgeführt werden müssen. Es gibt langjährig etablierte Konzepte zur Aufgabenteilung in den Kliniken, um u. a. den Anforderungen des Fachkräftemangels gerecht zu werden. Gerade in der Pflege wurden viele Tätigkeiten identifiziert, die nicht von Pflegefachkräften ausgeführt werden müssen, sondern sowohl von (ausgebildeten) Pflegehilfskräften, wie auch

		<i>matik und Psychotherapie sowie Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss Bachelor bzw. Master“</i> Begründung: Die Berufsgruppe der Heilerziehungspflegerinnen ist aus diesem Vorschlag herausgenommen worden, da diese nicht zu den Pflegefachpersonen nach § 1 PflBG gehören. Diese Logik ist in der Gesamtsystematik der PPP-RL konsequent, da der Verweis auf berufsrechtliche Aspekte im Kontext der Psycholog:innen schon genutzt wird. Eine mögliche Erweiterung um „Medizinische Fachangestellte“ ist aus dem gleichen Grund undenkbar, zumal Ausbildungsinhalte MFA kaum mit Ausbildungsinhalten der Pflege decken und die Feststellung des Pflegebedarfs oder die Steuerung, und Evaluation des Pflegeprozesses nicht vermitteln.	(ausgebildeten) Medizinischen Fachangestellten übernommen werden können. Heilerziehungspflegerinnen nehmen häufig eine wichtige Rolle in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung ein. Menschen mit geistiger Behinderung beispielsweise begleiten und unterstützen sie, um deren Eigenständigkeit zu stärken. Ferner helfen Heilerziehungspfleger/-innen bei der Körperpflege, Nahrungsaufnahme sowie bei der Grundpflege. Deshalb wurde diese Berufsgruppe mit Beschluss zur Änderung der PPP-RL vom 16.09.2021 in § 5 Abs. 1b und 2b PPP-RL ergänzt. Weitere Erläuterungen dazu sind in den Tragenden Gründen zum Beschluss nachzulesen. PatV: Dank und Kenntnisnahme. Der Vorschlag der Ergänzung wird geprüft. Allerdings ist die Herausnahme der Personen mit Ausbildung zur Heilerziehungspflegerinnen aus Sicht der PatV nicht zielführend. DPR: Zustimmung.
4.7	DFPP	<u>§ 5 Abs. 2b</u> Die DFPP lehnt den Vorschlag der DKG ab. (Begründung s.o.) <u>Änderungsvorschlag:</u> In der Verbindung mit der Begründung zu § 4 Abs. 3 schlägt die DFPP folgende Änderung vor: <i>„b) Pflegefachpersonen nach § 1 PflBG (Dazu gehören Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger) Dazu zählen auch Pflegefachpersonen nach § 1 PflBG</i>	GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe auch unsere Anmerkungen unter Nr. 4.6. DKG: Kenntnisnahme. Siehe Ausführungen zu 4.6. PatV: Dank und Kenntnisnahme, aber keine Zustimmung zum Vorschlag. DPR: Zustimmung zur Stellungnahme, keine Zustimmung zum Änderungsvorschlag.

		<i>mit einer Weiterbildung im Bereich Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie Pflegefachpersonen mit Hochschulabschluss Bachelor bzw. Master“</i> Begründung: Die Berufsgruppe der Erzieherinnen und Erzieher, Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieherinnen und Jugend- und Heimerzieher sind aus diesem Vorschlag herausgenommen worden, da diese nicht zu den Pflegefachpersonen nach § 1 PflBG gehören. Diese Logik ist in der Gesamtsystematik der PPP-RL konsequent, da der Verweis auf berufsrechtliche Aspekte im Kontext der Psycholog:innen schon genutzt wird. In Deutschland gibt es ein heterogenes Bild, was den Einsatz von pädagogischem Personal in Kinder- und Jugendpsychiatrien angeht. Um dieser heterogenen Situation gerecht zu werden schlagen wir vor, den §2 Abs. 10 vierter Spiegelstrich wie folgt zu ergänzen: <i>„sowie Erzieherinnen und Erzieher, Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieherinnen und Jugend- und Heimerzieher in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken/Abteilungen.“</i>	
4.8	DFPP	<u>§ 6 Abs. 6</u> Die DFFP unterstützt den Vorschlag des GKV-SV zur Konkretisierung der Malusregel zur 10%igen Verringerung der Minutenwerte. Der Terminus der Versorgungsverpflichtung ist bundesweit nicht rechtssicher geklärt. Daher hilft die Konkretisierung, um Uneinigkeiten zu reduzieren.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Bisher existiert keine bundeseinheitliche Definition einer Versorgungsverpflichtung. Diese Definitionslücke sollte jedoch nicht davon abhalten, die Regelungen in der PPP-RL zu konkretisieren. Um zukünftig eine möglichst einheitliche und versorgungsrealitätsnahe Ermittlung der Mindestvorgaben zu ermöglichen, erfolgt deshalb eine Annäherung an die regionale Pflichtversorgung indirekt über die Angabe, dass die Einrichtung über eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme verfügt. Dabei handelt es sich um ein wesentliches Merkmal

			der Pflichtversorgung, das einen direkten Bezug zu der notwendigen Personalausstattung hat. DKG: Kenntnisnahme. Bislang fehlt eine bundeseinheitliche Definition der regionalen Versorgungsverpflichtung. Klar ist jedoch, dass diese mehr umfasst als ausschließlich die Bereitschaft zur 24-Stunden-Aufnahme. Regionale Versorgungsverpflichtung ist in den Psych-Fächern von tragender, standortübergreifender Bedeutung. Das Kriterium ist nicht trennscharf operationalisiert, es bleibt offen, wie eine 24-stündige Bereitschaft zur Aufnahme konkret definiert wird. Da die Angabe zu diesem Kriterium Auswirkungen auf die Höhe der Mindestanforderungen haben, ist dies vor dem Hintergrund u. a. der Prüfungen des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Qualitätskontrollen für die Bewertung von besonderer Bedeutung. PatV: Dank und Kenntnisnahme. DPR: Zustimmung.
4.9	DFPP	<u>§ 6 Abs. 7, § 6 Abs. 8</u> Die DFPP lehnt den Vorschlag von PatV/BPtK ab. Begründung s.o.	DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme. GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme. DPR: Zustimmung.
4.10	DFPP	<u>§ 7 Abs. 5</u> Die DFPP unterstützt den Vorschlag der DKG. Begründung s.o.	GKV-SV: Ablehnung. Siehe auch unsere Anmerkungen unter Nr. 4.1. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme. DPR: Ablehnung.

4.11	DFPP	<u>§ 8 Abs. 3 Satz 2</u> Die DFPP findet den Vorschlag der DKG (a, b und c), die gegenseitige Anrechnung weiterer Berufsgruppen gemäß § 5 Abs. 1, nachvollziehbar. Allerdings sollte bei Anrechnung eine eindeutige Benennung der Regelaufgaben der Berufsgruppen erfolgen, die durch die Anrechnung übernommen werden. Ansonsten besteht die Gefahr von Verschiebungen zwischen den Berufsgruppen ohne Kompensation der Regelaufgaben. (Eine Aktualisierung des Katalogs der Regelaufgaben fordert die DFPP schon lange.) Die weiteren Vorschläge von DKG und PatV, die Berufsgruppen nach § 5 Abs. 1 Satz 1 e und f (DKG) oder nur f (PatV) bei der Anrechnung auszuklammern, ist nicht verständlich. Daher widerspricht die DFPP diesen Vorschlägen.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Der Vorschlag der DKG bedeutet eine Anrechnung von ärztlichen Tätigkeiten auf pflegerische Tätigkeiten und umgekehrt. Aus fachlicher Sicht ist jedoch eine Anrechnung von anderen Berufsgruppen, mit Ausnahme der Berufsgruppe c, auf die ärztliche Berufsgruppe abzulehnen. Die geforderte „eindeutige Benennung“ von übernommenen Regelaufgaben würde zu erheblichem zusätzlichem Dokumentationsaufwand für die Kliniken führen und widerspricht dem aktuell durch den GKV-SV eingebrachten und konsentierten Vorschlag, auf eine Erläuterung bei den Anrechnungen zu verzichten. DKG: Dank und Kenntnisnahme. Pflegefachkräfte können selbstständig oder in Anleitung durch Ärzte/-innen in begrenztem Umfang Regelaufgaben der Berufsgruppe der Ärzte/-innen übernehmen (z. B. Co-therapeutische Aufgaben). So wurde im geplanten Pflegekompetenzgesetz als Begründung für einen stärkeren Einbezug der Pflegenden bzw. Stärkung ihrer Kompetenz angeführt, dass Pflegefachkräfte „häufig weitergehende, eigenverantwortliche Aufgaben in der Versorgung [übernehmen] und [...] damit nicht nur für eine bessere Versorgung, sondern im Rahmen einer Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams auch zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten“ beitragen (Kabinettsentwurf zum Pflegekompetenzgesetz, S. 58). Die Gefahr einer unkontrollierten Substitution der einen durch eine andere Berufsgruppe besteht aufgrund ärztlicher Vorbehaltsaufgaben nicht. Die Streichung der Anrechnung in § 5 Abs. 1 Satz 1 e und f ergibt sich als Folgeänderung der Zusammenfassung der Be-

			rufsgruppen § 5 Abs. 1 Satz 1 d, e und f zu einer gemeinsamen Berufsgruppe d. Da die Buchstaben „e“ und „f“ im Vorschlag der DKG entfallen, sind diese entsprechend gestrichen. Grundsätzlich befürwortet die DKG die gegenseitige Anrechnung der Berufsgruppen ausdrücklich. PatV: Kenntnisnahme. DPR: Zustimmung.
4.12	DFPP	<u>§ 8 Abs. 3 Satz 3</u> Die Vorschläge von DKG und PatV, die Berufsgruppen nach § 5 Abs. 1 Satz 1 e und f (DKG) oder nur f (PatV) bei der Anrechnung auszuklammern, ist nicht verständlich. Daher widerspricht die DFPP diesen Vorschlägen. Was die Anrechnung der Berufsgruppen a, b und c angeht (Vorschlag der DKG) angeht, so sollte, wie schon in § 3 Abs. 3 Satz 2 vorgeschlagen, bei Anrechnung eine eindeutige Benennung der Regelaufgaben der Berufsgruppen erfolgen, die durch die Anrechnung übernommen werden. Ansonsten besteht die Gefahr von Verschiebungen zwischen den Berufsgruppen ohne Kompensation der Regelaufgaben.	Die AG bezieht diese Stellungnahme auf die Sätze 2 und 3. GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Die Streichung der Anrechnung in § 5 Abs. 1 Satz 1 e und f ergibt sich als Folgeänderung der Zusammenfassung der Berufsgruppen § 5 Abs. 1 Satz 1 d, e und f zu einer gemeinsamen Berufsgruppe d. Da die Buchstaben „e“ und „f“ im Vorschlag der DKG entfallen, sind diese entsprechend gestrichen. Grundsätzlich befürwortet die DKG die gegenseitige Anrechnung der Berufsgruppen ausdrücklich. Eine inhaltliche Überarbeitung der Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL ist nicht Gegenstand der aktuellen Weiterentwicklung der PPP-RL. PatV: Kenntnisnahme mit der Vermutung, dass ein Missverständnis vorliegt, das sich aus den Vorschlägen zu § 5 Abs. 1 ergibt. DPR: Zustimmung.
4.13	DFPP	<u>§ 8 Abs. 3 Satz 3</u> Der Vorschlag der DKG wird von der DFPP grundsätzlich abgelehnt, da	Die AG bezieht diese Stellungnahme auf die Sätze 4 (und 5). GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.

		hier auf eine Überprüfung verzichtet wird. Der Vorschlag des GKV-SV/PatV/BPtK wird im Grundsatz unterstützt. Allerdings hängt die Aufzählung der Berufsgruppen von den Entscheidungen im § 8 Abs. 3 Satz 1-3 ab.	DKG: Kenntnisnahme. Auch Pflegefachkräfte können selbstständig oder in Anleitung durch Ärzte/-innen in einem begrenztem Umfang Regelaufgaben der Berufsgruppe der Ärzte/-innen übernehmen (z. B. Co-therapeutische Aufgaben). So wurde im geplanten Pflegekompetenzgesetz als Begründung für einen stärkeren Einbezug der Pflegenden bzw. Stärkung ihrer Kompetenz angeführt, dass Pflegefachkräfte „häufig weitergehende, eigenverantwortliche Aufgaben in der Versorgung [übernehmen] und [...] damit nicht nur für eine bessere Versorgung, sondern im Rahmen einer Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams auch zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten“ beitragen (Kabinettsentwurf zum Pflegekompetenzgesetz, S. 58). Der Vorschlag der DKG trägt dem Rechnung. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
4.14	DFPP	<u>§ 8 Abs. 3 Satz 4</u> Die DFPP spricht sich gegen den Vorschlag des GKV-SV zur Streichung des Halbsatzes „, solange eine Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt. Die Qualifikation muss eine mindestens vergleichbare pflegerische oder therapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten sicherstellen. Die Qualifikationserfordernisse können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung nachgewiesen werden.“ aus. Aus Sicht von qualitativen Aspekten scheint eine Streichung nicht sinnvoll.	Die AG bezieht diese Stellungnahme auf Abs. 5 Satz 1-3. GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Wir verstehen, weshalb die DFPP die Streichung der erforderlichen Qualifikation in § 8 Absatz 5 PPP-RL kritisch sieht. Die Intention der Streichung war jedoch nicht, auf die erforderliche Qualifikation zu verzichten, sondern eine Dokumentationserleichterung zu schaffen, insbesondere bezogen auf die Prüfungen durch den Medizinischen Dienst. Voraussetzung für die Streichung ist jedoch, dass die Anrechnungen von Fach- und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen weiterhin nur in begrenztem Umfang möglich sind. DKG: Kenntnisnahme. Die DKG nimmt an, dass sich die Ausführungen der DFPP auf den Vorschlag des GKV-SV in § 8 Absatz 5 PPP-RL beziehen.

			Grundsätzlich befürwortet die DKG eine Streichung der Ausweisung einer Qualifikationsanforderung bzw. mindestens fünfjährigen Beschäftigung zur Übernahme von Regelaufgaben nach Anlage 4. Da der Vorschlag des GKV-SV jedoch zwingend eine Beibehaltung der Höchstgrenzen der Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Personal als Voraussetzung für eine solche Streichung ansieht, kann sich die DKG dem Vorschlag nicht anschließen. Für die DKG sind die aktuellen zu engen Anrechnungsgrenzen maßgebend. PatV: Dank und Kenntnisnahme
4.15	DFPP	<u>§ 8 Abs. 3 Satz 5 in Verbindung mit § 8 Abs. 3 Satz 6</u> Die DFPP unterstützt den Vorschlag der DKG der Streichung des Anrechnungsverbotes von Hilfskräften auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Abs. 1 Buchstabe a und 2 Buchstabe a. Dieser Punkt wird seit Jahren in sämtlichen Anhörungsverfahren zur Richtlinie thematisiert. Gerade im ärztlichen Bereich sind Regelaufgaben beschrieben, die über Hilfskräfte abgenommen werden könnten (z. B. in Dokumentation, Blutentnahmen etc.). Daher muss auch eine Grenze der Anrechnung festgelegt werden.	Die AG bezieht diese Stellungnahme auf Abs. 5 Satz 4 i.V.m. Abs. 5 Satz 6. GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme. DPR: Kenntnisnahme.
4.16	DFPP	<u>§ 8 Abs. 3 Satz 6 erster Spiegelstrich</u> Die DFPP widerspricht dem Vorschlag der DKG zur Erhöhung der Hilfskraftanrechnung in den Berufsgruppen b auf 30%. Dieser Vorschlag würde zu einer Deprofessionalisierung der Pflege und damit zu einem großen Qualitätsverlust wie auch zu Sicherheitsrisiken in der Patientenversorgung führen. Der Gedanke, dass diejenige Berufsgruppe, die in der Regel 123 von 168 Wochenstunden alleine für die Bedarfe der Patienten präsent ist, einen weitaus höheren Anteil Hilfskräfte als andere Akteure trägt, belegt fehlendes Wissen zu den Anforderungen an Krankenbe-	Die AG bezieht diese Stellungnahme auf Abs. 5 Satz 6. GKV-SV: Dank und Zustimmung. Wir weisen darauf hin, dass es einerseits bereits jetzt möglich ist, andere Berufsgruppen der PPP-RL auf die Berufsgruppe der Pflege anzurechnen und dass andererseits zu dieser Berufsgruppe auch jetzt schon Berufe mit geringerem pflegerischem Schwerpunkt zählen, z. B. Erzieherinnen und Erzieher. Darüber hinaus kann Personal aus PPP-RL-fremden Berufsgruppen sowie Hilfskräfte angerechnet werden. Allerdings sind letztere Anrechnungen sinnvollerweise auf 10 Prozent begrenzt, um

	handlung und Krisenmanagement außerhalb der klassischen Therapiezeiten. Er darf aus Sicht der DFPP auf keinen Fall umgesetzt werden.	dennoch eine Fachlichkeit der Behandlung zu gewährleisten. DKG: Kenntnisnahme. Die Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL sehen verschiedene Aufgaben vor, die nicht zwingend von Fachkräften der jeweiligen Berufsgruppe ausgeführt werden müssen. Es gibt langjährig etablierte Konzepte zur Aufgabenteilung in den Kliniken, um u. a. den Anforderungen des Fachkräftemangels gerecht zu werden. Gerade in der Pflege wurden viele Tätigkeiten identifiziert, die nicht von Pflegefachkräften ausgeführt werden müssen, sondern sowohl von (ausgebildeten) Pflegehilfskräften, wie auch (ausgebildeten) Medizinischen Fachangestellten übernommen werden können. Mit der Ergänzung Medizinischer Fachangestellter werden Pflegefachkräfte gezielt entlastet, die sich auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren können. Die Erhöhung der maximal zulässigen Anrechnungsgrenze von Fremd- und Hilfspersonal in der Berufsgruppe der Pflegenden trägt der vielerorts gelebten Versorgungspraxis Rechnung. Wenn gleich sich das ausgewiesene Fach- und Fremdpersonal in Berufsgruppe b seit Einführung der aktuellen Anrechnungshöhe im Jahr 2023 sukzessiv reduziert hat, hatten die Krankenhäuser bislang im Nachweis nach Anlage 3 PPP-RL überhaupt nicht die Möglichkeit, weiteres Personal über diese Anrechnungshöhe hinaus auszuweisen. Demgegenüber stehen die erheblichen Entlastungspotenziale von z. B. Pflegehilfs- und Pflegeassistentenkräften für Pflegefachkräfte. Dieses Hilfspersonal macht seit jeher einen substantiellen Anteil in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung aus. Bis zu einem Drittel der Pflegeleistungen (und damit zu Regelaufgaben der Anlage 4

			PPP-RL) können von Hilfskräften übernommen werden. Mit der Möglichkeit, Fremd- und Hilfskräfte stärker als bisher berücksichtigen zu können, werden Pflegefachkräfte gezielt entlastet. Diese können sich damit verstärkt auf sogenannte Vorbehaltsaufgaben konzentrieren. PatV: Dank und Kenntnisnahme DPR: Zustimmung.
4.17	DFPP	<u>§ 8 Abs. 5 Satz 6 vierter und fünfter Spiegelstrich</u> Die DFPP lehnt den Vorschlag der DKG (Streichung vierter und fünfter Spiegelstrich) und den Vorschlag der PatV (Streichung des fünften Spiegelstriches) ab. Die Anerkennung von Hilfskräften kann auch in den Berufsgruppen gemäß § 5 Abs. 1 Buchstabe e und f sinnvoll sein.	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Die Streichung der Anrechnung in § 5 Abs. 1 Satz 1 e und f ergibt sich als Folgeänderung der Zusammenfassung der Berufsgruppen § 5 Abs. 1 Satz 1 d, e und f zu einer gemeinsamen Berufsgruppe d. Da die Buchstaben „e“ und „f“ im Vorschlag der DKG entfallen, sind diese entsprechend gestrichen. Grundsätzlich befürwortet die DKG eine Anrechnung ausdrücklich. PatV: Kenntnisnahme. Die Streichung des fünften Spiegelstriches ergibt sich aus dem Vorschlag zur Veränderung von § 5 Abs. 1 und damit dem Wegfall einer Berufsgruppe mit Buchstabe f. DPR: Kenntnisnahme.
4.18	DFPP	<u>§ 8 Abs. 7 (neu)</u> Die DFPP kann die Intention der Vorschläge des GKV-SV, der DKG und der PatV verstehen, lehnt sie aber in dieser Form ab. Die dargestellten Berufsbezeichnungen sind noch nicht einheitlich geregelt. Aktuell gibt es in den 16 Bundesländern 27 Berufsbezeichnungen für gelernte Pflegehilfspersonen. Nur in sechs Bundesländern beträgt	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Bei der aktuellen Weiterentwicklung setzt sich der GKV-SV dafür ein, den Formulierungsvorschlag der DFPP zu übernehmen. DKG: Kenntnisnahme. Pflegehilfskräfte übernehmen eine Reihe essenzieller Regelaufgaben von Pflegefachkräften

	die Ausbildungszeit über 12 Monate. Zurzeit befindet sich der Kabinettsbeschluss zur bundeseinheitlichen Ausbildung zur Pflegefachassistenz, nach der ersten Lesung im Bundestag, noch in der Abstimmung. Mit einer Umsetzung ist frühestens 2027 zu rechnen. Neben dieser Problemlage, kann es bei einer Umsetzung des Vorschlages und keiner Veränderung des § 5 Abs. 1 Buchstabe b und 2 Buchstabe b zu enormen fachlichen Defiziten kommen, die eine Gefährdung der Patient:innen mit sich bringen. Konkret bedeutet dies, dass es nach PPP-Richtlinie zu einer legitimierten Besetzung im Nachdienst von z.B. Heilerziehungspfleg:innen in Verbindung mit einer Pflegehilfskraft kommen kann. Ergo eine nicht zu verantwortende Situation, da niemand auf der Station im Dienst ist, der die Pflegevorbehaltsaufgaben oder andere medizinische Tätigkeiten ausführen kann/darf. So kann es auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu ähnlichen Situationen kommen. Hier wäre es denkbar, dass ein/e Erzieher:in mit einer Pflegehilfskraft im Dienst ist. Auch diese Kombination wäre durch die Richtlinie legitimiert aber gleichsam unverantwortlich. Sollte man einem dieser Vorschläge folgen, so würden das Ziel und der Zweck der Richtlinie konterkariert. Wir zitieren: § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich (1) Diese Richtlinie legt gemäß § 136a Absatz 2 SGB V geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest. Dazu werden insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung bestimmt. Die Mindestvorgaben sollen einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Die mit dieser Richtlinie festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. <u>Änderungsvorschlag:</u>	nach Anlage 4 der PPP-RL, wodurch die Pflegefachkräfte gezielt entlastet werden und diese sich auf die fachpflegerischen Aufgaben konzentrieren können. Bisher ist eine Anrechnung von Pflegehilfskräften nur im Tagdienst möglich. Jedoch bedarf es auch in der Nacht der Unterstützung von Hilfskräften, um die Versorgung flächendeckend zu gewährleisten. Vor dem Hintergrund noch offener gesetzlicher Regelungen für eine bundeseinheitliche Ausbildung spricht sich die DKG zunächst für eine Dauer von zwölf Monaten aus. Dies ist in einem niedrigschwelligen Zugang zur Ausbildung vor bestehenden knappen Ausbildungsressourcen begründet. Auch die Herausforderung von organisatorischen Hürden bleibt ein gewichtiger Grund, eine zwölfmonatige Dauer zu befürworten. Einen stationsgebundenen Vorschlag lehnt die DKG ab, vgl. Ausführungen 4.3. PatV: Dank und Kenntnisnahme. Da die PatV den Vorschlag zur Anpassung von § 5 Abs. 1 Buchstabe b und Abs. 2 Buchstabe b in dieser Form nicht unterstützt, kann der Vorschlag nach Auffassung der PatV so nicht umgesetzt werden. Die Regelungsintention wird aber geprüft. DPR: Zustimmung zum Änderungsvorschlag.

		Um der Intention der PPP Richtlinie gerecht zu werden und die Vorschläge des GKV-SV, der DKG und der PatV zu dem neuen Abs. 7, aufzugreifen, macht die DFPP folgenden Vorschlag: Grundlage für diesen Vorschlag ist die Anpassung der Berufsbezeichnungen gemäß § 5 Abs. 1b und 2b nach unserem Vorschlag (s.o.). Erfolgt diese Anpassung nicht, ist auch der folgende Vorschlag obsolet. Bei einer Anpassung des § 5 Abs. 1b und 2b könnte folgender Vorschlag umgesetzt werden. (7) Eine Anrechnung von Pflegehilfskräften, die eine mindestens 12 monatige Ausbildung nach berufsrechtlichen Vorgaben der Bundesländer (hier wird man wohl im Folgejahr die Ausbildung zur Pflegefachassistenz ergänzend erwähnen) erfolgreich absolviert haben, ist im Nachdienst möglich, solange sichergestellt ist, dass zugleich pro Station und Nacht hauptverantwortlich eine Fachkraft der Berufsgruppen gemäß § 5 auf den Stationen, auf denen Pflegehilfskräfte eingesetzt werden, tätig ist. Eine Anrechnung von anderen Fach- und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen gemäß § 8 Absatz 5 ist im Nachtdienst ausgeschlossen	
4.19	DFPP	<u>§ 13 Abs. 5 in Verbindung mit Abs. 6</u> Die DFPP lehnt den Vorschlag der DKG zur Ausweitung der Übergangszeiten ab. Die DFPP geht nicht davon aus, dass eine Verschiebung der Übergangsfristen zu einer verbesserten Personalausstattung derjenigen Kliniken führt, die bisher unterhalb der Vorgaben der PPP Richtlinie liegen. Es würde aus Sicht der DFPP sogar zu einem umgekehrten Effekt kommen, da man sich mittlerweile darauf verlassen kann, dass Sanktionen immer verschoben werden.	GKV-SV: Dank und Zustimmung. Die Richtlinie gilt nun seit sechs Jahren. Die Ergebnisse zeigen, dass erheblicher Handlungsbedarf besteht: Einerseits haben die Kliniken ihre Leistung über den Zeitverlauf deutlich erhöht, und andererseits hat sich der Umsetzungsstand verschlechtert. Vor allem zeigt sich eine Verschlechterung bei Einrichtungen, die die Mindestvorgaben nicht erfüllen. Die aktuellen Ergebnisse und die Erfahrungen mit der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) in über 30 Jahren Anwendung zeigen: die PPP-RL bleibt ohne Sanktionen wirkungslos. Damit die Mindestanforderungen von allen Kliniken nun

		endlich verbindlich umgesetzt werden, ist es nun an der Zeit, bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben auch Konsequenzen folgen zu lassen. Gesetzlich ist der Wegfall des Vergütungsanspruchs vorgesehen. Tatsächlich wird in der PPP-RL derzeit nur das fehlende Personal sanktioniert. Betrachtet wird dabei das jeweils geltende Niveau der Einstufungsstufe, in 2026 müssen die Mindestvorgaben zu 90 Prozent erfüllt sein. Zudem wurde die Sanktionshöhe erheblich, um mehr als 60 Prozent, reduziert. Konkret entsprechen die Sanktionen damit nur noch einer Rückzahlung von nicht vorhandenem Personal. Nicht mehr, und nicht weniger. Hauptgrund für die Personalprobleme in deutschen Psychiatrien ist, dass in Deutschland das Potential ambulanter Behandlungen bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Stationäre Behandlungen sind besonders personalintensiv und erhöhen deshalb den Personalbedarf. Um Personal aufzubauen und den bestehenden Personalbestand zu sichern, gilt es auch, attraktivere Arbeitsbedingungen zu schaffen – die Einhaltung der Mindestvorgaben trägt dazu bei. DKG: Kenntnisnahme. Ab 2026 drohend für ca. die Hälfte der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser empfindliche Sanktionen. Die Annahme, allein Strafzahlungen könnten die Kliniken zur Einhaltung der Mindestvorgaben disziplinieren, ist unangebracht und stellt die Kliniken unter Generalverdacht. Zum einen ist das Argument vermessend, die Krankenhäuser hätten bereits fünf Jahre Zeit für den notwendigen Personalaufbau gehabt, angesichts der Tatsache, dass das Budget zur Umsetzung der PPP-RL aufgrund der Fortschreibung der Leistungen in den Corona-

			Jahren vielerorts erst seit 2023 verhandelt wird. Zum anderen ist derzeit nicht immer gewährleistet, dass das zur kontinuierlichen Umsetzung der Mindestvorgaben notwendige Personal in ausreichender Höhe von den Kostenträgern finanziert wird. Neben der engen Orientierung an den Einführungsstufen gemäß § 16 Abs. 1 PPP-RL ist auch die Vereinbarung von Schwankungsreserven für Ausfallzeiten oder variierende Patientenbelegungen etwa bei regionaler Pflichtversorgung auf der Ortsebene teils schwer möglich. Ein schrittweiser Personalaufbau und damit eine kontinuierliche, sichere Erfüllung der Mindestvorgaben kann unter diesen Voraussetzungen kaum funktionieren. PatV: Dank und Kenntnisnahme. DPR: Zustimmung.
5	Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), 04.03.2025		
5.1	DVE	<u>Allgemeine Anmerkung</u> Die zunehmende Entwicklung der Zusammenfassung von Berufsgruppen (§5) bei gleichzeitiger Ausweitung der Anrechnungsmöglichkeiten sehen wir sehr kritisch und haben große Bedenken bzgl. der Versorgungsqualität. Selbstverständlich sollte es einen Spielraum für die gegenseitige Anrechenbarkeit geben, wie er im ursprünglichen Grundkonzept (Minutenwerte je Berufsgruppe sowie im Umfang begrenzte Anrechenbarkeit) auch vorgesehen war, mittlerweile übersteigen diese Möglichkeiten den betrieblich notwendigen Raum für Flexibilität und bieten überproportional Möglichkeit unabhängig von Qualität und Bedarfen der Klient:innen willkürlich personelle Strukturen zu gestalten; s.a. Stellungnahme zu §5 auf der nächsten Seite.	GKV-SV: Dank und Zustimmung. Die Behandlung in einem multiprofessionellen Team der verschiedenen Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL ist essenziell in der Psychiatrie, das therapeutische Zusammenwirken der unterschiedlichen Berufsgruppen ist ein zentraler Baustein der Behandlung. Die Berufsgruppen der PPP-RL sind nach wie vor die zentralen Fachkräfte in der Behandlung. DKG: Kenntnisnahme. Grundsätzlich sind die Bedenken bzgl. einer Zusammenfassung von Berufsgruppen nachvollziehbar. Allerdings wird aus unserer Sicht Multiprofessionalität durch eine definitorische Trennung insbesondere der Berufsgruppen d, e und f nicht gefördert. Es werden eher Grenzen gezogen, die in der modernen psychiatrischen und

		Die Beschreibung der Regelaufgaben ist seit langem stark überarbeitungsbedürftig, auch werden Inhalte und Begrifflichkeiten aus den 90er Jahren unreflektiert fortgeschrieben. Im Zusammenhang mit der Zusammenfassung der Fachberufe in einer Gruppe ist die Überarbeitung unumgänglich. Der vorliegende Vorschlag ist dabei völlig untragbar (s.a. Stellungnahme zu Anlage 4 auf den nächsten Seiten). Diese Überarbeitung benötigt zudem die Expertise der beteiligten Berufsgruppen und kann nicht ohne diese sachgerecht formuliert werden. Eine Anpassung der Minutenwerte der Ergotherapie (wie auch der anderen Fachberufe im Bereich Therapie, Pädagogik und Sozialer Arbeit) ist – im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen – weiterhin nicht erfolgt. Im Gegenteil ist die Ergotherapie aufgrund der Zusammenfassung mit den Künstlerischen Therapie weiterhin die einzige Berufsgruppe, die eine Reduzierung der Minutenwerte erfahren hat. Eine Anhebung der Minutenwerte ist dringend notwendig, eine leitliniengerechte Therapie ist so nicht möglich, der Stand aus der PsychPV aus den 90er Jahren ist lange überholt.	psychosomatischen Behandlung kaum eine Rolle spielen. Ziel und Sinn der PPP-RL muss es sein, dass Kliniken ihre multiprofessionellen Teams anhand des individuellen Bedarfs der Patienten/-innen einsetzen können, und nicht anhand von kleinteiligen Vorgaben. Eine zukunftsfähige Psychiatrie und Psychosomatik setzt zunehmend neue therapeutische Berufsbilder ein und/oder wird dies angesichts fehlender Fachkräfte in anderen Berufsgruppen verstärkt tun müssen. PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme.
5.2	DVE	<u>§ 5</u> <u>Ergänzung</u> a) Physician Assistant	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Die in § 5 PPP-RL verankerten Berufsgruppen mit den therapeutisch relevanten Fachkräften sind essenziell für eine qualitativ hochwertige Behandlung. Eine Aufweichung der Fachlichkeit, wie

		b) Medizinische Fachangestellte Wir unterstützen diese jeweilige Zuordnung bzw. Ergänzung, da dies die einzig sinnhafte Einordnung dieser Berufsgruppen darstellt. <u>Änderungsvorschlag:</u> Übernahme	dies durch die Ergänzung von Hilfskräften der Fall wäre, lehnt der GKV-SV ab. Gemäß der PpUGV sind MFA den Pflegehilfskräften zuzuordnen. Dementsprechend lehnt der GKV-SV die Aufnahme von MFA in der Berufsgruppe § 5 Absatz 1b und 2b ab. Eine Ergänzung von Physician Assistants in der Berufsgruppe der Ärzte und damit einhergehende faktische Gleichstellung mit Ärztinnen und Ärztinnen ist aufgrund ärztlicher Vorbehaltsaufgaben abzulehnen. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme. DPR und BPtK: Keine Übernahme des Vorschlags.
5.3	DVE	<u>§ 5 (Abs. 1)</u> <u>Zusammenfassung von d) + e) bzw. Zusammenfassung von d) + e) + f)</u> Grundsätzlich halten wir eine Zusammenfassung der verschiedenen Berufe in Sammelgruppen für nicht sinnvoll, da damit die Möglichkeit eröffnet wird, ganze Berufsgruppen (und ihre Leistungen) durch andere zu ersetzen. Dies bildet leitlinienorientierte Behandlung nicht ab und widerspricht dem Verständnis, dass alle Berufsgruppen spezifische und für die Versorgung notwendige Leistungen beitragen. Diese Problematik besteht allerdings bereits seit der Umwandlung der Gruppe d) von Ergotherapie in Spezialtherapie, wo mittlerweile bereits Berufsgruppen zusammengefasst werden, deren Schnittmenge begrenzt ist. Vor diesem Hintergrund und wenn eine differenzierte Betrachtung aller Berufsgruppen mit angemessenen Anrechnungsmöglichkeiten nicht mehr gewollt ist, ist es aus unserer Sicht die konsequente Lösung dann	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Die Behandlung in einem multiprofessionellen Team der verschiedenen Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL ist essenziell in der Psychiatrie, das therapeutische Zusammenwirken der unterschiedlichen Berufsgruppen ist ein zentraler Baustein der Behandlung. Die Berufsgruppen der PPP-RL sind nach wie vor die zentralen Fachkräfte in der Behandlung. DKG: Dank und Kenntnisnahme. Ziel und Sinn der Behandlungsqualität muss es sein, dass Kliniken ihre multiprofessionellen Teams anhand des individuellen Bedarfs der Patienten/-innen einsetzen können, und nicht anhand von kleinteiligen Vorgaben einer Richtlinie. Aus Sicht der DKG wird Multiprofessionalität durch eine definitorische Trennung der Berufsgruppen d, e und f nicht gefördert. Es werden

		jedoch alle Berufsgruppen aus den Gruppen d, e und f zusammenzufassen. Damit sollte dann zudem auch der fragwürdige Begriff „Spezialtherapie“ aufgehoben werden, der jeder fachlichen Grundlage entbehrt. Eine sinnvolle Bezeichnung dieser Gruppe wäre: Fachberufe aus den Bereichen Therapie, Pädagogik und Sozialer Arbeit. <u>Änderungsvorschlag:</u> Gruppe d) Fachberufe aus den Bereichen Therapie, Pädagogik und Sozialer Arbeit, z.B. ~~Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, und Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten), Fachpersonal mit bewegungstherapeutischem oder sport-bezogenem Schwerpunkt (z. B. Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Motopädagoginnen und Motopädagogen), sozialpädagogisches Fachpersonal (z. B. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen.~~	Grenzen gezogen, die in der modernen psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung kaum eine Rolle spielen. Mit der Zusammenführung der Berufsgruppen erhalten die Kliniken mehr Flexibilität, ihre individuellen, auf die jeweiligen Bedarfe der Patienten/-innen ausgerichteten Behandlungskonzepte auch in Zukunft umzusetzen. PatV: Kenntnissnahme, der Vorschlag wird nicht unterstützt, da er in einer Zusammenfassung auch mit neuen Bezeichnungen theoretisch zuließe, dass eine Einrichtung ganz auf Fachkräfte aus dem Bereich der Sozialen Arbeit oder aus dem Bereich der Ergo- und Spezialtherapeuten verzichtet. BPtK: Danke für den Vorschlag und Prüfung.
5.4	DVE	<u>§ 5 (Abs. 2)</u> Zusammenfassung von d) +e) bzw. Zusammenfassung von d) + e) + f) s. vorherige (§ 5 Abs. 1) <u>Änderungsvorschlag:</u> Gruppe d) Fachberufe aus den Bereichen Therapie, Pädagogik und Sozialer Arbeit, z.B. ~~Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, und Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten), Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Fachpersonal mit bewegungstherapeutischem oder sport-bezogenem Schwerpunkt~~	GKV-SV: Kenntnissnahme. Siehe auch unsere Anmerkungen unter Nr. 5.3. DKG: Dank und Kenntnissnahme. PatV: Kenntnissnahme und Ablehnung des Vorschlags (s.o.).

		~~(z. B. Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Motopädagoginnen und Motopädagogen), sozialpädagogisches Fachpersonal (z. B. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen.~~	
5.5	DVE	<u>§ 8 (2)</u> Anrechnung von Fach- und Hilfskräften in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung zu einer der Berufsgruppen gemäß § 5 während der Zeit ihrer Aus- oder Weiterbildung Kommentar: Eine berufsbegleitende Ausbildung in der Ergotherapie ist bisher nicht möglich.	GKV-SV/DKG: Kenntnissnahme. PatV: Kenntnissnahme. Es ist aber berufsbegleitend ein Studium der Ergotherapie möglich.
5.6	DVE	<u>§ 8 (3)</u> Verlängerung bzw. Entfristung der Anrechnung von c) auf d) etc. Gegen eine Verlängerung oder gar Entfristung sprechen wir uns nachdrücklich aus. Die einseitige Anrechnung ist fachlich-inhaltlich nicht begründbar. Zudem gibt es überaus weitreichende Flexibilität bei der Gestaltung der personellen Zusammensetzung. <u>Änderungsvorschlag:</u> Unveränderte Beibehaltung der bisherigen Formulierung und Beendigung der einseitigen Anrechnungsmöglichkeit.	GKV-SV: Kenntnissnahme. DKG: Kenntnissnahme. Der Berufsgruppe der Psychotherapeuten/-innen und Psychologen/-innen kommt eine große Bedeutung in der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung zu. Diesem Stellenwert sollte durch eine Entfristung der Anrechnungsmöglichkeit, die sich in den Jahren seit Inkrafttreten der Regelung bewährt hat, eine entsprechende Würdigung erhalten. Insbesondere behandlungskonzeptuelle und bedarfsorientierte Erfordernisse der stärkeren therapeutischen Einbindung von Psychotherapeuten/-innen können so weiterhin berücksichtigt werden. PatV: Dank und Kenntnissnahme.
5.7	DVE	<u>Anlage 4 Regelaufgaben</u> Abschnitt 4 / Gruppe d neu	GKV-SV: Kenntnissnahme. Siehe auch unsere Anmerkungen

	Die Regelaufgaben der Gruppen d, e und f sind aufgrund der Zusammenführung neu zu gestalten. Der mit diesem Änderungsvorschlag vorliegende Vorschlag ist völlig ungeeignet. Es wurden lediglich Inhalte aus e+f nach d verschoben ohne jegliche Anpassungen. Dabei sind Fehlzuordnungen zu den Unterüberschriften erfolgt, es sind Dopplungen entstanden und die Leistungen der Ergotherapie und der Künstlerischen Therapien, die früher durch die Gruppenüberschrift gesetzt waren, sind nicht mehr erkennbar. Die im Folgenden vorgeschlagenen Änderungen sind so knapp wie möglich gehalten, punktuell wurde das Wording angepasst (in Bezug auf das Selbstverständnis des bio-psycho-sozialen Modells der ICF). Mit diesen minimal notwendigen Anpassungen, die durch die Zusammenführung unumgänglich wird, wäre die Beschreibung der Regelaufgaben zumindest befristet bis zu einer grundlegenden Überarbeitung tragbar. Entsprechend ist es unbedingt notwendig, mit der nächsten Überarbeitung der PPP-RL eine koordinierte und mit den beteiligten Berufsgruppen abgestimmte Überarbeitung vorzunehmen. <u>Änderungsvorschlag:</u> s. Folgeseiten - 1x Formulierungsvorschlag - 1x Formulierungsvorschlag im Überarbeitungsmodus zur besseren Nachverfolgung <u>Formulierungsvorschlag Regelaufgaben</u> <u>Erwachsenenpsychiatrie</u> 4. Regelaufgaben der Fachberufe aus den Bereichen Therapie, Pädagogik und Soziale Arbeit	unter Nr. 5.3. Auch wenn der GKV-SV die hier adressierten Änderungen nicht unterstützt, nehmen wir das Angebot zur fachlichen Mitarbeit an der Weiterentwicklung der Richtlinie zur Kenntnis und bedanken uns dafür. DKG: Kenntnisnahme. Eine inhaltliche Überarbeitung der Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL ist nicht Gegenstand der aktuellen Weiterentwicklung der PPP-RL. Die DKG dankt jedoch für die grundsätzlichen Vorschläge zur Anpassung der Regelaufgaben. PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Vorschläge könnte ggf. bei einer späteren Überarbeitung der PPP-RL geprüft werden. Allerdings teilt die PatV die von der DVE vorgeschlagene Zusammenfassung der Berufsgruppen in dieser Form auch bei der Beschreibung der Regelaufgaben nicht. BPtK: Danke für den Vorschlag. Übernahme mit einzelnen Anpassungen denkbar.

		1. Grundversorgung • fachspezifische Anamnese und Diagnostik inkl. Einsatz und Auswertung geeigneter Test-/Assessmentverfahren • fachspezifische Therapieplanung • Mitwirkung bei der fachübergreifenden Beschreibung krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie bei der übergreifenden Therapieplanung • Evaluation der jeweiligen fachspezifischen Maßnahmen • Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Maßnahmen • Individuelle Ergotherapie (inkl. Arbeitstherapie) • Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung • Hilfe zur Wiedereingliederung in Arbeit und Beruf einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten • Individuelle Künstlerische Therapie • Soziales Kompetenztraining • Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren psychischen Erkrankungen inkl. psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie • Individuelle Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen • individuelle Beratung im Rahmen Sozialer Arbeit; Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern sowie Hilfen zur finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes • Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich sowie im familiären und gesellschaftlichen Leben einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche	

		• Beratung von Zugehörigen und Mitwirkung an Familientherapien 3. Gruppenbezogene Maßnahmen • ergotherapeutische Gruppen • Arbeitstherapie und Belastungserprobung • Künstlerische Therapie in der Gruppe • Freizeitgestaltung, Aktivitätsgruppen • Kontakt und kommunikationsfördernde Gruppen • Gymnastik und Sporttherapie in der Gruppe • Bewegungstherapie und Physiotherapie in der Gruppe • Entspannungsgruppen • Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen • Mitwirkung an Angehörigengruppen 4. Mittelbarpatientenbezogene Tätigkeiten • Vor- und Nachbereitung • Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team sowie an Stationsversammlungen • Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision • Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben • Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der jeweiligen therapeutischen bzw. pädagogischen Maßnahmen <u>Kinder-/Jugendpsychiatrie</u> 4. Regelaufgaben der Fachberufe aus den Bereichen Therapie, Pädagogik und Soziale Arbeit 1. Grundversorgung	

		• fachspezifische Anamnese und Diagnostik inkl. Einsatz und Auswertung geeigneter Test-/Assessmentverfahren • Mitwirkung bei der fachübergreifenden Beschreibung krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie bei der übergreifenden Rehabilitationsplanung • Ergänzung der kinderpsychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Entwicklungsdiagnostik mit Prüfung des sensomotorischen Entwicklungsprofils und der Planung der Behandlungsmaßnahmen • fachspezifische Therapieplanung • Evaluation der jeweiligen fachspezifischen Maßnahmen • Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung • Individuelle Ergotherapie (inkl. Funktioneller Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitivem Training, neurophysiologisch orientierter Behandlung) • Individuelle Künstlerische Therapie • Soziales Kompetenztraining • Basale Stimulation • individuelle Sprachtherapie (inkl. Förderung der Sprechmotorik, Lautanbahnung und Artikulationstraining sowie Begriffsbildung, Aufbau von aktivem und passivem Wortschatz sowie grammatikalischer und syntaktischer Modelle) • Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren psychischen Erkrankungen; Übungsbehandlung nach Bobath oder Vojta • Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen	

		• Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie) • Psychotherapeutisch orientierte Bewegungs- und Körpertherapie • Heilpädagogische Einzelmaßnahmen • Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe für Kinder und Jugendliche und ihre Familien • Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern • Hilfe zur (Wieder)Eingliederung in Schule, Ausbildung und Arbeit einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten • Vorbereitung und Mithilfe bei der außerfamiliären Unterbringung • Beratung von Zugehörigen und Mitwirkung an Familientherapien 3. Gruppenbezogene Behandlung • ergotherapeutische Gruppen (inkl. arbeitstherapeutischer Gruppenangebote) • Künstlerische Therapie in der Gruppe • Lebenspraktisch orientierte Gruppenangebote, Freizeitgestaltung, Aktivitätsgruppen • Arbeitstherapie, Fertigungs- und Belastungserprobung • Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen • Gymnastik und Sporttherapie in der Gruppe • Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie) • Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie und Körpertherapie in der Gruppe • Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen (z.B., Projekt- und Aktivitätsgruppen)	

	• Mitwirkung an Angehörigengruppen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten • Vor- und Nachbereitung • Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team sowie an Stationsversammlungen • Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision • Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben • Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination <u>Regelaufgaben (Überarbeitungsmodus zur besseren Nachvollziehbarkeit)</u> <u>Erwachsenenpsychiatrie</u> 4. Regelaufgaben der <u>Fachberufe aus den Bereichen Therapie, Pädagogik und Soziale Arbeit</u> ~~Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Fachberufe mit bewegungstherapeutischem oder sportbezogenem Schwerpunkt, sozial-pädagogisches Fachpersonal~~ 1. Grundversorgung - <u>fachspezifische Anamnese und Diagnostik inkl. Einsatz und Auswertung geeigneter Test-/Assessmentverfahren</u> - <u>fachspezifische Therapieplanung</u> - Mitwirkung bei <u>der fachübergreifenden Beschreibung Anamnese/Diagnostik</u> krankheitsbedingter Defizite <u>im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich und Ressourcen</u> sowie bei der <u>übergreifenden Therapieplanung</u> - ~~Mitwirkung bei Anamnese und Befunderhebung (Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik)~~ - ~~Ergänzung der medizinischen und psychiatrischen Diagnostik~~	

		~~durch funktionelle Diagnostik~~ ~~- Evaluation der jeweiligen fachspezifischen Maßnahmen~~ ~~- Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen~~ ~~- Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern sowie Hilfen zur finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes~~ - Dokumentation 2. Einzelfallbezogene <u>Behandlung</u> ~~Maßnahmen und sozialpädagogische Behandlung~~ ~~- Individuelle Ergotherapie (inkl. Arbeitstherapie)~~ ~~- Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung~~ ~~- Hilfe zur Wiedereingliederung im Arbeitsbereich einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten~~ ~~- Spezifische Individuelle Künstlerische Kreativitätsfördernde Behandlung -Therapie einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie~~ ~~- Sozialtherapeutisches Kompetenztraining~~ - Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren <u>psychischen</u> Erkrankungen <u>inkl. psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie</u> ~~- Individuelle Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen~~ ~~- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie~~ ~~- individuelle Beratung im Rahmen Sozialer Arbeit; Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern sowie Hilfen zur finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes~~ ~~- Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich sowie im familiären und gesellschaftlichen Leben einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche~~ ~~- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung~~	

		~~– Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung~~ ~~– Sozialtherapeutisches Kompetenztraining~~ ~~– Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich sowie im familiären und gesellschaftlichen Leben einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche~~ ~~– Hilfe zur Wiedereingliederung im Arbeitsbereich einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten~~ – <u>Familienberatung</u> <u>Beratung von Zugehörigen</u> und Mitwirkung an Familientherapien 3. Gruppenbezogene <u>Behandlung</u> <u>Maßnahmen</u> – <u>ergotherapeutische Gruppen</u> – <u>Arbeitstherapie und Belastungserprobung</u> – <u>Kreativitätsfördernde Künstlerische Therapie einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie in der Gruppe</u> ~~– Lebenspraktisch orientierte Therapie~~ ~~– Arbeitstherapie und Belastungserprobung~~ – <u>Freizeitprogramme</u> <u>Freizeitgestaltung</u>, <u>Mitwirkung an</u> Aktivitätsgruppen – Kontakt und kommunikationsfördernde Gruppen – <u>Gruppengymnastik</u> <u>Gymnastik</u> und Sporttherapie <u>in der Gruppe</u> – Bewegungstherapie und Physiotherapie <u>in der Gruppe</u> – <u>Entspannungsübungen</u> <u>Entspannungsgruppen</u> – Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen (~~z. B. lebenspraktische Gruppen zur Erweiterung und Festigung der Kompetenzen im sozialen Bereich, Aktivitätsgruppen~~) ~~– Teilnahme an Stationsversammlungen~~ – Mitwirkung an Angehörigengruppen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten – Vor- und Nachbereitung	

	- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team <u>sowie an Stationsversammlungen</u> - Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision - Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben - Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der jeweiligen <u>therapeutischen bzw. pädagogischen Maßnahmen</u> ~~Bewegungs- oder einer anderen Spezialtherapie~~ <u>Kinder-/Jugendpsychiatrie</u> Regelaufgaben der <u>Fachberufe aus den Bereichen Therapie, Pädagogik und Soziale Arbeit</u> ~~Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Fachberufe mit bewegungstherapeutischem oder sportbezogenem Schwerpunkt, sozial-pädagogisches Fachpersonal~~ <u>1. Grundversorgung</u> 1. Grundversorgung - fachspezifische Anamnese und Diagnostik inkl. Einsatz und Auswertung geeigneter Test-/Assessmentverfahren ~~- Mitwirkung bei der Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich; Planung, Durchführung, Verlaufskontrolle der Spezialtherapie und Sprachtherapie~~ ~~- Mitwirkung bei der Anamnese und Befunderhebung (Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik)~~ - <u>Mitwirkung bei der fachübergreifenden Beschreibung krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie bei der übergreifenden Rehabilitationsplanung</u> - ~~Ergänzung der kinderpsychiatrischen Diagnostik durch funktionelle Entwicklungsdiagnostik mit Prüfung des sensomotorischen Entwicklungsprofils und der Planung der Behandlungsmaßnahmen~~	

		~~Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen~~ ~~Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungsträgern~~ - <u>fachspezifische Therapieplanung</u> - <u>Evaluation der jeweiligen fachspezifischen Maßnahmen</u> - ~~—~~Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung - <u>Individuelle Ergotherapie (inkl. ~~—~~Funktioneller Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training, neurophysiologisch orientierter Behandlung von Leistungsdefiziten)</u> - <u>Individuelle Künstlerische Therapie</u> - ~~—~~Sozialtherapeutisches Kompetenztraining - ~~—~~Basale Stimulation - <u>~~—~~individuelle Sprachtherapie (inkl. Förderung der Sprechmotorik, Lautanbahnung und Artikulationstraining sowie</u> - <u>Begriffsbildung, Aufbau von aktivem und passivem Wortschatz sowie grammatikalischer und syntaktischer Modelle)</u> - ~~—~~Individuelle Physiotherapie und Bewegungstherapie bei schweren <u>psychischen</u> Erkrankungen; Übungsbehandlung nach Bobath oder Vojta - <u>~~—~~Physiotherapie bei körperlichen Beschwerden sowie bei somatischen Begleit- oder Folgeerkrankungen</u> - Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie) - ~~—~~Psychotherapeutisch orientierte Bewegungs- und Körpertherapie - ~~—~~Heilpädagogische Einzelmaßnahmen - ~~—~~Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe für Kinder und Jugendliche und ihre Familien	

		- ~~—~~<u>Klärung von Anspruchsvoraussetzungen gegenüber Leistungs-trägern</u> - ~~—~~Hilfe zur (Wieder)Eingliederung in Schule, Ausbildung und Arbeit einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten - ~~—~~Vorbereitung und Mithilfe bei der außerfamiliären Unterbringung - <del>—</del>~~Familienberatung~~<u>Beratung von Zugehörigen</u> und Mitwirkung an Familientherapien - <del>—</del>~~Funktionelle Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training, neurophysiologisch orientierte Behandlung von Leistungsdefiziten~~ - <del>—</del>~~Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung~~ - <del>—</del>~~Förderung der Sprechmotorik, Lautanbahnung und Artikulationstraining~~ - <del>—</del>~~Begriffsbildung, Aufbau von aktivem und passivem Wortschatz sowie grammatikalischer und syntaktischer Modelle~~ 3. Gruppenbezogene Behandlung - <u>ergotherapeutische Gruppen (inkl. arbeitstherapeutischer Gruppenangebote))</u> - <u>Künstlerische Therapie in der Gruppe</u> - <del>—</del>~~Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie~~ - Lebenspraktisch orientierte ~~Therapie-~~<u>Gruppenangebote, Freizeitgestaltung, Aktivitätsgruppen</u> - Arbeitstherapie, Fertigungs- und Belastungserprobung - Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen - ~~Gruppeng~~<u>Gymnastik und Sporttherapie in der Gruppe</u> - Psychomotorische Übungsbehandlung (Mototherapie) - Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie und Körpertherapie <u>in der Gruppe</u>	

		— Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen ~~zur Erweiterung und Festigung der Kompetenzen im sozialen Bereich~~ (z.B., Projekt- und Aktivitätsgruppen - Mitwirkung an Angehörigengruppen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten - Vor- und Nachbereitung - Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team <u>sowie an Stationsversammlungen</u> - Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision - Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben - Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination ~~der jeweiligen Spezialtherapie~~	
6	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (dgkjp), 04.03.2025		
6.1	DGKJP	<u>Allgemeine Anmerkung</u> Generell erleben praktisch Tätige im Bereich der KJPP, dass sich seit Inkrafttreten der PPP-RL Verbesserungen hinsichtlich der Personalausstattung ergeben haben. Laut BAG KJPP wurde von entsprechenden Klinikleitungen breit zurückgemeldet, dass entgegen häufiger Erfahrungen aus der Zeit vor dem Inkrafttreten der PPP-RL klinisch erforderliche Personalbedarfe durch die Träger generell anerkannt werden, und es auch Ziel der Träger ist, die PPP-RL VK nicht zu unterschreiten. An dieser Stelle soll nicht auf das offenbar regional durchaus bestehende Problem eingegangen werden, dass in den Budgetverhandlungen seitens der Kostenträger die Personalmindestvorgabe PPP-RL als Maximum für die Entgeltverhandlungen missverstanden wird. Entscheidend sind in der aktuellen Situation die beiden folgenden Punkte, vor denen auch die Verantwortlichen im Bereich der KJPP nicht die Augen verschließen können:	GKV-SV: Dank und Zustimmung. Der Hinweis auf positive Auswirkungen auf die personelle Situation vor Ort bestätigt, wie wichtig die PPP-RL ist. DKG: Zustimmung. Der Hinweis auf die Diskrepanz zwischen sehr hohen berufsgruppenübergreifenden Erfüllungsgraden auf der einen und gleichzeitiger Nicht-Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Absatz 4 PPP-RL bestätigt den Webfehler der gegenwärtigen PPP-RL, wonach die kleinteilige Nachweisführung keinen Rückschluss auf die Personalausstattung der Einrichtungen zulässt. Die Vorgabe, dass eine Unterfüllung in einer Berufsgruppe bereits zur Nichteinhaltung der PPP-RL-Mindestvorgaben gesamt führt, sollte in der Weiterentwicklung der Richtlinie noch einmal kritischer überprüft werden.

45

	Die Auswertungen des IQTIG zeigen, dass 64,2 % aller Kliniken für KJPP einen Umsetzungsgrad von mindestens 95 % nach PPP-RL § 7 Abs. 3 aufweisen. In der Differenz zwischen den Auswertungen nach § 7 Abs. 3 und 4 zeigt sich auch die Absurdität der derzeitigen PPP-RL-Regelungen: Die Kleinteiligkeit der Nachweise lässt eben keinen Rückschluss auf die generelle Personalausstattung einer Einrichtung zu. Wenn Einrichtungen mit einem sehr hohen generellen Erfüllungsgrad dennoch die Untergrenzen nach § 7 Abs. 4 nicht einhalten, zeigt dies, dass ein systematischer Fehler in der PPP-RL vorliegt. Dieser liegt darin, dass eine Unterfüllung in einer Berufsgruppe (dabei kann es sich in den kleinen Einheiten der KJPP um eine einzige Teilzeitstelle handeln) bereits zur Nichteinhaltung insgesamt führt – auch wenn diese Situation die Behandlung der Patient:innen nicht beeinträchtigt. Unter o.g. Aspekten des Fachkräftemangels, aber auch unter dem Aspekt der Finanzsituation der GKV, halten wir es für illusorisch, dass generelle Erfüllungsquoten nach § 7 Abs. 3 von 130 % oder höher erreichbar sind, die dann das „Risiko“, die Anforderungen nach § 7 Abs. 4 PPP-RL zu unterschreiten, minimieren würden. Die Weiterentwicklung der PPP-RL verschlingt enorme Ressourcen auf Seiten aller Beteiligten - sowohl auf der Ebene der Gestaltung der PPP-RL durch Verbände und Delegierte als auch auf der lokalen Ebene im Sinne der kleinteiligen Nachweise. Es wäre wünschenswert, wenn dieser Aufwand in die Weiterentwicklung der Versorgung mit allseits anerkannten notwendigen Reformen fließen würde anstatt in weitere bürokratische Feingranulation. Dies nützt den Menschen, um die es eigentlich geht – den Patient:innen nämlich – wenig. Die Vorschläge zu einer Weiterentwicklung der KJPP sind von allen drei Fachverbänden (DGKJP, BAG KJPP, BKJPP) konsentiert veröffentlicht (vgl. Romanos, M et al. (2024) Wie sichern wir in Zukunft die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen?). Diese	Pflegepersonal teilweise auch Psychotherapeuten angerechnet werden. GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir weisen einerseits darauf hin, dass unsere Vorschläge den bürokratischen Aufwand reduzieren, vor allem die Kürzungen in Anlage 3 sind hier zu nennen. Andererseits werden oft unter dem Deckmantel des Bürokratieabbaus die Eckpfeiler der PPP-RL – z. B. berufsgruppenbezogene Mindestvorgaben - in Frage gestellt, was aus Sicht des GKV-SV strikt abzulehnen ist. GKV-SV: Kenntnisnahme Wir sehen ebenfalls den Bedarf der Weiterentwicklung der Behandlung, weg von der Behandlung im Bett, hin zu mehr teilstationärer oder ambulanter

		beinhalten als einen wesentlichen Grundzug eine Flexibilisierung der Behandlung und Ambulantisierung. Bei hochgradig divergenten Bettenmessziffern für die KJPP zwischen den Bundesländern wird dies auch bedeuten, dass einerseits an manchen Standorten Betten reduziert werden, während in anderen Ländern ein maßvoller Aufwuchs stattfinden muss. Vor allem aber bedarf es neuer Behandlungskonzepte, die die stationäre Behandlung möglichst kurz halten. Dafür sind auch Änderungen im investiven Bereich notwendig, wonach nicht mehr das Bett allein die Landesfinanzierung bedingen darf, etc. Wir sehen mit großer Sorge, dass zwar seit mehreren Jahren hierzu von allen Seiten diskutiert wird und sogar weitgehend Einigkeit zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern besteht, jedoch in der Realität wenig im Bereich der KJPP geschehen ist. Die Regelungen nach §6 4b SGB V sind ohne Kontrahierungszwang für die KJPP kaum umsetzbar (nicht umsonst sind die wenigen Projekte eher durch „große“ Träger erfolgt), außerdem ist die KJPP damit nur „Annex“ der Erwachsenen-Psychiatrie. Die anstehenden Reformen im somatischen Bereich drohen zur Folge zu haben, dass die Weiterentwicklung im KJPP-Bereich völlig hintangestellt wird. Auch dies sollte bei der Ausgestaltung der PPP-RL bedacht werden.	Behandlung im Krankenhaus.
6.2	DGKJP	<u>§ 2 Abs. 7</u> In der Tat führt der Stationsbezug gerade im Bereich der KJPP mit den kleinen OE dazu, dass Personal anteilig zugeordnet werden muss, z.B. im Bereich der Fachtherapien, aber auch in anderen Berufsgruppen. Stationsübergreifende Therapiemaßnahmen werden dadurch nur schwer abbildbar bzw. unnötig bürokratisch kompliziert darzustellen. Das der PPP-RL zugrunde liegende Stationskonzept ist ein überkommenes statisches und wird in dieser Form kaum noch gelebt; heute muss mit viel flexiblerer Ressourcenallokation praktisch gearbeitet werden.	GKV-SV: Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist die Sicherung der Qualität in der stationären Versorgung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen. Die stations- und monatsbezogenen Nachweise schaffen differenziertere Erkenntnisse über mögliche Unterschiede in der personellen Ausstattung auf Stationsebene. Daraus gewonnene Informationen können für die Weiterentwicklung der RL genutzt werden. Eine rein einrichtungsbezogene Dokumentation lässt jedoch nicht erkennen, ob beispielsweise einzelne Stationen sehr

		Insofern halten wir einen auf die gesamte Einrichtung bezogenen Nachweis für sinnvoll und realitätsangemessen. Um ggfs. eine Personalverschiebung aus dem teil- und vollstationären Bereich (inkl. StäB) hinaus zu verhindern, z.B. in die PIA, könnte man hier unproblematisch dazu verpflichten, nur im Bereich der (teil)stationären Versorgung tätige Personen anzugeben. Eine Prüfung dazu findet im Übrigen auch durch die StrOPS-Prüfung statt. <u>Änderungsvorschlag:</u> Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG an.	gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Deshalb ist Transparenz auf Monats- und Stationsebene erforderlich, zusätzlich zu den einrichtungs- und quartalsbezogen einzuhaltenden Mindestvorgaben. Die Dokumentation stützt sich auf Daten, die dem Krankenhausmanagement ohnehin vorliegen. Sie bindet keine Personalressourcen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten auf den Stationen. Blickt man auf die Websites der Kliniken, sind überwiegend nach wie vor Stationen als zentrale Behandlungseinheiten zu finden. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Wie von der DGKJP ausgeführt, lässt sich der reale Personaleinsatz durch die Monats- und Stationsdokumentation nicht abbilden, sondern oftmals eine künstliche Zuordnung zu den Stationen erzwingt. Hingegen bindet der Stationsbezug unnötige Personalressourcen und steht damit der notwendigen Entbürokratisierung in der Versorgung entgegen. PatV: Kenntnisnahme.
6.3	DGKJP	<u>§ 2 Abs. 8</u> Identische Begründung wie zu § 2 Abs. 7. <u>Änderungsvorschlag:</u> Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG an.	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Bei § 2 Absatz 8 handelt es sich um ein Kernelement der PPP-RL, das aus Patientensicht eine deutliche Verbesserung im Vergleich mit der Psych-PV darstellt: Es zählt nur das am Patienten tätige Personal, formuliert als die „auf einer Station jeweils tätigen Fachkräfte der Berufsgruppen“. Es geht hier nicht um die Dokumentation auf Stationsebene, sondern um das therapeutisch am Patienten tätige Personal. Durch die vorgeschlagene Ersetzung des Begriffs „Station“

			durch „Einrichtung“ wäre jedoch nicht mehr ausschließlich das am Patienten tätige, therapeutische Personal die Basis für die Einhaltung der Mindestvorgaben. Stattdessen würde auch patientenfernes, in der Einrichtung tätiges Personal ohne ggf. möglicherweise jeglichen Patientenkontakt, für die Einhaltung der Mindestvorgaben gezählt. Das vorrangige Ziel der PPP-RL, die Sicherung der Qualität in der stationären Versorgung, würde damit direkt konterkariert, die Änderung ist daher strikt abzulehnen. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme.
6.4	DGKJP	<u>§ 5 Abs. 2</u> Die Aufnahme von Physician Assistants ist durchaus sinnvoll. Sie können Ärztliche Psychotherapeut:innen in der KJPP z.B. bei Tätigkeiten wie Medizinischen Untersuchungen, Befundsuche, Arztbriefschreibung, Vorbereitung von MD-Prüfungen, Ausstellung von ärztl. Stellungnahmen etc. entlasten. Da die Tätigkeit von Ärzt:innen in der KJPP auch komplex psychotherapeutisch ist (sich je nach der verfügbaren Ärzte-Ausstattung aber hin zu mehr „medizinischen“ Tätigkeiten bewegt), sehen wir hier in der Praxis keine Gefahr, dass Ärzt:innen durch diese neue Berufsgruppe „ersetzt“ werden. Es könnte den Beruf für Weiterbildungsassistent:innen sogar attraktiver gestalten. Auch MFA können sinnvoll die interdisziplinäre Ausstattung ergänzen, z.B. mit Tätigkeiten wie Konsilanmeldungen, Blutentnahmen, Therapieplangestaltung, Aufnahme- und Entlassplanung, Terminkoordination von Elterngesprächen Therapiekontrolllisten-Überprüfung etc. In der Realität beschäftigen etliche Einrichtungen bereits MFAs in den „Stationsbüros“ oder Stützpunkten zu diesen Zwecken.	GKV-SV: Ablehnung. Eine Ergänzung von Physician Assistants in der Berufsgruppe der Ärzte und damit einhergehende faktische Gleichstellung mit Ärztinnen und Ärztinnen ist aufgrund ärztlicher Vorbehaltsaufgaben abzulehnen. Gemäß der PpUGV sind MFA den Pflegehilfskräften zuzuordnen. Eine Ergänzung von MFA in § 5 Absatz 1b und 2b ist deshalb abzulehnen. Gleichwohl können MFA schon jetzt eingesetzt und im Rahmen der Anrechnungsregelungen in § 8 begrenzt angerechnet werden. Der begrenzte Einsatz ist sinnvoll, um einerseits den Einrichtungen ausreichend Flexibilität zu gestatten und andererseits vor beliebiger Ausweitung zu schützen und damit das Qualitätsniveau der Behandlung zu sichern.

	Die Zusammenfassung der Fachtherapeut:innen inkl. Sozialarbeit halten wir für sehr sinnvoll: Bereits seit Jahren argumentieren wir, dass die Ausstattung mit entsprechendem fachtherapeutischen Personal in der KJPP je nach OE sehr unterschiedlich sein kann. Zudem machen die kleinen OE es unmöglich, z.T. Prozente von einzelnen Berufsgruppen entsprechend den Vorgaben der PPP-RL vorzuhalten. Die Tätigkeit der Berufsgruppen hat sich in den interdisziplinären Teams in der KJPP seit Inkrafttreten der PPP-RL (und der ihr zugrunde liegenden Psych-PV) stark verändert: Durch Qualifizierung in einzelnen Maßnahmen wie Elternarbeit, Soziales Kompetenztraining, Lerntherapien, verschiedensten Kreativzugängen etc. ist die klare Trennung der Fachtherapien nach Grundqualifikation nicht mehr realitätsnah. Fachlich entscheidend für die Patient:innen ist, dass ausreichend Personen entsprechende fachliche Interventionen, wie sie entweder durch Evidenz oder durch die klinische Expertise begründet ist, durchführen. Ein Beispiel dafür ist sportliche Aktivität und Sporttherapie, für die Evidenz für Wirksamkeit in mehreren Studien bei Jugendlichen belegt wurde, weshalb dies auch Aufnahme in die Empfehlungen der Revision der S3-Leitlinie „Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter: Wo geht es hin?“ (derzeit in Vorbereitung zur Veröffentlichung) findet. Probleme bei der starren Zuordnung zu Berufsgruppen ergeben sich z.B. auch hinsichtlich der Heilpädagogen. Diese können integriert mit dem PED arbeiten oder aber spezifische pädagogische Angebote (auch stationsübergreifend) durchführen, oder aber sie sind bewegungstherapeutisch weiterqualifiziert (z.B. Motopädie). Die Zusammenlegung der Heilpädagogen mit der Berufsgruppe der Sozialarbeiter in Abgrenzung von den anderen Fachtherapien ist heute inhaltlich nicht mehr gerechtfertigt.	GKV-SV: Ablehnung. Die Behandlung in einem multiprofessionellen Team der verschiedenen Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL ist essenziell in der Psychiatrie, das therapeutische Zusammenwirken der unterschiedlichen Berufsgruppen ist ein zentraler Baustein der Behandlung. Die Berufsgruppen der PPP-RL sind nach wie vor die zentralen Fachkräfte in der Behandlung. Der Hinweis auf fragliche Verfügbarkeit von Personal aufgrund eines Fachkräftemangels greift aus unserer Sicht zu kurz. Hauptgrund für die Personalprobleme in deutschen Psychiatrien ist, dass in Deutschland das Potential ambulanter Behandlungen bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Stationäre Behandlungen sind besonders personalintensiv und erhöhen deshalb den Personalbedarf. Um Personal aufzubauen und den bestehenden Personalbestand zu sichern, gilt es auch, attraktivere Arbeitsbedingungen zu schaffen – die Einhaltung der Mindestvorgaben trägt dazu bei. PatV: Kenntnisanahme. Der Hinweis, dass die Kliniken in Konkurrenz zur Jugendhilfe stehen, kann bestätigt werden. Daraus die Schlussfolgerung zu ziehen, dass die Berufsgruppen so zusammengefasst werden, dass ggf. eine Klinik auf die Berufsgruppe der Sozialarbeitenden komplett verzichten könnte, wird von der PatV aber gerade bei der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen nicht geteilt. Der Hinweis, dass

	Ein Sozialarbeiter kann spezifisch Sozialarbeit machen (wie die Koordination von Leistungen des Rehaträgers der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe, z.B. Vorbereitung einer Maßnahme nach § 35a SGB VIII, Koordination von Hilfen zur Erziehung oder mit Anbietern von HzE nach § 27 ff. SGB VIII) oder aber auch im Stationsalltag im therapeutischen Konzept integriert tätig sein, etwa in der Elternarbeit, sozialem Kompetenztraining etc. Aus unserer Sicht ergeben sich finanziell für Träger keine Fehlanreize durch diese Änderung, da die Eingruppierung bzw. das Lohnniveau der Berufsgruppen ähnlich ist. Zum anderen könnte über eine Weiterentwicklung der StrOPS-Richtlinie viel besser lokal geprüft werden, ob entsprechend dem therapeutischen Konzept ein notwendiger Berufsgruppen-Mix vorliegt. Hinsichtlich der Spezifika der KJPP sei an dieser Stelle erwähnt, dass bekanntermaßen nicht nur im Bereich der Pflegeberufe der höchste Fachkräftemangel besteht, sondern auch im Bereich der sozialpädagogischen und pädagogischen Berufe (vgl. u.a. Positionspapier des Vorstands der DGSA e.V. (2024): Fachkräftemangel und De-Professionalisierungstendenzen in der Sozialen Arbeit). Die KJPP steht also in direkter Konkurrenz zu der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) bei der Rekrutierung von Fachkräften. Da gesetzliche Regelungen in der KJH dort ebenfalls höhere Personalschlüssel aktuell (etwa im Kita-Bereich) und in den nächsten Jahren (Recht auf Ganztagschule) vorschreiben, ist es de facto völlig unrealistisch, dass in der KJPP hier Aufwüchse im größeren Umfang stattfinden werden können. Umso wichtiger ist die Flexibilität bei den Berufsgruppen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG an.	die Berufsgruppe der Heilpädagogik nicht mit der Sozialen Arbeit zusammengefasst werden sollte, wird von der PatV geprüft. Die Begründung, dass in kleineren OE die Berufsgruppen nicht vorgehalten werden können, deckt sich nicht mit der Wahrnehmung der PatV, dass auch in diesen Berufsgruppen der Anteil der Teilzeitbeschäftigten hoch ist. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.

6.5	DGKJP	<u>§ 6 Abs. 7 / § 7</u> Wir zweifeln die Aussagekraft der Auswertungen des IQTIG für den Nachtdienst an: Es ist im Sinne der Bindungskontinuität und der Transmission im Alltag in der KJPP üblich, Patient:innen am WE in den Herkunftskontext mit therapeutischen Aufgaben zu beurlauben (sogenannte Belastungserprobungen). Insofern ist zu prüfen, ob solche temporären Stationsschließungen bzw. Stations-Zusammenlegungen berücksichtigt wurden (nach unserem Verständnis können dazu seitens der Einrichtungen für die Nachtwachenberechnung keine Angaben gemacht werden). Wir sehen eine Absenkung auf 70 % anstelle 90 % als realistisch an (zumal in Zeiten wie Feiertagen etc. zusätzliche Belastungserprobungen über Nacht stattfinden). Des Weiteren gehört in vielen Einrichtungen zu einer praktikablen Ressourcenallokation im PED in der Nacht, dass in je einer oder 2 Stationen eine pädagogisch-pflegerische Bereitschaft anwesend ist. Diese Kräfte sollten einberechnet werden anhand der entstandenen Kosten (in Kombination mit der realen Inanspruchnahme). <u>Änderungsvorschlag:</u> s.o. Änderung zu § 7 Abs. 5: „...in dem Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie in mehr als 70 Prozent der Nächte des Quartals einzuhalten...“ „pädagogisch-pflegerische Nachtbereitschaften sollen nach dem real entstandenen Aufwand angerechnet werden“	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Wir bedanken uns für den Hinweis auf übliche Beurlaubungen am Wochenende und eine entsprechend angepassten Personalsituation im Nachtdienst, die dazu führt, dass die Vorgaben der PPP-RL für den Nachtdienst den tatsächlichen Personalbedarf zu überschätzen scheinen. Wir werden den Vorschlag, die Vorgaben für den Nachtdienst, die derzeit in 90 Prozent der Nächte eines Quartals eingehalten werden müssen, auf eine Einhaltung in 70 Prozent der Nächte zu reduzieren, in einer der kommenden Weiterentwicklung der PPP-RL prüfen. GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir prüfen bei der Weiterentwicklung der PPP-RL, inwieweit hier Änderungsbedarf besteht. DKG: Dank und Kenntnisnahme. Eine grundlegende Überarbeitung der Mindestvorgaben im Nachtdienst ist nicht Gegenstand der Richtlinienänderung für das Erfassungsjahr 2026. Die DKG bedankt sich jedoch für die Hinweise der DGKJP insbesondere zu den therapeutischen Besonderheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie zur Berechnungsgrundlage der Nachtwachen und prüft eine Berücksichtigung im Rahmen der geplanten Anpassung der Regelung zum Erfassungsjahr 2027. PatV: Dank und Kenntnisnahme, Vorschlag wird geprüft. DPR: Ablehnung, Belastungserprobungen führen zur Reduktion der Behandlungstage, Rufbereitschaften sind in der RL nicht erfasst, geleistete Stunden können angerechnet werden.

6.6	DGKJP	<u>§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen</u> Aus bereits mehrfach ausgeführten Gründen halten wir die Erhöhung der Quote der Anrechenbarkeit von Hilfskräften für notwendig (und haben dies in früheren Jahren für die KJPP bereits gefordert), zumal der Katalog der Fachkräfte immer wieder auf lokaler Ebene zu Diskussionen führt. Er ist auch nicht zeitgemäß, da nach der Bologna-Reform inzwischen eine Vielfalt an B.A.- und M.Sc.-Abschlüssen besteht. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auch auf die Diskussionen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe hinsichtlich des Fachkräftegebots nach § 72 SGB VIII, wo von abschließenden „Listen“ eher abgesehen und zudem zwischen im Jugendamt Tätigen und in der freien Jugendhilfe tätigen Personen nach der juristischen Auslegung unterschieden wird. (vgl. hierzu auch BJK-Impulspapier 01/2024: Fachliche Koordinaten.) Zusätzlich ist bekannt, dass der Fachkräftemangel in Deutschland nur durch Migration gelöst werden kann. Insofern warnen wir ausdrücklich – auch angesichts verbreiteter Schwerfälligkeit entsprechender Stellen hinsichtlich der Anerkennung von Berufsabschlüssen – vor einer Regelung, die die Realität des Arbeitsmarktes aus dem Blick verliert und zudem ggfs. diskriminierend gegenüber Arbeitnehmer:innen mit Migrationshintergrund sein könnte. Zur Anrechnung nach § 8 Abs. 2: Da es inzwischen die generalistische Pflegeausbildung gibt, halten wir den GKV-Vorschlag für wenig praktikabel (insbesondere unter dem Aspekt der Nachweispflicht nach § 7 Abs. 4): Die Auszubildenden arbeiten zeitweise auch in der Somatik etc. im Rahmen der Ausbildung. Was brächte die Anerkennung generell? Wir verweisen auch auf den Umstand, der sich historisch ergeben hat: Gerade in den „neuen“ Bundesländern sind Mitarbeiter:innen tätig, die aufgrund der Veränderungen nach 1990 seit Jahrzehnten mit empirischer Erfahrung und inzwischen fremd zu ihrem ursprünglichen Grundberuf in der KJPP tätig sind. Hier würden wir eine pragmatische Lösung	GKV-SV: Ablehnung. Die in § 5 PPP-RL verankerten Berufsgruppen mit den therapeutisch relevanten Fachkräften sind essenziell für eine qualitativ hochwertige Behandlung. Der begrenzte Einsatz von Hilfskräften ist sinnvoll, um einerseits den Einrichtungen ausreichend Flexibilität zu gestatten und andererseits vor beliebiger Ausweitung zu schützen und damit das Qualitätsniveau der Behandlung zu sichern. Eine Aufweichung der Fachlichkeit, wie dies durch die erhebliche Ausweitung der Anrechnungsmöglichkeiten von Hilfskräften der Fall wäre, lehnt der GKV-SV ab. Der Hinweis auf fragliche Verfügbarkeit von Personal aufgrund eines Fachkräftemangels greift aus unserer Sicht zu kurz. Hauptgrund für die Personalprobleme in deutschen Psychiatrien ist, dass in Deutschland das Potential ambulanter Behandlungen bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Stationäre Behandlungen sind besonders personalintensiv und erhöhen deshalb den Personalbedarf. Um Personal aufzubauen und den bestehenden Personalbestand zu sichern, gilt es auch, attraktivere Arbeitsbedingungen zu schaffen – die Einhaltung der Mindestvorgaben trägt dazu bei. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Vielen Dank für die Ausführungen der DGKJP zur Bedeutung von ausländischem Personal und Migration zur Aufrechterhaltung der stationären Versorgung. Ohne Migration wird eine flächendeckende psychiatrische und psychosomatische Versorgung in Zukunft nicht gesichert werden können. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die oftmals schwierige und verzögerte Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse zu nennen. Ein Problem, das durch die abschließenden Berufsgruppen und Anrechnungsvoraussetzungen der

		vorschlagen: Hilfspersonen, die vor dem 1.1.2025 bereits in einem Anstellungsverhältnis sind, werden entsprechend angerechnet. Überdies wird sich diese Problematik in den nächsten Jahren aufgrund der Arbeitsbiografien von selbst lösen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Wir schließen uns den Vorschlägen der DKG zu § 8 an. Zusätzlich: Hilfspersonen, die vor dem 1.1.2025 bereits in einem Anstellungsverhältnis (in der KJPP) sind, werden entsprechend angerechnet.	PPP-RL verstärkt wird. Ziel und Sinn der PPP-RL muss es sein, dass Kliniken ihre multiprofessionellen Teams anhand des individuellen Bedarfs der Patienten/-innen einsetzen können, und nicht anhand von kleinteiligen Vorgaben, die den realen Personaleinsatz künstlich begrenzen. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Wir prüfen die Übernahme des Formulierungsvorschlags, der den Zeitpunkt des Anstellungsverhältnisses betrifft. Wichtig bei der PPP-RL-Änderung war für den GKV-SV die Klarstellung, dass bereits in den Kliniken tätiges Personal erhalten werden soll. Die Mitarbeitenden, die bereits vor dem 1.1.2025 in einem Anstellungsverhältnis (in der KJPP) waren, sollen entsprechend angerechnet werden können. PatV: Dank und Kenntnisnahme, es bestehen einige Unklarheiten hinsichtlich der verschiedenen vorgesehenen Änderungen im § 8. Der Hinweis bzw. die Frage zur Änderung von § 8 Abs. 2 kann inhaltlich nicht nachvollzogen werden, da es dort um verschiedene Berufsgruppen geht. Der Verweis auf die Beschreibung der Berufsgruppen nach der Bologna-Reform trifft sicher zu, es stellt sich nur die Frage, welche Funktion der Hinweis für die Regelungen des § 8 hat.
7	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG), 05.03.2025		
7.1	DVSG	<u>Allgemeine Anmerkung</u> Die DVSG begrüßt eine Überarbeitung der PPP-RL. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist die Sicherung der Qualität in der stationären psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung – insbesondere die Festlegung von Mindestanforderungen für die Personalausstattung. Daher ist es richtig und notwendig, regelmäßig die	GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.

	Wirkung der PPP-RL zu überprüfen und Inhalte entsprechend anzupassen. Die DVSG nimmt im Folgenden ausschließlich Stellung zu den sie betreffenden Änderungen. Die Soziale Arbeit verfügt über spezifische fachliche Zugänge und Kompetenzen in der Versorgung psychisch erkrankter Patient*innen. Ihre Kernaufgaben der psychosozialen und sozialrechtlichen Beratung inkl. der Bedarfserhebung, der Klärung leistungsrechtlicher Ansprüche und ihrer Voraussetzungen sowie die Erschließung von Hilfen und Ressourcen im Sozialraum begründen ihre zentrale Rolle im Entlassmanagement. Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen verfügen aufgrund ihrer umfassenden Kenntnisse des Sozialversicherungssystems einerseits und der Lebenswelt ihrer Klient*innen andererseits über eine sektorenübergreifende Navigationskompetenz. Ihr Verständnis der Komplexitäten, Hürden, Schnittstellen, Leistungen und Leistungsgrenzen des Gesundheits- und Sozialwesens befähigt sie bedarfsgerechte Versorgungsleistungen sozialgesetzbuchübergreifend und im Sozialraum zu erschließen und zu koordinieren. Diese komplexen und zugleich spezifischen Tätigkeiten erfordern zwingend die Qualifikation als Bachelor, Diplom oder Master Sozialarbeiter*in/Sozialpädagog*in. Die DVSG empfiehlt darüber hinaus regelhaft die staatliche Anerkennung. Tätigkeiten und Stellenprofil der Sozialen Arbeit sind entsprechend klar von (spezial-)therapeutischen Behandlungsansätzen abzugrenzen und sollten daher keinesfalls in einer gemeinsamen Berufsgruppe nach § 5 abgebildet werden, so wie es die DKG vorschlägt. Bestehende Überschneidungen bei therapeutischen Zugängen und weiteren Regelaufgaben (wie z. B. Gruppenangeboten) können bereits ausreichend über die bisherigen Anrechnungsmöglichkeiten abgebildet	GKV-SV: Kenntnisanahme und Zustimmung. PatV: Dank und Kenntnisanahme, insbesondere für den Hinweis auf die staatliche Anerkennung. GKV-SV: Kenntnisanahme und Zustimmung.

	werden und dürfen nicht dazu führen, dass wesentliche sozialarbeiterische Unterstützungsmodule für Patient*innen in der Versorgung nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen. Dies widerspräche dem Grundgedanken einer Qualitätsrichtlinie und würde sich negativ auf die Gesamtbehandlung und Einbettung in ein Gesamtversorgungssystem auswirken. Grundsätzlich ist festzustellen, dass sowohl die aus der Psych-PV (und damit aus dem Jahr 1991!) übernommenen Minutenwerte als auch die daraus stammende Beschreibung der Regelaufgaben der Sozialen Arbeit veraltet sind und ohne empirische Grundlage festgeschrieben wurde. Sie berücksichtigen weder ausreichend die spezifischen Aufgaben der Sozialen Arbeit im Entlassmanagement (2015 eingeführt und seit 2017 regelmäßig durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement konkretisiert), noch bilden sie in angemessener Weise die heutigen Aufwände für die sozialarbeiterische Beratung, Organisation und Koordination der Versorgung im Zuge der zunehmenden Komplexität der Problemstellungen ab. Die Wechselwirkung von psychischer Erkrankung und sozialer Lebenslage sind multifaktoriell, die Situationen komplex und nachhaltige Beratungsprozesse damit zeitintensiv. Die gesellschaftliche Entwicklung (z. B. demografischer Wandel mit mehr Einpersonenhaushalten, Exklusionsprozesse, angespannter Arbeitsmarkt) verschärfen die Situation zusätzlich. In der Praxis wächst damit der Anteil der Patient*innen mit komplexem Versorgungsbedarf, z. B. aufgrund prekärer Lebensverhältnisse, fehlendem sozialem Netz oder Unterstützungsbedarfen in mehreren Lebensbereichen. Der Mangel an Angeboten der nachstationären Anschlussversorgung erhöhen zusätzlich den Aufwand für die Organisation im Rahmen des Entlassmanagements. Die aus der Psych-PV übernommenen Minutenwerte für die Soziale Arbeit waren bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinie nicht empirisch belegt. Es gibt daher dringenden Handlungsbedarf, den tatsächlichen Aufwand für die Soziale Arbeit empirisch zu ermitteln. Die Beschreibung der Regelaufgaben	GKV-SV: Kenntnissnahme. Vielen Dank für den Hinweis auf den Aktualisierungsbedarf der Regelaufgaben für die Berufsgruppe f) Soziale Arbeit. Der GKV-SV prüft die Weiterentwicklung der Regelaufgaben bei einer der nächsten Richtlinienaktualisierungen. Die DVSG ist eingeladen, konkrete Vorschläge für eine Weiterentwicklung der Regelaufgaben für die Berufsgruppe f) einzubringen.

		der Sozialen Arbeit sollten aktualisiert und perspektivisch zwingend unter Einbezug der Berufsgruppe überarbeitet werden.	
7.2	DVSG	<u>§ 2 Grundsätze, Absatz (7), (8) und (11)</u> Der Sozialdienst arbeitet in der Regel stationsübergreifend. Eine entsprechende einrichtungsbezogene Nachweispflicht ist somit aus Sicht der Sozialen Arbeit sachgerecht. Die DVSG unterstützt daher den Änderungsvorschlag der DKG und befürwortet eine quartals- und einrichtungsbezogene Dokumentation. <u>Änderungsvorschlag:</u> Änderung entsprechend des Vorschlags der DKG	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Wie von der DVSG ausgeführt, ist die Monats- und Stationsdokumentation aufgrund des oftmals bereichsübergreifend eingesetzten Personals nicht sachgerecht, sondern eine künstliche, aufwendige Zuordnung von Personal auf einzelne Stationen erzwingt. PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Ablehnung. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist die Sicherung der Qualität in der stationären Versorgung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen. Die stations- und monatsbezogenen Nachweise schaffen differenziertere Erkenntnisse über mögliche Unterschiede in der personellen Ausstattung auf Stationsebene. Daraus gewonnene Informationen können für die Weiterentwicklung der RL genutzt werden. Eine rein einrichtungsbezogene Dokumentation lässt jedoch nicht erkennen, ob beispielsweise einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Deshalb ist Transparenz auf Monats- und Stationsebene erforderlich, zusätzlich zu den einrichtungs- und quartalsbezogen einzuhaltenden Mindestvorgaben Die Dokumentation stützt sich auf Daten, die dem Krankenhausmanagement ohnehin vorliegen. Sie bindet keine Personalressourcen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten auf den Stationen.

			Auch wenn der Sozialdienst klassischerweise stationsübergreifend tätig ist, sind die Stellen i. d. R. bestimmten Stationen zugeordnet, dies kann in den Nachweisen der PPP-RL entsprechend angegeben werden. Bei § 2 Absatz 8 handelt es sich um ein Kernelement der PPP-RL, das aus Patientensicht eine deutliche Verbesserung im Vergleich mit der Psychiatrie-Personalverordnung darstellt: Es zählt nur das am Patienten tätige Personal, formuliert als die „auf einer Station jeweils tätigen Fachkräfte der Berufsgruppen“. Es geht hier nicht um die Dokumentation auf Stationsebene, sondern um das therapeutisch am Patienten tätige Personal. Durch die vorgeschlagene Ersetzung des Begriffs „Station“ durch „Einrichtung“ wäre jedoch nicht mehr ausschließlich das am Patienten tätige, therapeutische Personal die Basis für die Einhaltung der Mindestvorgaben. Stattdessen würde auch patientenfernes, in der Einrichtung tätiges Personal ohne ggf. möglicherweise jeglichen Patientenkontakt, für die Einhaltung der Mindestvorgaben gezählt. Das vorrangige Ziel der PPP-RL, die Sicherung der Qualität in der stationären Versorgung, würde damit direkt konterkariert, die Änderung ist daher strikt abzulehnen. Die Definition des Stationsbegriffs im Sinne dieser Richtlinie ist notwendig, da der Stationsbezug verschiedentlich gefordert ist – etwa für die Ermittlung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst - und eine allgemeingültige Definition des Begriffes nicht existiert. Die im § 2 Absatz 12 getroffene Definition ist angelehnt an die Stationsdefinition in § 2 Absatz 4 PpUGV.

7.3	DVSG	<u>§ 5 Berufsgruppen, Absätze (1f Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik) und (2f Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie)</u> Der Vorschlag der DKG zur Zusammenlegung der Berufsgruppen der Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen mit den spezialtherapeutischen Berufsgruppen zu einer Berufsgruppe ist kategorisch abzulehnen. Die Soziale Arbeit verfügt über spezifische fachliche Zugänge und Kompetenzen in der Versorgung psychisch erkrankter Patient*innen. Ihre Kernaufgaben der psychosozialen und sozialrechtlichen Beratung inkl. der Bedarfserhebung, der Klärung leistungsrechtlicher Ansprüche und ihrer Voraussetzungen sowie die Erschließung von Hilfen und Ressourcen im Sozialraum begründen ihre zentrale Rolle im Entlassmanagement. Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen verfügen aufgrund ihrer umfassenden Kenntnisse des Sozialversicherungssystems einerseits und der Lebenswelt ihrer Klient*innen andererseits über eine sektorenübergreifende Navigationskompetenz. Ihr Verständnis der Komplexitäten, Hürden, Schnittstellen, Leistungen und Leistungsgrenzen des Gesundheits- und Sozialwesens befähigt sie, bedarfsgerechte Versorgungsleistungen sozialgesetzbuchübergreifend und im Sozialraum zu erschließen und zu koordinieren. Diese komplexen und zugleich spezifischen Tätigkeiten erfordern zwingend die Qualifikation als Bachelor, Diplom oder Master Sozialarbeiter*in/Sozialpädagog*in. Die DVSG empfiehlt darüber hinaus regelhaft die staatliche Anerkennung. Tätigkeiten und Stellenprofil der Sozialen Arbeit sind entsprechend klar von (spezial-)therapeutischen Behandlungsansätzen abzugrenzen und sollten daher keinesfalls in einer gemeinsamen Berufsgruppe nach § 5 abgebildet werden, so wie es die DKG vorschlägt. Bestehende Überschneidungen bei therapeutischen Zugängen und weiteren Regelaufgaben (wie z. B. Gruppenangeboten) können bereits ausreichend über die bisherigen Anrechnungsmöglichkeiten abgebildet	GKV-SV: Kenntnissnahme und Zustimmung. DKG: Kenntnissnahme. Die Berufsgruppen nach § 5 Abs. 1 d, e und f weisen im Hinblick auf die Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL z. T. große Überschneidungen auf. Je nach therapeutischem Schwerpunkt der Einrichtung ist ein Vorhalten der Berufsgruppen in Höhe der PPP-RL-Mindestvorgaben nicht notwendig und auch nicht sinnvoll. Durch eine Zusammenlegung der Berufsgruppen wie im Vorschlag der DKG sollen die individuellen Behandlungskonzepte der Einrichtungen mit ihren wechselnden Patientenbedarfen stärker berücksichtigt werden, ohne die Multiprofessionalität einer modernen psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung einzuschränken. Heilpädagogen/-innen nehmen häufig eine wichtige Rolle in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung ein. Sie unterstützen u. a. die soziale und berufliche Eingliederung, helfen bei der Erstellung individueller Therapiekonzepte und stärken durch geeignete pädagogische Maßnahmen die Persönlichkeit und die Kompetenzen der zu betreuenden Menschen. Deshalb wurde diese Berufsgruppe mit Beschluss zur Änderung der PPP-RL vom 16.09.2021 in § 5 Abs. 1f und 2f PPP-RL ergänzt. Weitere Erläuterungen dazu sind in den Tragenden Gründen zum Beschluss nachzulesen.

	werden und dürfen nicht dazu führen, dass wesentliche sozialarbeiterische Unterstützungsmodule (u. a. hinsichtlich des Entlassmanagements) für Patient*innen in der Versorgung nicht mehr ausreichend zur Verfügung stehen. Dies widerspräche dem Grundgedanken einer Qualitätsrichtlinie und würde sich negativ auf die Gesamtbehandlung und Einbettung in ein Gesamtversorgungssystem auswirken. Die Eigenständigkeit der Berufsgruppe der Sozialen Arbeit liegt nicht zuletzt darin begründet, dass mit den bestehenden Fort- und Weiterbildungen andere Berufsgruppen nicht in ausreichendem Maße nachqualifiziert werden können, damit diese die komplexen und spezifischen Aufgaben von Sozialarbeiter*innen/-pädagog*innen übernehmen können. Der Sozialen Arbeit als Profession liegt ein komplexer Wissenschaftsaufbau zugrunde. Eine fundierte akademische Ausbildung ist bislang unerlässlich, um die notwendigen theoretischen und methodischen Kenntnisse zu erwerben, die für professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit erforderlich sind (vgl. Franz/Spatscheck/ von Rießen 2024; Schütze 2021). Aus Gründen der Qualitätssicherung ist daher eine Zusammenführung der Sozialen Berufen in die Berufsgruppe der Spezialtherapeut*innen abzulehnen. Im Übrigen weist die DVSG darauf hin, dass sich in der Praxis auch die (im Zuge der Einführung der PPP-RL 2021 erfolgte) Zusammenführung der Berufsgruppen der Heilpädagog*innen mit denen der Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen als nicht sachgerecht erwiesen hat. Bei Heilpädagogik und Sozialer Arbeit handelt es sich um zwei gänzlich unterschiedliche Ausbildungen und Tätigkeitsprofile. Heilpädagog*innen verfügen nicht über die oben beschriebenen, für die Regelaufgaben der Sozialen Arbeit notwendigen sozialrechtlichen und psychosozialen Beratungs- und Navigationskompetenzen und sind entsprechend auch nicht im Rahmenvertrag Entlassmanagement berücksichtigt.	

		Der Ansatz der Heilpädagogik ist therapeutisch und legt den Schwerpunkt vorrangig auf die Unterstützung der individuellen Entwicklung der Patient*innen. Der Fokus der Sozialen Arbeit liegt dagegen auf sozialer Sicherung sowie auf der Entwicklung und Gestaltung tragfähiger Perspektiven insbesondere bei komplexen Problemstellungen (z. B. gleichzeitigen Unterstützungsbedarfen in verschiedenen Lebensbereichen mit gegenseitigen Wechselwirkungen, prekären Lebenssituationen). <u>Änderungsvorschlag:</u> 1. Beibehaltung der Sozialen Arbeit als eigenständige Berufsgruppe. 2. Herauslösung der Heilpädagogik aus der Berufsgruppe der Sozialen Arbeit (und Berücksichtigung an anderer Stelle). -> Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen	GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. Der Hinweis auf die bestehende Zusammenfassung von Heilpädagogik und Sozialer Arbeit sollte geprüft werden.
7.4	DVSG	<u>§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen</u> <u>Absatz (3)</u> Die Anrechnungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit auf andere Berufsgruppen und umgekehrt liegt in der Praxis aufgrund der Spezifika ihrer Kernaufgaben bei 5%. Die bestehende Regelung bietet eine gewisse Flexibilität und bildet angemessen die bestehenden Überschneidungen bei therapeutischen Zugängen und weiteren Regelaufgaben (wie z. B. Gruppenangeboten) ab. Sie sollte entsprechend beibehalten werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> Beibehaltung der bisherigen Anrechnungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit auf die Berufsgruppen b, d und e (bzw. je nach Neustrukturierung entsprechend)	GKV-SV: Dank und Zustimmung. DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme. Die Streichung der Anrechnung in § 5 Abs. 1 Satz 1 e und f ergibt sich als Folgeänderung der Zusammenfassung der Berufsgruppen § 5 Abs. 1 Satz 1 d, e und f zu einer gemeinsamen Berufsgruppe d. Da die Buchstaben „e“ und „f“ im Vorschlag der DKG entfallen, sind diese entsprechend gestrichen. Grundsätzlich befürwortet die DKG die gegenseitige Anrechnung der Berufsgruppen ausdrücklich. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
7.5	DVSG	<u>§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen</u> <u>Absatz (4)</u>	GKV-SV: Dank und Zustimmung. Nicht direkt in der Einrichtung angestelltes Personal ist aus Qualitätsaspekten kritisch

		Die DVSG begrüßt die Klarstellung, dass nur Fachpersonal gemäß § 5 PPP-RL, das nicht direkt am Krankenhaus angestellt ist, angerechnet werden darf. Die DVSG teilt die Auffassung des GKV-SV, dass nicht direkt in der Einrichtung angestelltes Personal aus Qualitätsaspekten grundsätzlich kritisch zu sehen ist, da in der Psychiatrie die multiprofessionelle Teamarbeit sowie der Beziehungsaufbau und die Beziehungskontinuität mit den Patient*innen essenziell ist. Dies trifft in vollem Umfang auch auf die Regelaufgaben der Sozialen Arbeit zu. Leasingpersonal oder ein extern erbrachtes Entlassmanagement sollten daher die Ausnahme bleiben. In jedem Fall ist qualifiziertes Personal sicherzustellen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Ergänzung entsprechend des Vorschlags des GKV-SV	zu sehen. Denn gerade in der Psychiatrie, in der die multiprofessionelle Teamarbeit sowie der Beziehungsaufbau und die Beziehungskontinuität mit den Patientinnen und Patienten essenziell ist, sollte nicht festangestelltes Personal die Ausnahme bleiben. Nicht akzeptabel ist hierbei insbesondere der Einsatz von Hilfskräften oder nicht qualifiziertem, „psychiatriefremdem“ Personal. DKG: Kenntnisanahme. Aus fachlicher Sicht erschließt sich der DKG nicht, weshalb nicht fest am Krankenhaus angestelltes Personal bei gleicher Qualifikation bzw. Berufserfahrung per se weniger geeignet oder weniger „fähig“ sein soll, Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL und damit einen wichtigen Teil der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung zu übernehmen. Aufgabe der PPP-RL sollte es sein, Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den Krankenhäusern ermöglicht, ihrem Versorgungsauftrag nachzukommen. Dabei sollte es egal sein, ob ein geringfügiger Anteil des Personals nicht direkt am Krankenhaus beschäftigt ist, sofern die Aufgaben in der Versorgung der Patienten/-innen übernommen werden können. PatV: Kenntnisanahme.
7.6	DVSG	<u>§ 11 Nachweisverfahren</u> Die monats- und stationsbezogenen Nachweisverfahren erzeugen in der Praxis einen hohen Druck auf die Mitarbeiter*innen und führen dazu, dass Entscheidungen zugunsten der Nachweiserbringung getroffen werden, die einer patient*innenorientierten und bedarfsgerechten Versorgung durchaus zuwiderlaufen können (z. B. wenn auf die Umsetzung stationsübergreifender Angebote verzichtet wird, da diese nicht abbildbar	GKV-SV: Kenntnisanahme und Ablehnung. Es handelt sich hier um ein Missverständnis. Selbstverständlich können stationsübergreifende Tätigkeiten in den Nachweisen berücksichtigt werden, sie können den Stationen anteilig zugeordnet werden. Stationsübergreifende Tätigkeiten betreffen zu einem großen Teil die Berufsgruppen d) bis f). Aber auch bei diesen gibt es i. d. R. die Zuordnung zu konkreten Stationen, und dies kann in den Nachweisen angegeben werden. Allerdings arbeiten ca. 80 Prozent des Personals (Ärztinnen und

		sind). Monats- und stationsbezogene Nachweisverfahren behindern somit unmittelbar die bedarfsgerechte Versorgung und die Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte. <u>Änderungsvorschlag:</u> Streichung gemäß Vorschlag der DKG	Ärzte sowie Pflegekräfte) in den Kliniken überwiegend stationsbezogen. Um sicher zu stellen, dass besonders vulnerable Patientinnen und Patienten mit ausreichend Personal versorgt werden, sind stationsbezogene Nachweise unerlässlich. Der Dokumentationsaufwand für die Kliniken wurde zudem erheblich reduziert, nur noch eine Stichprobe muss stationsbezogen dokumentieren. Die Nachweise der PPP-RL zeigen jedoch, wie wichtig der genauere Blick ist: vor allem Einrichtungen mit besonders vielen Intensivpatienten erfüllen die Mindestvorgaben häufiger nicht im Vergleich zu Einrichtungen mit wenigen Intensivpatienten. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme.
7.7	DVSG	<u>Anlage 1 Minutenwertetabellen</u> Das Ziel dieser PPP-RL ist es, Mindestanforderungen der Personalausstattung zum Zwecke der Qualitätssicherung festzulegen. Der Gesetzgeber hat in § 136a Absatz 2 SGB V vorgegeben, dass die Mindestvorgaben möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen sollen. In seinen Beratungen zur Erstfassung der PPP-RL ist der G-BA zu dem Ergebnis gekommen, dass die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die die personelle Ausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser in Deutschland seit 1991 regelt, derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt. Die Mindestvorgaben der PPP-RL zur Personalausstattung fußen also auf einer mehr als 30 Jahre alten Regelung. Kernregularien wie die definierten Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL oder die Minutenwerte nach Anlage 1 wurden aus der Psych-PV übernommen und seither kaum, respektive nur marginal an die Realität und den Anspruch der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung aus dem Jahr 2020 adaptiert. Kliniken, die heute Patient*innen behandeln, sehen sich mit Mindestvorgaben der PPP-	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Eine Überprüfung der Minutenwerte gemäß Anlage 1 PPP-RL ist nicht Gegenstand der gegenwärtigen Richtlinienanpassung zum Erfassungsjahr 2026. PatV: Dank und Kenntnisnahme. Allerdings stellt sich die Frage, mit welchen Methoden eine empirische Ermittlung der erforderlichen Zeitwerte für den Bedarf von Sozialer Arbeit erfolgen könnte. BPtK: Dank und Kenntnisnahme.

	RL konfrontiert, die modernen Behandlungskonzepten nicht angemessen sind. Dies betrifft in besonderem Maße die Soziale Arbeit und das von ihr maßgeblich umgesetzte Entlassmanagement. Die aus 1991 stammenden Minutenwerte berücksichtigen weder die spezifischen Aufgaben der Sozialen Arbeit im Rahmen des Entlassmanagements, noch bilden sie die heutigen Aufwände für die sozialarbeiterische Beratung, Organisation und Koordination der Versorgung im Hinblick auf die wachsende Komplexität der Problemstellungen ab. Die Wechselwirkung von psychischer Erkrankung und sozialer Lebenslage sind multifaktoriell, die Situationen komplex und Beratungsprozesse damit grundsätzlich sehr aufwendig. Die gesellschaftliche Entwicklung (z. B. demografischer Wandel mit mehr Einpersonenhaushalten, Exklusionsprozesse, angespannter Arbeitsmarkt) verschärfen die Situation zusätzlich. In der Praxis wächst damit der Anteil der Patient*innen mit komplexem Versorgungsbedarf, z. B. aufgrund prekärer Lebensverhältnisse, fehlendem sozialem Netz oder Unterstützungsbedarfen in mehreren Lebensbereichen. Der Mangel an Angeboten der nachstationären Anschlussversorgung erhöhen zusätzlich den Aufwand für die Organisation im Rahmen des Entlassmanagements. Die aus der Psych-PV übernommenen Minutenwerte für die Soziale Arbeit waren bereits zum damaligen Zeitpunkt nicht empirisch belegt. Es gibt daher dringenden Handlungsbedarf, die Aufwände für die Soziale Arbeit empirisch zu ermitteln. <u>Änderungsvorschlag:</u> Beibehaltung der gesonderten Minutenwerte für die Soziale Arbeit Empirische Ermittlung angemessener Minutenwerte insbesondere in Hinblick auf Regelaufgaben im Zusammenhang mit dem Entlassmanagement und zeitnahe Aktualisierung.	

7.8	DVSG	<u>Referenz-Tabelle A 8.2</u> Folgerichtig Änderung im Zuge der vorgeschlagenen Loslösung der Berufsgruppe der Heilpädagog*innen. <u>Änderungsvorschlag:</u> 1. Herauslösung der Heilpädagogik aus der Berufsgruppe der Sozialen Arbeit und Berücksichtigung an anderer Stelle. 2. Beibehaltung der Sozialen Arbeit als eigenständige Berufsgruppe. -> Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen	GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe auch unsere Anmerkungen unter Nr. 7.3. DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Herauslösung der Heilpädagogik bedarf erst einer Überprüfung, wo sie alternativ verankert werden sollte.
7.9	DVSG	<u>Anlage 4 Regelaufgaben Punkt 6</u> Beibehaltung der gesonderten Beschreibung der Regelaufgaben von Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen mit Streichung der Heilpädagog*innen aus der Berufsgruppe. Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Beschreibung der Regelaufgaben der Anlage 4 einer gründlichen Überarbeitung unter Einbezug der jeweiligen Berufsgruppe bedürfen. Die Beschreibung der Regelaufgaben der Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen stammt noch aus der Psych-PV und wurde seitdem nicht mehr aktualisiert. Die verwendeten Formulierungen und Begriffe entsprechen nicht mehr den heutigen fachlichen Standards. Bis eine gründliche Überarbeitung erfolgt ist, schlägt die DVSG für die Regelaufgaben von Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen die nachfolgenden Aktualisierungen vor. Die DVSG weist darauf hin, dass der im Änderungsentwurf der DKG verwendete Begriff des „sozialpädagogischen Fachpersonals“ irreführend und falsch ist. Als sozialpädagogisches Fachpersonal gelten u. a. auch Erzieher*innen, Heilerziehungspfleger*innen und Sozialassistent*innen.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe auch unsere Anmerkungen unter Nr. 7.3. DKG: Kenntnisnahme. Eine inhaltliche Überarbeitung der Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL ist nicht Gegenstand der aktuellen Weiterentwicklung der PPP-RL. Die DKG dankt jedoch für die grundsätzlichen Vorschläge zur Anpassung der Regelaufgaben. PatV: Die Patientenvertretung dankt für die grundsätzlichen Vorschläge zur Anpassung der Regelaufgaben. Die Streichung der Heilpädagogik in dieser Form ohne alternative Verortung teilt die Patientenvertretung nicht.

	Die Verwendung eines solchen Begriffs würde ermöglichen, dass die entsprechenden Regelaufgaben auf einem gänzlich anderen Qualifikationsniveau ohne die dafür notwendigen Kompetenzen erbracht würden. Dies ist aus Gründen der Qualitätssicherung in jedem Fall abzulehnen. Die korrekte Berufsbezeichnung der Sozialarbeiter*in-nen/ Sozialpädagogen*innen (mit den Qualifikationsniveaus Bachelor, Diplom oder Master) sind zwingend beizubehalten. Die DVSG empfiehlt zusätzlich die staatliche Anerkennung. <u>Änderungsvorschlag:</u> Beibehaltung der gesonderten Beschreibung der Regelaufgaben der Sozialen Arbeit. Aktualisierung der Beschreibung wie folgt: Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen ~~sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen~~ 1. Sozialpädagogische arbeiterische Grundversorgung - Mitwirkung bei Anamnese- und Befunderhebung (Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik) und Therapieplanung - Klärung <i>des Bedarfs und der Anspruchsvoraussetzungen</i> gegenüber Leistungsträgern sowie Hilfen zur finanziellen Sicherung des Lebensunterhaltes <i>und zu Teilhabezwecken</i> - <i>Organisation und Koordination der erforderlichen Anschlussversorgung und Nachsorge in Zusammenarbeit mit den Patienten und ggf. ihren Angehörigen</i> - Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung und sozialpädagogische Behandlung - Sozialtherapeutisches Kompetenztraining	

		- Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich sowie im familiären und gesellschaftlichen Leben einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche - Hilfe zur Wiedereingliederung im Arbeitsbereich einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten - <i>Angehörigen- und Familienberatung und Mitwirkung an Familientherapien</i> 3. Gruppenbezogene Behandlung - Sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen (z. B. lebenspraktische Gruppen zur Erweiterung und Festigung der Kompetenzen im sozialen Bereich, Aktivitätsgruppen) - Teilnahme an Stationsversammlungen - ~~Mitwirkung an~~ Angehörigengruppen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten - ~~Teilnahme an den~~ <i>Mitwirkung an</i> Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team - Zusammenarbeit mit Diensten außerhalb des Krankenhauses - <i>Mitarbeit und Präsenz in Gremien und bei Aktivitäten der psychosozialen, regionalen Gemeindepsychiatrie</i> - ~~Teilnahme an~~ Fortbildungsveranstaltungen, Supervision	
7.10	DVSG	Literaturverzeichnis Begher, Franz-Peter (2023): „Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeuten, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen“ in: Günther/Krüger (Hrsg.): Praxishandbuch zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), 2. Auflage medhochzwei, Heidelberg Franz, Julia/Spatscheck, Christian/van Rießen, Anne (Hrsg.) (2024): Fachkräftemangel und De-Professionalisierung in der Sozialen Arbeit - Analysen, Bearbeitungsweisen und Handlungsstrategien. Verlag Barbara Budrich, Opladen https://shop.budrich.de/wp-content/uploads/2024/05/9783847419945.pdf	GKV-SV: Kenntnisnahme.

		Schütze, Fritz (2021): Professionalität und Professionalisierung in pädagogischen Handlungsfeldern: Soziale Arbeit. Verlag Barbara Budrich, Opladen	
8	Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK), 05.03.2025		
8.1	BDK	<u>Allgemeine Anmerkung</u> Die Bundesdirektorenkonferenz begrüßt die Diskussion und die Vorschläge zur Adaption der PPP-RL ausdrücklich, da Modifikationen dringend indiziert sind, um weiterhin eine fach- und sachgerechte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu gewährleisten. Insbesondere ist die Öffnung zu neuen Berufsgruppen wie medizinische Fachangestellte und Physician Assistants sinnvoll und notwendig, aber auch die Anrechnungserleichterungen und die Zusammenlegung von Berufsgruppen, um letztendlich eine zielgeleitete und leitlinienkonforme Versorgung zu ermöglichen bzw. zu erhalten. Insbesondere bei der Öffnung zu den neuen Berufsgruppen ist jedoch ein Mittelweg aus Öffnung und Erhalt von Qualitätsstandards notwendig, der aus unserer Sicht in keinem der Vorschläge für unseren aktuellen Zeitpunkt optimal abgebildet ist. Ein weiteres Ziel ist die Entbürokratisierung, zumindest eine Reduktion des administrativen Aufwandes der durch die Berichtspflichten der PPP-RL entsteht. In diesem Zusammenhang ist es zielführend geringe Zusatzerkenntnisse erbringende Dokumentation so weit wie möglich zu reduzieren. Der Wunsch nach Transparenz alleine ist aus unserer Sicht kein ausreichend rechtfertigender Grund für den Erhalt von aufwändigen Dokumentationen, wenn sich daraus keine Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Versorgung ergeben. So zeigt sich anhand der IQTIG-Daten, dass auch nach 4 Jahren noch nicht einmal die Hälfte der Kliniken in der Erwachsenenpsychiatrie und auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Mindestanforderungen erfüllen, trotz vieler Bemühungen, ausreichend Personal vorzuhalten.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. BPtK: Dank und Zustimmung hinsichtlich der grundsätzlichen Integration neuer Berufsgruppen wie bspw. von Physician Assistants oder MFAs. GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Der Hinweis auf fragliche Verfügbarkeit von Personal aufgrund eines Fachkräftemangels greift aus unserer Sicht zu kurz. Hauptgrund für die Personalprobleme in deutschen Psychiatrien ist, dass in Deutschland das Potential ambulanter Behandlungen bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Stationäre Behandlungen sind besonders personalintensiv und erhöhen deshalb den Personalbedarf. Um Personal aufzubauen und den bestehenden Personalbestand zu sichern, gilt es auch, attraktivere Arbeitsbedingungen zu schaffen – die Einhaltung der Mindestvorgaben trägt dazu bei. Die in § 5 PPP-RL verankerten Berufsgruppen mit den therapeutisch relevanten Fachkräften sind essenziell für eine qualitativ hochwertige Behandlung. Eine Aufweichung der Fachlichkeit, wie dies durch die Ergänzung von Hilfskräften der Fall wäre, lehnt der GKV-SV ab. Gemäß der PpUGV sind MFA den Pflegehilfskräften zuzuordnen. Eine Ergänzung von MFA in § 5 Absatz 1b und 2b ist deshalb abzulehnen. Gleichwohl

	Das Risiko des ungesteuerten Abbaus von stationären Versorgungsangeboten, insbesondere in der Fläche (wie die BAG-Daten aus dem Jahre 2022 dies hinlänglich gezeigt haben), ist anhaltend hoch, falls die Sanktionen nicht weiter ausgesetzt werden. Die PPP-RL hat schon jetzt dazu geführt, dass ambulante und stationsäquivalente Behandlungsangebote reduziert werden, um die Mindestanforderungen im stationären Bereich erfüllen zu können. Aus Sicht der BDK ist die PPP-RL in der aktuell vorliegenden Form als Qualitätsrichtlinie nicht geeignet die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung zu befördern, vielmehr steht sie der Ausweitung der Ambulantisierung von Behandlungsangeboten im Weg und behindert innovative Angebote. Die BDK spricht sich deshalb ausdrücklich für das Aussetzen der Sanktionen aus, zumal die Ergebnisse der EPPIK-Studie zwar kürzlich veröffentlicht wurden, die Interpretation für die Praxis allerdings noch aussteht.	können MFA schon jetzt eingesetzt und im Rahmen der Anrechnungsregelungen in § 8 begrenzt angerechnet werden. Der begrenzte Einsatz ist sinnvoll, um einerseits den Einrichtungen ausreichend Flexibilität zu gestatten und andererseits vor beliebiger Ausweitung zu schützen und damit das Qualitätsniveau der Behandlung zu sichern. Eine Ergänzung von Physician Assistants in der Berufsgruppe der Ärzte und damit einhergehende faktische Gleichstellung mit Ärztinnen und Ärztinnen ist aufgrund ärztlicher Vorbehaltsaufgaben abzulehnen. GKV-SV: Kenntnissnahme und Ablehnung. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist und bleibt die Sicherung der Qualität in der stationären psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung – insbesondere die Festlegung von verbindlichen Mindestanforderungen für die Personalausstattung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen und deren negative Konsequenzen für Patientinnen und Patienten sowie für Beschäftigte. Die Richtlinie gilt nun seit sechs Jahren. Die Ergebnisse zeigen, dass erheblicher Handlungsbedarf besteht: Einerseits haben die Kliniken ihre Leistung über den Zeitverlauf deutlich erhöht, und andererseits hat sich der Umsetzungsstand verschlechtert. Vor allem zeigt sich eine Verschlechterung bei Einrichtungen, die die Mindestvorgaben nicht erfüllen. Die aktuellen Ergebnisse und die Erfahrungen mit der Psych-PV in über 30 Jahren Anwendung zeigen: die PPP-RL bleibt ohne Sanktionen wirkungslos.

			Damit die Mindestanforderungen von allen Kliniken nun endlich verbindlich umgesetzt werden, ist es nun an der Zeit, bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben auch Konsequenzen folgen zu lassen. Die reduzierten Sanktionen entsprechen einer Rückzahlung von finanziertem, aber nicht vorhandenem Personal. Nicht mehr, und nicht weniger.
8.2	BDK	<u>§ 2 Absatz 7, 8 und 11</u> Die Bundesdirektorenkonferenz schließt sich ausdrücklich den Vorschlägen der DKG an, da eine monats- und stationsbezogene Nachweispflicht für eine Qualitätsbeurteilung nicht notwendig ist. Der daraus resultierende Aufwand ist bei marginalem Zugewinn an verwertbare Informationen unverhältnismäßig. Oftmals ist die standardisiert dokumentierte Fallschwere von Patientinnen und Patienten einer Station ohnehin feingranular zu unscharf bzgl. des benötigten Personals, insofern ist ein Einrichtungs- und Quartalsbezug (als größerer Mittelwert) sehr viel realitätsnäher und aussagekräftiger als ein kleinteiliger Stations- und Monatsbezug. <u>Änderungsvorschlag:</u> der DKG entsprechend	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Mit der Streichung der monats- und stationsbezogenen Nachweise werden die Dokumentationsaufwände erheblich reduziert. Wie die BDK ausführt, ist die Nachweisführung auf Stations- und Monatsbasis weder für eine Qualitätsbeurteilung noch für die Einhaltung der Mindestvorgaben oder die Weiterentwicklung der PPP-RL relevant. Bereits zwischen 2020 und 2022 wurden stationsbezogene Daten von allen Einrichtungen sowie in 2023 und 2024 von einer 5 %igen Stichprobe geliefert, die aus Sicht der DKG nicht ausreichend für eine Weiterentwicklung der Richtlinie genutzt wurden. Es erschließt sich nicht, welcher Mehrwert aus der monats- und stationsbezogenen Dokumentation für eine Verbesserung der Behandlung der Patienten/-innen entnommen werden kann, aus der eine Überarbeitung der Richtlinie resultieren sollte. Im Gegensatz dazu steht eine erhebliche Dokumentationsentlastung, die noch einmal vor dem Hintergrund unterstrichen wird, dass ab 2026 zwei parallele Nachweisverfahren – der Spezifikation für Teil A des Nachweises, das Service-dokument für Teil B – bedient werden müssen. In den Tragenden Gründen zur Verlängerung und Erhöhung der Stichprobe gemäß § 16 Abs. 5 PPP-RL heißt es selbst, dass es für die Einrichtungen, die nicht Teil der Stichprobe sind (also die

		monats- und stationsbezogenen Nachweise nicht erbringen müssen), zu einer erheblichen Dokumentationsentlastung kommt. PatV: Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist die Sicherung der Qualität in der stationären Versorgung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen. Die stations- und monatsbezogenen Nachweise schaffen differenziertere Erkenntnisse über mögliche Unterschiede in der personellen Ausstattung auf Stationsebene. Daraus gewonnene Informationen können für die Weiterentwicklung der RL genutzt werden. Eine rein einrichtungsbezogene Dokumentation lässt jedoch nicht erkennen, ob beispielsweise einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Deshalb ist Transparenz auf Monats- und Stationsebene erforderlich, zusätzlich zu den einrichtungs- und quartalsbezogen einzuhaltenden Mindestvorgaben Die Dokumentation stützt sich auf Daten, die dem Krankenhausmanagement ohnehin vorliegen. Sie bindet keine Personalressourcen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten auf den Stationen. Aus den zuletzt erhobenen Daten der Stichprobe von fünf Prozent der Einrichtungen konnten keine Schlüsse für die Weiterentwicklung gezogen werden, da die Stichprobe zu klein und die Daten deshalb nicht aussagekräftig waren.

			Deshalb schlägt der GKV-SV vor, die Stichprobe moderat zu vergrößern, damit zukünftig wieder Erkenntnisse daraus für die Weiterentwicklung der PPP-RL gezogen werden können. Bei § 2 Absatz 8 handelt es sich um ein Kernelement der PPP-RL, das aus Patientensicht eine deutliche Verbesserung im Vergleich mit der Psychiatrie-Personalverordnung darstellt: Es zählt nur das am Patienten tätige Personal, formuliert als die „auf einer Station jeweils tätigen Fachkräfte der Berufsgruppen“. Es geht hier nicht um die Dokumentation auf Stationsebene, sondern um das therapeutisch am Patienten tätige Personal. Durch die vorgeschlagene Ersetzung des Begriffs „Station“ durch „Einrichtung“ wäre jedoch nicht mehr ausschließlich das am Patienten tätige, therapeutische Personal die Basis für die Einhaltung der Mindestvorgaben. Stattdessen würde auch patientenfernes, in der Einrichtung tätiges Personal ohne ggf. möglicherweise jeglichen Patientenkontakt, für die Einhaltung der Mindestvorgaben gezählt. Das vorrangige Ziel der PPP-RL, die Sicherung der Qualität in der stationären Versorgung, würde damit direkt konterkariert, die Änderung ist daher strikt abzulehnen. Die Definition des Stationsbegriffs im Sinne dieser Richtlinie ist notwendig, da der Stationsbezug verschiedentlich gefordert ist – etwa für die Ermittlung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst - und eine allgemeingültige Definition des Begriffes nicht existiert. Die im § 2 Absatz 12 getroffene Definition ist angelehnt an die Stationsdefinition in § 2 Absatz 4 PpUGV.
8.3	BDK	<u>Menschen mit Intelligenzminderung</u>	GKV-SV: Kenntnisnahme.

	<u>§ 2 Absatz 10</u> <u>§ 3 Absatz 1</u> <u>Anlage 1, Tabelle 1 Zeile A3</u> Menschen mit Intelligenzminderung haben besondere Betreuungsbedarfe, die u.a. einem anderen Personalschlüssel in allen Berufsgruppen entsprechen – wie ausführlich und korrekt von PatV dargelegt. Dementsprechend zeigen sich auch in den PEPP-Strukturkategorien und deren Bewertungsrelationen Unterschiede zu den anderen Diagnosen. Eine Abbildung dieser Besonderheiten in einem eigenen Behandlungsbereich (A3) wäre vor diesem Hintergrund aus den medizinischen Bedarfen begründbar. Auch die Orientierung des Personalschlüssels am Behandlungsbereich KJ1 wäre eine vertretbare Orientierung, da sie sich ganz formal am kognitiven und emotionalen Entwicklungsstand der betroffenen Patientengruppe begründen lässt. Es sprechen jedoch gewichtige Gründe gegen diesen modifizierenden Vorschlag: In Situationen von schwieriger Personalabdeckung (in Zeiten von Fachkräftemangel) darf die Behandlung von Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung nicht <u>systematisch</u> benachteiligt werden, denn die Einführung eines eigenen Behandlungsbereiches wäre in diesem Sinne stigmatisierend und für die Sicherstellung der Behandlung von Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung kontraproduktiv. Bei Personalmangel resultiert daraus (wie von der DKG dargelegt) aufgrund des hohen nachzuweisenden Personalschlüssels eher ein Abbau von Behandlungsplätzen für diese besondere Klientel. Dementsprechend ist die Absicherung der adäquaten Versorgung dieser Patientinnen und Patienten, insbesondere für Einrichtungen, die Spezialangebote vorhalten, anders zu lösen. Die DKG schlägt für diesen Zweck die Einführung eines weiteren Spiegelstrichs und damit zusätzliches Personal in § 2 Absatz 10 vor, allerdings sehen wir die Sonderbedarfe im	<u>zu § 2 Absatz 10:</u> DKG: Kenntnissnahme. Um den Bedarfen von Patienten/-innen mit Intelligenzminderung besser gerecht zu werden, sollten insbesondere Einrichtungen mit speziellen Behandlungsangeboten gezielt unterstützt werden. Dies hat die DKG mit ihrem Vorschlag der Ergänzung unter § 2 Absatz 10 Spiegelstrich 5 adressiert. Erfahrungen aus den Budgetverhandlungen haben gezeigt, dass Kliniken mit entsprechenden Angeboten auf Hürden in der Finanzierung des notwendigen Personals gestoßen sind und die bisherigen Möglichkeiten – insbesondere § 2 Absatz 10 Spiegelstrich 4 – nicht ausgereicht haben. <u>zu § 3 Absatz 1:</u> DKG: Dank und zustimmende Kenntnissnahme. PatV: Kenntnissnahme. Der Hinweis, dass der Vorschlag der PatV zum Behandlungsbereich A3 „stigmatisierend“ sei, wird zurückgewiesen, da die Intention gerade ins Gegenteil weist. Er erschließt sich auch aus der Argumentation nicht. Das adressierte und zweifelsfrei vorhandene Problem, geeignete Fachkräfte zu gewinnen, ändert nichts an der Aufgabe, die Zielgruppe der Menschen mit Intelligenzminderung fachgerecht zu behandeln. BPtK: Der BPtK liegen Hinweise vor, dass die Verhandlung von zusätzlichem Personal über die Mindestvorgaben hinaus auf Klinikenebene häufig schwierig ist. Somit wird eine Auslagerung der Verantwortung für die Verhandlung von zusätzlich erforderlichem Personal für die Behandlung von

		vorherigen Spiegelstrich („...über die Mindestvorgaben hinausgehende Personalausstattung, die zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung erforderlich ist.“) abgebildet und wir sprechen uns gegen einen Diagnosebezug für ein spezielles Patientenkontinuum aus, zumal dies die Grundstruktur der Richtlinie durchbrechen würde und eine weitere Präzisierung der Aufwände fehlt. <u>Änderungsvorschlag:</u> <u>§ 2 Absatz 10:</u> Dem Vorschlag des GKV-SV /PatV/BPtK folgend. <u>§ 3 Absatz 1:</u> Dem Vorschlag des GKV-SV / DKG folgend.	Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung auf die Klinikebene nicht befürwortet. Siehe auch die Ausführungen der DGSGB hierzu.
8.4	BDK	<u>Berufsgruppe Medizinische Fachangestellte</u> <u>§ 4 Absatz 3</u> <u>§ 5 Absatz 1 Buchstabe b</u> <u>§ 5 Absatz 2 Buchstabe b</u> <u>§ 8 Absatz 5 Satz 1 Teilsatz 2 und Satz 2</u> Medizinische Fachangestellte sind eine wichtige Berufsgruppe in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wir begrüßen daher den Vorschlag der DKG sehr, diese Berufsgruppe in die PPP-RL aufzunehmen und sie im Personaltabelleau zu integrieren. Von der Relevanz der Berufsgruppe, ihren Kompetenzen und vor dem Hintergrund einer sich weiter verschärfenden Personalsituation bei den Pflegefachkräften ist dies eine für die Zukunft richtige und notwendige Entwicklung der PPP-RL. Aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Zuordnung besteht jedoch keine völlige Äquivalenz zwischen Pflegefachpersonen und medizinischen Fachangestellten, weshalb eine vollständige Integration in die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen (im § 5) nicht zielführend ist. Dazu sind die Unterschiede in den Kompetenzen und den Einsatzgebieten aktuell	PatV: Dank und Kenntnisnahme. BPtK: Danke für den Vorschlag und Zustimmung. GKV-SV: Kenntnisnahme und teilweise Zustimmung. Die in § 5 PPP-RL verankerten Berufsgruppen mit den therapeutisch relevanten Fachkräften sind essenziell für eine qualitativ hochwertige Behandlung. Eine Aufweichung der Fachlichkeit, wie dies durch die Ergänzung von Hilfskräften oder eine deutliche Erhöhung der Anrechnungen der Fall wäre, lehnt der GKV-SV ab. Gemäß der PpUGV sind MFA den Pflegehilfskräften zuzuordnen. Eine Ergänzung von MFA in § 5 Absatz 1b und 2b ist deshalb abzulehnen. Gleichwohl können MFA schon jetzt eingesetzt und im Rahmen der Anrechnungsregelungen in § 8 begrenzt angerechnet werden. Der begrenzte Einsatz ist sinnvoll, um einerseits den Einrichtungen ausreichend Flexibilität zu gestatten und andererseits vor beliebiger Ausweitung zu schützen und damit das Qualitätsniveau der Behandlung zu sichern. <u>zu § 4 Absatz 3:</u>

		zu groß. Vor diesem Hintergrund ist aus unserer Sicht für das Ziel der Integration der medizinischen Fachangestellten in die PPP-RL eine Anrechnungsquote im § 8 sinnvoll. Mit einer solchen Anrechnung von medizinischen Fachangestellten in die Gruppe b (Pflegefachpersonal) im § 8 lässt sich nicht nur die aktuelle Quote von Pflegefachkräften zu den anderen definierten Berufsgruppen einschließlich medizinischen Fachangestellten festlegen, sondern auch zukünftig anhand dieser Quote modifizieren. <u>Änderungsvorschlag:</u> <u>§ 4 Absatz 3:</u> dem Vorschlag des GKV-SV/PatV/BPtK folgend <u>§ 5 Absatz 1 Buchstabe b und § 5 Absatz 2 Buchstabe b:</u> dem Vorschlag des GKV-SV/PatV/BPtK/DPR folgend <u>§ 8 Absatz 5 Satz 1 Teilsatz 2 und Satz 2</u> ausgehend vom DKG-Vorschlag: „Die Qualifikationserfordernisse können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung <i>oder durch eine Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten</i> nachgewiesen werden <u>§ 8 Absatz 5 Satz 6 zweiter Spiegelstrich:</u> dem Vorschlag der DKG folgend („Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b: 30% der VKS-Mind“)	DKG: Kenntnisnahme. <u>zu § 5 Absatz 1 Buchstabe b und § 5 Absatz 2 Buchstabe b:</u> DKG: Kenntnisnahme. <u>zu § 8 Absatz 5 Satz 1 Teilsatz 2 und Satz 2:</u> DKG: Kenntnisnahme. Die DKG sieht gegenwärtig keinen Anpassungsbedarf dahingehend, eine Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten als weiteres Qualifikationsäquivalent für eine Anrechnung aufzunehmen. <u>zu § 8 Absatz 5 Satz 6 zweiter Spiegelstrich:</u> DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. DPR: Erhöhung auf 30% wird abgelehnt.
8.5	BDK	<u>Berufsgruppe Physician Assistants</u> <u>§ 5 Absatz 1 Buchstabe a</u> <u>§ 5 Absatz 2 Buchstabe a</u>	GKV-SV: Kenntnisnahme und teilweise Zustimmung. Eine Ergänzung von Physician Assistants in der Berufsgruppe der Ärzte und damit einhergehende faktische Gleichstellung mit Ärztinnen und Ärztinnen ist aufgrund ärztlicher Vorbehaltsaufgaben abzulehnen.

	<u>§ 8 Absatz 5 Satz 5</u> Physician Assistants sind eine relativ neue Berufsgruppe, die in Deutschland erst seit kurzem im Einsatz ist und für die insbesondere im Fachbereich der Psychiatrie und Psychosomatik nur sehr wenige Erfahrungen vorhanden sind. Prinzipiell ist ein Einsatz dieser neuen Berufsgruppe in der Psychiatrie und Psychosomatik sehr begrüßenswert und die Übernahme von einzelnen Aufgaben aus dem Regelaufgabenkatalog nach Anlage 4 gut vorstellbar, jedoch derzeit nur zu einem geringen Anteil umsetzbar. Da bisher aber nur sehr wenige Erfahrungen vorhanden sind, kann die Dimension an Unterstützung der ärztlichen Berufsgruppe und Übernahme von ärztlichen Aufgaben noch nicht valide abgeschätzt werden. Dementsprechend kann eine vollständige Integration von Physician Assistants in die ärztliche Berufsgruppe nach § 5 a nicht befürwortet werden. Vielmehr ist die Einführung einer Anrechnungsquote im Bereich der Anrechnungen im § 8 den bisherigen Erfahrungen weitaus eher entsprechend und wünschenswert. Wie bei den medizinischen Fachgestellten und Pflegefachpersonen wäre durch eine Dynamisierung des Anteils der Physician Assistants an der ärztlichen Berufsgruppe durch Veränderung der Anrechnungsquote relativ leicht möglich. <u>Änderungsvorschlag:</u> <u>§ 5 Absatz 1 Buchstabe a und § 5 Absatz 2 Buchstabe a:</u> dem Vorschlag des GKV-SV/PatV/BPtK folgend <u>§ 8 Absatz 5 Satz 5:</u> „Eine Anrechnung anderer in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a ist <i>ausschließlich durch Physician Assistants möglich</i>. <u>§ 8 Absatz 5 Satz 6 erster Spiegelstrich:</u>	Die in § 5 PPP-RL verankerten Berufsgruppen mit den therapeutisch relevanten Fachkräften sind essenziell für eine qualitativ hochwertige Behandlung. Eine Aufweichung der Fachlichkeit, wie dies durch die erhebliche Ausweitung der Anrechnungsmöglichkeiten der Fall wäre, lehnt der GKV-SV ab. Gleichwohl sind Anrechnungen zwischen den Berufsgruppen und der begrenzte Einsatz von Hilfskräften sinnvoll und bereits jetzt schon möglich. Damit wird den Einrichtungen ausreichend Flexibilität gestattet. Die Anrechnungen müssen jedoch begrenzt sein, um das Qualitätsniveau der Behandlung zu sichern. <u>zu § 5 Absatz 1 Buchstabe a und § 5 Absatz 2 Buchstabe a:</u> DKG: Kenntnisnahme. <u>zu § 8 Absatz 5 Satz 5:</u> DKG: Kenntnisnahme. Auch z. B. Pharmazeuten/-innen, Dokumentationsassistenten/-innen und Medizinische Fachangestellte können selbstständig oder in Anleitung durch Ärzte/-innen in einem begrenztem Umfang Regelaufgaben der Berufsgruppe a übernehmen. Der Vorschlag der DKG trägt dem Rechnung, weshalb die DKG gegenwärtig keine Begrenzung der Anrechnungsmöglichkeit ausschließlich auf Physician Assistants vorsieht. <u>zu § 8 Absatz 5 Satz 6 erster Spiegelstrich:</u> DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. DPR: Grundsätzlich Zustimmung zur Stellungnahme, aber Anrechnung von 15% erscheint zu hoch (Evidenz?).

		Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a: 15 % der VKS-Mind <i>durch Physician Assistants</i>	BPtK: Dank und Zustimmung zu einer Quotenregelung.
8.6	BDK	<u>Berufsgruppen Spezialtherapeuten/Bewegungstherapeuten/Sozialarbeiter</u> <u>§ 5 Absatz 1 Buchstabe d-f</u> <u>§ 5 Absatz 2 Buchstabe d-f</u> Die Berufsgruppen nach Buchstabe d-f sind in jedem therapeutischen Team verankert. Ein Nachweis über die Integration jeder einzelner dieser Berufsgruppe in jede Organisationseinheit wird in der Strukturprüfung des Medizinischen Dienstes erbracht einschließlich formalem Nachweis z.B. über die Vorlage von Dienstplänen. Insbesondere für kleine Standorte / Organisationseinheiten ist ein kleinteiliger Nachweis dieser Berufsgruppen im Sinne eines passgenauen Stellenumfangs nur mit großer Mühe möglich, so dass immer wieder eine (weder ökonomisch noch therapeutisch sinnvolle) sehr deutliche Übererfüllung, aber auch Untererfüllung resultiert. Daraus ergeben sich insbesondere bei kleinen Standorten oftmals ein Nichterreichen der PPP-RL-Mindestvorgaben –häufig ist dies bei kleinen Standorten (z. B. stand-alone-Tagesklinien) aus therapeutischer Sicht aber nur wenig relevant. Natürlich haben die drei Berufsgruppen in der Therapie inhaltlich einen eigenen, deutlich differenzierbaren Anteil. Aber auch in den Therapie-Nachweisen im OPS ist eine Zusammenfassung dieser Berufsgruppen aus formalen (nicht inhaltlichen!) Gründen erfolgt (OPS-Katalog 9-649, 9-696, 9-701 usw.). Dementsprechend ist eine Zusammenfassung in eine übergeordnete Gruppe im Rahmen der Personalsachweise der PPP-RL begrüßenswert. <u>Änderungsvorschlag:</u> <u>§ 5 Absatz 1 Buchstabe d-f und § 5 Absatz 2 Buchstabe d-f:</u>	GKV-SV: Kenntnissnahme und Ablehnung. Die Behandlung in einem multiprofessionellen Team der verschiedenen Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL ist essenziell in der Psychiatrie, das therapeutische Zusammenwirken der unterschiedlichen Berufsgruppen ist ein zentraler Baustein der Behandlung. Die Berufsgruppen der PPP-RL sind nach wie vor die zentralen Fachkräfte in der Behandlung. Die Patientinnen und Patienten sollten sich darauf verlassen können, dass sie das gleiche erforderliche Behandlungsangebot erhalten, unabhängig von der Größe der Einrichtung. Zudem zeigen die Nachweise der PPP-RL zudem, dass gerade kleinere Einrichtungen die Mindestvorgaben besser als größere Einrichtungen erfüllen. <u>zu § 5 Absatz 1 Buchstabe d-f und § 5 Absatz 2 Buchstabe d-f:</u> DKG: Dank und zustimmende Kenntnissnahme. PatV: Dank und Kenntnissnahme. Der Hinweis auf die Schlüsselung im OPS wird zur Kenntnis genommen. Die PatV hält aber eine gegenseitige Anrechnung mit der theoretisch möglichen Folge, dass in einer Einrichtung vollständig auf Mitarbeitende aus der Sozialen Arbeit verzichtet werden könnte, nicht für sinnvoll.

		dem Vorschlag des DKG/BPtK folgend	
8.7	BDK	<u>Ermittlung der Mindestvorgaben – Abzug für Einrichtungen ohne Versorgungsauftrag</u> <u>§ 6 Absatz 6</u> Die Versorgung von Menschen mit schweren und akuten psychischen Erkrankungen wird v.a. von den Krankenhäusern gestemmt, die eine Versorgungsverpflichtung erfüllen. Dadurch entsteht v.a. bei der genannten Patientenklientel eine gute Behandlungskontinuität. Krankenhäuser ohne Versorgungsverpflichtung haben i.d.R. eine Selektion ihrer Patientinnen und Patienten und häufig eine nicht regionale Versorgung, so dass es zu einer Optimierung zu Lasten der Versorgungsgerechtigkeit und Stigmatisierung von schwer psychisch Erkrankten kommt. Eine 24-h-Bereitschaft alleine bedeutet nicht eine Beteiligung am Versorgungssystem, v.a. da Krankenhäuser ohne Versorgungsverpflichtung eine deutlich niedrigere Inanspruchnahme der Bereitschaftsdienstärzte haben, da kaum schwer psychisch Kranke behandelt werden und kaum Notfallaufnahmen erfolgen. Der Vorschlag des GKV-SV wird deshalb abgelehnt. Die vom GKV-SV beklagte fehlende Definition von Versorgungsverpflichtung erscheint hier als eine nicht zielführende Begründung, die Einforderung einer Operationalisierung und entsprechender bundesweiter Zuweisung von den föderalen Aufsichtsbehörden wäre hier eine angebrachte Lösungsmöglichkeit. Tageskliniken, insbesondere alleinstehende Tageskliniken tragen zu einer wohnortnahen Versorgung bei und reduzieren häufig stationäre Wiederaufnahmen. Insofern sollen solche Tageskliniken, die einer Verbesserung der wohnortnahen Behandlungsqualität dienen und damit oftmals auch schwerer Erkrankte aufnehmen, eine entsprechende Berücksichtigung der Qualitätsanforderungen in der Richtlinie erfahren.	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Bisher existiert keine bundeseinheitliche Definition einer Versorgungsverpflichtung. Diese Definitionslücke sollte jedoch nicht davon abhalten, die Regelungen in der PPP-RL zu konkretisieren. Um zukünftig eine möglichst einheitliche und versorgungsrealitätsnahe Ermittlung der Mindestvorgaben zu ermöglichen, erfolgt deshalb eine Annäherung an die regionale Pflichtversorgung indirekt über die Angabe, dass die Einrichtung über eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme verfügt. Dabei handelt es sich um ein wesentliches Merkmal der Pflichtversorgung, das einen direkten Bezug zu der notwendigen Personalausstattung hat. <u>zu § 6 Absatz 6 Satz 1:</u> DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Wie von der BDK ausgeführt, ist regionale Pflichtversorgung mehr als die Bereitschaft zur 24-Stunden-Aufnahme. Insbesondere in der Psychiatrie und auch der Psychosomatik nimmt die regionale Versorgungsverpflichtung einen bedeutsamen, standortübergreifenden Stellenwert ein. Der Versuch einer Annäherung an die regionale Pflichtversorgung auf Grundlage der Begrenzung auf ein Merkmal ist aus Sicht der DKG nicht zielführend. <u>zu § 6 Absatz 6 Satz 2:</u> DKG: Kenntnisnahme. Die Minutenwerte der PPP-RL wurden aus der bis dahin geltenden Psychiatrie-Personalverordnung übernommen. Diese ging grundsätzlich von pflicht-

		Tageskliniken von Kliniken mit Versorgungsverpflichtung übernehmen akuter erkrankte Patienten mit Behandlungsangeboten, die die individuellen Bedarfe einzelner Patienten berücksichtigen und die dadurch mit höheren Aufwänden verbunden sind. (z.B. tagesklinische Behandlungen am Wochenende oder auch in der Nacht, stationersetzende Tageskliniken etc.). Die Unterschiede zwischen Kliniken mit und Kliniken ohne Versorgungsverpflichtung sollen deshalb auch im tagesklinischen Bereich gewürdigt werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> <u>§ 6 Absatz 6 Satz 1</u> dem Vorschlag der DKG/PatV/BPtK folgend. <u>§ 6 Absatz 6 Satz 2</u> Ablehnung des Ergänzungsvorschlages von GKV-SV/DKG/PatV/BPtK „Bei der Ermittlung der Minutenwerte der VKS-Mind erfolgt bei den tagesklinischen Behandlungsbereichen A6, S6, G6 und KJ7 gemäß § 3 Absatz 1 und 2 unabhängig von der Versorgungsverpflichtung kein Abzug nach Satz 1.“	versorgenden Einrichtungen aus; auch für jene teilstationären Bereiche. Die Minutenwerte der teilstationären Bereiche waren also auf die Personalbedarfe des teilstationären Patienten- und Leistungsspektrums ausgerichtet. Eine Verringerung der Minutenwerte aufgrund des Status zur Pflichtversorgung, wie in § 6 Absatz 6 vorgesehen, würde die Behandlungsfähigkeit in den tagesklinischen Bereichen beschneiden. PatV: Dank und Kenntnisanahme
8.8	BDK	<u>Anrechnungen von Berufsgruppen</u> <u>§ 8</u> Die Anrechnung von Berufsgruppen bedeutet in Zeiten von knappen Personalressourcen, insbesondere gut ausgebildetem Fachpersonal, prinzipiell eine Abwägung zwischen der Aufrechterhaltung einer Versorgung und einer angemessenen, leitlinienkonformen Behandlungsqualität. Dementsprechend müssen Anrechnungen möglich sein, allerdings sind die Auswirkungen zu antizipieren und berücksichtigen, so dass es nicht zu substanziellen Einbußen der Behandlungsqualität kommt.	GKV-SV: Kenntnisanahme und teilweise Zustimmung. Siehe hierzu auch unsere Anmerkungen unter 8.4 und 8.5. PatV: Dank und Kenntnisanahme.

	Insbesondere in der gegenseitigen Anrechnung innerhalb der Berufsgruppen kann die ärztliche Berufsgruppe aufgrund der hohen Verantwortung und ihrer Lotsenfunktion in der Behandlung nicht allzu stark in ihrer Präsenz eingeschränkt werden. An dieser Stelle bietet es sich an, die neue Berufsgruppe der Physician Assistants mit einer Höchstanrechnungsquote auf die ärztliche VKS-Minutenzahl zu integrieren. Die Anrechenbarkeit von Pflegefachpersonen auf die ärztliche Berufsgruppe ist jedoch nicht sinnvoll, da kaum Regelaufgaben der Ärzte durch Pflege übernehmbar sind. Wie die Gruppe der Physician Assistants sollten auch die medizinischen Fachangestellten im Rahmen einer Quote auf die Berufsgruppe der Pflege anrechenbar sein. Externe Mitarbeitende mit Spezialangeboten aber ohne direktes Beschäftigungsverhältnis sollte eine Anrechnung möglich sein, nur so können effektive Spezialangebote wie z.B. eine Hippotherapie, Musiktherapie, aber auch Angebote zur Steigerung der Nachhaltigkeit z.B. von Physiotherapeutischen Maßnahmen in Fitnessstudios angeboten werden o.ä. – dies gilt insbesondere auch für kleine Einheiten wie stand-alone-Tageskliniken (analog zur stationsäquivalenten Behandlung). Eben solches gilt natürlich auch für Notsituationen, in denen Leasingkräfte eine Aufrechterhaltung der Versorgung gewährleisten können. <u>Änderungsvorschlag:</u> <u>§ 8 Absatz 2 Satz 2 und 3</u> jeweils dem Vorschlag der DKG folgend. <u>§ 8 Absatz 3 Satz 2</u> dem Vorschlag des GKV-SV/PatV/BPtK folgend („jeweils zwischen den Buchstaben a und c“) dann dem Vorschlag der DKG folgend	<u>zu § 8 Absatz 2 Satz 2 und 3:</u> DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. <u>zu § 8 Absatz 3 Satz 2:</u> DKG: Kenntnisnahme. Erläuterungen dazu vgl. 8.5

	(„b und d“ = Folgedissens zu § 5 1d) <u>§ 8 Absatz 3 Satz 3:</u> analog zum vorherigen Satz erst dem Vorschlag des GKV-SV/PatV/BPtK, dann der DKG folgend: („jeweils zwischen den Buchstaben a und c sowie jeweils zwischen den Buchstaben b und d.“) <u>§ 8 Absatz 3 Satz 4:</u> dem Vorschlag der DKG folgend („Eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppe b und d ist möglich. Die Umfänge der angerechneten Fachkräfte sind im Nachweis gesondert auszuweisen.“) <u>§ 8 Absatz 4 und Absatz 5 Satz 1 Teilsatz 1</u> dem Vorschlag der DKG folgend (zur Anrechnung der Berufsgruppen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis) <u>§ 8 Absatz 5 Satz 1 Teilsatz 2 und Satz 2</u> ausgehend vom DKG-Vorschlag („Die Qualifikationserfordernisse können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung <i>oder durch eine Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten</i> nachgewiesen werden – siehe oben) <u>§ 8 Absatz 5 Satz 5:</u>	<u>zu § 8 Absatz 3 Satz 3:</u> DKG: Kenntnisnahme. <u>zu § 8 Absatz 3 Satz 4:</u> DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. <u>zu § 8 Absatz 4 und Absatz 5 Satz 1 Teilsatz 1:</u> DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Ohne die Möglichkeit, Personal auch ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus anrechnen zu können, verlieren die Kliniken eine wichtige Personalklientel. Zu nennen wären hier z. B. freiberufliche Fach- und Hilfskräfte aus therapeutischen, pädagogischen oder anderen Berufsgruppen, die nicht zu den Fachkräften aus § 5 PPP-RL gehören. Dieses Personal wird bspw. zur Urlaubsvertretung oder für unregelmäßige Aufgaben eingesetzt. Für viele von ihnen ist der Aufwand, in eine Festanstellung zu gehen, nicht lukrativ oder passend. Viele freiberufliche Kräfte sind nicht bereit, in eine Festanstellung zu gehen. Trotzdem leisten sie einen wichtigen und oft entscheidenden Beitrag in der Patientenversorgung, der unbedingt erhalten bleiben muss. <u>zu § 8 Absatz 5 Satz 1 Teilsatz 2 und Satz 2:</u>

		(„Eine Anrechnung anderer in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a ist <i>ausschließlich durch Physician Assistants möglich</i>. – siehe oben) <u>§ 8 Absatz 5 Satz 6 erster Spiegelstrich:</u> Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a: 15 % der VKS-Mind – siehe oben <u>§ 8 Absatz 5 Satz 6 zweiter Spiegelstrich:</u> dem Vorschlag der DKG folgend Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b: 30 % der VKS-Mind - siehe oben <u>§ 8 Absatz 5 Satz 6 fünfter und sechster Spiegelstrich:</u> dem Vorschlag der DKG folgend <u>§ 8 Absatz 7:</u> dem Vorschlag der PatV folgend.	DKG: Dank und Kenntnisnahme. <u>zu § 8 Absatz 5 Satz 5:</u> DKG: Kenntnisnahme. Wie unter 8.5 ausgeführt sieht die DKG gegenwärtig keine Begrenzung der Anrechnungsmöglichkeit ausschließlich auf Physician Assistants vor. <u>zu § 8 Absatz 5 Satz 6 erster Spiegelstrich:</u> DKG: Dank und Kenntnisnahme. Die DKG prüft eine Erhöhung der maximal zulässigen Anrechnungshöhe vom Fremd- und Hilfspersonal auf Berufsgruppe der Ärzte/Ärztinnen. <u>zu § 8 Absatz 5 Satz 6 zweiter Spiegelstrich:</u> DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. <u>zu § 8 Absatz 5 Satz 6 fünfter und sechster Spiegelstrich:</u> DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. <u>zu § 8 Absatz 7:</u> DKG: Kenntnisnahme. Vor dem Hintergrund noch offener gesetzlicher Regelungen für eine bundeseinheitliche Ausbildung spricht sich die DKG zunächst für eine Dauer von zwölf Monaten aus. Dies ist in einem niedrighschwelligen Zugang zur Ausbildung vor bestehenden knappen Ausbildungsressourcen begründet. Auch die Herausforderung von organisatorischen Hürden bleibt ein gewichtiger Grund, eine zwölfmonatige Dauer zu befürworten.
8.9	BDK	<u>Ausnahmetatbestand Tagesklinik</u> <u>§ 10 Absatz 1 Punkt 4</u>	GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Nachweise der PPP-RL zeigen,

		Wie in den Erläuterungen zum § 6 ausgeführt, sollten aus Gründen der wohnortnahen Versorgung alleinstehende Tageskliniken, insbesondere vor dem Hintergrund einer oftmals kleinen Organisationsgröße, eine größere Flexibilität eingeräumt bekommen. <u>Änderungsvorschlag:</u> <u>§ 10 Absatz 1 Punkt 4</u> Den Vorschlägen der DKG (erst DKG/PatV und dann GKV-SV/DKG) folgend.	dass gerade kleinere Einrichtungen die Mindestvorgaben besser erfüllen als größere Einrichtungen. Da jedoch gerade Tageskliniken einen wichtigen Beitrag in der wohnortnahen Behandlung der Patientinnen und Patienten leisten und außerdem wichtig für die Weiterentwicklung der Versorgung sind, wird der Ausnahmetatbestand für sie im Rahmen der Einführungsphase befristet verlängert. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
8.10	BDK	<u>Nachweise</u> <u>§ 11</u> Aufgrund der in den letzten Jahren erheblich zugenommenen kleinteiligen Nachweisverfahren und dem enorm sinnvollen Ziel einer Verringerung von Datenerhebungen, die keiner Qualitätssteigerung dienen (= Entbürokratisierung), sollte auch das Reporting durch die PPP-RL vereinfacht werden. Mit der grundlegenden Begrenzung auf den Quartals- und Standortbezug und einer angemessenen Meldefrist von 6 Wochen kann der Ressourceneinsatz für den administrativen Bereich adäquater gestaltet werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> Den Vorschlägen der DKG im gesamten § 11 folgend.	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist die Sicherung der Qualität in der stationären Versorgung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen. Die stations- und monatsbezogenen Nachweise schaffen differenziertere Erkenntnisse über mögliche Unterschiede in der personellen Ausstattung auf Stationsebene. Daraus gewonnene Informationen können für die Weiterentwicklung der RL genutzt werden. Eine rein einrichtungsbezogene Dokumentation lässt jedoch nicht erkennen, ob beispielsweise einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Deshalb ist Transparenz auf Monats- und Stationsebene erforderlich, zusätzlich zu den einrichtungs- und quartalsbezogen einzuhaltenden Mindestvorgaben Die Dokumentation stützt sich auf Daten, die dem Krankenhausmanagement ohnehin vorliegen. Sie bindet keine Personalressourcen in der Versorgung der Patientinnen und

			Patienten auf den Stationen. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Meldepflicht im Umfang der PPP-RL-Nachweise binnen 14 Tagen nach Quartalsende ist äußerst kurz bemessen und produziert für die Kliniken unnötige hohe Aufwände. Bislang ist keinerlei kurzfristige bzw. zeitnahe Reaktion von Seiten Krankenkassen, Landesaufsichtsbehörden oder des Medizinischen Dienstes erfolgt, weshalb sich die Frage nach der Notwendigkeit dieser Frist ergibt. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
8.11	BDK	<u>Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</u> <u>§ 13 und § 16</u> Die Situation im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Fachkräften wird zunehmend prekärer. Viele Kliniken unternehmen große Anstrengungen, Fachpersonal zu rekrutieren und an sich zu binden – oftmals vor allem in Ballungsräumen mit hohem Konkurrenzdruck ohne die notwendigen Personalressourcen akquirieren oder halten zu können. Um eine Gefährdung der regionalen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu reduzieren und den Kliniken Hilfestellung für das Erreichen der Personalvorgaben zu geben, ist ein anderes Procedere als Sanktionen mit Abwärtsspiralwirkung erforderlich. Sanktionen sind nicht das adäquate Mittel, eine qualitätsorientierte und möglichst leitliniengerechte Versorgung von psychisch Erkrankten sicherzustellen. Vielmehr sollen Kostenträger und Aufsichtsbehörden bei Untererfüllung der PPP-RL gemeinsam mit den Kliniken die Situation im Dialog beleuchten und die Kliniken durch Beratung unterstützen, um mögliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu ergreifen.	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist und bleibt die Sicherung der Qualität in der stationären psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung – insbesondere die Festlegung von verbindlichen Mindestanforderungen für die Personalausstattung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen und deren negative Konsequenzen für Patientinnen und Patienten sowie für Beschäftigte. Die Richtlinie gilt nun seit sechs Jahren. Die Ergebnisse zeigen, dass erheblicher Handlungsbedarf besteht: Einerseits haben die Kliniken ihre Leistung über den Zeitverlauf deutlich erhöht, und andererseits hat sich der Umsetzungsstand verschlechtert. Vor allem zeigt sich eine Verschlechterung bei Einrichtungen, die die Mindestvorgaben nicht erfüllen. Die aktuellen Ergebnisse und die Erfahrungen mit der Psych-PV in über 30 Jahren Anwendung zeigen: die PPP-RL bleibt ohne Sanktionen wirkungslos. Damit die Mindestanforderungen von allen Kliniken nun

		<u>Änderungsvorschlag:</u> Die BDK spricht sich für die weitere Aussetzung der Sanktionen zur Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung aus. (sh. auch Begründung in der Einleitung)	endlich verbindlich umgesetzt werden, ist es nun an der Zeit, bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben auch Konsequenzen folgen zu lassen. Gesetzlich ist der Wegfall des Vergütungsanspruchs vorgesehen. Tatsächlich wird in der PPP-RL derzeit nur das fehlende Personal sanktioniert. Betrachtet wird dabei das jeweils geltende Niveau der Einstufungsstufe, in 2026 müssen die Mindestvorgaben zu 90 Prozent erfüllt sein. Zudem wurde die Sanktionshöhe erheblich um mehr als 60 Prozent reduziert. Konkret entsprechen die Sanktionen damit nur noch einer Rückzahlung von nicht vorhandenem Personal. Nicht mehr, und nicht weniger. Anstelle von Sanktionen Unterstützungs- und Beratungsangebote für die Einrichtungen zu fordern, mutet seltsam an: Hauptgrund für die Personalprobleme in deutschen Psychiatrien ist, dass in Deutschland das Potential ambulanter Behandlungen bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Stationäre Behandlungen sind besonders personalintensiv und erhöhen deshalb den Personalbedarf. Um Personal aufzubauen und den bestehenden Personalbestand zu sichern, gilt es auch, attraktivere Arbeitsbedingungen zu schaffen – die Einhaltung der Mindestvorgaben trägt dazu bei. Beides liegt im Verantwortungsbereich der Kliniken und bedarf keiner Beratung im Rahmen einer Qualitätssicherung. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme.
8.12	BDK	<u>Nachweise</u> <u>§ 16 Absatz 6 und 8</u>	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Mit den aktuellen Änderungsvorschlägen des GKV-SV gehen größere Dokumentationsentlastungen einher.

	Im Sinne der Entbürokratisierung ist analog zu § 11 eine Begrenzung von Datenerhebungen auf ein sinnvoll verwertbares Maß zu begrenzen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Den Vorschlägen der DKG folgend.	Eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der PPP-RL benötigt Evidenz. Die Nachweise der PPP-RL tragen dazu bei, Erkenntnisse zur aktuellen Therapieintensität zu erlangen. Konkret erfolgt dies anhand Tabelle A9 in Anlage 3, für die Routinedaten gefordert werden, die dem Krankenhaus ohnehin vorliegen. Erste Auswertungen dazu liegen erstmals im Sommer 2025 vor. Die BDK fordert jetzt, noch bevor erstmalig Ergebnisse vorliegen, also ohne diese Auswertungen zu kennen, den Wegfall der datensparsamen Routinedatenübermittlung und begründet dies mit einer Entbürokratisierung. Dabei handelt es sich bei § 16 Absatz 6 nicht um eine zusätzliche Datenerhebung, sondern um eine Übermittlung bereits vorhandener Daten, die Transparenz schaffen über die tatsächliche Therapieintensität. Die Forderung wird deshalb abgelehnt. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist die Sicherung der Qualität in der stationären Versorgung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen. Die stations- und monatsbezogenen Nachweise schaffen differenziertere Erkenntnisse über mögliche Unterschiede in der personellen Ausstattung auf Stationsebene. Daraus gewonnene Informationen können für die Weiterentwicklung der RL genutzt werden. Eine rein einrichtungsbezogene Dokumentation lässt jedoch nicht erkennen, ob beispielsweise einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Deshalb ist Transparenz auf Monats- und Stationsebene erforderlich,

			zusätzlich zu den einrichtungs- und quartalsbezogen einzuhaltenden Mindestvorgaben Die Dokumentation stützt sich auf Daten, die dem Krankenhausmanagement ohnehin vorliegen. Sie bindet keine Personalressourcen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten auf den Stationen. Aus den zuletzt erhobenen Daten der Stichprobe von fünf Prozent der Einrichtungen konnten keine Schlüsse für die Weiterentwicklung gezogen werden, da die Stichprobe zu klein und die Daten deshalb nicht aussagekräftig waren. Deshalb schlägt der GKV-SV vor, die Stichprobe moderat zu vergrößern, damit zukünftig wieder Erkenntnisse daraus für die Weiterentwicklung der PPP-RL gezogen werden können. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
8.13	BDK	<u>Anlage 3 Nachweis A5</u> Um die aus medizinischem Standpunkt gewünschte sektorübergreifende Arbeit von Personal nicht zu behindern, sollten die Nachweispflichten am Notwendigen ausgerichtet und keine zusätzlichen administrativen Hürden aufgebaut werden. Dementsprechend unterstützt die Bundesdirektorenkonferenz den Vorschlag der DKG. <u>Änderungsvorschlag:</u> Dem Vorschlag der DKG folgend.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Der Vorschlag des GKV-SV ermöglicht mit einer leistungsbezogenen Aufteilung eine unbürokratische Dokumentation, die eben gerade zulässt, dass Personal in verschiedenen Settings eingesetzt und entsprechend bei den Nachweisen berücksichtigt werden kann. Gleichwohl scheint die Formulierung missverständlich zu sein, so dass im Rahmen der aktuellen Richtlinienänderung eine Umformulierung geprüft wird. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme.

9 Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), 05.03.2025			
9.1	ver.di	<u>Allgemeine Anmerkung</u> Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di begrüßt und befürwortet die kontinuierliche Weiterentwicklung der Richtlinie zur Personalausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL), wie sie in § 1 Abs. 3 der Richtlinie festgeschrieben ist. Ohne die verbindliche Ausgestaltung von Personalvorgaben sind weder eine leitliniengerechte Versorgung sicher zu stellen noch eine Bewältigung des Fachkräftebedarfs in der psychiatrischen stationären Versorgung zu realisieren. Darüber hinaus sind die Belastungsfaktoren, die sich aus der fortwährenden Verbindung von Überlastung, personeller Unterbesetzung und kurzfristigen Änderungen von Schicht- und Einsatzplänen für die Beschäftigten aller involvierten Berufsgruppen und Tätigkeitsprofile ergeben, wesentliche Gründe dafür, dass nicht im bedarfserforderlichen Umfang Auszubildende und neue Fachkräfte gewonnen sowie vorhandene Fachkräfte langfristig gehalten werden können. Vorgaben zur Personalausstattung erfüllen vor diesem Hintergrund nicht nur Kriterien zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung, sondern sorgen auch dafür, dass eine Aufwertung der involvierten Berufsbilder und eine Entlastung der Beschäftigten stattfindet, die die Versorgung trotz schwieriger Rahmenbedingungen aufrechterhalten. Der Fokus der Entwicklung eines zukunftsorientierten Modells zur Personalbemessung muss daher auf der Umsetzung einer bedarfsgerechten Personalbemessung in Verbindung mit der Sicherstellung von Vorgaben zu ihrer verbindlichen und sanktionsbewehrten Geltung liegen. Im Gegensatz zum in der somatischen stationären Versorgung bereits gesetzlich etablierten Instrument zur bedarfsgerechten Pflegepersonalbemessung PPR 2.0 kann die im Rahmen der PPP-RL geregelte Definition von Mindestvorgaben zur Personalausstattung nur einen ersten Schritt auf	DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Dank und Zustimmung. Wir teilen die Einschätzung von ver.di, dass verbindlich einzuhaltende Personalvorgaben einerseits relevant sind für eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten und andererseits die Berufsgruppen stärken. Um Personal aufzubauen und den bestehenden Personalbestand zu sichern, gilt es auch, attraktivere Arbeitsbedingungen zu schaffen – die Einhaltung der Mindestvorgaben trägt dazu bei. Vor allem in der Psychiatrie besteht ein großes Potential bei ausgestiegenen Pflegekräften oder Pflegekräften in Teilzeit, wieder einzusteigen oder aufzustoßen.

	dem Weg zur Festlegung geeigneter Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung darstellen. Diese Einschränkung gilt umso mehr, als dass die in der PPP-RL verankerten Zeitvorgaben nicht für eine zeitnahe Überarbeitung und Weiterentwicklung angelegt sind. Vor diesem Hintergrund kritisiert ver.di scharf, dass die in § 1 Abs. 3 verankerte Folgeanpassung zur künftigen Ausgestaltung der Personalvorgaben um ein volles Jahr auf den 31. Dezember 2026 verschoben werden soll. Das Verschieben der Frist zur Anpassung der Richtlinie erscheint aufgrund des Nichtvorliegens der Evaluation der EPPIK-Ergebnisse bei der zuständigen Arbeitsgruppe zwar nachvollziehbar, gleichwohl ist die damit verbundene Folgelosigkeit hinsichtlich der Belastungsfaktoren für Beschäftigte in den zugehörigen Einrichtungen nicht vertretbar. Bereits seit Januar und April 2024 liegen Ist- und Soll- Ergebnisse der EPPIK- Erprobung vor. ver.di kritisiert deutlich, dass im Rahmen der vorliegenden Überarbeitung der Richtlinie auf Grundlage dieser Ergebnisse keine Schlüsse gezogen und die zuvor bis zum 31.12.2025 geltende Fristsetzung erneut verschoben werden soll. Keinesfalls darf es zudem weitere Verschiebungen bei der Umsetzung und Anwendung der Sanktionsregelungen innerhalb der vorgesehenen Fristen geben. Erst durch ein wirksames Sanktionsregime erhält die Umsetzung einer Mindestpersonalbemessung eine realistische Perspektive. Verschiedene Anlagen zur Richtlinie weisen in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung eine deutliche Diskrepanz zur Versorgungsrealität und dem immer komplexer und anforderungsreicher gewordenen Arbeitsalltag der die Versorgung sicherstellenden Beschäftigten auf. Dies gilt insbesondere für die Definition der Regelaufgaben nach Anlage 4, die die steigenden Anforderungen an die Pflegefachpersonen abbilden und in diesem Sinne aktualisiert werden müssen, sowie für die Minutenwertetabellen in Anlage 1. Die mittlerweile umfangreichen Dokumentationsaufwände stellen für die Beschäftigten in den stationären Einrichtungen ein zunehmend zeitintensives Erfordernis im Arbeits- und Versorgungsalltag dar,	GKV-SV: Kenntnissnahme. GKV-SV: Mit den aktuellen Änderungsvorschlägen des GKV-SV gehen größere Dokumentationsentlastungen einher. Die Dokumentation stützt sich auf Daten, die dem Krankenhaus-

		das nicht sachgerecht in den Minutenwerten gespiegelt wird. Mit Blick auf eine zeitgemäße Abbildung des Versorgungsgeschehens und den sich daraus ergebenden Arbeitsaufwänden, die im Rahmen der Richtlinie zu erfassen sind, spricht sich ver.di deutlich für eine Aktualisierung beider Anlagen aus. ver.di fordert die Parteien der Gemeinsamen Selbstverwaltung dazu auf, im Rahmen der für das folgende Erfassungsjahr anstehenden Revision der Richtlinie Vorschläge hierzu zu unterbreiten.	management ohnehin vorliegen. Sie bindet keine Personalressourcen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten auf den Stationen. Es ist eine Digitalisierungsaufgabe, diese Größen zu verbinden und mit der PPP-RL in Beziehung zu setzen. GKV-SV: Kenntnisanahme.
9.2	ver.di	<u>§ 2, Abs. 7</u> Eine Abkehr vom geltenden monats- und stationsbezogenen Nachweis wird abgelehnt. Nur durch den stationsbezogenen Ansatz sind untermonatliche Schwankungen zwischen einzelnen Stationen mit dem Ziel des langfristigen Ausschlusses von Überlastungs- und Gefährdungsaspekten festzustellen, während bei der reinen einrichtungsbezogenen Betrachtung sowohl das Fortbestehen schwerpunktmäßiger Handlungsbedarfe als auch die punktuelle Abmilderung von Handlungsbedarfen durch Personalverschiebungen nicht verhindert werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> Dem Vorschlag von GKV SV, PatV, BPtK kann gefolgt werden.	GKV-SV: Dank und Zustimmung. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist die Sicherung der Qualität in der stationären Versorgung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen. Die stations- und monatsbezogenen Nachweise schaffen differenziertere Erkenntnisse über mögliche Unterschiede in der personellen Ausstattung auf Stationsebene. Daraus gewonnene Informationen können für die Weiterentwicklung der RL genutzt werden. Eine rein einrichtungsbezogene Dokumentation lässt jedoch nicht erkennen, ob beispielsweise einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Deshalb ist Transparenz auf Monats- und Stationsebene erforderlich, zusätzlich zu den einrichtungs- und quartalsbezogen einzuhaltenden Mindestvorgaben. Die Dokumentation stützt sich auf Daten, die dem Krankenhausmanagement ohnehin vorliegen. Sie bindet keine Personalressourcen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten auf den Stationen. DKG: Kenntnisanahme. Mit der Streichung der monats- und

			stationsbezogenen Nachweise werden die Dokumentationsaufwände drastisch reduziert. Die Nachweisführung auf Stations- und Monatsbasis ist weder für die Einhaltung der Mindestvorgaben, noch für die Weiterentwicklung der PPP-RL relevant. Bereits zwischen 2020 und 2022 wurden stationsbezogene Daten von allen Einrichtungen sowie in 2023 und 2024 von einer 5 %igen Stichprobe geliefert, die aus Sicht der DKG nicht ausreichend für eine Weiterentwicklung der Richtlinie genutzt wurden. Der DKG erschließt sich nicht, was aus der Dokumentation – gleich welcher Höhe, ob Stichprobe oder Vollerhebung – an Mehrwert für eine Verbesserung der Behandlung der Patienten/-innen entnommen werden kann, aus der eine Überarbeitung der Richtlinie resultieren sollte. Im Gegensatz dazu steht eine erhebliche Dokumentationsentlastung, die noch einmal vor dem Hintergrund unterstrichen wird, dass ab 2026 zwei parallele Nachweisverfahren – die Spezifikation für Teil A des Nachweises, das Servicedokument für Teil B – bedient werden müssen. In den Tragenden Gründen zur Verlängerung und Erhöhung der Stichprobe gemäß § 16 Abs. 5 PPP-RL heißt es vom GKV-SV selbst, dass es für die Einrichtungen, die nicht Teil der Stichprobe sind (also die monats- und stationsbezogenen Nachweise nicht erbringen müssen), zu einer erheblichen Dokumentationsentlastung kommt. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
9.3	ver.di	<u>§ 2, Abs. 8</u>	GKV-SV: Bei § 2 Absatz 8 handelt es sich um ein Kernelement der PPP-RL, das aus Patientensicht eine deutliche Verbesserung im Vergleich mit der Psychiatrie-Personalverordnung

	Die Einhaltung der Mindestvorgaben muss stationsbezogen erfolgen, da sich andernfalls Belastungsschwerpunkte für Beschäftigte und Einschränkungen bei der Gewährleistung der leitliniengerechten Behandlung auf einzelnen Stationen nicht feststellen und gezielt beheben lassen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Dem Vorschlag von GKV SV, PatV, BPtK kann gefolgt werden.	darstellt: Es zählt nur das am Patienten tätige Personal, formuliert als die „auf einer Station jeweils tätigen Fachkräfte der Berufsgruppen“. Es geht hier nicht um die Dokumentation auf Stationsebene, sondern um das therapeutisch am Patienten tätige Personal. Durch die vorgeschlagene Ersetzung des Begriffs „Station“ durch „Einrichtung“ wäre jedoch nicht mehr ausschließlich das am Patienten tätige, therapeutische Personal die Basis für die Einhaltung der Mindestvorgaben. Stattdessen würde auch patientenfernes, in der Einrichtung tätiges Personal ohne ggf. möglicherweise jeglichen Patientenkontakt, für die Einhaltung der Mindestvorgaben gezählt. Das vorrangige Ziel der PPP-RL, die Sicherung der Qualität in der stationären Versorgung, würde damit direkt konterkariert, die Änderung ist daher strikt abzulehnen. DKG: Kenntnisnahme. Gemäß § 7 PPP-RL müssen die Mindestvorgaben einrichtungsbezogen nachgewiesen werden. Ein künstlicher Stationsbegriff, wie er der PPP-RL zugrunde liegt, vermittelt den Eindruck, dass nur einer einzelnen Station zugeordnetes Personal für die PPP-RL-Mindestvorgaben relevant sei. In einer modernen Psychiatrie und Psychosomatik wird allerdings zunehmend stationsübergreifend und settingübergreifend gearbeitet, für einige Berufsgruppen ist dies Alltag. Eine künstliche Zuordnung auf einzelne Stationen dient nur der Nachweiserbringung und spiegelt nicht die Versorgungsrealität auf. PatV: Kenntnisnahme.

9.4	ver.di	<u>§ 2, Abs. 10</u> Es erscheint sachgerecht, dass der erhöhte Versorgungsbedarf von Patient*innen mit Intelligenzminderung im Rahmen der Budgetverhandlungen zu einem entsprechend über die Mindestvorgaben hinausgehenden Personalbedarf führen kann. Eine Refinanzierung dieses über die Mindestvorgaben hinausgehenden Personalbedarfs muss für Einrichtungen zur Versorgung intelligenzgeminderter Patient*innen sichergestellt sein. Sicherzustellen ist bei einer entsprechend vorzunehmenden Berücksichtigung ebenfalls, dass diese im Zuge der Weiterentwicklung der PPP-RL hin zur Umsetzung einer bedarfsgerechten Personalbemessung aufgenommen und in ein bedarfsgerechtes Personalbemessungsinstrument integriert wird. <u>Änderungsvorschlag:</u> Dem Vorschlag der DKG kann gefolgt werden.	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme. Bei Budgetverhandlungen müsste aber auch ein Personalbedarf hinterlegt werden. Insofern besteht hier ein Widerspruch zu Nr. 9.6. Der Hinweis im zweiten Absatz wurde von der PatV bereits in § 3 Abs. 1 berücksichtigt. BPtK: Keine Zustimmung. Der BPtK liegen Hinweise vor, dass die Verhandlung von zusätzlichem Personal über die Mindestvorgaben hinaus auf Klinikenebene häufig schwierig ist. Somit wird eine Auslagerung der Verantwortung für die Verhandlung von zusätzlich erforderlichem Personal für die Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung auf die Klinikenebene nicht befürwortet. Siehe auch die Ausführungen der DGSGb hierzu.
9.5	ver.di	<u>§ 2, Abs. 11</u> Die Definition von Stationen als kleinste bettenführende organisatorische Einheiten ist unverzichtbar, um eine bedarfsgerechte Zuordnung von Personal zu ermöglichen und die Gewährleistung der Mindestvorgaben umzusetzen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Dem Vorschlag von GKV SV, PatV, BPtK kann gefolgt werden.	GKV-SV: Dank und Zustimmung. Die Definition des Stationsbegriffs im Sinne dieser Richtlinie ist notwendig, da der Stationsbezug verschiedentlich gefordert ist – etwa für die Ermittlung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst - und eine allgemeingültige Definition des Begriffes nicht existiert. Die im § 2 Absatz 12 getroffene Definition ist angelehnt an die Stationsdefinition in § 2 Absatz 4 PpUGV. DKG: Kenntnisnahme. Ein künstlicher Stationsbegriff, wie er der PPP-RL zugrunde liegt, vermittelt den Eindruck, dass nur einer einzelnen Station zugeordnetes Personal für die PPP-RL-Mindestvorgaben relevant sei. Das ist falsch und gehört korrigiert. In einer modernen Psychiatrie und Psychosoma-

			tik wird zunehmend stationsübergreifend und settingunabhängig gearbeitet, für einige Berufsgruppen ist dies Alltag. Eine künstliche Zuordnung auf einzelne Stationen dient nur der Nachweiserbringung und spiegelt nicht die Versorgungsrealität wider. PatV: Kenntnisanahme.
9.6	ver.di	<u>§ 3, Abs. 1</u> Die Einführung eines Behandlungsbereiches A3 zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung erscheint angesichts des zusätzlichen Betreuungsaufwandes und dem damit einhergehenden Personalmehrbedarf, der sich durch die Versorgung psychisch kranker Menschen mit Intelligenzminderung ergibt, sachgerecht und im Einklang mit dem Kriterium der Notwendigkeit zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung. Gleichwohl bleibt ungeklärt, unter welchen Kriterien eine anteilige Mitwirkung der Eingliederungshilfe an der Versorgung dieser Personengruppe realisiert werden kann, um einer zusätzlichen Verknappung gegebener Personalkapazitäten entgegenzuwirken. Ziel muss sein, die mit der Einführung eines gesonderten Behandlungsbereiches der Intelligenzminderung einhergehenden erhöhten Personalbedarfe bedarfsgerecht zu decken und gleichzeitig eine Absenkung der Personalausstattung in anderen Behandlungsbereichen auszuschließen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Dem Vorschlag von PatV kann gefolgt werden.	GKV-SV: Kenntnisanahme und Ablehnung. Die PPP-RL legt einrichtungsbezogene Mindestvorgaben fest. Mit den Behandlungsbereichen der PPP-RL wird eine Schweregradadjustierung der Mindestvorgaben umgesetzt. Ein eigener Behandlungsbereich mit eigenen Minutenwerten führt jedoch nicht automatisch zu einer verbesserten Behandlungssituation von Menschen mit Intelligenzminderung. Zudem ist diese Patientengruppe – knapp über 1 Prozent der Patientinnen und Patienten - aus unserer Sicht zu klein, um eine Qualitätsverbesserung der Behandlung dieser Gruppe über einen eigenen Behandlungsbereich zu erreichen. Jegliche Änderungen an den Minutenwerten müssen zudem evidenzbasiert sein. Die aktuell vorliegenden Vorschläge erfüllen dieses Kriterium in keinsten Weise. Es wäre zu prüfen, ob Personen mit einer Intelligenzminderung in einen anderen, bereits bestehenden Behandlungsbereich, zugeordnet werden könnten. Zudem wurden in der Vergangenheit bereits die Berufsgruppe der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen aufgenommen, um die besonderen Bedarfe von Personen mit Intelligenzminderung besser zu berücksichtigen. DKG: Kenntnisanahme. Der Vorschlag eines eigenen Behand-

		lungsbereichs inkl. eigenen Minutenvorgaben für Patienten/-innen mit Intelligenzminderung ist <u>grundsätzlich</u> nachvollziehbar. Dies hätte jedoch mutmaßlich Auswirkungen auf <u>alle</u> Krankenhäuser, da die Mindestvorgaben der PPP-RL für sämtliche Kliniken gelten. Aufgrund der seit 2025 verbindlichen Einstufung der Patienten/-innen auf Basis vorliegender Routinedaten müsste jede Einrichtung, die einen einzigen Fall mit einer Haupt- oder Nebendiagnose F70.1, F71.1, F.78.1, F79.1, F72.* oder F73.* aufnimmt, die erhöhten Mindestvorgaben einhalten. Ein neuer Behandlungsbereich mit neuen Vorgaben würde angesichts drohender Sanktionen also voraussichtlich zu einem Abbau entsprechender Behandlungskonzepte führen, statt zu einem Aufbau. Wahrscheinlich ist auch, dass sich die Krankenhäuser – sofern möglich – gut abwägen, ob sie Patienten/-innen mit Intelligenzminderung stationär behandeln, wenn sie die damit zusammenhängenden Mindestvorgaben nicht erfüllen können. Um den Bedarfen von Patienten/-innen mit Intelligenzminderung besser gerecht zu werden, sollten insbesondere Einrichtungen mit speziellen Behandlungsangeboten gezielt unterstützt werden. Dies hat die DKG mit ihrem Vorschlag der Ergänzung unter § 2 Absatz 10 Spiegelstrich 5 adressiert. Erfahrungen aus den Budgetverhandlungen haben gezeigt, dass Kliniken mit entsprechenden Angeboten auf Hürden in der Finanzierung des notwendigen Personals gestoßen sind und die bisherigen Möglichkeiten – insbesondere § 2 Absatz 10 Spiegelstrich 4 – nicht ausgereicht haben. PatV: Dank und Kenntnissnahme. Die anteilige Mitwirkung

			der Eingliederungshilfe an der Versorgung dieser Personen- gruppe ist in § 113 Abs. 6 SGB IX geregelt. BPtK: Widerspruch zu den Ausführungen unter Nr. 9.2.
9.7	ver.di	<u>§ 5, Abs. 1 a, b, d, e, f, § 5, Abs. 2, § 4, Abs. 3</u> Es erscheint grundsätzlich nachvollziehbar, dass zur Ermittlung der Vorgaben zur Mindestpersonalbemessung eine Vielzahl der am Versorgungsgeschehen mitwirkenden Berufsgruppen einbezogen wird. Damit einher geht allerdings das Risiko, dass die Fachlichkeit der Pflege und Versorgung, die sich aus der bisher bestehenden Zuordnung von Berufsgruppen ergibt, aufgeweicht wird und es in der Folge allein aus ökonomischen Anreizstrukturen heraus zu einer Deprofessionalisierung der Pflege kommen kann. Eine Miteinbeziehung von Physiotherapeut*innen in die Vorgaben zur Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalbemessung ist aufgrund ihrer Charakteristik als staatlich regulierten Ausbildungsberufes sowie aufgrund ihrer grundsätzlichen Bedeutung für die multiprofessionelle Versorgung zu begrüßen. Die Anrechnung Medizinischer Fachangestellter in die Mindestvorgaben der Personalausstattung für Pflegefachpersonen ist abzulehnen, da es sich hierbei um einen Gesundheitsberuf mit einem eigenen Aufgabenprofil handelt. ver.di lehnt die Aufnahme der Physician Assistants in die Personalausstattung der Ärzt*innen ab. Es handelt sich hierbei um einen bisher nicht allgemein anerkannten Beruf, es fehlt eine staatliche Regelung. Für Physician Assistants bleibt die Problematik der Heilkundenausübung durch Delegation bestehen, ein klares Berufsbild zeichnet sich bisher nicht ab. Oftmals stehen ökonomische Überlegungen im Vordergrund, die sich nachteilig auf die Versorgungsqualität auswirken können.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Die Behandlung in einem multiprofessionellen Team der verschiedenen Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL ist essenziell in der Psychiatrie, das therapeutische Zusammenwirken der unterschiedlichen Berufsgruppen ist ein zentraler Baustein der Behandlung. Die Berufsgruppen der PPP-RL sind nach wie vor die zentralen Fachkräfte in der Behandlung. Eine Aufweichung der Fachlichkeit, wie dies durch die Ergänzung von Hilfskräften der Fall wäre, lehnt der GKV-SV ab. GKV-SV: Kenntnisnahme. GKV-SV: Dank und Zustimmung. Die in § 5 PPP-RL verankerten Berufsgruppen mit den therapeutisch relevanten Fachkräften sind essenziell für eine qualitativ hochwertige Behandlung. Eine Aufweichung der Fachlichkeit, wie dies durch die Ergänzung von Hilfskräften der Fall wäre, lehnt der GKV-SV ab. Gemäß der PpUGV sind MFA den Pflegehilfskräften zuzuordnen. Eine Ergänzung von MFA in § 5 Absatz 1b und 2b ist deshalb abzulehnen. Eine Ergänzung von Physician Assistants in der Berufsgruppe der Ärzte und damit einhergehende faktische Gleichstellung mit Ärztinnen und Ärztinnen ist aufgrund ärztlicher Vorbehaltsaufgaben abzulehnen.

	<u>Änderungsvorschlag:</u> Keine Übernahme der vorgeschlagenen Änderungen	DKG: Kenntnissnahme. Die Sorge um eine schleichende Deprofessionalisierung der Pflege wird nicht geteilt. Die Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL sehen verschiedene Aufgaben vor, die nicht zwingend von Fachkräften der jeweiligen Berufsgruppe ausgeführt werden müssen. Es gibt langjährig etablierte Konzepte zur Aufgabenteilung in den Kliniken, um u. a. den Anforderungen des Fachkräftemangels gerecht zu werden. Gerade in der Pflege wurden viele Tätigkeiten identifiziert, die nicht von Pflegefachkräften ausgeführt werden müssen, sondern sowohl von (ausgebildeten) Pflegehilfskräften, wie auch (ausgebildeten) Medizinischen Fachangestellten übernommen werden können. Mit der Ergänzung Medizinischer Fachangestellter werden Pflegefachkräfte gezielt entlastet, die sich auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren können. In Anbetracht zunehmender Belastungen der Pflegefachpersonen kann dies entscheidend zur Motivationssteigerung beitragen. Eine komplette oder sehr weitreichende Substitution von Pflegefachkräften durch Medizinische Fachangestellte ist hingegen aufgrund (zwar nicht in der PPP-RL definierter) berufsspezifischer Vorbehaltsaufgaben nicht zu befürchten. Ziel und Sinn der Behandlungsqualität muss es sein, dass Kliniken ihre multiprofessionellen Teams anhand des individuellen Bedarfs der Patienten/-innen einzusetzen können, und nicht anhand von kleinteiligen Vorgaben einer Richtlinie. Eine zukunftsfähige, moderne Psychiatrie und Psychosomatik setzt zunehmend neue therapeutische Berufsbilder ein und/oder wird dies angesichts fehlender Fachkräfte in anderen Berufsgruppen verstärkt tun müssen. Die aktuellen

			Begrenzungen der PPP-RL in § 5 stehen dem diametral entgegen und verstärken eher die Gefahr eines systematischen Abbaus der Versorgung. PatV: Kenntnisnahme.
9.8	ver.di	<u>§ 6, Abs. 6</u> Bisher fehlt eine bundeseinheitliche, verbindlich anzuwendende Definition für die Erfüllung von Versorgungsverpflichtungen. Bisher bestehen regional unterschiedliche Kriterien für die Erbringung der Pflichtversorgung. Der Einführung eines alternativen Kriteriums im Sinne einer 24-Stunden-Aufnahmebereitschaft kann deshalb nicht gefolgt werden. Voraussetzung hierfür wäre zunächst die bundeseinheitliche Definition und flächendeckende Geltung der Versorgungsverpflichtung sowie empirische Daten über deren zeitlaufbezogene Erfüllung, bevor ein noch nicht einheitlich geregeltes Begriffsbild einer 24-Stunden-Aufnahmebereitschaft inklusive der hierfür zu definierenden Merkmale etabliert und nachvollzogen wird. <u>Änderungsvorschlag:</u> Dem Vorschlag von DKG, PatV, BPtK kann gefolgt werden.	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Bisher existiert keine bundeseinheitliche Definition einer Versorgungsverpflichtung. Diese Definitionslücke sollte jedoch nicht davon abhalten, die Regelungen in der PPP-RL zu konkretisieren. Um zukünftig eine möglichst einheitliche und versorgungsrealitätsnahe Ermittlung der Mindestvorgaben zu ermöglichen, erfolgt deshalb eine Annäherung an die regionale Pflichtversorgung indirekt über die Angabe, dass die Einrichtung über eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme verfügt. Dabei handelt es sich um ein wesentliches Merkmal der Pflichtversorgung, das einen direkten Bezug zu der notwendigen Personalausstattung hat. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
9.9	ver.di	<u>§ 6, Abs. 7</u> Für die Festlegung von Mindestvorgaben im Nachtdienst sind neben der Miteinbeziehung des Anteils der Patient*innen mit Intelligenzminde rung weitere Kriterien relevant. Dazu gehört eine Berücksichtigung der einrichtungsbezogenen Gegebenheiten (weitläufiges Gelände mit einzelnen Stationen etc.) sowie die Aufstellung von Vorgaben, die der Sicherheit des eingesetzten Personals dienen. Dies beinhaltet geschützte Akut- bzw. Intensivstationen, fakultativ geschlossene Stationen und Sta-	GKV-SV: Kenntnisnahme. Der G-BA hat sich dazu verpflichtet, seine im September 2022 beschlossenen Mindestvorgaben für den Nachtdienst, die ab 2024 gelten, bis zum 31. Dezember 2025 weiterzuentwickeln. Allerdings zeigen die Nachweise, dass eine Weiterentwicklung zum aktuellen Zeitpunkt noch zu früh ist. Deshalb wird die Überprüfung und Weiterentwicklung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst bis zum 30. Juni 2027 verlängert.

		tionen mit geschützten Bereichen mit Patient*innen, die Zwangsmaßnahmen unterliegen (Überwachung fixierter/isolierter Patient*innen) sowie Aufnahmestationen, die Patient*innen mit (fremd-)aggressivem Verhalten, Erregungszuständen, Drogen- und Alkoholeinfluss etc. aufnehmen und behandeln (Akutbehandlung). Hier sind mindestens zwei Pflegefachkräfte gemäß § 5 plus die Möglichkeit der Einrichtung eines Bereitschaftsdienstes notwendig. Einrichtungsbezogene Gegebenheiten können auch die Vorhaltung eines Kriseninterventionsteams (psychiatrischer und/oder vitaler Notfall) beinhalten. Hier besteht auch die Notwendigkeit einer damit verbundenen Vorgabe zur ärztlichen Besetzung im Nachtdienst/Bereitschaftsdienst. Deutlich zu kritisieren ist, dass die zum 30.05.2025 vorgesehen Festlegung von Folge Regelungen für den Nachtdienst durch den G-BA als Weiterentwicklung auf dem Weg zur Umsetzung einer bedarfsgerechten Personalbemessung nun bis zum 30.06.2027 verschoben werden soll. Damit wird eine erhebliche zeitliche Verschiebung in Kauf genommen, die sich sowohl hinsichtlich der notwendigen zeitnahen Entlastung der in den Einrichtungen tätigen Beschäftigten als auch im Sinne der erst durch Umsetzung einer bedarfsgerechten Personalbemessung zu sichernden Versorgungsqualität negativ auswirken wird und daher abzulehnen ist. <u>Änderungsvorschlag:</u> Dem Vorschlag der PatV / BPtK kann zugestimmt werden. Die Verschiebung der Weiterentwicklung der Nachtdienstregelungen auf den 30.06.2027 wird abgelehnt.	DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
9.10	ver.di	<u>§ 7, Abs. 5</u>	GKV-SV: Dank und Zustimmung. Die Transparenz auf Monats- und Stationsebene ist erforderlich, um eine ggf. auftretende Fehlversorgung zu verhindern und als Grundlage

		Die Geltung der Nachweiserbringung auf monats- und stationsbezogener Ebene gemäß § 2 Abs. 7 soll auch die tatsächliche Personalausstattung im Nachtdienst erfassen. Eine Nichtberücksichtigung der im Nachtdienst tätigen Beschäftigten würde eine nicht sachlich zu rechtfertigende Benachteiligung bedeuten, da entstehende Risikofaktoren für Überlastung und Unterbesetzung nicht transparent würden. Zudem ist die tatsächliche Personalausstattung im Nachtdienst Grundlage für die notwendige Weiterentwicklung von Mindestvorgaben für die Nacht. <u>Änderungsvorschlag:</u> Gemäß Vorschlag GKV-SV, PatV und BPtK ist die tatsächliche Personalausstattung im Nachtdienst bei der Nachweiserbringung weiterhin zu berücksichtigen.	für die Weiterentwicklung der RL hinsichtlich der Personalausstattung im Nachtdienst zu dienen. DKG: Kenntnisnahme. Für die monats- und stationsbezogene Dokumentation im Nachtdienst gelten dieselben Vorbehalte wie für jene im Tagdienst. Mit einer Streichung wie im DKG-Vorschlag vorgesehen, werden die Dokumentationsaufwände des zuständigen Personals (insbesondere des Pflegepersonals!) drastisch reduziert. Die Nachweisführung auf Stations- und Monatsebene ist weder für die Einhaltung der Mindestvorgaben, noch für die Weiterentwicklung der PPP-RL relevant. Für weitere Ausführungen vgl. Nr. 9.2. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
9.11	ver.di	<u>§ 8 Abs. 2</u> Die bei der tatsächlichen Personalausstattung nach dem Willen der DKG vorgesehene Bezugnahme auf den § 27 Abs. 4 PsychThG stellt eine Verknappung dar gegenüber der geltenden Berücksichtigung von Berufsgruppen auf Grundlage einer Vergütung entsprechend des jeweiligen Grundberufs. Die Anrechnung dieser Berufsgruppen in Ausbildung entsprechend ihrem Grundberuf ist beizubehalten. Eine uneingeschränkte Anrechnung von Fach- und Hilfskräften in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung birgt das Risiko einer dauerhaften und weitgehend unregelmäßigen Berücksichtigung dieses Personenkreises als Ausgleich für nicht vorhandenes Fachpersonal. Damit wären weder eine qualitative, leitliniengerechte Versorgung noch eine Behandlungskontinuität in multiprofessionellen, eingespielten Teams sichergestellt. Vor diesem Hintergrund lehnt ver.di den Vorschlag ab, Fach- und Hilfskräfte in einer berufsbegleitenden Ausbildung zu einer	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Mit dem Vorschlag der DKG soll u. a. den tariflichen Rahmenbedingungen (u. a. von ver.di mit verhandelt) vor Ort Rechnung getragen und damit den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben werden, tatsächlich vorhandenes und in der Versorgung tätiges Personal entsprechend zu berücksichtigen. Die bisherige Regelung der PPP-RL untersagt dies, was u. U. zu einer Nichtberücksichtigung von gut ausgebildetem Personal führen kann. Mit dem Verweis auf § 27 Absatz 4 PsychThG wird geregelt, dass

		Berufsgruppe gemäß § 5 während ihrer berufsbegleitenden Ausbildung bis zu drei Jahre zu berücksichtigen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Dem Vorschlag von GKV-SV, PatV, BPtK zur Beibehaltung der Berücksichtigung in Abhängigkeit von der Vergütung entsprechend des Grundberufs kann gefolgt werden. Dem Vorschlag von PatV und BPtK, Fach- und Hilfskräfte in einer berufsbegleitenden Ausbildung zu einer der Berufsgruppen gemäß § 5 bis zu drei Jahre während ihrer Ausbildung anzurechnen, kann nicht gefolgt werden. Ausbildung muss immer im Vordergrund stehen. Deshalb lehnt ver.di eine Anrechnung von Auszubildenden gemäß § 5 ab.	eine Berücksichtigung des Personals erfolgen kann, sofern bei Vollzeittätigkeit eine monatliche Vergütung in Höhe von mindestens 1.000 Euro erfolgt. Ziel des Vorschlags zur Anrechnung von Fach- und Hilfskräften während der Zeit ihrer Aus- oder Weiterbildung soll sein, den Anreiz für eine Qualifikation zu einer Berufsgruppe gemäß § 5 PPP-RL zu erhöhen. Es werden also Personen mit einer <u>berufsbegleitenden</u> Aus- oder Weiterbildung adressiert. Darüber hinaus wird nicht ersichtlich, warum der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft an einer willkürlichen Begrenzung der Aus- bzw. Weiterbildungsdauer gelegen ist. Diese dauern, gerade wenn sie berufsbegleitend erfolgen, häufig länger als drei Jahre. Zumal sich die Zeit aus unvorhersehbaren Gründen, etwa durch die Pflege von Angehörigen, die Erziehung von Kindern und Jugendlichen oder andere Lebensumstände, ebenfalls verlängern kann. PatV: Kenntnissnahme.
9.12	ver.di	<u>§ 8 Abs. 3</u> Geregelt werden soll die gegenseitige Anrechenbarkeit von Fachkräften der Berufsgruppen nach § 5 im Rahmen der tatsächlichen Personalausstattung. ver.di erkennt keine Notwendigkeit, die bisher nur für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen geltende Anrechenbarkeit künftig auch auf Pflegefachpersonen zu erstrecken. In den bisher geltenden Anrechnungskriterien, die eine evidenzgesicherte und auf Gewährleistung einer leitliniengerechten Behandlung ausgerichtete Zusammensetzung multiprofessioneller Teams beinhalten, ist bereits eine sachgerechte Erbringung der Regelaufgaben der einzelnen Berufsgruppen unter Berücksichtigung möglicher Aufgabenübernahme durch andere Berufsgruppen abgebildet.	GKV-SV: Dank und Zustimmung. DKG: Kenntnissnahme. Auch Pflegefachkräfte können selbstständig oder in Anleitung durch Ärzte/-innen in einem begrenztem Umfang Regelaufgaben der Berufsgruppe der Ärzte/-innen übernehmen (z. B. Co-therapeutische Aufgaben). So wurde im geplanten Pflegekompetenzgesetz als Begründung für einen stärkeren Einbezug der Pflegenden bzw. Stärkung ihrer Kompetenz angeführt, dass Pflegefachkräfte „häufig weitergehende, eigenverantwortliche Aufgaben in der Versorgung [übernehmen] und [...] damit nicht nur für eine bessere Versorgung, sondern im Rahmen einer Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams auch zur

		<u>Änderungsvorschlag:</u> Dem Vorschlag von GKV-SV, PatV und BPtK kann gefolgt werden.	Entlastung von Ärztinnen und Ärzten“ beitragen (Kabinettsentwurf zum Pflegekompetenzgesetz, S. 58). Der Vorschlag der DKG trägt dem Rechnung. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
9.13	ver.di	<u>§ 8 Abs. 4, § 8 Abs. 5</u> Behandlungskontinuität in etablierten und eingespielten Teams setzt den Einsatz von Personal in einem direkten Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus voraus. Arbeitnehmerüberlassungsmaßnahmen stehen dem entgegen und verursachen durch die erhöhte Personalfluktu-ation und die ständige Restrukturierung innerhalb multiprofessioneller Teams den Verlust einer langfristigen, vertrauensbasierten Zusammen-arbeit. Die Anrechnung von Fachkräften ohne direktes Beschäftigungs-verhältnis mit dem Krankenhaus ist daher abzulehnen. Der Vorschlag der DKG, die Anrechenbarkeit von Fachkräften und Hilfskräften aus anderen Berufsgruppen von zehn Prozent auf bis zu 30 Pro-zent zu erhöhen, ist abzulehnen. Diese Ausweitung der Anrechenbarkeit widerspricht dem Anspruch an eine hohe Versorgungsqualität und birgt das Risiko einer weiteren Arbeitsverdichtung bei den Berufsgruppen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Dem Vorschlag von GKV-SV, PatV und BPtK zu Abs. 4 kann gefolgt wer-den. Dem Vorschlag von GKV-SV, PatV und BPtK zu Abs. 5 kann gefolgt wer-den.	GKV-SV: Dank und Zustimmung. Nicht direkt in der Einrich-tung angestelltes Personal ist aus Qualitätsaspekten kritisch zu sehen. Denn gerade in der Psychiatrie, in der die multi-professionelle Teamarbeit sowie der Beziehungsaufbau und die Beziehungskontinuität mit den Patientinnen und Patien-ten essenziell ist, sollte nicht festangestelltes Personal die Ausnahme bleiben. Nicht akzeptabel ist hierbei insbeson-derer Einsatz von nicht qualifiziertem, „psychiatriefrem-dem“ Personal. GKV-SV: Dank und Zustimmung. Die in § 5 PPP-RL veranker-ten Berufsgruppen mit den therapeutisch relevanten Fachkräften sind essenziell für eine qualitativ hochwertige Be-handlung. Eine Aufweichung der Fachlichkeit, wie dies durch eine deutliche Erhöhung der Anrechnungen der Fall wäre, lehnt der GKV-SV ab. DKG: Kenntnisnahme. Mit der Erhöhung der maximal zuläs-sigen Anrechnungsgrenze von Fremd- und Hilfspersonal in der Berufsgruppe der Pflegenden trägt der Vorschlag der DKG der vielerorts gelebten Versorgungspraxis Rechnung. Wenngleich sich das ausgewiesene Fach- und Fremdperso-nal in der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen seit Einfüh-rung der aktuellen Anrechnungshöhe im Jahr 2023 sukzes-siv reduziert hat, hatten die Krankenhäuser seitdem im Nachweis nach Anlage 3 PPP-RL überhaupt nicht die Mög-lichkeit, weiteres Personal über diese Anrechnungshöhe

			hinaus auszuweisen. Demgegenüber stehen die erheblichen Entlastungspotenziale von z. B. Pflegehilfs- und Pflegeassistentenkräften für Pflegefachkräfte. Dieses Hilfspersonal macht seit jeher einen substanziellen Anteil in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung aus. Bis zu einem Drittel der Pflegeleistungen (und damit zu Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL) können von Hilfskräften übernommen werden. Mit der Möglichkeit, Fremd- und Hilfskräfte stärker als bisher berücksichtigen zu können, werden Pflegefachkräfte gezielt entlastet. Diese können sich damit verstärkt auf sogenannte Vorbehaltsaufgaben konzentrieren. Die stärkere Berücksichtigung PPP-RL-fremden Personals wird umso wichtiger, sollten die bisherigen Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL wie bisher begrenzt bleiben. Etwas, das die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft offenkundig befürwortet. Die Kliniken haben dann kaum noch eine Möglichkeit, ihre patientenindividuellen Behandlungskonzepte umzusetzen. In der Folge wird es mutmaßlich zu einer schrittweisen Reduzierung des Behandlungsangebots kommen, sofern gut ausgebildete Fach- und Hilfskräfte nicht in den Mindestvorgaben berücksichtigt werden können. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
9.14	ver.di	<u>§ 8 Abs. 7</u> Einsätze im Nachtdienst setzen aufgrund der möglichen Komplexität von Behandlungssituationen und der damit einhergehenden Herausforderungen eine ausreichende Qualifikation und entsprechende Erfahrung voraus. Eine abgeschlossene Ausbildung von Pflegehilfskräften von mindestens 18 Monaten oder eine Tätigkeit im Berufsfeld von mindestens	GKV-SV: Kenntnisnahme. Bisher durfte Fremd- oder Hilfspersonal im Nachtdienst nicht angerechnet werden. Der GKV-SV erhielt Hinweise, dass diese Vorgabe negative Auswirkungen auf die Versorgung haben könnte. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch Fachpersonal ist

		drei Jahren muss als Mindestvoraussetzung für eine Anrechenbarkeit dienen. Dabei muss sichergestellt sein, dass pro Station und Nacht eine hauptverantwortliche Fachkraft der Berufsgruppen gemäß § 5 auf den Stationen, auf denen Pflegehilfskräfte eingesetzt werden, tätig ist. Der Einsatz von anderen Fach- und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen im Nachtdienst ist auszuschließen. Eine Anrechenbarkeit von Pflegehilfskräften im Umfang von bis zu 10 % lehnt ver.di als zu umfangreich bemessen ab. Die komplexen versorgungsbezogenen Anforderungen und die große Verantwortung erfordern eine hohe Fachlichkeit der Pflegepersonen. Der Pflegeprozess ist durch Pflegefachpersonen durchgängig durchzuführen. Der ergänzende Einsatz von Pflegehilfskräften darf nur in einem solchen Maßstab erfolgen, dass die Fachlichkeit der Pflege durch den vorrangigen Einsatz von Pflegefachkräften gewahrt bleibt. <u>Änderungsvorschlag:</u> Dem Vorschlag der PatV zur Anrechenbarkeit von Pflegehilfskräften mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung von 18 Monaten oder einer Tätigkeit im Berufsfeld von mindestens drei Jahren kann gefolgt werden. Dem Vorschlag der DKG, dass hauptverantwortliche Fachkräfte der Berufsgruppen gemäß § 5 auf den Stationen eingesetzt werden, kann gefolgt werden. Dem Ausschluss der Anrechenbarkeit anderer Fach- und Hilfskräfte aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen kann gefolgt werden.	auch nachts zentral, weshalb unser Vorschlag eine begrenzte Anrechnung von Pflegehilfskräften im Nachtdienst vorsieht. Zudem darf dies nur erfolgen, wenn zugleich eine Pflegefachkraft pro Station und Nacht hauptverantwortlich im Dienst ist. Dahingegen ist ein Vorschlag ohne Begrenzung von Pflegehilfskräften und nicht zwingender Anwesenheit einer Pflegefachkraft im Dienst abzulehnen. DKG: Dank und Kenntnisnahme. Vor dem Hintergrund noch offener gesetzlicher Regelungen für eine bundeseinheitliche Ausbildung spricht sich die DKG zunächst für eine Dauer von zwölf Monaten aus. Dies ist in einem niedrighschwelligen Zugang zur Ausbildung vor bestehenden knappen Ausbildungsressourcen begründet. Auch die Herausforderung von organisatorischen Hürden bleibt ein gewichtiger Grund, eine zwölfmonatige Dauer zu befürworten. Der Vorschlag sieht die Hauptverantwortlichkeit im Nachtdienst bei einer Fachkraft der § 5 PPP-RL. Pflegehilfskräfte übernehmen eine Reihe essenzieller Regelaufgaben von Pflegefachkräften nach Anlage 4 der PPP-RL, wodurch die Pflegefachkräfte gezielt entlastet werden und diese sich auf die fachpflegerischen Aufgaben konzentrieren können. Bisher ist eine Anrechnung von Pflegehilfskräften nur im Tagdienst möglich. Jedoch bedarf es auch in der Nacht der Unterstützung von Hilfskräften, um die Versorgung flächendeckend zu gewährleisten. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
9.15	ver.di	<u>§ 10 Abs. 1 S. 4</u> Es ist sachlich richtig und dem Ziel einer Sicherstellung der Verbindlichkeit von Mindestvorgaben in der Personalausstattung dienlich, wenn	GKV-SV: Dank und Zustimmung.

		Abweichungen möglichst minimiert und die für diese in Frage kommenden Tatbestände begrenzt werden. Vor diesem Hintergrund ist eine Kopplung von Ausnahmetatbeständen an den Zeitraum des Bestehens der Übergangsregelung nach § 16 grundsätzlich sachgerecht. Gleichzeitig sind qualitative Grenzen unabdingbar, um eine beliebige Auslegung von Ausnahmeregelungen zu vermeiden und auf eine möglichst am inhaltlichen Zweck der Richtlinie orientierte Tatbestandsregelung hinzuwirken. <u>Änderungsvorschlag:</u> Der Befristung einer Abweichungsmöglichkeit entsprechend § 16 Abs. 1 S. 1 (Vorschlag GKV-SV / BPtK) kann zugestimmt werden. Dem Vorschlag der PatV, dass 80 % der Mindestvorgaben dabei nicht unterschritten werden dürfen, kann zugestimmt werden.	DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme.
9.16	ver.di	<u>§ 13 Abs. 5</u> Einer Verschiebung des Inkrafttretens der Sanktionierung auf den Zeitraum zwischen 2028 und 2029 lehnt ver.di strikt ab. Voraussetzung für die Wirksamkeit der Mindestvorgaben sind Konsequenzen durch Sanktionen bei Nichteinhaltung. Das Verschieben würde faktisch auf eine weitere zweijährige Aussetzung der in der PPP-RL gemachten Vorgaben hinauslaufen und daraus resultierende nachteilige Effekte für die Beschäftigten der betroffenen Einrichtungen sowie für die leitliniengerechte Versorgung der Patient*innen in Kauf nehmen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Dem Vorschlag von GKV-SV, BPtK kann gefolgt werden.	GKV-SV: Dank und Zustimmung. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist und bleibt die Sicherung der Qualität in der stationären psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung – insbesondere die Festlegung von verbindlichen Mindestanforderungen für die Personalausstattung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen. Die PPP-Nachweise zeigen, dass nach wie vor Handlungsbedarf besteht und die Mindestvorgaben endlich verbindlich gelten müssen: Einerseits haben die Kliniken ihre Leistung über den Zeitverlauf deutlich erhöht, und andererseits hat sich der Umsetzungsstand verschlechtert. Vor allem zeigt sich eine Verschlechterung bei Einrichtungen, die die Mindestvorgaben nicht erfüllen. DKG: Kenntnisnahme. Ab 2026 drohend für ca. die Hälfte der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser

			empfindliche Sanktionen. Die Annahme, allein Strafzahlungen könnten die Kliniken zur Einhaltung der Mindestvorgaben disziplinieren, ist unangebracht und stellt die Kliniken unter Generalverdacht. Zum einen ist das Argument vermessend, die Krankenhäuser hätten bereits fünf Jahre Zeit für den notwendigen Personalaufbau gehabt, angesichts der Tatsache, dass das Budget zur Umsetzung der PPP-RL aufgrund der Fortschreibung der Leistungen in den Corona-Jahren vielerorts erst seit 2023 verhandelt wird. Zum anderen ist derzeit nicht immer gewährleistet, dass das zur kontinuierlichen Umsetzung der Mindestvorgaben notwendige Personal in ausreichender Höhe von den Kostenträgern finanziert wird. Neben der engen Orientierung an den Einstufungsstufen gemäß § 16 Abs. 1 PPP-RL ist auch die Vereinbarung von Schwankungsreserven für Ausfallzeiten oder variierende Patientenbelegungen etwa bei regionaler Pflichtversorgung auf der Ortsebene teils schwer möglich. Ein schrittweiser Personalaufbau und damit eine kontinuierliche, sichere Erfüllung der Mindestvorgaben kann unter diesen Voraussetzungen kaum funktionieren. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
9.17	ver.di	<u>Anlage 1 – Minutenwerttabellen</u> Der Einfügung der Zeile A 3 kann zugestimmt werden. Die Zeile G2 ist auf den Minutenwert 2015 statt wie bisher 1645 zu aktualisieren, um die bedarfsgerechte Versorgung von Patient*innen mit Demenz, Intelligenzverlust, Multimorbidität in Verbindung mit den Eingruppierungsempfehlungen der Anlage 2 sicherzustellen.	GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.

10 Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT), 05.03.2025			
10.1	WFKT	<u>Allgemeine Anmerkung</u> Betrifft fachliche Klarheit/ Einheitlichkeit der begrifflichen Verwendung 1) Innerhalb der Berufsgruppe Spezialtherapien soll/ sollte für die Nennung der untergeordneten Berufsgruppe Künstlerische Therapien einheitlich (durchgehend) der Begriff: „Künstlerische Therapien“ verwendet werden. Dieser hat sich sowohl in der akademischen Ausbildung als auch in der Professionalisierung des Fachs (in Praxis und Forschung) durchgesetzt. Die Heterogenität der Vielfalt der Begrifflichkeiten, wie Kreativtherapie, Gestaltungstherapie u.a. ist Geschichte und widerspricht der fachlichen Etablierung. Die Begriffe: <i>Künstlerische Therapeutinnen</i>“ und „Künstlerische Therapeuten“ werden bereits klar verwendet. 2) Innerhalb der Künstlerischen Therapien werden je nach Anwendung des künstlerischen Mediums die folgenden Bereiche/ Praxischwerpunkte unterschieden: Musik-, Kunst-, Theater-, Poesie-, Tanz- und Ausdruckstherapien. I.d.R. wird indikationsbezogen ausgewählt (gemäß vorliegender Evidenz), welcher Schwerpunkt in das Behandlungskonzept (für die Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik oder Kinder- und Jugendpsychiatrie) integriert bzw. patientenorientiert angewendet wird. 3) Für inhaltliche Klärungen hinsichtlich der Professionalisierung in Praxis und Ausbildung der Künstlerischen Therapien - hinsichtlich deren fachlichen Eingruppierung sowie Regelaufgaben - stehen wir als WFKT jederzeit sehr gerne zur Verfügung.	DKG: Kenntnissnahme. Eine Berufsgruppe mit dem Begriff „Therapien“ (z. B. Spezialtherapien oder Künstlerische Therapien) zu bezeichnen würde der Logik der Richtlinie widersprechen. Künstlerische Therapeuten/-innen hingegen sind jetzt bereits beispielhaft als eine der möglichen Berufe in der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten/-innen genannt. PatV: Dank und Kenntnissnahme. GKV-SV: Kenntnissnahme. Die PPP-RL verwendet bereits in § 5 in Berufsgruppe d) den von der WFKT vorgeschlagenen Begriff „Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten“. GKV-SV: Kenntnissnahme. GKV-SV: Wir nehmen das Angebot zur fachlichen Mitarbeit an der Weiterentwicklung der Richtlinie zur Kenntnis und bedanken uns dafür.

10.2	WFKT	<u>§ 5 Berufsgruppen, Absätze 1) und 2), S. 7-9</u> Die vorgeschlagene weitere Zusammenlegung von verschiedenem Fachpersonal unter der Berufsgruppe Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten halten wir für zu vereinfachend und daher kritisch, insbesondere da die von d) bis f) genannten therapeutischen Berufsgruppen jeweils eine eigene Professionalisierung und Akademisierung entwickelt haben. Die Abschlüsse für Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerischen Therapeuten sind Diplom, Bachelor und Master. Es sind eben <u>nicht</u> nur erworbene fachliche Schwerpunkte. Die spezifischen Therapieansätze (unter d-f), wie Ergotherapie, Künstlerische Therapien, Sprachheiltherapie, Logopädie, Bewegungstherapie etc. sollten für die psychosoziale Versorgung der Patientinnen und Patienten grundsätzlich zugänglich sein. Eine vereinfachte und summarische Bündelung der therapeutischen Berufsgruppen führt aus unserer Sicht eher zur Vernachlässigung der spezifischen Ansätze (deren Ziele, Wirksamkeit u.a.) mit ggf. qualitativen Folgen für die psychosoziale Versorgung der Patientinnen und Patienten. <u>Änderungsvorschlag:</u> Wir schlagen die Formulierung vor: „Spezialtherapien - Fachkräfte für Psychosoziale Versorgung“.	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme Eine Berufsgruppe mit dem Begriff „Therapien“ (z. B. Spezialtherapien oder Künstlerische Therapien) zu bezeichnen würde der Logik der Richtlinie widersprechen. PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme.
10.3	WFKT	<u>Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten</u> <u>ANLAGE 4, S. 89 ff</u> In der EPPIK Studie wurde die Eignung des sog. „Plattformmodell“ (im Sinne eines Strukturmodells) als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken – vor dem Hintergrund der Komplexität des Klinikalltages – untersucht. Die Formulierung der Regelaufgaben für die Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	GKV-SV: Kenntnisnahme. Eine inhaltliche Überarbeitung der Regelaufgaben in Anlage 4 PPP-RL ist nicht Gegenstand der derzeitigen Weiterentwicklung der PPP-RL. DKG: Kenntnisnahme. Eine inhaltliche Überarbeitung der Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL ist nicht Gegenstand

		(der psychosozialen Berufsgruppen) sind daran zu orientieren. Dies begründet sich u.a. darin, dass sich in den Künstlerischen Therapien spezifische Interventionen (empirisch-wissenschaftlich fundiert), insb. im Kontext multiprofessioneller Behandlungskonzepte entwickelt haben, sowohl bezogen auf ausgewählte Diagnosegruppen als auch zur diagnoseübergreifenden Psychoedukation (Literatur dazu s. unten). <u>Änderungsvorschlag:</u> Unter (2) Einzelfallbezogene und (3) Gruppenbezogene Behandlung sollte es heißen (Änderung des jeweils erst genannten Punktes): „Spezifische künstlerisch-therapeutische Behandlung (Musik-, Kunst-, Theatertherapie u.a.)“ anstatt „Spezifische kreativitätsfördernde Behandlung einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie“ (Literatur dazu s. unten).	der Weiterentwicklung der PPP-RL. Die DKG bedankt sich jedoch grundsätzlich für die Vorschläge zur Anpassung der Regelaufgaben. PatV: Dank und Kenntnisnahme. Vorschlag wird geprüft. BPtK: Danke, und Übernahme des Änderungsvorschlags wird von der BPtK im Rahmen weiterer RL-Überarbeitungen geprüft.
10.4	WFKT	Literatur (-Auswahl) Ganter-Argast, C., Junne, F., & Seifert, K. (2022). Kunsttherapie: Aktuelle Entwicklungen in Forschung und Ausbildung [Art therapy: Current developments in research and training]. Der Nervenarzt, 93(9), 953–970. https://doi.org/10.1007/s00115-022-01383-2 Kobus, S., Buehne, A.M., Kathemann, S., Buescher, A.K., & Lainka, E. (2023). Parents' Perceptions of the Effectiveness of Music Therapy on Their Chronically Ill Children. Behav Sci (Basel). 2023 May 14; 13(5):409. DOI: 10.3390/bs13050409 Koch, S. C., Wirtz, G., Harter, C., Weisbrod, M., Winkler, F., Pröger, A., & Herpertz, S. C. (2019). Embodied self in trauma and self-harm: Effects of Flamenco therapy on traumatized in-patients. A pilot study. Journal of Loss and Trauma, 04/2019. https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1507472 Sprotte, Y. (2023). Computerized text and voice analysis of patients with chronic schizophrenia in art therapy. Sci Rep 13, 16062 (2023). DOI: 10.1038/s41598-023-43069-y	GKV-SV: Kenntnisnahme.

		Zaščirinska, K., Šuriņa, S., Mārtinsone, K. (2024). Trends in dance/movement therapy research: A bibliometric analysis of publications in the scopus bibliographic and citation information database. The Arts in Psychotherapy 90/2024. https://doi.org/10.1016/j.aip.2024.102195	
11	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), 06.05.2025		
11.1	DGPPN	<u>Allgemeine Anmerkung</u> Die DGPPN begrüßt die vorliegenden Änderungsvorschläge zur Flexibilisierung der Anrechenbarkeit der verschiedenen Berufsgruppen, zur Anrechenbarkeit einer höheren Hilfskraftquote, zur Anrechenbarkeit weiterer Berufsgruppen sowie zur Anrechenbarkeit von administrativ unterstützenden Berufen. Gleichzeitig ist bei der Flexibilisierung der Anrechenbarkeit von Berufsgruppen Sorge zu tragen, dass dies nicht zu Lasten der Qualitätssicherung geschieht. Die vorliegenden Änderungsvorschläge sind diesbezüglich noch verbesserungsbedürftig. Entsprechend unterstützt die DGPPN nicht alle Vorschläge der DKG und sie unterstützt an einer Stelle einen abweichenden Vorschlag der PatV.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir teilen die Sorge der DGPPN, dass zu große Flexibilität bei den Berufsgruppen zu Lasten der Qualität der Behandlung führen kann. Deshalb tragen die Vorschläge des GKV-SV zwar zu mehr Flexibilität für die Krankenhäuser bei, sie sind jedoch begrenzt, um dennoch das Qualitätsniveau der Behandlung zu sichern. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Flexibilisierung des Personaleinsatzes zur Umsetzung der Mindestvorgaben muss aus Sicht der DKG das Ziel der aktuellen Weiterentwicklung der PPP-RL sein. Anders lässt sich eine flächendeckende und auf die jeweiligen Bedarfe der Patienten/-innen ausgerichtete psychiatrische und psychosomatische Versorgung in Zukunft nicht gewährleisten. Ziel und Sinn der PPP-RL muss es sein, dass Kliniken ihre multiprofessionellen Teams anhand des individuellen Bedarfs ihrer Patienten/-innen einsetzen können, und nicht anhand von kleinteiligen Vorgaben. Eine zukunftsfähige Psychiatrie und Psychosomatik setzt zunehmend neue therapeutische Berufsbilder ein und/oder wird dies angesichts fehlender Fachkräfte in anderen Berufsgruppen verstärkt tun müssen. Die aktuellen Begrenzungen der PPP-RL in § 5 sowie die begrenzten Anrechnungsregelungen nach § 8 stehen dem diametral entgegen und verstärken eher die Gefahr eines systematischen Abbaus der Versorgung.

	Darüber hinaus unterstützt die DGPPN die Vorschläge der DKG zur Reduzierung der überbordenden Dokumentationspflichten. Darüber hinaus hält die DGPPN eine grundlegende Überarbeitung der PPP-RL entlang der folgenden Prinzipien weiterhin für notwendig: - Die überzogenen und nicht zielführenden Strafzahlungen der PPP-RL müssen in ihrer aktuellen Form gestrichen werden. - Wenn Mindestvorgaben nicht eingehalten werden können, müssen neben der Rückzahlung nicht genutzter Personalmittel Unterstützung, Beratung und Anreize für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalausstattung im Zentrum stehen. - Zudem muss eine Weiterentwicklung erfolgen, die im Gegensatz zur aktuell gültigen Richtlinie evidenzbasiert zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen kann.	PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist und bleibt die Sicherung der Qualität in der stationären psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung – insbesondere die Festlegung von verbindlichen Mindestanforderungen für die Personalausstattung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen und deren negative Konsequenzen für Patientinnen und Patienten sowie für Beschäftigte. Die Richtlinie gilt nun seit sechs Jahren. Die Ergebnisse zeigen, dass erheblicher Handlungsbedarf besteht: Einerseits haben die Kliniken ihre Leistung über den Zeitverlauf deutlich erhöht, und andererseits hat sich der Umsetzungsstand verschlechtert. Vor allem zeigt sich eine Verschlechterung bei Einrichtungen, die die Mindestvorgaben nicht erfüllen. Die aktuellen Ergebnisse und die Erfahrungen mit der Psych-PV in über 30 Jahren Anwendung zeigen: die PPP-RL bleibt ohne Sanktionen wirkungslos. Damit die Mindestanforderungen von allen Kliniken nun endlich verbindlich umgesetzt werden, ist es nun an der Zeit, bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben auch Konsequenzen folgen zu lassen. Wenn die DGPPN von „überzogenen und nicht zielführenden Strafzahlungen“ spricht, übersieht sie, dass gesetzlich der Wegfall des Vergütungsanspruchs vorgesehen ist. Tatsächlich wird in der PPP-RL derzeit nur das fehlende Personal sanktioniert. Betrachtet wird dabei das jeweils geltende

			Niveau der Einführungsstufe, in 2026 müssen die Mindestvorgaben zu 90 Prozent erfüllt sein. Zudem wurde die Sanktionshöhe erheblich um mehr als 60 Prozent reduziert. Konkret entsprechen die Sanktionen damit nur noch einer Rückzahlung von nicht vorhandenem Personal. Nicht mehr, und nicht weniger. Unterstützungs- und Beratungsangebote für die Einrichtungen anstelle von Sanktionen zu fordern, mutet seltsam an: Hauptgrund für die Personalprobleme in deutschen Psychiatrien ist, dass in Deutschland das Potential ambulanter Behandlungen bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Stationäre Behandlungen sind besonders personalintensiv und erhöhen deshalb den Personalbedarf. Um Personal aufzubauen und den bestehenden Personalbestand zu sichern, gilt es auch, attraktivere Arbeitsbedingungen zu schaffen – die Einhaltung der Mindestvorgaben trägt dazu bei. Beides liegt im Verantwortungsbereich der Kliniken und bedarf keiner Beratung im Rahmen einer Qualitätssicherung.
11.2	DGPPN	<u>§ 1 Abs. 3, § 13 Abs. 5 und § 16 Abs. 2, § 13 Abs. 6, § 6 Abs. 7 und § 7 Abs. 5</u> <u>DKG: Verlängerung von Fristen</u> Verschiebung der Anpassung hinsichtlich der künftigen Ausgestaltung der Personalvorgaben, unter Berücksichtigung des Plattform-Modells u.a., um ein Jahr (von 31.12.25 auf 31.12.26) Verschiebung der Sanktionen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben um weitere zwei Jahre Entscheidung über weitergehende Sanktionsregelungen zwei Jahre später Verlängerung der Regelungen zu den Nachtdiensten um zwei Jahre, bis	GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe unsere Ausführungen zu Nr. 11.1. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme.

		der G-BA eine Entscheidung über deren Nachfolgeregelung getroffen hat Die DKG-Vorschläge werden unterstützt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt hat sich an den Rahmenbedingungen der Richtlinie nichts verändert, die den G-BA am 19. Oktober 2023 sowie am 21. März 2024 dazu bewogen hatten, eine Aussetzung der Sanktionen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben zu beschließen. Die Verfügbarkeit von Fachkräften hat sich eher noch verschlechtert. Außerdem ist noch unklar welche Konsequenzen aus den Ergebnissen der EPPIK Studie gezogen werden können und wie dann eine inhaltliche Weiterentwicklung der Richtlinie aussehen kann.	
11.3	DGPPN	<u>§ 2 Abs. 7, § 2 Abs. 8, § 2 Abs. 11</u> <u>DKG: Entlastung in der Nachweisführung</u> Streichung der monats- und stationsbezogenen Dokumentation Einrichtungsbezogene Feststellung der Einhaltung der Mindestvorgaben Streichung der Definition einer Station Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge der DKG. Aus Sicht der DGPPN ist eine monats- und stationsbezogene Nachweispflicht für eine Qualitätsbeurteilung weder sinnvoll noch notwendig. Der daraus resultierende Aufwand steht in keinem positiven Verhältnis zu einem erwarteten Nutzen. Ein Einrichtungs- und Quartalsbezug (als größerer Mittelwert) ist sehr viel realitätsnäher und aussagekräftiger als ein kleinteiliger Stations- und Monatsbezug.	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist die Sicherung der Qualität in der stationären Versorgung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen. Die stations- und monatsbezogenen Nachweise schaffen differenziertere Erkenntnisse über mögliche Unterschiede in der personellen Ausstattung auf Stationsebene. Daraus gewonnene Informationen können für die Weiterentwicklung der RL genutzt werden. Eine rein einrichtungsbezogene Dokumentation lässt jedoch nicht erkennen, ob beispielsweise einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Deshalb ist Transparenz auf Monats- und Stationsebene erforderlich, zusätzlich zu den einrichtungs- und quartalsbezogen einzuhaltenden Mindestvorgaben.

			Die Dokumentation stützt sich auf Daten, die dem Krankenhausmanagement ohnehin vorliegen. Sie bindet keine Personalressourcen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten auf den Stationen. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme.
11.4	DGPPN	<u>§ 11, Anlage 3, Nachweis A5, § 16 Abs. 6</u> Vereinfachung des Nachweisverfahrens Entfallen der Entsendung von Anlage 3 Teil A9 ab dem Jahr 2026 Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge der DKG in § 11, in Anlage 3 sowie in § 16 Abs. 6. Grundsätzlich sollten im Sinne der Entbürokratisierung Datenerhebungen auf ein sinnvoll verwertbares Maß begrenzt werden. Mit der grundlegenden Begrenzung auf den Quartals- und Standortbezug und einer angemessenen Meldefrist von 6 Wochen kann der Ressourceneinsatz für den administrativen Bereich adäquater gestaltet werden.	GKV-SV: Kenntnisnahme, Ablehnung und Verweis auf unsere Ausführungen zur stations- und monatsbezogenen Dokumentation unter Nr. 11.3. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme. GKV-SV: Ablehnung. Die DGPPN fordert eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der PPP-RL, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen soll. Eine solche Weiterentwicklung benötigt Evidenz. Die Nachweise der PPP-RL tragen dazu bei, Erkenntnisse zur aktuellen Therapieintensität zu erlangen. Konkret erfolgt dies anhand einer Übermittlung von ohnehin bereits im Krankenhaus vorliegenden Routinedaten. Erste Auswertungen dazu liegen erstmals im Sommer 2025 vor. Die DGPPN fordert jetzt, noch bevor erstmalig Ergebnisse vorliegen, den Wegfall der datensparsamen Routinedatenübermittlung, die Transparenz schaffen über die tatsächliche Therapieintensität. Die Forderung wird deshalb abgelehnt.
11.5	DGPPN	<u>§ 2 Absatz 10</u> <u>DKG: Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzmin- derung</u>	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme.

		Die DGPPN unterstützt den Ergänzungsvorschlag der DKG in § 2 Absatz 10, nach denen die Besonderheiten zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung bei der Budgetvereinbarung auf der Ortsebene berücksichtigt werden können.	BPtK: Keine Zustimmung. Der BPtK liegen Hinweise vor, dass die Verhandlung von zusätzlichem Personal über die Mindestvorgaben hinaus auf Klinikebene häufig schwierig ist. Somit wird eine Auslagerung der Verantwortung für die Verhandlung von zusätzlich erforderlichem Personal für die Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung auf die Klinikebene nicht befürwortet. Siehe auch die Ausführungen der DGSGb hierzu.
11.6	DGPPN	<u>§ 3 Absatz 1, Anlage 1, Tabelle 1 Zeile A3</u> <u>PatV: Eigener Behandlungsbereich für Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung</u> Die DGPPN lehnt den Vorschlag der PatV ab. Die DGPPN hält die Forderung nach einem gesonderten Behandlungsbereich für medizinisch grundsätzlich begründbar, jedoch aus pragmatischen Gründen für kontraproduktiv. Denn die Einführung eines eigenen Behandlungsbereiches könnte aufgrund des Fachkräftemangels zum Abbau von Behandlungsplätzen und Verschlechterung der Versorgungssituation für dieses Klientel führen. Allerdings wird der Lösungsvorschlag der DKG in § 2 Absatz 10 unterstützt (s. oben).	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme. Auch bei einer Budgetvereinbarung müsste das erforderliche Personal hinterlegt werden. Die Problematik des Fachkräftemangels besteht insofern auf jeden Fall.
11.7	DGPPN	<u>§ 5 Abs. 1a und 2a</u> <u>Flexibilisierung der Vorgaben der Berufsgruppen</u> Physician Assistants Die DGPPN lehnt die Ergänzungsvorschläge der DKG ab. Physician Assistants sind eine relativ neue Berufsgruppe, die in Deutschland erst seit kurzem im Einsatz ist und für deren Einsatz insbesondere in den Fachbereichen der Psychiatrie und Psychosomatik nur sehr wenige Erfahrungen vorhanden sind. Prinzipiell ist ein Einsatz dieser neuen Berufsgruppe in	GKV-SV: Kenntnisnahme. Die in § 5 PPP-RL verankerten Berufsgruppen mit den therapeutisch relevanten Fachkräften sind essenziell für eine qualitativ hochwertige Behandlung. Eine Aufweichung der Fachlichkeit, wie dies durch die Ergänzung von Hilfskräften der Fall wäre, lehnt der GKV-SV ab.

		der Psychiatrie und Psychosomatik denkbar und Übernahme von einzelnen Aufgaben aus dem Regelaufgabenkatalog nach Anlage 4 vorstellbar, jedoch zu einem begrenzten Anteil und aus unserer Sicht nicht wie von der DKG dargelegt in Höhe von 70 %. Dementsprechend kann eine vollständige Integration von Physician Assistants in die ärztliche Personalkategorie bis hin zu einem gemäß PPP-RL-Logik beinahe vollständigen Ersatz des ärztlichen Bereichs nicht befürwortet werden. Vielmehr ist die Einführung einer Substitutionsquote im Bereich der Anrechnungen (§ 8 Absatz 5 Satz 5) den bisherigen Erfahrungen weitaus eher entsprechend. <u>Änderungsvorschlag:</u> Siehe Änderungsvorschläge in § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen.	Eine Ergänzung von Physician Assistants in der Berufsgruppe der Ärzte und damit einhergehende faktische Gleichstellung mit Ärztinnen und Ärztinnen ist aufgrund ärztlicher Vorbehaltsaufgaben abzulehnen. DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme
11.8	DGPPN	<u>§ 4 Absatz 3, § 5 Absatz 1 Buchstabe b, § 5 Absatz 2 Buchstabe b</u> Medizinische Fachangestellte Die DGPPN lehnt die Ergänzungsvorschläge der DKG ab. Medizinische Fachangestellte sind eine wichtige Berufsgruppe in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wir begrüßen sehr, diese Berufsgruppe in die PPP-RL aufzunehmen. Aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Zuordnung besteht jedoch keine vollständige Äquivalenz zwischen Pflegefachpersonen und medizinischen Fachangestellten. Der (immer größer werdenden) Relevanz dieser mittlerweile auch in den Kliniken großen Berufsgruppe wäre an sich eine eigene Berufsgruppe angemessen. Um sich dieser Divergenz anzunähern, ist aus unserer Sicht eine Quotenregelung unter § 8 sinnvoll. In einem kleinen Umfang können die medizinischen Fachangestellten aus Sicht der DGPPN auch bei der Gruppe der Ärztinnen und Ärzte angerechnet werden (Blutabnahme, Dokumentation). <u>Änderungsvorschlag:</u>	GKV-SV: Kenntnisnahme. Die in § 5 PPP-RL verankerten Berufsgruppen mit den therapeutisch relevanten Fachkräften sind essenziell für eine qualitativ hochwertige Behandlung. Eine Aufweichung der Fachlichkeit, wie dies durch die Ergänzung von Hilfskräften der Fall wäre, lehnt der GKV-SV ab. Gemäß der PpUGV sind MFA den Pflegehilfskräften zuzuordnen. Eine Ergänzung von MFA in § 5 Absatz 1b und 2b ist deshalb abzulehnen. Gleichwohl können MFA schon jetzt eingesetzt und im Rahmen der Anrechnungsregelungen in § 8 begrenzt angerechnet werden. Der begrenzte Einsatz ist sinnvoll, um einerseits den Einrichtungen ausreichend Flexibilität zu gestatten und andererseits vor beliebiger Ausweitung zu schützen und damit das Qualitätsniveau der Behandlung zu sichern. DKG: Kenntnisnahme. Dank für den Hinweis hinsichtlich der Übernahme von Aufgaben der Ärzte/-innen durch Medizinische Fachangestellte. PatV: Dank und Kenntnisnahme.

		Siehe Änderungsvorschläge in § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen.	DPR: Zustimmung.
11.9	DGPPN	<u>§ 5 Absatz 1 Buchstabe d-f, § 5 Absatz 2 Buchstabe d-f</u> Zusammenfassung von Berufsgruppen Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge der DKG/BPtK. Die Berufsgruppen nach Buchstabe d-f sind in jedem therapeutischen Team verankert. Ein Nachweis über die Integration jeder einzelner dieser Berufsgruppe in jede Organisationseinheit wird in der Strukturprüfung des Medizinischen Dienstes erbracht – einschließlich formalem Nachweis über die Vorlage von Dienstplänen. Insbesondere für kleine Standorte bzw. Organisationseinheiten ist ein kleinteiliger Nachweis dieser Berufsgruppen im Sinne eines passgenauen Stellenumfangs nur mit großer Mühe möglich, woraus immer wieder eine (weder ökonomisch noch therapeutisch sinnvolle) sehr deutliche Übererfüllung, aber auch Untererfüllung resultiert. Daraus ergeben sich insbesondere bei kleinen Standorten das Unterschreiten der Mindestvorgaben – oftmals ist dies bei kleinen Standorten (z. B. stand-alone-Tageskliniken) aus therapeutischer Sicht wenig relevant. Auch in den Therapie-Nachweisen im OPS erfolgt eine Zusammenfassung der Berufsgruppen (OPS-Katalog 9-649, 9-696, 9-701 usw.). Der Vorschlag der DKG berücksichtigt auch die zwischenzeitliche Diversifizierung der Berufsgruppen mit bewegungstherapeutischem oder sportbezogenem Schwerpunkt.	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Die Behandlung in einem multiprofessionellen Team der verschiedenen Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL ist essenziell in der Psychiatrie, das therapeutische Zusammenwirken der unterschiedlichen Berufsgruppen ist ein zentraler Baustein der Behandlung. Die Berufsgruppen der PPP-RL sind nach wie vor die zentralen Fachkräfte in der Behandlung. Die Patientinnen und Patienten sollten sich darauf verlassen können, dass sie das gleiche erforderliche Behandlungsangebot erhalten, unabhängig von der Größe der Einrichtung. Die Nachweise der PPP-RL zeigen, dass gerade kleinere Einrichtungen die Mindestvorgaben besser erfüllen als größere Einrichtungen. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme. Die Aussage, dass die Berufsgruppen nach Buchstabe d-f in jedem therapeutischen Team verankert sind, könnte sich ja aus den Vorgaben der bestehenden PPP-RL ergeben. Aus Sicht der PatV sollten auch für die Zukunft die Berufsgruppen der Sozialen Arbeit und der Heilpädagogik in jedem Fall erhalten bleiben.
11.10	DGPPN	<u>§ 6 Abs. 6</u> GKV-SV: Einführung des Kriteriums einer 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme für das Vorliegen einer Versorgungsverpflichtung Die DGPPN lehnt den Änderungsvorschlag des GKV-SV ab.	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Bisher existiert keine bundeseinheitliche Definition einer Versorgungsverpflichtung. Diese Definitionslücke sollte jedoch nicht davon abhalten, die Regelungen in der PPP-RL zu konkretisieren.

		Gegenwärtig ist in den Bundesländern noch unterschiedlich geregelt, unter welchen Voraussetzungen Einrichtungen einen Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung erhalten. Zu fordern ist daher eine bundesweit einheitliche landeshoheitliche Ausgestaltung der Versorgungsverpflichtung. Einzelne dichotome Merkmale wie z. B. die vom GKV-SV eingebrachte 24-Stunden-Aufnahmebereitschaft oder das ebenfalls diskutierte Vorliegen einer geschlossenen Station sind selbst nur ungenügend definiert und können deshalb nicht zum entscheidenden Kriterium einer Versorgungsverpflichtung erklärt werden.	Um zukünftig eine möglichst einheitliche und versorgungsrealitätsnahe Ermittlung der Mindestvorgaben zu ermöglichen, erfolgt deshalb eine Annäherung an die regionale Pflichtversorgung indirekt über die Angabe, dass die Einrichtung über eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme verfügt. Dabei handelt es sich um ein wesentliches Merkmal der Pflichtversorgung, das einen direkten Bezug zu der notwendigen Personalausstattung hat. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Wie von der DGPPN ausgeführt, reichen einzelne dichotome Merkmale wie die Bereitschaft zur 24-Stunden-Aufnahme nicht aus, um regionale Pflichtversorgung zu definieren. Insbesondere in der Psychiatrie und auch der Psychosomatik nimmt die regionale Versorgungsverpflichtung einen bedeutsamen, standortübergreifenden Stellenwert ein. Der Versuch einer Annäherung an die regionale Pflichtversorgung auf Grundlage der Begrenzung auf ein Merkmal ist aus Sicht der DKG nicht zielführend. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
11.11	DGPPN	<u>§ 6 Abs. 6</u> <u>DKG/PatV/BPtK: In den tagesklinischen Behandlungsbereichen A6, S6, G6 sowie KJ7 findet unabhängig von einer Versorgungsverpflichtung kein Abzug von Minutenwerten statt.</u> Die DGPPN lehnt den Ergänzungsvorschlag von GKV-SV/DKG/PatV/BPtK ab. Kliniken mit Versorgungsverpflichtung unterscheiden sich grundsätzlich von Kliniken ohne Versorgungsverpflichtung. Die Unterschiede betreffen nicht nur den vollstationären Bereich, sondern alle Behandlungs-	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Bislang fehlt eine bundeseinheitliche Definition der regionalen Versorgungsverpflichtung. Klar ist jedoch, dass diese mehr umfasst als ausschließlich die Bereitschaft zur 24-Stunden-Aufnahme. Regionale Versorgungsverpflichtung ist in den Psych-Fächern von tragender, standortübergreifender Bedeutung. Das Kriterium ist nicht

		settings. Tageskliniken von Kliniken mit Versorgungsverpflichtung übernehmen z.T. ad hoc akutere Fälle, sie haben weniger standardisierte Aufnahmeverfahren und weniger standardisierte Behandlungsprogramme, sie richten die Behandlung individueller auf die Bedarfe einzelner Patienten aus und haben damit höhere Aufwände. Manche Tageskliniken von Kliniken mit Versorgungsverpflichtung bieten Behandlung an 7 Wochentagen an und sie arbeiten stationersetzend in akuten Behandlungsphasen. Die Unterschiede zwischen Kliniken mit und Kliniken ohne Versorgungsverpflichtung sollen auch im tagesklinischen Bereich gewürdigt werden.	trennscharf operationalisiert, es bleibt offen, wie eine 24-stündige Bereitschaft zur Aufnahme konkret definiert wird. Da die Angabe zu diesem Kriterium Auswirkungen auf die Höhe der Mindestanforderungen haben, ist dies vor dem Hintergrund u. a. der Prüfungen des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Qualitätskontrollen für die Bewertung von besonderer Bedeutung. PatV: Dank und Kenntnisnahme. Der Hinweis wird geprüft.
11.12	DGPPN	§ 8 <u>Anrechnungen von Berufsgruppen</u> Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge der DKG in § 8 Absatz 2 Satz 2 und 3, in § 8 Absatz 3 Satz 4, in § 8 Absatz 4, in § 8 Absatz 5 Satz 1, und in § 8 Absatz 5 Satz 5 Spiegelstrich 5 und 6. Der Änderungsvorschlag der DKG in § 8 Absatz 3 Satz 2 wird abgelehnt. Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge der PatV in § 8 Abs. 7 (und § 7 Abs. 5). Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels ermöglicht die wechselseitige Anrechnung von Berufsgruppen vielfach die Aufrechterhaltung der Versorgung, darf aber eine angemessene, leitlinienorientierte Behandlungsqualität nicht gefährden. Dementsprechend müssen Anrechnungen möglich sein, allerdings sind dem mit Blick auf die Qualitätssicherung Grenzen zu setzen. So wird eine Anrechenbarkeit von Pflegekräften auf die ärztliche VKS-Minutenzahl abgelehnt. Andererseits könnten z.B. Apotheker, aber auch die neue Berufsgruppe der Physician Assistants und weitere Fachkräfte wie Dokumentationsas-	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Der Hinweis auf fragliche Verfügbarkeit von Personal aufgrund eines Fachkräftemangels greift aus unserer Sicht zu kurz. Hauptgrund für die Personalprobleme in deutschen Psychiatrien ist, dass in Deutschland das Potential ambulanter Behandlungen bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Stationäre Behandlungen sind besonders personalintensiv und erhöhen deshalb den Personalbedarf. Um Personal aufzubauen und den bestehenden Personalbestand zu sichern, gilt es auch, attraktivere Arbeitsbedingungen zu schaffen – die Einhaltung der Mindestvorgaben trägt dazu bei. Die in § 5 PPP-RL verankerten Berufsgruppen mit den therapeutisch relevanten Fachkräften sind essenziell für eine qualitativ hochwertige Behandlung. Eine Aufweichung der Fachlichkeit, wie dies durch die erhebliche Ausweitung der Anrechnungsmöglichkeiten der Fall wäre, lehnt der GKV-SV ab. Gleichwohl sind Anrechnungen zwischen den Berufsgruppen und der begrenzte Einsatz von Hilfskräften sinnvoll. Damit wird den Einrichtungen ausreichend Flexibilität

	sistentInnen und Medizinische Fachangestellte mit einer zu definierenden Obergrenze auf die ärztliche VKS-Minutenzahl angerechnet werden. Die DKG schlägt eine Obergrenze von 5% ohne Berücksichtigung der Physician Assistants vor. Bei zusätzlicher Berücksichtigung der Physician Assistants kann sich die DGPPN hier sogar eine Obergrenze von insgesamt 10% vorstellen. Ebensolches gilt für die Anrechnung von medizinischen Fachangestellten, PflegeassistentInnen sowie Pflegehilfskräften mit noch nicht abgeschlossener Ausbildung auf die Berufsgruppe der Pflege. Die DKG schlägt eine Obergrenze von 30% ohne Berücksichtigung der Medizinischen Fachangestellten vor. Bei zusätzlicher Berücksichtigung der Medizinischen Fachangestellten bleibt die DGPPN hier bei einer Obergrenze von maximal 30%, bei der eine ausreichende pflegerische Qualität noch gewährleistet erscheint. Externe Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus sollen angerechnet werden können, damit eine ausreichende Versorgungsqualität sichergestellt werden kann und einige Spezialangebote wie z. B. künstlerische oder tiergestützte Therapien ermöglicht werden – dies gilt insbesondere auch für kleine Einheiten wie Stand-Alone-Tageskliniken (analog zur stationsäquivalenten Behandlung). <u>Änderungsvorschläge:</u> <u>§ 8 Absatz 3 Satz 2</u> Eine Anrechnung nach Satz 1 ist bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 Absatz 1 möglich: <i>„jeweils zwischen den Buchstaben a und c</i>	gestattet. Die Anrechnungen müssen jedoch begrenzt sein, um das Qualitätsniveau der Behandlung zu sichern. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich der Aussage zu § 8 Abs. 7, die anderen Vorschläge werden geprüft. BPtK: Zustimmung zum Vorschlag Quoten für die Anrechnung von Physician Assistants und Medizinische Fachangestellte zu definieren. DKG: Dank und Kenntnisnahme. <u>zu § 8 Absatz 7:</u> DKG: Kenntnisnahme. Vor dem Hintergrund noch offener gesetzlicher Regelungen für eine bundeseinheitliche Ausbildung spricht sich die DKG zunächst für eine Dauer von zwölf Monaten aus. Dies ist in einem niedrigschwelligen Zugang zur Ausbildung vor bestehenden knappen Ausbildungsressourcen begründet. Auch die Herausforderung von organisatorischen Hürden bleibt ein gewichtiger Grund, eine zwölfmonatige Dauer zu befürworten. DPR: Ablehnung. GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Auf die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte kann die psychotherapeutische Berufsgruppe c regelhaft und unbegrenzt angerechnet werden. Aufgrund von ärztlichen Vorbehaltsaufgaben ist eine darüber hinaus gehende Anrechnung von anderen PPP-Berufsgruppen oder eine Ergänzung von Physician Assistants in der Berufsgruppe der Ärzte und damit einhergehende faktische Gleichstellung mit Ärztinnen und Ärztinnen abzulehnen.

	sowie OPTION 1: <i>jeweils zwischen den Buchstaben b und d</i>“ OPTION 2: <i>jeweils zwischen den Buchstaben b, d und e</i>“ <u>§ 8 Absatz 5 Satz 3:</u> „Die Qualifikationserfordernisse können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung <i>oder durch eine Ausbildung zur medizinischen Fachangestellten für die Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b</i> nachgewiesen werden. <u>§ 8 Absatz 5 Satz 4:</u> „<i>Von in § 5 nicht genannten Berufsgruppen können Physician Assistants, PharmazeutInnen, DokumentationsassistentInnen und medizinische Fachangestellte auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a angerechnet werden.</i>“ Bei der Anrechnung von Fachkräften und Hilfskräften aus anderen Berufsgruppen sind folgende Höchstgrenzen zu beachten: <u>§ 8 Absatz 5 Satz 5 Spiegelstrich 1 (Ärztinnen und Ärzte):</u> „<i>Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a: 10 % der VKS-Mind</i>“ (Erweiterung des Vorschlags der DKG) <u>§ 8 Absatz 5 Satz 5 Spiegelstrich 2 (Pflege):</u> „<i>Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b: 30 % der VKS-Mind</i>“ (Zustimmung zum Vorschlag der DKG)	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Nicht direkt in der Einrichtung angestelltes Personal ist aus Qualitätsaspekten kritisch zu sehen. Denn gerade in der Psychiatrie, in der die multiprofessionelle Teamarbeit sowie der Beziehungsaufbau und die Beziehungskontinuität mit den Patientinnen und Patienten essenziell ist, sollte nicht festangestelltes Personal die Ausnahme bleiben. Nicht akzeptabel ist hierbei insbesondere der Einsatz von Hilfskräften oder nicht qualifiziertem, „psychiatriefremdem“ Personal. <u>zu § 8 Absatz 3 Satz 2:</u> DKG: Kenntnisnahme. Auch Pflegefachkräfte können selbstständig oder in Anleitung durch Ärzte/-innen in einem begrenztem Umfang Regelaufgaben der Berufsgruppe der Ärzte/-innen übernehmen (z. B. Co-therapeutische Aufgaben). So wurde im geplanten Pflegekompetenzgesetz als Begründung für einen stärkeren Einbezug der Pflegenden bzw. Stärkung ihrer Kompetenz angeführt, dass Pflegefachkräfte „häufig weitergehende, eigenverantwortliche Aufgaben in der Versorgung [übernehmen] und [...] damit nicht nur für eine bessere Versorgung, sondern im Rahmen einer Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams auch zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten“ beitragen (Kabinettsentwurf zum Pflegekompetenzgesetz, S. 58). Der Vorschlag der DKG trägt dem Rechnung. <u>zu § 8 Absatz 5 Satz 3:</u> DKG: Kenntnisnahme. Die DKG sieht gegenwärtig keinen Anpassungsbedarf dahingehend, eine Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten als weiteres Qualifikationsäquivalent für eine Anrechnung aufzunehmen.

			<u>zu § 8 Absatz 5 Satz 4:</u> DKG: Kenntnisnahme. Die DKG unterstützt grundsätzlich eine Anrechnung von Physician Assistants, Pharmazeuten/-innen und Dokumentationsassistenten/-innen auf die Berufsgruppe der Ärzte/-innen. Um jedoch keine weiteren potenziell anrechenbaren Berufsgruppen auszuschließen, sieht die DKG von einer Begrenzung wie von der DGPPN aufgeführt vorerst ab. <u>zu § 8 Absatz 5 Satz 5 Spiegelstrich 1:</u> DKG: Dank und Kenntnisnahme. Die DKG prüft eine Erhöhung der maximal zulässigen Anrechnungshöhe von Fremd- und Hilfspersonal auf die Berufsgruppe der Ärzte/-innen. <u>zu § 8 Absatz 5 Satz 5 Spiegelstrich 2:</u> DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
11.13	DGPPN	<u>§ 10 Abs. 4</u> <u>DKG: Streichung der Frist bei Ausnahmetatbestand für Tageskliniken</u> Die DGPPN unterstützt den Vorschlag der DKG. Wie in den Erläuterungen zum § 6 ausgeführt sollten aus Gründen der wohnortnahen Versorgung alleinstehenden Tageskliniken, insbesondere vor dem Hintergrund einer oftmals kleinen Organisationsgröße eine größere Flexibilität ermöglicht werden.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Nachweise der PPP-RL zeigen, dass gerade kleinere Einrichtungen die Mindestvorgaben besser erfüllen als größere Einrichtungen. Da jedoch gerade Tageskliniken einen wichtigen Beitrag in der wohnortnahen Behandlung der Patientinnen und Patienten leisten und außerdem wichtig für die Weiterentwicklung der Versorgung sind, wird der Ausnahmetatbestand für sie im Rahmen der Einführungsphase befristet verlängert. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme.

12	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), 06.05.2025		
12.1	DGPM	<u>Allgemeine Anmerkung</u> [...] Die Stellungnahme ist mit der Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) abgestimmt. Die DGPM weist seit Erstfassung der PPP-RL auf die für die Psychosomatik unpassenden Behandlungsbereiche und Minutenvorgaben hin. Deren Umsetzung hätte Verwerfungen in der Versorgung zur Folge. Hintergrund ist, dass die derzeitigen Mindestvorgaben in der Psychosomatik entweder auf Personalanhaltszahlen (P2 und P4) von 1993 (Heuft et al. 1993) beruhen, die bisher in der Versorgungspraxis nicht überprüft wurden, oder aus Vorgaben der Psych-PV für den psychiatrischen Bereich (P1 und P3) übernommen wurden, die ein anderes Versorgungsangebot als das der Psychosomatik beschreiben. Des Weiteren ist eine Ausdifferenzierung der P Behandlungsbereiche erforderlich, um das Spektrum der verschiedenen Behandlungssettings in der Psychosomatik angemessen abzubilden. Ca. zwei Drittel des akutstationären oder teilstationären Versorgungsangebots in Deutschland ist in den letzten zwei Jahrzehnten entstanden. Dabei haben eine Ausdifferenzierung und Spezialisierung der Angebote in der Psychosomatik stattgefunden. Auf diese Änderungsbedarfe haben die psychosomatischen Fach- und Trägerverbände geschlossen reagiert und in jeder Stellungnahme zu Änderungen der PPP-RL seit deren Erstfassung 2019 hingewiesen. Im §14 Absatz 2 wird folglich eine Überprüfung und Anpassung der Behandlungsbereiche sowie Minutenwerte für die Psychosomatik gefordert. Erfreulicherweise liegt mit der repräsentativen Ist-Standerhebung in psychosomatischen Einrichtungen im Rahmen der EPPIK-Studie erstma-	GKV-SV: Wir nehmen die Vorschläge zur Weiterentwicklung der psychosomatischen Behandlungsbereiche der Richtlinie zur Kenntnis und bedanken uns dafür. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme insbesondere auch für die Vorschläge zur Weiterentwicklung der psychosomatischen Versorgung. PatV: Dank und Kenntnisnahme.

	lig eine ausreichend differenzierte Datenbasis vor, die eine valide Bemessungsgrundlage für Personalmindestvorgaben der sechs behandelnden Berufsgruppen darstellen und als Orientierung für die gesetzliche Verankerung von Personalmindestvorgaben für die stationäre und teilstationäre Versorgung in der Psychosomatik dienen können. Wir legen dieser Stellungnahme einen von der DGPM ausgearbeiteten und mit ihren psychosomatischen Partnerverbänden konsentierten Vorschlag für eine Anpassung der psychosomatischen Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben der PPP-RL bei (siehe Anlage 1). Wir bitten um wohlwollende Prüfung und stehen für eine Diskussion der Vorschläge zur Verfügung. In diesem Kontext bitten wir dringend um ein weiteres Aussetzen der Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absätze 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten. Auch eine Aussetzung der Ermittlung der Umsetzungsgrade der aktuellen, vollkommen unpassenden Vorgaben nach § 6 wäre dringend erforderlich, um die Verunsicherung zu beenden. Durch deren Ermittlung wird psychosomatischen Einrichtungen aktuell suggeriert, dass es sich bei den bestehenden unpassenden Vorgaben um normativ gerechtfertigte Vorgaben handelt, die in Kürze rechtlich sanktionsbewehrt einzuhalten sind. Die Regelaufgaben der Berufsgruppen (b), (d), (e) und (f) sind unpassend und unvollständig in der PPP-RL abgebildet. Sollten die Regelaufgaben im Zuge des Wegfalls der Dokumentationspflicht nicht gestrichen werden, müssen die Regelaufgaben der genannten Berufsgruppen in der PPP-RL für die Psychosomatik angepasst werden. Wir weisen auf den bereits eingereichten Vorschlag der psychosomatischen Verbände hin und fügen diesen dieser Richtlinie erneut bei (siehe Anlage 2)	

		Im Folgenden werden wir im Einzelnen auf die dissenten Änderungsvorschläge eingehen, die den Versorgungsbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie betreffen.	
12.2	DGPM	<u>§ 5 Abs. 1 a)</u> Die Ergänzung des Berufsbilds „Physician Assistants“ in der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte wird abgelehnt. In der psychosomatischen Medizin sind keine Fälle des Einsatzes von Physician Assistants bekannt. Das Kompetenzprofil der Physician Assistants entspricht nicht, bzw. nicht hinreichend demjenigen von Ärztlichem Personal in der Psychosomatik. <u>Änderungsvorschlag:</u> keine Übernahme von Änderungen.	GKV-SV: Dank und Zustimmung. Eine Ergänzung von Physician Assistants in der Berufsgruppe der Ärzte und damit einhergehende faktische Gleichstellung mit Ärztinnen und Ärztinnen ist aufgrund ärztlicher Vorbehaltsaufgaben abzulehnen. DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
12.3	DGPM	<u>§ 5 Abs. 1 b)</u> Medizinische Fachangestellte (MFA) spielen bei der Unterstützung der Berufsgruppe der Pflege insbesondere in den Fachkliniken eine bedeutende Rolle. Auch übernehmen Sie in dieser Funktion pflegerische Aufgaben. Eine Aufnahme dieser Berufsgruppe bei Pflegefachpersonen wäre aus praktischer Perspektive gerechtfertigt. Dieser Position stehen Bedenken wegen der Signalwirkung an die Berufsgruppe der Pflege gegenüber. Die Ausbildung von Pflegefachpersonen und MFA unterscheidet sich inhaltlich erheblich. Auf eine Aufnahme der MFA in die Berufsgruppe der Pflege kann aus Sicht der DGPM verzichtet werden, wenn in § 8 Abs. 5 die Höchstgrenze für die Anrechnungsmöglichkeit von Fachkräften und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen auf die Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1 Buchstabe b von 10% auf 30% der VKS-Mind angehoben wird, wie von der DKG vorgeschlagen. Die Anhebung dieser Höchstgrenze ist aus Sicht der DGPM der hier vorgeschlagenen	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Die in § 5 PPP-RL verankerten Berufsgruppen mit den therapeutisch relevanten Fachkräften sind essenziell für eine qualitativ hochwertige Behandlung. Gemäß der PpUGV sind MFA den Pflegehilfskräften zuzuordnen. Eine Ergänzung von MFA in § 5 Absatz 1b und 2b ist deshalb abzulehnen. Anrechnungen zwischen den Berufsgruppen und der begrenzte Einsatz von Hilfskräften sind sinnvoll und bereits jetzt schon möglich. Damit wird den Einrichtungen ausreichend Flexibilität gestattet. Die Anrechnungen müssen jedoch begrenzt sein, um das Qualitätsniveau der Behandlung zu sichern. Eine Aufweichung der Fachlichkeit, wie dies durch die erhebliche Ausweitung der Anrechnungsmöglichkeiten der Fall wäre, lehnt der GKV-SV deshalb ab.

		Aufnahme der MFA vorzuziehen. Sollte die der Höchstgrenze in § 8 Abs. 5 nicht auf 30% angehoben werden oder nur in geringerem Umfang (z.B. 20%) erfolgen, sollten MFA als Berufsgruppe unter § 5 Abs. 1 b) aufgenommen werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> • <u>Keine Übernahme von Änderungen, sofern</u> in § 8 Abs. 5 die Höchstgrenze für die Anrechnungsmöglichkeit von Fachkräften und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen auf die Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1 Buchstabe b) von 10% auf 30% der VKS-Mind angehoben wird. • <u>Übernahme der Änderungen</u>, wie von der DKG empfohlen, wenn in § 8 Abs. 5 die Höchstgrenze für die Anrechnungsmöglichkeit von Fachkräften und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen auf die Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1 Buchstabe b) <u>nicht</u> auf 30% der VKS-Mind <u>angehoben wird</u>.	DKG: Kenntnisnahme. Neben Pflegehilfs- und Pflegeassistenzkräften gehören Medizinischen Fachangestellten zu dem am häufigsten angerechneten Personal bei der Gruppe der Pflegefachkräfte. In der Fülle an angerechnetem Nicht-PPP-RL-Personal machen sie zusammen etwa ein Drittel der Anrechnungen aus. Dies zeigt bereits, dass beide Berufsgruppen Regelaufgaben der Anlage 4 von den Pflegefachkräften übernehmen können und dies in der Praxis tun. Mit einer Aufnahme der MFA in die PPP-RL-Berufsgruppe b (Pflegefachkräfte) nimmt sich die Richtlinie der stetigen Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung an. MFA können aufgrund ihrer Ausbildung insbesondere Organisations- und Dokumentationsaufgaben übernehmen, in die unmittelbare Patientenbetreuung und -beratung integriert werden und tragen damit entscheidend zum Skill-Mix in den Kliniken bei. PatV: Dank und Kenntnisnahme. DPR: Ablehnung der Anhebung der Höchstgrenze.
12.4	DGPM	<u>§ 5 Abs. 1 d), e), f)</u> Die DGPM schließt sich dem Vorschlag der PatV an, die Berufsgruppen der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (d) und der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (e) zu einer Berufsgruppe zusammenzufassen. Aus Sicht der DGPM ist es möglich die Berufsgruppe der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen (f) ebenfalls dieser neuen (Sammel-)Berufsgruppe zuzuschlagen. Die Zusammenfassung der Berufsgruppe (f) mit den zusammengefassten Berufsgruppen (d) + (e) ist jedoch nicht uneingeschränkt zu empfehlen. Die Berufsgruppe (f) hat ein	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Die Behandlung in einem multiprofessionellen Team der verschiedenen Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL ist essenziell in der Psychiatrie, das therapeutische Zusammenwirken der unterschiedlichen Berufsgruppen ist ein zentraler Baustein der Behandlung. Die Berufsgruppen der PPP-RL sind nach wie vor die zentralen Fachkräfte in der Behandlung. DKG: Kenntnisnahme. Die Berufsgruppen nach § 5 Abs. 1 d, e und f weisen im Hinblick auf die Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL z. T. große Überschneidungen auf. Je nach therapeutischem Schwerpunkt der Einrichtung ist ein Vorhalten

		klinisches Profil und Aufgabenspektrum (insbesondere Unterstützung bei der Durchsetzung von sozialen, finanziellen und beruflichen Ansprüchen im Sozialrecht und besondere Rolle beim Entlassmanagement), die sich von den beiden Berufsgruppen (d) + (e) stärker unterscheidet. Für die Zusammenfassung der drei Berufsgruppen (d) + (e) + (f) spricht die Vereinfachung und Abkehr von zu kleinteiligen Vorgaben der Richtlinie. Die klinischen Entscheidungsspielräume der Ärztlichen Leitung (Gesamtbehandlungsplan) sollten gestärkt werden. Es gibt keine wissenschaftliche Evidenz, die die Trennung der drei Berufsgruppen nahelegt. <u>Änderungsvorschlag:</u> • Uneingeschränkte Empfehlung zur Übernahme der Position der PatV: Zusammenfassung der Berufsgruppen (d) + (e). • Empfehlung zur Übernahme der Position der DKG/BPtK mit Vorbehalt: Zusammenfassung der Berufsgruppen (d) + (e) + (f).	der Berufsgruppen in Höhe der PPP-RL-Mindestvorgaben nicht notwendig und auch nicht sinnvoll. Mit dem Vorschlag der Zusammenlegung der Berufsgruppen der Spezialtherapeuten/-innen (d), der Bewegungstherapeuten/-innen, Physiotherapeuten/-innen (e) und Sozialarbeiter/-innen, Sozialpädagogen/-innen und Heilpädagogen/-innen sollen die Kliniken in der Beibehaltung ihrer auf die individuellen Bedarfe ihrer Patienten/-innen fokussierten Behandlungskonzepte unterstützt werden. Eine kleinteilige Aufgliederung und Trennung der Berufsgruppen mit notwendigerweise zu erfüllenden Mindestvorgaben steht einer dahingehenden Versorgung entgegen und ist, wie die DGPM ausführt, nicht mit hinreichender fachlicher Evidenz belegt. PatV: Dank und teilweise zustimmende Kenntnisnahme.
12.5	DGPM	<u>§ 6 Abs. 6</u> In der Psychosomatik gibt es insbesondere an Allgemein- und Universitätskrankenhäusern zahlreiche Abteilungen mit Versorgungsverpflichtung nach der bisherigen Definition. Diese Abteilungen nehmen PatientInnen nicht nur nach Vorprüfung und Vorgespräch auf (elektive PatientInnen), sondern bekommen PatientInnen unmittelbar aus einer zentralen Notaufnahme oder nach Aufnahme auf eine interdisziplinäre Aufnahmestation, Intensivstation/ Intermediate Care Station oder Normalstation des Krankenhauses zur Weiterbehandlung intern überwiesen, bzw. zugeteilt. Die Versorgung der psychosomatischen Notfälle in den zentralen Notaufnahmen und psychiatrischen Notfallambulanzen erfolgt in der Regel über den 24h-Bereitschaftsdienst der psychosomatischen Abteilungen. Sofern die psychosomatischen Notfälle zunächst in einer anderen Abteilung aufgenommen werden, bleibt der psychosoma-	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Bisher existiert keine bundeseinheitliche Definition einer Versorgungsverpflichtung. Diese Definitionslücke sollte jedoch nicht davon abhalten, die Regelungen in der PPP-RL zu konkretisieren. Um zukünftig eine möglichst einheitliche und versorgungsrealitätsnahe Ermittlung der Mindestvorgaben zu ermöglichen, erfolgt deshalb eine Annäherung an die regionale Pflichtversorgung indirekt über die Angabe, dass die Einrichtung über eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme verfügt. Dabei handelt es sich um ein wesentliches Merkmal der Pflichtversorgung, das einen direkten Bezug zu der notwendigen Personalausstattung hat. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Wie von der

		tische Bereitschaftsdienst in die Akutversorgung einbezogen. Die Behandlung solcher nicht-elektiver PatientInnen geht mit einem erhöhten Behandlungsaufwand einher, der durch die höheren Minutenvorgaben (kein Abschlag von 10%) von Abteilungen mit Versorgungsverpflichtung nach der bisherigen Definition zumindest in Teilen berücksichtigt würde. Der Änderungsvorschlag des GKV-SV, die Versorgungsverpflichtungs-Eigenschaft von Krankenhäusern oder Abteilungen nur noch anzuerkennen, wenn diese eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme selbst in der Abteilung vorhält, würde dazu führen, dass die oben genannten Abteilungen, die z.B. nicht-elektive-Fälle zunächst auf einer interdisziplinären Aufnahmestation mitversorgen und zur weiteren Behandlung am nächsten Tag übernehmen, trotzdem einen Abschlag auf Ihre Mindestvorgaben in Höhe von 10% hinnehmen müssten. Der erhöhte Behandlungsaufwand dieser Abteilungen wäre damit nicht mehr berücksichtigt. Dies erscheint nicht gerechtfertigt. Schon in den Tragenden Gründen der Erstfassung der PPP-RL vom 19.09.2019 wurde der höhere Personalbedarf wegen einer erhöhten Anzahl von ungeplanten Aufnahmen als bei elektiven Einrichtungen als Begründung für das Kriterium der regionalen Pflichtversorgung genannt. Mit der vom GKV-SV vorgeschlagenen Erweiterung der zu erfüllenden Kriterien würde von dieser Begründung nun ohne Notwendigkeit oder Evidenz abgewichen. <u>Änderungsvorschlag:</u> keine Übernahme des Vorschlags des GKV-SV.	DGPM ausgeführt, reichen einzelne dichotome Merkmale wie die Bereitschaft zur 24-Stunden-Aufnahme nicht aus, um regionale Pflichtversorgung zu definieren. Insbesondere in der Psychiatrie und auch der Psychosomatik nimmt die regionale Versorgungsverpflichtung einen bedeutsamen, standortübergreifenden Stellenwert ein. Der Versuch einer Annäherung an die regionale Pflichtversorgung auf Grundlage der Begrenzung auf ein Merkmal ist aus Sicht der DKG nicht zielführend. PatV: Kenntnisanahme.
12.6	DGPM	<u>§ 8 Abs. 2</u> Die künftige Anrechnungsmöglichkeit von Fach- und Hilfskräften der Berufsgruppen gemäß § 5 während der Zeit ihrer Aus- oder Weiterbildung wird von der DGPM befürwortet. Eine Beschränkung dieser Anrechnungsmöglichkeit auf drei Jahre wird abgelehnt. Eine solche Beschrän-	GKV-SV: Kenntnisanahme. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisanahme. Ziel des Vorschlags zur Anrechnung von Fach- und Hilfskräften während der Zeit ihrer Aus- oder Weiterbildung soll sein, den Anreiz für eine Qualifikation zu einer Berufsgruppe gemäß § 5 PPP-

		kung wird dem Umstand nicht gerecht, dass Aus- und Weiterbildungszeiten aus unvorhersehbaren Gründen regelmäßig länger als drei Jahre dauern. Eine Beschränkung auf Personal, das vor dem 1.1.2025 eingestellt wurde, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, ist entschieden abzulehnen. Damit gäbe es in Zukunft kaum Anreiz mehr Personal in Aus- und Weiterbildung einzustellen oder Aus- und Weiterbildung anzubieten. <u>Änderungsvorschlag:</u> Übernahme des Änderungsvorschlags der DKG: „Fach- und Hilfskräfte in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung zu einer der Berufsgruppen gemäß § 5 können während der Zeit ihrer Aus- oder Weiterbildung angerechnet werden.“	RL zu erhöhen. Dieser Vorschlag deckt sich mit dem praktischen Erleben in vielen Einrichtungen. Wie von der DGPM erläutert dauern berufsbegleitende Aus- oder Weiterbildungen i. d. R. länger als drei Jahre oder können sich unvorhergesehen verlängern. Eine Begrenzung a) der Abrechnungsdauer auf drei Jahre und/oder b) auf erst seit 1. Januar 2025 eingestellte Fach- und Hilfskräfte widerspricht dem Qualifikationsgedanken des Vorschlags. PatV: Dank und teilweise zustimmende Kenntnisnahme.
12.7	DGPM	<u>§ 8 Abs. 3, Satz 4</u> Die bisher bestehende befristete Regelung zu einer Anrechnungsmöglichkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen (Berufsgruppe c) auf andere nichtärztliche Berufsgruppen sollte wegen der hohen Inanspruchnahme (insbesondere auf die Berufsgruppe der Pflege) um mindestens ein Jahr bis zum 31. Dezember 2026 verlängert werden. Eine Entfristung der Anrechnungsmöglichkeit, wie von der DKG vorgeschlagen, erscheint zu weitreichend. Die Mindestvorgaben in Anlage 1 sollten so angepasst werden, dass die befristete Anrechnungsmöglichkeit nach Satz 4 entfallen kann. Dauerhaft sollte nur eine Anrechnung zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen möglich sein, weil diese beiden Berufsgruppen als einzige zur Erbringung von Psychotherapie befähigt sind.	DKG: Kenntnisnahme. Der Berufsgruppe der Psychotherapeuten/-innen und Psychologen/-innen kommt eine besondere Bedeutung in der modernen psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung zu. Diesem Stellenwert sollte durch eine Entfristung der Anrechnungsmöglichkeit, die sich in den Jahren seit Inkrafttreten der Regelung bewährt hat, eine entsprechende Würdigung erhalten. Insbesondere behandlungskonzeptuelle und bedarfsorientierte Erfordernisse der stärkeren therapeutischen Einbindung von Psychotherapeuten/-innen können so weiterhin berücksichtigt werden. GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme. BPtK: Zustimmung.

		<u>Änderungsvorschlag:</u> Übernahme des Vorschlags von GKV-SV/PatV/BPtK zur befristeten Anrechnung der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e und f (je nachdem, wie d-f künftig zusammengefasst sein werden).	
12.8	DGPM	<u>§ 8 Abs. 4 und § 8 Abs. 5, Satz 1</u> Fachkräfte der Berufsgruppen gemäß § 5 ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus sollten anrechenbar bleiben. Häufig werden freiberufliche Ärzte, aber auch freiberufliche Kräfte der Berufsgruppen d-f für unregelmäßige Aufgaben (z.B. Psychometrie) oder in Urlaubsvertretung eingesetzt. Diese Kräfte sind oft nicht bereit in Festanstellung zu gehen und/oder es ist administrativ zu aufwendig und fehleranfällig (Lohnabrechnung, etc.) diesen eine Festanstellung anzubieten. Auch bietet sich Freiberuflern innerhalb der „Kleinunternehmerregelung“ steuerliche Vorteile ihre Dienste anzubieten. Viele freiberufliche Kräfte wären nicht bereit in eine Festanstellung zu gehen. Durch den Entfall der Möglichkeit ihrer Anrechnung würde den Krankenhäusern ein wichtiger Personalpool verloren gehen, obwohl die meisten Einrichtungen heute schon die Mindestvorgaben nicht erfüllen können. Dies ist abzulehnen. Die Ausführungen des GKV-SV in den Tragenden Gründen zu „Leasingpersonal“ sind nicht zutreffend. Die Mehrheit des angerechneten nicht angestellten Personals ist freiberuflich tätig. Auch bei Fremdpersonal von Drittfirmen, z.B. Zeitarbeitsfirmen, ist nicht automatisch ein qualitativer Verlust zu unterstellen. Häufig werden zwischen Krankenhausträgern oder innerhalb von Trägerverbünden Arbeitskräfte gegenseitig unterstützend eingesetzt. Auch dies würde durch die vom GKV-SV vorgeschlagene Einschränkung verhindert und die Abbildung solch gegenseitiger Unterstützung mit Personal durch Feststellungsverhältnisse wäre mit unvertretbarem administrativen Aufwand verbunden.	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Nicht direkt in der Einrichtung angestelltes Personal ist aus Qualitätsaspekten kritisch zu sehen. Denn gerade in der Psychiatrie, in der die multiprofessionelle Teamarbeit sowie der Beziehungsaufbau und die Beziehungskontinuität mit den Patientinnen und Patienten essenziell ist, sollte nicht festangestelltes Personal die Ausnahme bleiben. Nicht akzeptabel ist hierbei insbesondere der Einsatz von nicht qualifiziertem, „psychiatriefremdem“ Personal. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme zu den Erläuterungen. PatV: Kenntnisnahme. Aus Sicht der PatV ist zu bedenken, dass der Einsatz von freiberuflichen Kräften arbeitsrechtlich nur unter der Bedingung erfolgen kann, wenn diese Personen nicht in den Betrieb eingebunden und damit frei von Weisungen sind. Dies ist mit Blick auf die Behandlungsverantwortung des Krankenhauses zumindest in größerem Umfang aus Sicht der PatV bedenklich, wenn es sich um tatsächliche Behandlung im Rahmen eines Behandlungsplans handelt und damit über einzelne spezifische therapeutisch sinnvolle Zusatzangebote (z.B. Angebot einer Yoga-Gruppe oder Informationsgruppe über Ernährung) hinausgeht.

		<u>Änderungsvorschlag:</u> Keine Übernahme des Änderungsvorschlags von GKV-SV/PatV/BPtK in § 8 Abs. 4 und Übernahme des Änderungsvorschlags der DKG in § 8 Abs. 5: „unabhängig vom Bestehen eines direkten Beschäftigungsverhältnisses mit dem Krankenhaus...“	
12.9	DGPM	<u>§ 8 Abs. 5, Satz 5</u> Insbesondere Medizinische Fachangestellte, Pflegehilfs- und Pflegeassistenzkräfte übernehmen einen substanziellen Anteil der pflegerischen Aufgaben in der stationären psychosomatischen Versorgung. Aber auch andere Berufsgruppen, wie z.B. ErnährungsberaterInnen, Patientenmanager oder Stationshilfen übernehmen wichtige (Regel-)Aufgaben. Dieses Personal ist aufgrund der fehlenden Anrechenbarkeit nicht mehr in den PPP-RL-Berichten der Einrichtungen erfasst und deshalb in den Auswertungen der Nachweise des IQTiG nicht mehr sichtbar. Die Angaben der DKG erscheinen plausibel. Eine Anhebung der Anrechnungsgrenze für Fachkräfte und Hilfskräfte aus anderen Berufsgruppen für die Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1 Buchstabe b auf 30% wird daher ausdrücklich befürwortet. Sie stellt eine bessere Lösung als eine Aufnahme der Berufsgruppe der MFA oder Pflegehilfskräfte in der Nennung der Berufsgruppen in § 5 Abs. 1 Buchstabe b dar. Die Begründung des GKV-SV die Anrechnung anderer Berufsgruppen nicht mehr zuzulassen und keine Anhebung der Anrechnungsgrenzen in der Berufsgruppe b zuzulassen, weil die Erfassung der Regelaufgaben gestrichen werden soll, erscheint nicht schlüssig. Es ist dringend erforderlich die drohende Dokumentation der Regelaufgaben nicht in Kraft treten zu lassen, bzw. zu streichen. Eine Dokumentation aller Regelaufgaben erscheint wegen des damit verbundenen Zeitaufwands unrealistisch. Die gesamte Regelversorgung hätte sonst Dokumentation wie unter Studienbedingungen zu erbringen. Es ist ohne Sachzusammenhang	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Gemäß der PpUGV sind MFA den Pflegehilfskräften zuzuordnen. Gleichwohl können MFA schon jetzt eingesetzt und im Rahmen der Anrechnungsregelungen in § 8 begrenzt angerechnet werden. Der begrenzte Einsatz ist sinnvoll, um einerseits den Einrichtungen ausreichend Flexibilität zu gestatten und andererseits vor beliebiger Ausweitung zu schützen und damit das Qualitätsniveau der Behandlung zu sichern. Wir weisen darauf hin, dass es einerseits möglich ist, andere Berufsgruppen der PPP-RL auf die Berufsgruppe der Pflege anzurechnen und dass andererseits zu dieser Berufsgruppe auch jetzt schon Berufe mit geringerem pflegerischem Schwerpunkt (z.B. Erzieherinnen und Erzieher) zählen. Darüber hinaus kann Personal aus PPP-RL-fremden Berufsgruppen sowie Hilfskräfte angerechnet werden. Allerdings sind letztere Anrechnungen sinnvollerweise auf 10 Prozent begrenzt, um dennoch eine Fachlichkeit der Behandlung zu gewährleisten. Eine Erhöhung auf fast ein Drittel ist aus Qualitätssicherungsgründen abzulehnen. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Wie von der DGPM ausgeführt machen Pflegehilfs- und Pflegeassistenzkräfte seit jeher einen substanziellen Anteil in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung aus. Viele der Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL müssen

		und nicht nachvollziehbar, wieso „dafür im Gegenzug“ die Anrechnung anderer als der in § 5 genannten Berufsgruppen eingeschränkt werden soll. Dieses Personal befindet sich bereits im Einsatz und erbringt wertvolle Arbeit. Im Gegenteil: Der niedrige Erfüllungsgrad der Mindestvorgaben innerhalb der PPP-RL ist mitunter dadurch verursacht, dass diese Berufsgruppen (siehe oben) wegen der fehlenden Anrechenbarkeit nicht mehr erfasst wurden. <u>Änderungsvorschlag:</u> Übernahme der Anrechnungsgrenze von 30 % der VKS-Mind für die § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b.	nicht von den originären PPP-RL-Fachkräften übernommen werden. Ziel und Sinn der PPP-RL muss es sein, dass Kliniken ihre multiprofessionellen Teams anhand des individuellen Bedarfs der Patienten/-innen einzusetzen können, und nicht anhand von kleinteiligen Vorgaben. Eine zukunftsfähige Psychiatrie und Psychosomatik setzt zunehmend neue therapeutische Berufsbilder ein und/oder wird dies angesichts fehlender Fachkräfte in anderen Berufsgruppen verstärkt tun müssen. PatV: Kenntnisnahme. DPR: Ablehnung.
12.10	DGPM	<u>§ 11 Abs. 2 b)</u> Eine Meldung an die zuständige Landesbehörde erscheint nicht erforderlich. Die Landesbehörden nehmen erfahrungsgemäß die Meldungen nicht an oder befassen sich inhaltlich nicht damit. Die Meldung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen hingegen ist zweckdienlich und daher erforderlich für die Durchsetzung der Richtlinie. <u>Änderungsvorschlag:</u> Keine Übernahme der Position von GKV-SV/LV/PatV/BPtK	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme.
12.11	DGPM	<u>§ 11 Abs. 13</u> Die PPP-RL geht mit hohem Erfüllungsaufwand einher. Die PPP-RL-Meldungen rechtzeitig und inhaltlich richtig abzugeben, bindet regelmäßig Kräfte innerhalb der Einrichtungen. Alle Beteiligten müssen eigenverantwortlich Prüfaufwand vor Unterschrift leisten. Dies sollte dringend reduziert werden. Schon letztes Jahr wurde die quartalsweise Datenüber-	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Die Mindestvorgaben der PPP-RL sind pro Quartal zu erfüllen. Die quartalsweise Datenübermittlung dient der unterjährigen zeitnahen Dokumentation im Rahmen der Einführungsphase, damit der G-BA auch zeitnah handeln kann. Und obwohl die Richtlinie nunmehr seit sechs Jahren gilt, zeigen die Ergebnisse,

		mittlung um ein Jahr verlängert. Sie sollte nun eingestellt werden. Einrichtungen, die die Mindestvorgaben erfüllen, sollten von einer geringeren Berichtsintensität profitieren können. <u>Änderungsvorschlag:</u> Übernahme des Vorschlags der DKG: „<i>Bis zum Ende des Erfassungsjahres 2025</i>“.	dass erheblicher Handlungsbedarf besteht: Einerseits haben die Kliniken ihre Leistung über den Zeitverlauf deutlich erhöht, und andererseits hat sich der Umsetzungsstand verschlechtert. Vor allem zeigt sich eine Verschlechterung bei Einrichtungen, die die Mindestvorgaben nicht erfüllen. Bei dem aktuellen Umsetzungsstand ist eine Verlängerung der quartalsbezogenen Datenübermittlung erforderlich sowie die Umstellung auf eine jahresbezogene Datenübermittlung abzulehnen. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Bereits mit Beschluss zur Änderung der PPP-RL vom 20. Juni 2024 hatte der G-BA die quartalsweise Nachweisübermittlung um ein weiteres Jahr verlängert. Schon damals wurde die Notwendigkeit einer quartalsweisen Übermittlung zum einen mit der Umsetzungssituation der Erfüllung der Mindestvorgaben begründet und zum anderen damit, dass die Ergebnisse dem G-BA ermöglichen würden, frühzeitige Veränderungen in der Versorgung zu erkennen. Wie in den Vorjahren ist nicht ersichtlich, welcher Mehrwert aus der vierteljährigen anstelle der jährlichen Nachweisübersendung gezogen wird. PatV: Kenntnisnahme.
12.12	DGPM	<u>§ 16 Abs. 4, Satz 3</u> Seit der Erstfassung der PPP-RL vom 19.9.2019 weist die DGPM gemeinsam mit allen psychosomatischen Verbänden eindringlich darauf hin, dass die vorliegenden Mindestvorgaben unpassend sind. Die Behandlungsbereiche müssen ausdifferenziert und die Mindestvorgaben müssen angepasst werden. Erfreulicherweise liegt nun durch die im Rahmen der durch den Innovationsfonds geförderten EPIK-Studie eine valide	GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe unsere Antwort unter Nr. 12.1. DKG: Dank und Kenntnisnahme. Von einer weiteren Verschiebung der Einführungsstufen gemäß § 16 Absatz 1 PPP-RL sieht die DKG ab. Diese wurden letztmalig mit dem Be-

	Datenbasis für die notwendigen Anpassungen vor. Mit der Ist-Stand-erhebung im Rahmen der EPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) steht erstmals eine wissenschaftlich erhobene und ausreichend differenzierte Datenbasis zur Ist-Personalausstattung in der Psychosomatischen Medizin zur Verfügung. Es erfolgte eine repräsentative, bundesweite Beobachtungsstudie in Psychosomatischen Einrichtungen, die den Ist-Stand der Personalausstattung in Beziehung zu den therapeutischen Leistungen und zum medizinisch-somatischen Aufwand setzt. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse haben die psychosomatischen Verbände einen Vorschlag für eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Neu-Festlegung der Personalmindestvorgaben erarbeitet, den wir diesem Schreiben beifügen. Wir bitten den G-BA diesen Anpassungsvorschlag zu prüfen und in die Richtlinie zu übernehmen. Die voreilige Umsetzung der bisherigen empirisch nicht validierten und nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde zu Verwerfungen in der Versorgung führen. Wir weisen auf die zahlreichen und ausführlichen bisherigen Stellungnahmen zu diesem Thema hin. Die Prüfung und Diskussion des beigefügten Vorschlags der psychosomatischen Verbände durch den G-BA wird aller Voraussicht nicht mehr rechtzeitig vor Beschlussfassung dieser Fassung der PPP-RL abgeschlossen werden können. Eine Diskussion des vorliegenden Vorschlags im G-BA im Laufe dieses Jahres mit Beschlussfassung Anfang 2026 hätte ein Inkrafttreten zum 1. Januar 2027 zur Folge. Die psychosomatischen Einrichtungen brauchen ausreichend Zeit, um sich auf die neuen Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben einzustellen. Ein Inkrafttreten sollte daher frühestens zum 1. Januar 2028 erfolgen, wie von der DKG vorgeschlagen. Analog zur Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte dann ein Konvergenzmechanismus den psychosomatischen Einrichtungen eine Anpassung über mehrere Jahre ermöglichen. Dies vermeidet soziale Härten betroffener Mitarbeitender und	schluss zur Änderung der PPP-RL vom 21.03.2024 verlängert, womit die PPP-RL-Mindestvorgaben erst zum 01.01.2029 zu 100 % zu erfüllen sind. Die Zeit bis dahin kann von den Krankenhäusern genutzt werden, sich schrittweise an den geplanten Einführungsstufen zu orientieren und nachhaltig Personal an sich zu binden. Eine weitere Verlängerung birgt die Gefahr, dass die Kliniken das notwendige Personal für den Personalaufbau in den Budgetverhandlungen vor Ort nicht finanziert bekommen. PatV: Kenntnisanahme.

	gibt den psychosomatischen Einrichtungen die Möglichkeit das Personal über einen ausreichend langen Zeitraum in Zeiten des Personalmangels anzupassen. Mindestvorgaben haben eine starke Signalwirkung für die Einrichtungen. Ihnen wird suggeriert, dass es sich um normativ gerechtfertigte Vorgaben handelt, die in Kürze rechtlich sanktionsbewehrt einzuhalten sind, wenn diese ermittelt und berichtet werden müssen. Dieser Eindruck entsteht vor allem dann, wenn nur die Sanktionen ausgesetzt werden, aber die Mindestvorgaben künftig ermittelt werden müssen. Durch die Ergänzung des o.g. Mechanismus zur Anpassung wird den psychosomatischen Einrichtungen ein klares Zeichen gesetzt, dass die notwendigen Anpassungen der Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben kommen werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> Übernahme des Vorschlags der DKG: „...Erfüllung der Mitwirkungspflichten erst ab dem 1. Januar 2028 Anwendung.“ Darüber hinaus sollte ein gestuftes Verfahren beschlossen werden, das eine Einführung neuer Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben über mehrere Jahre vorsieht. Psychosomatische Einrichtungen sollten demnach, wie in § 16 Abs. 1 für die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehen, in einer Übergangszeit die neuen Mindestvorgaben wie folgt erfüllen müssen: <i>„Für Einrichtungen der Psychosomatik gilt folgendes gestuftes Verfahren:</i> <i>1. die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2028 zu 85 Prozent erfüllt sein.</i> <i>2. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2030 zu 90 Prozent erfüllt sein.</i>	

		3. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2032 zu 95 Prozent erfüllt sein. 4. Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar 2034 zu 100 Prozent erfüllt sein.“	
12.13	DGPM	<u>§ 16 Abs. 6</u> Die DGPM begrüßt sehr den Ersatz der künftigen Erfassung der Regelaufgaben durch die Ermittlung der OPS Codes (siehe oben). Dies stellt eine dringend notwendige Vereinfachung des Nachweises dar. Eine Erfassung der Regelaufgaben wäre nicht mit verhältnismäßigem Aufwand möglich gewesen. Durch eine Erfassung der Prozeduren gemäß Tabelle A9 erscheint kein zusätzlicher Erkenntnisgewinn im Bezug auf das Behandlungsgeschehen oder zur Weiterentwicklung der Richtlinie möglich. Sie ist daher zu streichen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Übernahme des Vorschlags der DKG: „In den Jahren 2024 und 2025 erfolgt die Erfassung der Regelaufgaben durch die Übermittlung der OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98. Im Jahr 2024 und 2025 wird Anlage 3 Teil A9 oder Teil B3 ausschließlich an das IQTIG übersandt. Ab dem Jahr 2026 entfällt die Entsendung von Anlage 3 Teil A9. Für die Erfassung der Regelaufgaben wird in den Jahren 2024 bis und 2025...“	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Die DGPM fordert eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der PPP-RL, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen soll. Eine solche Weiterentwicklung benötigt Evidenz. Die Nachweise der PPP-RL tragen dazu bei, Erkenntnisse zur aktuellen Therapieintensität zu erlangen. Konkret erfolgt dies anhand einer Übermittlung von ohnehin bereits im Krankenhaus vorliegenden Routinedaten. Erste Auswertungen dazu liegen erstmals im Sommer 2025 vor. Die DGPM fordert jetzt, noch bevor erstmalig Ergebnisse vorliegen, den Wegfall der datensparsamen Routinedatenübermittlung, die Transparenz schaffen über die tatsächliche Therapieintensität. Die Forderung wird deshalb abgelehnt. DKG: Dank und Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme.
12.14	DGPM	<u>Anlage 4</u> Die Regelaufgaben der Psychosomatik sind unvollständig und unpassend formuliert. Sollten die Regelaufgaben im Zuge des Wegfalls der Dokumentationspflicht nicht gestrichen werden, müssen die Regelaufgaben der Psychosomatik angepasst hin. Wir weisen auf den bereits eingereichten Vorschlag der psychosomatischen Verbände hin und fügen diesen dieser Richtlinie erneut bei.	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Eine inhaltliche Überarbeitung der Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL ist nicht Gegenstand des Vorschlags der DKG. Sie nimmt den Hinweis sowie den ausgearbeiteten Vorschlag der DGPM auf und prüft ihn im Rahmen einer möglichen zukünftigen Anpassung.

		<u>Änderungsvorschlag:</u> Streichung der bisherigen Regelaufgaben und Übernahme des Vorschlags der psychosomatischen Fachverbände.	
13	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), 06.03.2025		
13.1	DGKJ	Das Thema der PPP-RL ist sehr komplex und diffizil. Aufgrund des engen Zeitrahmens senden wir Ihnen die kurze Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS), unserer Konventgesellschaft, die wir um Ihre Expertise angefragt haben, mit dem Hinweis, dass weiterführende Einschätzungen notwendig sind, um den Sachverhalt in seiner Gänze zu bewerten. Die DGKJ schließt sich dieser Stellungnahme vollumfänglich an.	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
13.2	DGKJ	„Die von den G-BA-Mitgliedern DKG, GKV-SV und PatV verfasste Beschlussvorlage ist sicher ein Schritt in die richtige Richtung und sinnvolle Weiterentwicklung der bisherigen Version der PPP-RL. Als DGPPS schließen wir uns in weiten Teilen den Ausführungen der DKG an. Im Besonderen betrachten auch wir als DGPPS die Berechnung der Personalmindestausstattung nach Minutenwerten und Berufsgruppendefinition auf Basis der über 30 Jahre alten Psych-PV als größtes Defizit der bisherigen PPP-RL-Versionen. Die damals zugrunde gelegten Annahmen und evidenzbasierten Beobachtungen entsprechen kaum mehr der geforderten Versorgungsqualität aktueller Behandlungsleitlinien, geschweige denn den seither immens gestiegenen, weil gesetzlich geforderten Dokumentationspflichten. Hier gibt es mittlerweile weit bessere Berechnungsgrundlagen (bspw. die Schussenrieder Tabellen). In diesem Bereich benötigt es eine dringende Änderung der PPP-RL. Unabhängig davon zeigt sich insbesondere und unverständlicherweise die KJ6-Gruppierung (Behandlung im Eltern-Kind-Setting) nochmals	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Dank zur weitestgehenden Zustimmung und Kenntnisnahme. Bei den Minutenwertvorgaben gemäß Anlage 1 PPP-RL handelt es sich um Mindestvorgaben für die jeweiligen Behandlungsbereiche. Eine darüberhinausgehende Vorhaltung des entsprechenden Personals ist dadurch nicht ausgeschlossen und kann je nach zugrundeliegendem Krankenhausindividuellem Behandlungskonzept und Setting, wie etwa dem Eltern-Kind-Setting in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, intendiert sein. PatV: Dank und Kenntnisnahme.

	mehr weit unter dem tatsächlichen Pflegebedarf berechnet. Hier wird ein ca. hälftiger Pflegebedarf zu anderen Behandlungssettings angenommen, wahrscheinlich aufgrund der Mitaufnahme eines Elternteils. Im Vergleich zur somatischen Medizin, wo die Mitaufnahme eines Elternteils tatsächlich eine erhebliche Pflegentlastung bringt, basieren psychische Erkrankungen im Kindesalter - wissenschaftlich zahlreich belegt - auf eigenen psychischen Erkrankungen der Eltern. Ein psychisch erkrankter Elternteil ist selten in der Lage, eine adäquate Pflegeentlastung zu erbringen. Im Gegenteil benötigen diese Eltern oftmals selbst pflegerische und/oder pädagogische Unterstützung. Hier bedarf es über die DKG-Forderungen hinaus weitere Anpassungen der PPP-RL. Auch wenn die DKG-Änderungsvorlagen ein guter Schritt in die richtige Richtung sind, werden dennoch gerade die besonderen Anforderungen und Bedürfnisse von psychischen erkrankten Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend vertreten. In diesem Sinne sehen wir den erhöhten und komplexeren Behandlungsbedarf und damit auch die Personalausstattung bei Behandlungen von komplex psychisch erkrankten Kindern (beispielsweise Kinder, die aufgrund einer schweren/chronischen somatischen Erkrankung wie Diabetes, CEDs, multiple Sklerose, rheumatoiden Erkrankungen-) eine psychische Folge-Erkrankung erleiden im Sinne einer schweren psychischen Belastungsreaktion (Depression, Angststörungen, Erschöpfungssyndrom, u.a.) bisher nicht in der PPP-RL berücksichtigt. Diese Kinder und Jugendlichen müssen neben der multimodalen kinderpsychiatrischen oder kinderpsychosomatischen Behandlung auch oftmals zeitgleich wie auch regelmäßig in ihrer somatischen Grunderkrankung behandelt werden (bspw. regelmäßige Infusionstherapien, Unterstützung beim Diabetesmanagement, körperliche und kognitive Behandlung bei MS usw.). Dies beinhaltet sowohl ärztlich wie auch pflegerisch/pädagogisch einen erheblichen Mehraufwand, der bisher weder in den KJ-Gruppierungen	

		noch in Minutenwerten der Personalberechnung berücksichtigt wurde. Hier könnte eine neue/zusätzliche KJ-Gruppe sinnvoll sein, welche diese erhöhten und besonderen Bedarfe entsprechend berücksichtigt. Zu weiteren Aspekten der PPP-RL im kinderpsychiatrischen und kinderpsychosomatischen Setting hat aktuell auch die DGKJP entsprechend und ausführlich Stellung genommen, welche wir als DGPPS ebenso unterstützen.“	
14	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG), 06.03.2025		
14.1	DMtG	<u>Allgemeine Anmerkung</u> Die DMtG betrachtet es als Fortschritt, dass die „kleineren Berufsgruppen“ aktuell zum Gegenstand der Weiterentwicklung der PPP RL geworden sind. Zur Sicherung der Qualität in der stationären psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychosomatischen Versorgung und zur Festlegung von Mindestanforderungen für die Personalausstattung sind regelmäßig die Inhalte der PPP-RL anzupassen. Allerdings wirken die aktuellen Formulierungsvorschläge auf uns nicht hinreichend zukunftsgerichtet, sondern noch ganz der inzwischen lange außer Kraft gesetzten PsychPV verhaftet. Auch die Erläuterungen in den tragenden Gründen bieten für uns leider keine überzeugenden Argumente für die Formulierungen in der aktuellen Fassung der PPP RL. Die vorgeschlagenen Änderungen zu den „kleineren Berufsgruppen“ lassen leider keine Fachexpertise aus diesen Berufsgruppen erkennen. Musiktherapeut*innen, wie alle Künstlerischen Therapeut*innen und wahrscheinlich alle Fachkräfte der „kleineren Berufsgruppen“, möchten gerne konstruktiv an der Weiterentwicklung der PPP RL mitarbeiten und Qualitätsverbesserungen unterstützen.	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Dank und Kenntnisnahme. Ferner handelt es sich bei den Minutenwerten gemäß Anlage 1 PPP-RL um Mindestvorgaben für die jeweiligen Behandlungsbereiche. Eine darüberhinausgehende Vorhaltung des entsprechenden Personals pro Berufsgruppe ist dadurch nicht ausgeschlossen und kann je nach zugrundeliegendem Krankenhaus-individuellem Behandlungskonzept und Setting intendiert sein. PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Wir nehmen das Angebot zur fachlichen Mitarbeit an der Weiterentwicklung der Richtlinie zur Kenntnis und bedanken uns dafür.

	Grundsätzlich befürworten wir: • Flexibilisierung der Anrechenbarkeit der verschiedenen Berufsgruppen • Anrechenbarkeit einer höheren Fach- und Hilfskraftquote, insbesondere in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung sowie • neuer Berufsgruppen • Anrechenbarkeit von administrativ unterstützenden Berufen • und vor allem ein Setting- übergreifendes, am Bedarf der Patient:innen orientiertes Personalbemessungsinstrument, z.B. in Anlehnung an die Struktur des Plattform-Modells. Wir gehen davon aus, dass bis zur Fertigstellung eines neuen Systems, in dem gemeinsame und getrennte Aufgaben aller Berufsgruppen erkennbar sind und damit die Anrechenbarkeit unter Erhaltung personenzentriert wichtiger Interventionen für Patient*innen überprüfbar wird, Sanktionen kontraproduktiv wirken. Die PPP RL hat schon jetzt möglicherweise unerwünschte Nebenwirkungen auf Personalstrategien in den betroffenen Kliniken, die wahrscheinlich eher zu Lasten kleinerer Berufsgruppen gehen. Wir befürworten zwar eine Änderung der bisherigen Struktur und die Aufhebung der willkürlichen Zusammenlegung von Künstlerischen Therapien und Ergotherapie unter der Überschrift Spezialtherapien, aber nur in einer noch zu erarbeitenden neuen Struktur, die Vorbehalt- oder Kernaufgaben der einzelnen Berufsgruppen erkennen lässt und verhindert, dass durch den Arbeitsprozess an der PPP RL in ihr genannte, bewährte Therapieformen Patient*innen letztlich ganz vorenthalten werden. Anschließend können wir auch zu weiteren Punkten wie z.B. § 2 Grundsätze (einrichtungsbezogene Dokumentation) Stellung nehmen.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist die Sicherung der Qualität in der stationären Versorgung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen. Die in § 5 PPP-RL verankerten Berufsgruppen mit den therapeutisch relevanten Fachkräften sind essenziell für eine qualitativ hochwertige Behandlung. Eine Aufweichung der Fachlichkeit, wie dies durch die erhebliche Ausweitung der Anrechnungsmöglichkeiten der Fall wäre, lehnt der GKV-SV ab. Gleichwohl sind Anrechnungen zwischen den Berufsgruppen und der begrenzte Einsatz von Hilfskräften sinnvoll. Damit wird den Einrichtungen ausreichend Flexibilität gestattet. Die Anrechnungen müssen jedoch begrenzt sein, um das Qualitätsniveau der Behandlung zu sichern. Die Richtlinie gilt nun seit sechs Jahren. Die Ergebnisse zeigen, dass erheblicher Handlungsbedarf besteht: Einerseits haben die Kliniken ihre Leistung über den Zeitverlauf deutlich erhöht, und andererseits hat sich der Umsetzungsstand verschlechtert. Vor allem zeigt sich eine Verschlechterung bei Einrichtungen, die die Mindestvorgaben nicht erfüllen. Die aktuellen Ergebnisse und die Erfahrungen mit der Psych-PV in über 30 Jahren Anwendung zeigen: die PPP-RL bleibt ohne Sanktionen wirkungslos. Damit die Mindestanforderungen von allen Kliniken nun endlich verbindlich umgesetzt werden, ist es nun an der Zeit, bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben auch Konsequenzen folgen zu lassen.

	Musiktherapie (und andere Künstlerische Therapien) ermöglichen Zugang zu bisherigen und neuen Erfahrungen nicht nur über sprachbasierte Interventionen. Um Patient*innen in diesem therapeutischen Prozess zu begleiten benötigt es eine fundierte Ausbildung, die andere Berufsgruppen nicht durchlaufen. Für die Ausübung einer musiktherapeutischen Tätigkeit ist mindestens ein Studium auf Bachelorniveau bzw. eine äquivalente privatrechtliche Ausbildung erforderlich, wie es von der DMtG sowie übergeordnet für alle Künstlerischen Therapien bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e.V. (BAG KT) im Berufsbild beschrieben ist: „Dies beinhaltet, neben der Beschreibung der berufsspezifischen, praktischen Kompetenzen, auch die Beschreibung von Fähigkeiten wie eigenständigem, kritischen Wissenserwerb, vernetztem Denken, Eigenmanagement und –verantwortung, sowie Reflexions- und Problemlösefähigkeit als Attribute der hochschulischen bzw. hochschuläquivalenten Qualifikationen. Eine Ausbildung soll zur eigenverantwortlichen und selbstständigen Berufsausübung mit den spezifischen therapeutischen Interventionstechniken der Musiktherapie bzw. der Künstlerischen Therapien befähigen. Maßgebend für die Formulierung der Kompetenzbeschreibungen und Ausbildungsziele sind nicht nur die hier beschriebenen, sondern auch die perspektivischen Anforderungsprofile. Ein weiterführender, fachspezifischer Kompetenzerwerb über Masterstudiengänge und Promotionsprogramme ist gegeben“ (https://www.bagkt.de/wp-content/uploads/2024/01/19-04-Berufsbild-BAGKT-korr.pdf). Aufgrund der Qualifikation in medizinischen und psychotherapeutischen Inhalten wie z.B. im Aufbaustudiengang an der Universität Augsburg, wurde entschieden: „mit Abschluss des Masterstudienganges Musiktherapie ist es im Freistaat Bayern möglich, die eingeschränkte Heilerlaubnis Psychotherapie (HPG) nach Aktenlage zu beantragen (https://www.uni-augs-	GKV-SV: Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme.

	burg.de/de/fakultaet/philsoz/studiengange-philsoz/ma-musiktherapie/). Eine staatliche Anerkennung fehlt bisher in Deutschland, daher haben die Mitgliedsverbände der BAG KT Standards vereinbart. Die DMtG, zertifiziert entsprechend ihre musiktherapeutisch berufsqualifizierend ausgebildeten Einzelmitglieder und überprüft die Einhaltung ihrer Fortbildungsordnung durch regelmäßige Rezertifizierung (https://www.musiktherapie.de/wp-content/uploads/2019/05/DMtG-Flyer-Zertifizierung.pdf). Entsprechende Kompetenzen sind mit einer Ausbildung in anderen therapeutischen Berufen nicht zu erwerben; deshalb sind Musiktherapeut*innen (und andere Künstlerische Therapeut*innen) durch anders qualifizierte Therapeut*innen nicht zu ersetzen. Für die Tätigkeiten der Berufsgruppe der Künstlerischen Therapeut*innen sollte einheitlich (durchgehend) der Begriff: „Künstlerische Therapien“ verwendet werden! Die Interventionen der verschiedenen Therapieberufe sind z.B. in der Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen beschrieben; wir betrachten diese Leitlinie deshalb als geeignete Grundlage für die Weiterentwicklung der PPP RL. Die Beschreibung und die Empfehlungen zu Künstlerischen Therapien finden sich überwiegend in 11.3 Evidenzkapitel: Künstlerische Therapien, S. 255 ff., zu Ergotherapie im darauf folgenden 11.4 Evidenzkapitel: Ergotherapie ab S. 270 (https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf). Eine praxisbezogene Diskussionsgrundlage kann der auch Artikel von Franz-Peter Begher (Begher, Franz-Peter (2023): „Spezialtherapeuten,	GKV-SV: Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die PPP-RL verwendet bereits in § 5 in Berufsgruppe d) den von der DMtG vorgeschlagenen Begriff „Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten“. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.

	Bewegungstherapeuten, Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen“ in Günther/Krüger (Hrsg.), Praxishandbuch zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), 2. Auflage medhochzwei, Heidelberg) darstellen, in dem er z.B. darauf hinweist, dass die Minutenwerte der „kleineren Berufsgruppen“ der zunehmenden empirischen Evidenz der Verfahren und der Entwicklung zunehmender fachlicher Qualifikation folgend angehoben und für jede Profession festgelegt werden müssen. Er weist auch darauf hin, „dass gewisse methodische Ansätze in der Psychiatrie nicht an eine Berufsgruppe gebunden sind. Die Profile eines Musiktherapeuten mit einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Inhalten und die sozialrechtliche Beratung durch den Sozialarbeiter beispielsweise sind jedoch nicht annähernd durch die Inhalte der Ausbildung gegenseitig gedeckt.“ Auch wenn das nach der Quadratur des Kreises klingt: dieses Problem ist zu lösen, wenn man mit der Expertise der betroffenen Berufsgruppen daran arbeitet. Auf der Grundlage der im Plattformmodell entwickelten Strukturen könnten zeitgemäße Tätigkeitsbeschreibungen erarbeitet werden, die es erlauben, die Tätigkeiten aller Berufsgruppen und ihre interprofessionelle Zusammenarbeit einschließlich ggfs. erforderlicher Anrechnungsregelungen zur kontinuierlichen Versorgung der Patient*innen zu beschreiben. <i>Prof. Dr. med. A. Deister, P. Brückner-Bozetti, G. Heuft, M. Kölch, M. Klein, M. Löhr, A. Richert, I. Hauth, Der Nervenarzt Ausgabe 5/2021: Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychotherapie - Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie zum Plattform-Modell</i> <i>Peter Brückner-Bozetti, Arno Deister, Iris Hauth, Michael Kölch, Ulrich Cuntz (Herausgeber): Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik: Das Plattform-Modell</i> https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Materialien_KiJu/Koelch_KJP_Plattform-Modell.pdf https://www.eppik-projekt.info/weiterf%C3%BChrende-informationen	GKV-SV: Wir nehmen das Angebot zur fachlichen Mitarbeit an der Weiterentwicklung der Richtlinie zur Kenntnis und bedanken uns dafür.

		https://oparu.uni-ulm.de/items/cf6eac5c-695c-454e-a191-234c520d4020 https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/zentrum-fuer-innere-medizin-medizin-klinik/klinik-fuer-allgemeine-innere-medizin-und-psycho-somatik/forschung/forschungsschwerpunkte/projektbeschreibungen/eppik https://www.bibliomedmanager.de/news-3/g-ba-projekt-liefert-neuen-ansatz-zur-personalbemessung	
14.2	DMtG	<u>§ 3 S Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit</u> Nur eine Frage dazu: sind nicht stoffgebundene Abhängigkeiten damit aus dieser Gruppe ausgeschlossen?	GKV-SV: Die PPP-RL schreibt im Wesentlichen die Behandlungsbereiche der Psych-PV fort. Schon die Psych-PV stellte ausschließlich auf stoffgebundene Abhängigkeiten ab. In die S-Behandlungsbereiche werden dementsprechend Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit eingruppiert. DKG: Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme. Es handelt sich ausweislich der TrG um eine Folgeänderung aus dem Beschluss vom 20.06.2024.
14.3	DMtG	<u>§ 5 (Abs 1) d) Zusammenfassung von d) +e) oder Zusammenfassung von d) + e) + f) sowie § 5 (Abs 2)</u> In erster Linie betrachten wir die aus unserer Sicht willkürliche Einteilung der „kleineren Berufsgruppen“ als änderungsbedürftig. Für jede der genannten Berufsgruppen wären mindestens Personalanzahlzahlen erforderlich; solange eine solche Orientierung fehlt, betrachten wir hilfsweise die Mindestpersonalzahlen für unersetzbar, diese aber auch getrennt für Ergotherapeut*innen und Künstlerische Therapeut*innen. Aufgrund von weitreichenden Anrechnungsmöglichkeiten ist die vorgeschlagene Zusammenlegung eigentlich nicht notwendig, alle in d) bis f) bzw. e) genannten therapeutischen Berufsgruppen verfügen über spezifische Therapieansätze, die für Patient*innen grundsätzlich zugänglich	GKV-SV: Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme und Zustimmung. Anrechnungen zwischen den Berufsgruppen sind bereits jetzt möglich und

	sein sollten; um der Gefahr der Reduktion therapeutischer Angebote vorzubeugen sind alle Berufsgruppen (in unterschiedlichen Mengen) in allen Kliniken vorzuhalten. Die Künstlerischen Therapien umfassen bereits mehrere Berufe, von denen jeweils einer ausgewählt werden kann, der am besten in das Gesamtbehandlungskonzept passt. In der aktuellen Fassung können wir den Vorschlägen nicht zustimmen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Psychosoziale Therapien und Beratung § 5 Berufsgruppen (1) Erwachsenenpsychiatrie (2) Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie d-i) Fachkräfte für Psychosoziale Versorgung (Ergotherapie, Heilpädagogik, Künstlerische Therapien, Logopädie/ Sprachtherapie, Moto-/ Physio-/ Sport-/ Bewegungstherapie, Soziale Arbeit/ Sozialpädagogik)	gestatten den Einrichtungen ausreichend Flexibilität. GKV-SV: Kenntnissnahme und Ablehnung. Die Behandlung in einem multiprofessionellen Team der verschiedenen Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL ist essenziell in der Psychiatrie, das therapeutische Zusammenwirken der unterschiedlichen Berufsgruppen ist ein zentraler Baustein der Behandlung. Die Berufsgruppen der PPP-RL sind nach wie vor die zentralen Fachkräfte in der Behandlung. DKG: Kenntnissnahme. Die Berufsgruppen nach § 5 Abs. 1 d, e und f (Spezialtherapeuten, Bewegungs-/Physiotherapeuten, Sozialarbeiter/Sozial- und Heilpädagogen) weisen im Hinblick auf die Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL z. T. große Überschneidungen auf. Je nach therapeutischem Schwerpunkt der Einrichtung ist ein Vorhalten der Berufsgruppen in Höhe der PPP-RL-Mindestvorgaben nicht notwendig und auch nicht sinnvoll. Durch eine Zusammenlegung der Berufsgruppen wie im Vorschlag der DKG sollen die individuellen Behandlungskonzepte der Einrichtungen mit ihren wechselnden Patientenbedarfen stärker berücksichtigt werden, ohne die Multiprofessionalität einer modernen psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung einzuschränken. PatV: Kenntnissnahme. Eine Differenzierung der Personalanzahl zwischen Ergotherapie und Spezialtherapie

			wird von der PatV nicht für sinnvoll gehalten und wäre in der Realität kaum umsetzbar.
14.4	DMtG	<u>§ 8 (2)</u> <u>Anrechnung von Fach- und Hilfskräften in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung zu einer der Berufsgruppen gemäß § 5 während der Zeit ihrer Aus- oder Weiterbildung</u> Es stellt sich die Frage, mit welcher Ausgangsqualifikation die entsprechenden Fach- und Hilfskräfte in ihre Weiterbildung, z.B. ein Masteraufbaustudium gehen; es wäre ggfs. für eine entsprechende Anleitung zu sorgen. Grundsätzlich stimmen wir dem Vorschlag zu.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Dank und Kenntnisnahme. Ziel des Vorschlags soll es sein, den Anreiz zur Qualifikation zu einer Berufsgruppe gemäß § 5 PPP-RL zu erhöhen. Adressaten dieser berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung sind Personen mit einer bereits vorhandenen Ausbildung gleich welcher Profession.
14.5	DMtG	<u>§ 8 (3) Anrechnung: Zuordnung b) (= Pflege) sowohl zu a) +c) als auch zu d) etc. (DKG)</u> <u>Entfristung der Anrechnung von c) auf d) etc. (DKG)</u> Angesichts des Mangels an Pflegekräften erscheint der Vorschlag nicht weiterführend. Die einseitige Anrechnung von c) auf d) sollte Ende 2025 auslaufen. Beiden Vorschlägen der DKG stimmen wir nicht zu. <u>Änderungsvorschlag:</u> Die einseitige Anrechnung von c) auf d) etc. läuft Ende 2025 aus.	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Der Berufsgruppe der Psychotherapeuten/-innen und Psychologen/-innen kommt eine besondere Bedeutung in der modernen psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung zu. Diesem Stellenwert sollte durch eine Entfristung der Anrechnungsmöglichkeit eine entsprechende Würdigung erhalten. Insbesondere behandlungskonzeptuelle und bedarfsorientierte Erfordernisse der stärkeren therapeutischen Einbindung von Psychotherapeuten/-innen können so weiterhin berücksichtigt werden. PatV: Kenntnisnahme.
14.6	DMtG	<u>Anlage 1 Minutenwertetabellen</u> Minutenwerte können erst aufgeben werden, wenn auf anderen Wegen sichergestellt ist, dass alle bewährten Therapieverfahren Patient*innen bei Bedarf zur Verfügung stehen. Personalzahlen für Künstlerische Therapien sind getrennt von Ergotherapie zu ermitteln.	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Eine Anpassung der Minutenwerte der Anlage 1 PPP-RL ist nicht Gegenstand der vorliegenden Richtlinienänderung. Die DKG weist ferner darauf hin, dass es sich bei den Minutenwerten um Mindestvorgaben für die

		<u>Änderungsvorschlag:</u> Ermittlung angemessener Minutenwerte für „kleinere Berufsgruppen“.	jeweiligen Behandlungsbereiche handelt. Eine darüberhin- ausgehende Vorhaltung des entsprechenden Personals pro Berufsgruppe ist dadurch nicht ausgeschlossen und kann je nach zugrundeliegendem krankenhausindividuellem Be- handlungskonzept und Setting intendiert sein. PatV: Ablehnende Kenntnisnahme (siehe Anmerkung unter Nr. 14.3).
14.7	DMtG	<u>Anlage 4 Regelaufgaben</u> Die Regelaufgaben aus der PsychPV sollten nicht die Basis für die weitere Arbeit an der PPP RL sein. Es wäre aus unserer Sicht in vieler Hinsicht besser, sich für alle Berufsgruppen an den Regelaufgaben des Platt- formmodells zu orientieren (s. Änderungsvorschlag a). Daraus können auch Anrechnungsmöglichkeiten wesentlich einfacher abgeleitet wer- den. Sollte diese Anregung nicht umsetzbar sein, schlagen wir hilfsweise eine Formulierung der Regelaufgaben für Musiktherapeut*innen bzw. Künst- lerische Therapeut*innen entspr. Änderungsvorschlag b) vor. <u>Änderungsvorschlag a):</u> Regelaufgaben - Herstellung einer haltgebenden therapeutischen Beziehung - Diagnostik - Aufklärung, partizipative Entscheidungsfindung - Herstellung von Umweltbezug und Einbeziehung des Umfeldes - Künstlerische Therapien, Patientenbezogene störungsspezifi- sche Interventionen (leitlinienorientiert, geplant, bezogen auf multiprof. Behandlungsziele) - Krisenintervention	GKV-SV: Dank für und Kenntnisnahme des Änderungsvor- schlags für die Regelaufgaben. DKG: Kenntnisnahme. Eine inhaltliche Überarbeitung der Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL ist nicht Gegenstand des Vorschlags der DKG. Sie nimmt jedoch den Hinweis der DMtG auf und prüft ihn im Rahmen einer möglichen zukünf- tigen Anpassung. PatV: Kenntnisnahme.

		- Maßnahmen zur Förderung von Qualität (patientenbezogen) - Interprofessionelle Tätigkeiten (im Zusammenhang mit der Patientenversorgung) - Koordination/ Kommunikation mit Behörden etc. - Netzwerkarbeit/ Zusammenarbeit in regionalen Versorgungsstrukturen (patientenbezogen) - Dokumentation (patientenbezogen) - Mitwirkung bei Aufnahme- und Entlass- Management - Nachsorgeplanung und Entlassmanagement - Leitungstätigkeiten (Fallbesprechungen, Supervisionen u.Ä.) - Interprofessionelle Tätigkeiten (Team, Arbeitsorganisation, Führung, Weiterbildung) - Leitungstätigkeiten (Führung und Organisation der Behandlungseinheit) - Fort- und Weiterbildungen <u>Oder Änderungsvorschlag b):</u> Regelaufgaben der Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten 1. Grundversorgung - fachspezifische Anamnese und Diagnostik - fachspezifische Therapieplanung - Mitwirkung bei der fachübergreifenden Beschreibung krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie bei der übergreifenden Therapieplanung - Evaluation der jeweiligen fachspezifischen Maßnahmen - Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung	

		- Künstlerische Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz- Theatertherapie u.a.) - Mitwirkung bei der sozialen/ kulturellen Rehabilitationsplanung - Beratung von Zugehörigen und Mitwirkung an Familientherapien 3. Gruppenbezogene Behandlung - – Künstlerische Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz- Theatertherapie u.a.) einschl. Kommunikations-, Entspannungs- und Aktivitätsförderung sowie teilhabebezogener Freizeitgestaltung - Mitwirkung an Angehörigengruppen - Teilnahme an Stationsversammlungen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten - Vor- und Nachbereitung - Mitwirkung an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team - Fortbildungsveranstaltungen, Supervision - Materialbeschaffung und -pflege, Verwaltungsaufgaben - Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination	
14.8	DMtG	Literaturverzeichnis Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf). Begher, Franz-Peter (2023): „Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeuten, Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen“ in Günther/Krüger (Hrsg.)-Praxishandbuch zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), 2. Auflage medhochzwei, Heidelberg	GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zu den Vorschlägen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einer Änderung der PPP-RL

		Qualifikation von Musiktherapeut*innen und anderen Künstlerischen Therapeut*innen: https://www.bagkt.de/wp-content/uploads/2024/01/19-04-Berufsbild-BAGKT-korr.pdf https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/philsoz/studiengange-philsoz/ma-musik-therapie/ https://www.musiktherapie.de/wp-content/uploads/2019/05/DMtG-Flyer-Zertifizierung.pdf Plattformmodell und EPIK Prof. Dr. med. A. Deister, P. Brückner-Bozetti, G. Heuft, M. Kölch, M. Klein, M. Löhr, A. Richert, I. Hauth, Der Nervenarzt, Ausgabe 5/2021: Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychotherapie - Ergebnisse einer Machbarkeitsstudie zum Plattform-Modell Peter Brückner-Bozetti, Arno Deister, Iris Hauth, Michael Kölch, Ulrich Cuntz (Herausgeber): Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik: Das Plattform-Modell https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Materialien_KiJu/Koelch_KJP_Plattform-Modell.pdf https://www.eppik-projekt.info/weiterf%C3%BChrende-informationen https://oparu.uni-ulm.de/items/cf6eac5c-695c-454e-a191-234c520d4020 https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/zentrum-fuer-innere-medizin-medizin-klinik/klinik-fuer-allgemeine-innere-medizin-und-psychosomatik/forschung/forschungsschwerpunkte/projektbeschreibungen/eppik https://www.bibliomedmanager.de/news-3/g-ba-projekt-liefert-neuen-ansatz-zur-personalbemessung	

15 Aktion psychisch Kranke e.V. (APK), 06.03.2025			
15.1	APK	<u>Allgemeine Anmerkung</u> Die APK hat die PPP-RL bei Einführung begrüßt, aber bereits früh darauf hingewiesen, dass die Richtlinie in wesentlichen Teilen angepasst werden muss und entsprechende Vorschläge in bisherigen Stellungnahmeverfahren unterbreitet. In den bisherigen Änderungen sind Weiterentwicklungen wie die Stärkung der Psychotherapie oder in der Anrechnung von Berufsgruppen erfolgt, in wesentlichen Teilbereichen besteht jedoch weiterhin Handlungsbedarfe. Zugleich sind Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, die bei der Entstehungshistorie der PPP-RL in diesen Umfang nicht zu prognostizieren waren. Das betrifft insbesondere die Fachkräfte- bzw. Personalsituation. Zudem gilt es den eingeschlagenen Weg der Flexibilisierung und Lebensweltorientierung der Krankenhausbehandlung patientenorientiert fortzuschreiben. Parallel kommt für den somatischen Bereich eine Krankenhausreform zu tragen, die in Teilbereichen auch mit Auswirkungen auf die psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbehandlung verbunden sein wird. Insbesondere die zukünftigen Level 1i – Krankenhäuser, die Leistungsgruppen und die Qualitätskriterien sind hier anzuführen. Für die Änderungen der PPP-RL zum Erfassungsjahr leiten sich daraus folgende allgemeine Anmerkungen der APK ab, an die sich die spezifischen Anmerkungen anschließen. 1. Zeitliche Ablauf in Bezug auf die Wirksamkeit der Sanktionsmechanismen	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Wie von der APK ausgeführt, sind es neben der Herausforderung, geeignetes Personal in Form von Fachkräften zu finden, vor allem die starren, abschließenden und teils praxisfernen Vorgaben der Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL, die eine wesentliche Hürde zur Erfüllung der Mindestvorgaben darstellen. Der Rahmen der PPP-RL spiegelt nur im Ansatz die Entwicklung und Aktualität der heutigen psychiatrischen und psychosomatischen stationären Versorgung wieder. Ziel der gegenwärtigen Weiterentwicklung der Richtlinie muss es daher sein, wie von der APK ausgeführt, eine Erweiterung der Flexibilisierungsmöglichkeiten des Personaleinsatzes zu schaffen, ohne die Versorgungsqualität der Patienten/-innen einzuschränken. PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Der Hinweis auf fragliche Verfügbarkeit von Personal aufgrund eines Fachkräftemangels greift aus unserer Sicht zu kurz. Hauptgrund für die Personalprobleme in deutschen Psychiatrien ist, dass in Deutschland das Potential ambulanter Behandlungen bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Stationäre Behandlungen sind besonders personalintensiv und erhöhen deshalb den Personalbedarf. Um Personal aufzubauen und den bestehenden Personalbestand zu sichern, gilt es auch, attraktivere Arbeitsbedingungen zu schaffen – die Einhaltung der Mindestvorgaben trägt dazu bei.

	Vom Grundsatz her vertritt die APK die Position, dass sofern Kliniken Personalvorgaben, die den Mindeststandard zur Sicherstellung der Versorgung der Patientinnen und Patienten vorgeben, nicht einhalten, eine Rückzahlungspflicht in Höhe des nicht eingesetzten Personals bestehen muss. Für darüberhinausgehende Sanktionen sieht die APK keine zwingende Notwendigkeit. Sollten sie dennoch greifen, können sie nur das letzte Mittel und nur in einem angemessenen Umfang vollzogen werden, wenn die Ursachenklärung in einem dialogischen Prozess erfolgt ist, Lösungswege erörtert und diese in der Folge nicht eingehalten werden. In der Region darf es zu keiner Situation kommen, in der die Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht mehr sichergestellt wird. Hier besteht eine gemeinsame Verantwortung von Leistungsträgern, Leistungserbringern und den Ländern in der jeweiligen Region. Dies gilt es bei den vorgeschlagenen Sanktionsregelungen zu beachten. Mit Blick auf - die ermittelte teilweise schwierige Lage der Krankenhäuser in Bezug auf die Erfüllung der Mindestpersonalvorgaben auf Grund des Fachkräftemangels und die Umstellung auf die Personalvorgaben, - die noch ausstehende Weiterentwicklung der Richtlinie in zentralen und benannten Punkten unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse - und die Auswirkungen Krankenhausreform auf einen Teil der Krankenhäuser ist eine Verschiebung zur Sicherstellung der Versorgung die Sanktionierung notwendig.	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung zu Nr. 1. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist und bleibt die Sicherung der Qualität in der stationären psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung – insbesondere die Festlegung von verbindlichen Mindestanforderungen für die Personalausstattung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen und deren negative Konsequenzen für Patientinnen und Patienten sowie für Beschäftigte. Die Richtlinie gilt nun seit sechs Jahren. Die Ergebnisse zeigen, dass erheblicher Handlungsbedarf besteht: Einerseits haben die Kliniken ihre Leistung über den Zeitverlauf deutlich erhöht, und andererseits hat sich der Umsetzungsstand verschlechtert. Vor allem zeigt sich eine Verschlechterung bei Einrichtungen, die die Mindestvorgaben nicht erfüllen. Die aktuellen Ergebnisse und die Erfahrungen mit der Psych-PV in über 30 Jahren Anwendung zeigen: die PPP-RL bleibt ohne Sanktionen wirkungslos. Damit die Mindestanforderungen von allen Kliniken nun endlich verbindlich umgesetzt werden, ist es nun an der Zeit, bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben auch Konsequenzen folgen zu lassen. Anstelle von Sanktionen Unterstützungs- und Beratungsangebote für die Einrichtungen zu fordern, mutet seltsam an: Hauptgrund für die Personalprobleme in deutschen Psychiatrien ist, dass in Deutschland das Potential ambulanter Behandlungen bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Stationäre Behandlungen sind besonders personalintensiv und erhöhen deshalb den Personalbedarf. Um Personal aufzubauen und den bestehenden Personalbestand zu sichern, gilt es

	Bei weiteren Anpassungen des § 13 der PPP-RL wären die Sanktionen auf die Fälle zu begrenzen, in denen mit den Leistungsträgern vereinbarte Stellen für therapeutisch-pflegerisches Personal nicht vollständig umgesetzt wurden. 2. Flexibilisierung in Bezug auf qualitätsorientierte Abweichungen und Anrechenbarkeit von Berufsgruppen Psychiatrische Behandlungen finden in multiprofessionellen Teams statt. Für die Erzielung optimaler Behandlungsergebnisse, sind verschiedene Settings, verschiedene regionale Situationen, verschiedene Versorgungssituationen und unterschiedliche Zusammensetzungen der Berufsgruppen erforderlich. Die Vorgabe eines fixen Verhältnisses der Berufsgruppen orientiert sich an einem antiquierten, stationären medizinischen arzt-pflegezentrierten Modell und wird der notwendigen Flexibilisierung des Personaleinsatzes in regional bezogenen Systemen nicht gerecht. Es ist zu befürchten, dass positive Entwicklungen im Hinblick auf Spezialisierung und Aufgabenteilung zwischen den Berufsgruppen mit einem Skill-Mix, die in den letzten Jahrzehnten stattgefunden haben, mit den eher starren Vorgaben der PPP-RL, die auf den Personalanhaltszahlen der Psych-PV beruhen, nicht kompatibel sind. Auch wenn hier in Bezug auf „neuen“ bzw. bisher nicht berücksichtigten Berufsgruppen die fehlende Evidenzbasierung angeführt wird, sei auf die gesetzliche Formulierung verwiesen, dass die nur „möglichst“ der Fall sein muss. Hier gilt es gute Gründe und auch Belege aus bisherigen Einsatzgebieten anzuführen. Die Richtlinie lässt kaum Abweichungen von der Mindestvorgabe in Bezug auf das Quartal, den Standort und die einzelne Berufsgruppe zu. Was zur Sicherung der Vorgaben im Sinne der Patientinnen und Patienten ge-	auch, attraktivere Arbeitsbedingungen zu schaffen – die Einhaltung der Mindestvorgaben trägt dazu bei. Beides liegt im Verantwortungsbereich der Kliniken und bedarf keiner Beratung im Rahmen einer Qualitätssicherung. GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung zu Nr. 2. Die Behandlung in einem multiprofessionellen Team der verschiedenen Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL ist essenziell in der Psychiatrie, das therapeutische Zusammenwirken der unterschiedlichen Berufsgruppen ist ein zentraler Baustein der Behandlung. Die Berufsgruppen der PPP-RL sind nach wie vor die zentralen Fachkräfte in der Behandlung. Die angeblich „antiquierten“ Berufsgruppen finden sich mit Blick auf die Websites bei nahezu allen Kliniken wieder.

	dacht ist, ist in der Praxis nur dann zu erreichen, sofern die Personalausstattung deutlich über der Mindestvorgabe liegt, um einen ausreichend flexiblen Personaleinsatz zu gewährleisten. Krankenhausindividuelle Besonderheiten sind hier zudem zu berücksichtigen. Aus der praktischen Umsetzung wird jedoch wiederholt berichtet, dass sich in der Budgetverhandlung die Leistungsträger (höchstens) an der jeweils gültigen Mindestvorgabe orientieren. Hierfür sollte die Untergrenze der einzelnen Berufsgruppe und auch des einzelnen Quartals anders bewertet werden – solange über das Jahr in allen Berufsgruppen ausreichend Personal eingesetzt wird. 3. Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe Im ersten Psychatriedialog wurde die Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe in der Finanzierung bzw. Personalbemessung der Behandlungsangebote als gemeinsame Zielsetzung formuliert. Diskutiert wurden Zuschläge bei besonderen Behandlungsbedarfen, die dann auch leistungsbereichsübergreifend Geltung bekommen (so bei weiteren Beeinträchtigungen insbesondere im intellektuellen Bereich, notwendige Intensivbegleitung zur Zwangsvermeidung, bei älteren Patientinnen und Patienten mit komplexen Hilfebedarf). Insofern begrüßt die APK erste Schritte in diese Richtung in den Änderungsvorschlägen in Bezug auf die Patientinnen und Patienten mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Die spezifischen Bedarfe bei Unterbringungen nach den PsychKGs der Länder oder dem Betreuungsrecht nach § 1831 BGB werden leider nur indirekt in Bezug auf Vorschlägen zum Umgang mit der Versorgungspflicht angesprochen. Versorgungspflicht bezieht sich sowohl auf die Unterbringungen aber auch auf die regionale Versorgungspflicht (siehe z. B. Krankenhausplan NRW).	GKV-SV: Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme zu Nr. 3. Dieser Aspekt wird in der zukünftigen Weiterentwicklung der PPP-RL durch den GKV-SV geprüft. GKV-SV: Kenntnisnahme.

		Die Verankerung von verbindlichen Regelungen zur Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe in Form von Zuschlägen und in Bezug auf die Minutenwerte in den Behandlungsbereichen sollte eine Zielsetzung bei der Weiterentwicklung der PPP-RL sein. 4. Perspektiven Eine weitere Begrenzung auf die Institution „Krankenhaus“ würde die aktuelle Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems verlangsamen. Alle Akteure im Gesundheitswesen sind sich einig, dass sektorübergreifende, auf die Region bezogene Versorgungsmodelle in der Psychiatrie unabdingbar sind, um die Qualität der psychiatrischen Versorgung zu erhalten und zu verbessern. Personalvorgaben dürfen sich nicht am antiquierten Modell des Krankenhauses und am Stationsbezug orientieren. Dieser Bezug behindert die Transformation des Versorgungssystems in eine ambulant zentrierte, sektorübergreifende regionale Versorgung. Die APK empfiehlt zu prüfen bzw. einen Prüfauftrag zu vergeben, inwieweit eine Fortschreibung der PPP-RL in Richtung der § 64b Modellvorhaben im Sinne der Transparenz und Orientierung nutzbar ist bzw. welche Ergänzungen bzw. Veränderungen notwendig sind. Für aktuelle Modelle sollten Ausnahmeregelungen ermöglicht werden. Nicht zuzulassen ist, dass die PPP-RL die Transformation des Systems in Richtung sektorübergreifende Versorgung, beispielsweise in Globalbudgets durch ihren antiquierten Krankenhaus- und Stationsansatz verhindert.	GKV-SV: Kenntnisnahme.
15.2	APK	<u>§ 2 Grundsätze Abs. 7 und 8</u>	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Mit der Streichung der monats- und stationsbezogenen Nachweise werden die Dokumentationsaufwände erheblich reduziert. Wie die APK ausführt, ist die Nachweisführung auf Stations- und

	Die APK spricht sich weiterhin gegen einen monats- und stationsbezogenen Nachweis ab. Sinnvoll sind maximal quartals-bezogene Nachweise pro Einrichtung. Das stations- und monatsbezogene Nachweisverfahren ist so-wohl für die Einhaltung der Mindestvorgaben wie auch für die Weiterentwicklung der PPP-RL nicht ausschlaggebend. In den ersten Jahren wurden stationsbezogene Daten insgesamt und in den letzten Jahren nur noch von einer Stichprobe erhoben. Aus den erhobenen Daten wurden von den Selbstverwaltungs-partnern keine Erkenntnisse zur Weiterentwicklung gewonnen bzw. dargestellt. In der Folge sollte der Stations- und Monatsbezug und die Fiktion, dass nur einer einzelnen Station zugeordnetes Personal für die Mindestvorgaben relevant wäre, dauerhaft fallengelassen werden. In der Praxis arbeiten einzelne Berufsgruppen stationsübergreifend. <u>Änderungsvorschlag:</u> Die APK spricht sich weiterhin für die Streichung des monats- und stationsbezogenen Nachweises aus.	Monatsbasis weder für die Einhaltung der Mindestvorgaben, noch für die Weiterentwicklung der PPP-RL relevant. Bereits zwischen 2020 und 2022 wurden stationsbezogene Daten von allen Einrichtungen sowie in 2023 und 2024 von einer 5 %igen Stichprobe geliefert, die aus Sicht der DKG nicht ausreichend für eine Weiterentwicklung der Richtlinie genutzt wurden. Es erschließt sich nicht, welcher Mehrwert aus der monats- und stationsbezogenen Dokumentation für eine Verbesserung der Behandlung der Patienten/-innen entnommen werden kann, aus der eine Überarbeitung der Richtlinie resultieren sollte. Im Gegensatz dazu steht eine erhebliche Dokumentationsentlastung, die noch einmal vor dem Hintergrund unterstrichen wird, dass ab 2026 zwei parallele Nachweisverfahren – der Spezifikation für Teil A des Nachweises, das Service-dokument für Teil B – bedient werden müssen. In den Tragenden Gründen zur Verlängerung und Erhöhung der Stichprobe gemäß § 16 Abs. 5 PPP-RL heißt es selbst, dass es für die Einrichtungen, die nicht Teil der Stichprobe sind (also die monats- und stationsbezogenen Nachweise nicht erbringen müssen), zu einer erheblichen Dokumentationsentlastung kommt. PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist die Sicherung der Qualität in der stationären Versorgung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen. Die stations- und monatsbezogenen Nachweise schaffen differenziertere Erkenntnisse über mögliche Unterschiede in der personellen Ausstattung auf Stationsebene.

			Daraus gewonnene Informationen können für die Weiterentwicklung der RL genutzt werden. Eine rein einrichtungsbezogene Dokumentation lässt jedoch nicht erkennen, ob beispielsweise einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Deshalb ist Transparenz auf Monats- und Stationsebene erforderlich, zusätzlich zu den einrichtungs- und quartalsbezogen einzuhaltenden Mindestvorgaben Die Dokumentation stützt sich auf Daten, die dem Krankenhausmanagement ohnehin vorliegen. Sie bindet keine Personalressourcen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten auf den Stationen. Blickt man auf die Websites der Kliniken, sind überwiegend nach wie Stationen als zentrale Behandlungseinheiten zu finden. Aus den zuletzt erhobenen Daten der Stichprobe von fünf Prozent der Einrichtungen konnten keine Schlüsse für die Weiterentwicklung gezogen werden, da die Stichprobe zu klein und die Daten deshalb nicht aussagekräftig waren. Deshalb schlägt der GKV-SV vor, die Stichprobe moderat zu vergrößern, damit zukünftig wieder Erkenntnisse daraus für die Weiterentwicklung der PPP-RL gezogen werden können.
15.3	APK	<u>§ 2 Abs. 10</u> Bezüglich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung wird hier von der DKG vorgeschlagen, den über die Richtlinie hinausgehenden Bedarf gesondert zu verankern. An späterer	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Dank und Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. Aus Sicht der PatV müsste auch in krankenhausindividuellen Budgetvereinbarungen

	Stelle (§ 3) wird von der Patientenvertretung und der BpTK vorgeschlagen, einen eigenen Behandlungsbereich zu verankern. Dies würde beinhalten, dass jedes Krankenhaus hier Personal vorhalten müsste. Vom Grundgedanken unterstützt die APK beide Vorschläge, da hierdurch besondere Behandlungsbedarfe dieser Zielgruppe anerkannt werden. Zugleich wirft dies die Fragen auf, inwieweit nicht auch weitere Beeinträchtigungen, insbesondere die Sinnenbeeinträchtigungen und weitergehend auch die besonderen Behandlungsbedarfe wie in den allgemeinen Anmerkungen angeführt, Berücksichtigung finden müssen. Vorteil der Aufführung in § 2 Abs. 10 wäre, dass Vorgaben für krankhausindividuelle Verhandlungen gegeben wären, die aber keinen bindenden Charakter haben. Einen eigenen Behandlungsbereich für Menschen mit Intelligenzminderungen bzw. intellektuellen Beeinträchtigungen auszuweisen, würde Verbindlichkeit herstellen und die regionale Sicherstellung solcher Angebote befördern. Weite Anfahrtswege in spezialisierte Einrichtungen widersprechen einer wohnortnahen, inklusiven Versorgung in enger Kooperation mit den medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung (MZE). <u>Änderungsvorschlag:</u> Unter Abwägung der Vorteile im Sinne der Patientinnen und Patienten spricht sich die APK zunächst dafür aus, in § 2 Abs. 10 die Versorgung dieser Zielgruppe aufzuführen. Damit wären Vorgaben für krankhausindividuelle Verhandlungen gegeben. In einem zweiten Schritt wären in Bezug auf die Etablierung eines eigenen Behandlungsbereiches die Minutenwerte zu entwickeln bzw. festzulegen und in die PPP-RL entsprechend zu implementieren.	das erforderliche Personal hinterlegt werden, jedoch ohne verbindliche Mindestvorgaben. BpTK: Keine Zustimmung. Der BpTK liegen Hinweise vor, dass die Verhandlung von zusätzlichem Personal über die Mindestvorgaben hinaus auf Klinikebene häufig schwierig ist. Somit wird eine Auslagerung der Verantwortung für die Verhandlung von zusätzlich erforderlichem Personal für die Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung auf die Klinikebene nicht befürwortet. Siehe auch die Ausführungen der DGSG hierzu.

15.4	APK	<u>§ 3 Abs. 1</u> Siehe Anmerkungen zu § 2.	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme.
15.5	APK	<u>§ 5 Berufsgruppen</u> Die Krankenhäuser haben Konzepte zur Aufgabenteilung in den Krankenhäusern – nicht zuletzt um den Anforderungen des Fachkräftemangels gerecht zu werden – entwickelt, die auch zusätzlichen Berufsgruppen Arbeitsfelder eröffnet. In der Pflege wurden Aufgabenbereiche herausgearbeitet, die auch von (ausgebildeten) Pflegehilfskräften, wie auch (ausgebildeten) Medizinischen Fachangestellten übernommen werden können. Dadurch können sich die Fachkräfte auf ihre jeweiligen Kernkompetenzen fokussieren. Gleiches gilt auch für die Gruppe der Ärzteschaft. Viele Regelaufgaben müssen nicht zwingend von Ärztinnen und Ärzten ausgeführt werden. In dem Gesetzentwurf zum Pflegekompetenzgesetz finden sich hier Ansatzpunkte. Wichtiger im Sinne der Behandlungsqualität ist es, die multi-professionellen Teams anhand des individuellen Bedarfs der Patientinnen und Patienten einzusetzen, und nicht anhand von kleinteiligen Vorgaben. Dazu gehört auch, dass neue therapeutische Berufsbilder in der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausbehandlung eingesetzt werden, die aktuell an den veralteten Definitionen scheitern. Auch wenn hier bei diesen Berufsgruppen der Einsatz noch nicht spezifisch evaluiert ist, ist die Wirksamkeit in anderen Behandlungsbereichen evaluiert oder liegen positive Erfahrungen vor. Die gesetzliche Grundlage spricht hier von „möglichst“ evidenzbasiert. Eine Zusammenlegung der Spezialtherapeutinnen/-therapeuten mit den Bewegungs- bzw. Physiotherapeutinnen/-therapeuten erhöht die Flexibilität, erleichtert die Nachweispflicht und entschärft Konflikte in den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst.	DKG: Dank und Kenntnisnahme. Es gibt langjährig etablierte Konzepte zur Aufgabenteilung in den Kliniken, um u. a. den Anforderungen des Fachkräftemangels gerecht zu werden. Gerade in der Pflege wurden viele Tätigkeiten identifiziert, die nicht von Pflegefachkräften ausgeführt werden müssen, sondern sowohl von (ausgebildeten) Pflegehilfskräften, wie auch (ausgebildeten) Medizinischen Fachangestellten übernommen werden können. Mit der Ergänzung Medizinischer Fachangestellter z. B. werden Pflegefachkräfte gezielt entlastet, die sich auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren können. In Anbetracht zunehmender Belastungen der Pflegefachpersonen kann dies entscheidend zur Motivationssteigerung beitragen. Eine komplette oder sehr weitreichende Substitution von Pflegefachkräften durch Medizinische Fachangestellte ist hingegen aufgrund (zwar nicht in der PPP-RL definierter) berufsspezifischer Vorbehaltsaufgaben nicht zu befürchten. Ziel und Sinn der PPP-RL muss es sein, dass Kliniken ihre multiprofessionellen Teams anhand des individuellen Bedarfs der Patienten/-innen einsetzen können, und nicht anhand von kleinteiligen Vorgaben einer Richtlinie. Eine zukunftsfähige, moderne Psychiatrie und Psychosomatik setzt zunehmend neue therapeutische Berufsbilder ein und/oder wird dies angesichts fehlender Fachkräfte in anderen Berufsgruppen verstärkt tun müssen. Die aktuellen Begrenzungen der PPP-RL in § 5 stehen dem diametral entgegen

	Allerdings sollte die Berufsgruppe der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen beibehalten werden. Die Berufsgruppe ist für den Sozialdienst und eine teilhabeorientierte Krankenhausbehandlung und der Schnittstelle zu den rehabilitativen, psychosozialen Anschlussangeboten von fundamentaler Bedeutung. Ihre sozialrechtliche und sozialarbeiterische Grundausbildung ist hier das wesentliche Fundament, was bei den anderen Berufsgruppen in dieser Weise nicht vorhanden ist. <u>Änderungsvorschlag:</u> Die APK unterstützt die Vorschläge für die Aufnahme neuer Berufsqualifikationen und den Vorschlag, die Berufsgruppe mit der Zuordnung „Sozialarbeit/Sozialpädagogik/Heilpädagogik“ beizubehalten und nur die „Spezialtherapie und Bewegungstherapie“ zusammenzuführen.	und verstärken eher die Gefahr eines systematischen Abbaus der Versorgung. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Die Behandlung in einem multiprofessionellen Team der verschiedenen Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL ist essenziell in der Psychiatrie, das therapeutische Zusammenwirken der unterschiedlichen Berufsgruppen ist ein zentraler Baustein der Behandlung. Die Berufsgruppen der PPP-RL sind nach wie vor die zentralen Fachkräfte in der Behandlung. Die angeblich „kleinteilige“ Dokumentation stützt sich auf Daten, die dem Krankenhausmanagement ohnehin vorliegen. Sie bindet keine Personalressourcen in der Versorgung der Patientinnen und Patienten auf den Stationen. Außerdem gehen mit den aktuellen Änderungsvorschlägen des GKV-SV größere Dokumentationsentlastungen einher. Der Hinweis auf fragliche Verfügbarkeit von Personal aufgrund eines Fachkräftemangels greift aus unserer Sicht zu kurz. Hauptgrund für die Personalprobleme in deutschen Psychiatrien ist, dass in Deutschland das Potential ambulanter Behandlungen bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Stationäre Behandlungen sind besonders personalintensiv und erhöhen deshalb den Personalbedarf. Um Personal aufzubauen und den bestehenden Personalbestand zu sichern, gilt es auch, attraktivere Arbeitsbedingungen zu schaffen – die Einhaltung der Mindestvorgaben trägt dazu bei. Eine Aufweichung der Fachlichkeit, wie dies durch die Ergänzung von Hilfskräften in den Kernberufsgruppen der Fall wäre, lehnt der GKV-SV ab.

			Gleichwohl können Fremd- und Hilfskräfte schon jetzt eingesetzt und im Rahmen der Anrechnungsregelungen in § 8 begrenzt angerechnet werden. Der begrenzte Einsatz ist sinnvoll, um einerseits den Einrichtungen ausreichend Flexibilität zu gestatten und andererseits vor beliebiger Ausweitung zu schützen und damit das Qualitätsniveau der Behandlung zu sichern.
15.6	APK	<u>§ 6 Abs. 6</u> Der GKV-Spitzenverband führt zu Recht an, dass keine einheitliche Definition von Pflichtversorgung besteht und dies auch nicht zwischen Selbstverwaltungspartnern besteht. So bestehen Unterschiede zwischen der Pflichtversorgung in Bezug auf Unterbringungen nach den PsychKGs der Länder und nach § 1831 BGB und der regionalen Pflichtversorgung, die in der Regel die Zuständigkeit für Notfallaufnahmen festlegt und damit in der Regel auch mit der 24 Stunden-Bereitschaft verknüpft ist. Die Pflichtversorgung in Bezug auf Unterbringungen ist mit besonderen Behandlungsbedarfen verbunden, um Zwang zu reduzieren und zu vermeiden bzw. in eine freiwillige Behandlung zu überführen. Eine Nichtteilnahme an der regionalen Pflichtversorgung (ins-besondere Notfallaufnahme) außerhalb des Unterbringungsgeschehen sollte mit Abschlüssen in der Personalausstattung verbunden sein. <u>Änderungsvorschlag:</u> Aus Sicht der APK sollten die Pflichtversorgung nach den PsychKGs und dem Betreuungsrecht Berücksichtigung finden in der Aufzählung in § 2, was nicht enthalten ist in den Mindeststandards.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Bisher existiert keine bundeseinheitliche Definition einer Versorgungsverpflichtung. Diese Definitionslücke sollte jedoch nicht davon abhalten, die Regelungen in der PPP-RL zu konkretisieren. Um zukünftig eine möglichst einheitliche und versorgungsrealitätsnahe Ermittlung der Mindestvorgaben zu ermöglichen, erfolgt deshalb eine Annäherung an die regionale Pflichtversorgung indirekt über die Angabe, dass die Einrichtung über eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme verfügt. Dabei handelt es sich um ein wesentliches Merkmal der Pflichtversorgung, das einen direkten Bezug zu der notwendigen Personalausstattung hat. DKG: Kenntnisnahme. Bislang fehlt eine bundeseinheitliche Definition der regionalen Versorgungsverpflichtung. Klar ist jedoch, dass diese mehr umfasst, als ausschließlich die Bereitschaft zur 24-Stunden-Aufnahme. Regionale Versorgungsverpflichtung ist in den Psych-Fächern von tragender, standortübergreifender Bedeutung. Das Kriterium ist nicht trennscharf operationalisiert, es bleibt offen, wie eine 24-stündige Bereitschaft zur Aufnahme konkret definiert wird. Da die Angabe zu diesem Kriterium Auswirkungen auf die Höhe der Mindestanforderungen haben, ist dies vor dem

		Die bisher enthaltene Regelung zum 10-prozentigen Abschlag, soweit auf die regionale Pflichtversorgung wie angeführt bezogen, kann beibehalten werden. Eine bundesweit einheitliche Leistungsbeschreibung von regionaler Versorgungsverpflichtung und Standortbezug ist jedoch anzustreben.	Hintergrund u. a. der Prüfungen des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Qualitätskontrollen für die Bewertung von besonderer Bedeutung. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
15.7	APK	<u>§ 8 Abs. 2 Anrechnung von Berufsgruppen</u> Die Ergänzung von Anrechnungsmöglichkeiten von Personen, die sich in Weiterbildung befinden entspricht der Krankenhaus-praxis. Jedoch dauern berufsbegleitende Aus- oder Weiterbildungen teilweise länger als drei Jahre. <u>Änderungsvorschlag:</u> Die APK unterstützt den Vorschlag mit einer offenen Formulierung, Fach- und Hilfskräfte, die sich in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung befinden, anzurechnen.	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
15.8	APK	<u>§ 8 Abs. 3</u> Die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen/-therapeuten bzw. Psychologinnen/Psychologen hat einen hohen Stellenwert in der psychiatrischen Krankenhausbehandlung, der die aktuellen, noch aus der Psych-PV überführten Minutenwerte nicht gerecht werden. Solange nicht die Minutenwerte für Psychotherapie auf fachlicher Grundlage bewertet werden, bedarf es dieser erweiterten Anrechnungsmöglichkeiten, um Behandlungskonzepte mit psychotherapeutischem Schwerpunkt abbilden zu können. Die APK spricht sich für die Entfristung der Regelung aus.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Berufsgruppe der Psychotherapeuten bzw. Psychologen ist eine wichtige Säule qualitätsvoller Versorgung in der Psychiatrie und Psychosomatik und gilt es unbedingt zu erhalten. GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme. BPtK: Keine Zustimmung zur Entfristung der Anrechnungsregelung zur Anrechnung von Psychotherapeutinnen auf die Spezialtherapeutinnen.

15.9	APK	<u>§ 11 Nachweisverfahren Abs. 2</u> Grundsätzlich ist eine geregelte Meldung an die Landesbehörden einer unregelmäßigen Abfragesituation (z. B. durch Besuchskommissionen) durch die Länder vorzuziehen. Dies sollte aber auch Reaktionen in den Ländern auf die übermittelten Meldungen zu Nicht-Erfüllung zur Folge haben. Die Meldepflichten sollten zudem mit geringstmöglichem Aufwand für die Krankenhäuser verbunden sein. Dem Änderungsvorschlag von GKV/LV/PatV/BPtK wird zugestimmt.	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Nach gegenwärtigem Kenntnisstand erfolgt in den seltensten Fällen eine Reaktion von Seiten der Landesaufsichtsbehörden auf die Meldung einer Nicht-Erfüllung der PPP-RL-Mindestvorgaben. Aus Sicht der DKG wurde nicht hinreichend dargelegt, welche Mehrwerte sich aus der anvisierten Übermittlung sämtlicher Nachweise an die Landesaufsichtsbehörden ergeben sollen. Zudem damit zu rechnen ist, dass sich die Länder absehbar nicht in der Lage sehen, die ab 2026 geplante Spezifikation umzusetzen. Für die Krankenhäuser entstehen dadurch nicht nachvollziehbare zusätzliche Aufwände durch voraussichtlich mehrere parallele Meldewege. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
15.10	APK	<u>§ 11 Abs. 3</u> Die APK setzt sich für möglichst bürokratiearme Nachweise ein, die nach einer adäquaten Zeitspanne bereitgestellt werden müssen. Eine Meldepflicht für solch große Datenmengen innerhalb von 14 Tagen nach Quartalsende kann kaum erfüllt werden. Die Frist zur Abgabe innerhalb von sechs Wochen nach Quartalsende ist hier angemessen. Sie sollte auch im Rahmen der PPP-RL einheitlich verstetigt werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> Eine Nichterfüllung sollte spätestens sechs Wochen nach Ende des betreffenden Quartals angezeigt werden.	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Wie die APK ausführt, ist die Meldepflicht im Umfang der PPP-RL-Nachweise binnen 14 Tagen nach Quartalsende äußerst kurz bemessen und produziert für die Kliniken unnötige hohe Aufwände. Bislang ist keinerlei kurzfristige bzw. zeitnahe Reaktion von Seiten Krankenkassen, Landesaufsichtsbehörden oder des Medizinischen Dienstes erfolgt, weshalb sich die Frage nach der Notwendigkeit dieser Frist ergibt. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
15.11	APK	<u>§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</u> Hingewiesen wurde in den allgemeinen Anmerkungen auf	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.

	- die ermittelte teilweise schwierige Lage der Kranken-häuser in Bezug auf die Erfüllung der Mindestpersonal-vorgaben auf Grund des Fachkräftemangels und die Umstellung auf die Personalvorgaben, - die noch ausstehende Weiterentwicklung der Richtlinie in zentralen und benannten Punkten unter Berücksichtigung der Evaluationsergebnisse - und die Auswirkungen Krankenhausreform auf einen Teil der Krankenhäuser sowie die grundsätzliche Haltung der APK zu Sanktionen. Zur Sicherstellung der Versorgung ist die Scharfstellung der Sanktionierung weiter zu verschieben und noch notwendige Anpassungen zu prüfen. Bei den weiteren Anpassungen des § 13 wären die Sanktionen auf die Fälle zu begrenzen, in denen mit den Leistungsträgern vereinbarte Stellen für therapeutisch-pflegerisches Personal nicht vollständig umgesetzt wurden. <u>Änderungsvorschlag:</u> Eine Verschiebung der Scharfstellung der Sanktionen um zwei weitere Jahre erscheint auf Grund der aktuellen angeführten Rahmenbedingungen notwendig.	GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Vorrangiges Ziel der PPP-RL ist und bleibt die Sicherung der Qualität in der stationären psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung – insbesondere die Festlegung von verbindlichen Mindestanforderungen für die Personalausstattung. Hintergrund sind die seit langem bekannten Personaldefizite in vielen Einrichtungen und deren negative Konsequenzen für Patientinnen und Patienten sowie für Beschäftigte. Die Richtlinie gilt nun seit sechs Jahren. Die Ergebnisse zeigen, dass erheblicher Handlungsbedarf besteht: Einerseits haben die Kliniken ihre Leistung über den Zeitverlauf deutlich erhöht, und andererseits hat sich der Umsetzungsstand verschlechtert. Vor allem zeigt sich eine Verschlechterung bei Einrichtungen, die die Mindestvorgaben nicht erfüllen. Die aktuellen Ergebnisse und die Erfahrungen mit der Psych-PV in über 30 Jahren Anwendung zeigen: die PPP-RL bleibt ohne Sanktionen wirkungslos. Damit die Mindestanforderungen von allen Kliniken nun endlich verbindlich umgesetzt werden, ist es nun an der Zeit, bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben auch Konsequenzen folgen zu lassen. Gesetzlich ist der Wegfall des Vergütungsanspruchs vorgesehen. Tatsächlich wird in der PPP-RL derzeit nur das fehlende Personal sanktioniert. Betrachtet wird dabei das jeweils geltende Niveau der Einführungsstufe, in 2026 müssen die Mindestvorgaben zu 90 Prozent erfüllt sein. Zudem wurde die Sanktionshöhe erheblich um mehr als 60 Prozent reduziert. Konkret entsprechen die Sanktionen damit nur noch einer Rückzahlung von nicht vorhandenem Personal.

			Nicht mehr, und nicht weniger. Hauptgrund für die Personalprobleme in deutschen Psychiatrien ist, dass in Deutschland das Potential ambulanter Behandlungen bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Stationäre Behandlungen sind besonders personalintensiv und erhöhen deshalb den Personalbedarf. Um Personal aufzubauen und den bestehenden Personalbestand zu sichern, gilt es auch, attraktivere Arbeitsbedingungen zu schaffen – die Einhaltung der Mindestvorgaben trägt dazu bei. Ein weiteres Verschieben der Sanktionen um zwei Jahre hilft nicht weiter.
15.12	APK	<u>§ 16 Abs. 6</u> Die Datenerhebung in Bezug auf die Erfassung der Regelaufgaben durch die Übermittlung von OPS-Daten hat keinen erkennbaren Mehrwert liefern können und wird dies auch zukünftig nicht erreichen können. Daher ist der bürokratische Mehraufwand als Zeichen des Bürokratieabbaus einzustellen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Wegfall der Entsendung der Anlage 3 Teil A9 ab 2026.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Ablehnung. Die APK fordert eine evidenzbasierte Weiterentwicklung der PPP-RL, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen soll. Eine solche Weiterentwicklung benötigt Evidenz. Die Nachweise der PPP-RL tragen dazu bei, Erkenntnisse zur aktuellen Therapieintensität zu erlangen. Konkret erfolgt dies anhand einer Übermittlung von ohnehin bereits im Krankenhaus vorliegenden Routinedaten. Erste Auswertungen dazu liegen erstmals im Sommer 2025 vor. Die APK fordert jetzt, noch bevor erstmalig Ergebnisse vorliegen, den Wegfall der datensparsamen Routinedatenübermittlung, die Transparenz schaffen über die tatsächliche Therapieintensität. Die Forderung wird deshalb abgelehnt.

II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden nicht fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)	1. April 2025	Stellungnahme

Zusammenfassung der nicht fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Arbeitsgruppe hat die nicht fristgerecht eingegangene Stellungnahme zur Kenntnis genommen. Eine Auswertung nach Fristablauf erfolgt grundsätzlich nicht. Die stellungnehmende Organisation wurde auf diese Rechtsfolge im Anschreiben vom 6. Februar 2025 hingewiesen.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
1	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT), 01.04.2025	
1.1	DGPT	Die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) bedankt sich ausdrücklich dafür, zur Änderungsfassung der Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL Entwurf Stand 29.01.2025) Stellung nehmen zu können. Grundsätzlich unterstützt die DGPT unbedingt die Bemühungen der PPP-RL, zu einer vernünftigen und verbindlichen Mindest-Personalausstattung in den entsprechenden Einrichtungen zu kommen, um eine psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau zu gewährleisten. Bzgl. der Nachweispflicht fürchten wir enorme bürokratische Aufwendungen. Hier sollten Vereinfachungen unbedingt möglich werden. Somit unterstützen wir alle Bestrebungen, die eine Verschlankung der Nachweispflicht ermöglichen.

		Unabhängig von den hier genannten Regelungen und Verfahrensänderungen möchten wir noch einmal auf Folgendes hinweisen: Der Gesetzgeber wollte ausdrücklich eine Stärkung der Psychotherapie. Unsere Sorge bleibt bestehen und scheint sich mancherorts schon zu bestätigen, dass die genannten Untergrenzen in der PPP-RL zukünftig als Obergrenzen in den Verhandlungen der Kliniken mit den Kassen gehandelt werden. Außerdem weisen wir daraufhin, dass eine weitere Differenzierung der Pauschalen P1/P2 und P3/P4 gerade in den psychotherapeutisch – psychosomatisch tätigen Kliniken hilfreich wäre wie von der DGPM aufgrund der EPIK Studie vorgeschlagen (siehe Anlage 2 „Eingruppierungsempfehlungen“). Diese Änderung ist notwendig, um die Multimorbidität der Patientinnen und den daraus folgenden sehr unterschiedlichen Anforderungen an die Personalausstattung (zum Beispiel mehr psychotherapeutisch ausgebildetes Personal mit höheren Minutenwerten versus mehr internistisch/somatisch ausgebildetes Personal bei eher somatisch erkrankten Patienten und Patientinnen) mit abbilden zu können. Im Einzelnen nehmen wir wie folgt zu den Punkten Stellung:
1.2	DGPT	<u>§ 2 (7)</u> Wir folgen dem Vorschlag der DKG – Entbürokratisierung und Flexibilität sind unsere Hauptgründe. <u>Änderungsvorschlag:</u> Vorschlag der DKG – keine Änderung
1.3	DGPT	<u>§ 2 (8)</u> Wir folgen dem Vorschlag der DKG – flexiblere Möglichkeiten, Personal einzusetzen zum Beispiel im Krankheitsfall etc. <u>Änderungsvorschlag:</u> Vorschlag DKG „in einer Einrichtung“
1.4	DGPT	<u>§ 2 (10)</u> Vorschlag DKG – tatsächlich brauchen Pat mit Intelligenzminderung einerseits dringend Zugang zu stationärer Psychotherapie – dabei aber auch besonders geschultes Personal und Mehraufwand. <u>Änderungsvorschlag:</u> Vorschlag DKG
1.5	DGPT	<u>§ 2 (11)</u>

		Keine Stellungnahme
1.6	DGPT	<u>§ 3 (1)</u> Keine Stellungnahme
1.7	DGPT	<u>§ 4 (3)</u> Vorschlag DKG – wir folgen dem Bedarf der Klarstellung, dass auch Medizinische Fachangestellte berücksichtigt werden können. <u>Änderungsvorschlag:</u> Vorschlag DKG
1.8	DGPT	<u>§ 5 (1a)</u> Vorschlag GKV-SV „keine Übernahme“ – der Begriff Physician Assistants ist so ungenau, dass wir befürchten, dass es ein Einfallstor ist für eine Qualitätsminderung ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeiten. <u>Änderungsvorschlag:</u> „keine Übernahme“
1.9	DGPT	<u>§ 5 (1b)</u> Einschluss der Medizinischen Fachangestellten. Viele pflegerische Tätigkeiten können qualifiziert von Medizinischen Fachangestellten übernommen werden und die stationären Tätigkeiten entlasten. <u>Änderungsvorschlag:</u> „Medizinische Fachangestellte“
1.10	DGPT	<u>§ 5 (1d)</u> Eine Zusammenlegung der Berufsgruppen der Spezialtherapeut*innen und Physiotherapeut*innen/Bewegungstherapeut*innen begrüßen wir sehr, da es viele Überschneidungen gibt. ZU den Sozialarbeitern, die eine immer größere Rolle spielen, sehen wir wenig Überschneidung, weswegen wir den Vorschlag der PatV präferieren. <u>Änderungsvorschlag:</u> PatV
1.11	DGPT	<u>§ 5 (2)</u>

		Keine Stellungnahme
1.12	DGPT	<u>§ 6 (6)</u> Es erschließt sich uns nicht, weshalb überhaupt Minutenwerte zu verringern sind, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat. Die Behandlung der Patient*innen erfolgt mit der gleichen Personalnotwendigkeit bei hoher Therapiedichte und OPS Vorgaben, die unabhängig von der Tatsache ist, ob eine Versorgungsverpflichtung besteht oder nicht. <u>Änderungsvorschlag:</u> Streichen der 10 % Minderung.
1.13	DGPT	<u>§ 6 (7)</u> Keine Stellungnahme
1.14	DGPT	<u>§ 7 (5)</u> Folgedissens – wir folgen auch hier dem Vorschlag der DKG.
1.15	DGPT	<u>§ 8 (2)</u> Wir folgen dem Vorschlag der DKG – dies vor allem unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die sogenannte praktische Tätigkeit von Psycholog*innen in Ausbildung zu psychologischen Psychotherapeut*innen in vielen Bundesländern nicht anerkannt wird, wenn diese gemäß dem Grundberuf bezahlt wird. Dennoch nehmen die Psycholog*innen unter Supervision qualifiziert an der Versorgung teil. Diese Regelung wird 2032 nach Ende der Übergangsfrist obsolet. <u>Änderungsvorschlag:</u> Vorschlag DKG Vergütung gemäß § 27 Abs 4 PsychThG Außerdem folgen wir dem Vorschlag der DKG „Fach – und Hilfskräfte ...)
1.16	DGPT	<u>§ 8 (3)</u> Aus unserer Sicht bleibt es sinnvoll nur die Anrechenbarkeit der Berufsgruppen a und c zu erhalten – gleichwohl mit der Entfristung dieser Möglichkeit. <u>Änderungsvorschlag:</u> Vorschlag GKV SV: a und c Folgedissenz § 5 Abs 1d – PatV. B, d und e

		Folgedissenz zu den Dissenzen in Satz 2: Pat V – a und c sowie zwischen b, d und e Vorschlag DKG ohne Anrechenbarkeit Pflegefachkräfte: Eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b ist möglich. (entfristet)
1.17	DGPT	<u>§ 8 (4) - (5)</u> Wir folgen dem Vorschlag der DKG. Es ist nicht im Interesse von Krankenhäusern über die Maßen Leasingpersonal einzustellen, weil dieses den Haushalt in der Regel sehr viel mehr belastet als fest angestellte Fachkräfte. Eine Regelung, wie von der GKV-SV usw. gefordert, schränkt den Handlungsspielraum der Einrichtungen sehr ein, dafür zu sorgen, dass die Personaluntergrenzen nicht unterschritten werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> (4): Keine Übernahme (Vorschlag DKG) (5): DKG: Unabhängig vom Bestehen eines direkten Beschäftigungsverhältnisses
1.18	DGPT	<u>§ 8</u> Im Übrigen folgen wir bei den weiteren Absätzen des § 8 den Vorschlägen der DKG.
1.19	DGPT	<u>§ 10 (4)</u> Wir folgen sowohl der Begründung als auch dem Vorschlag der DKG. <u>Änderungsvorschlag:</u> DKG: Streichung der Frist und Keine Übernahme bezüglich der Tageskliniken.
1.20	DGPT	<u>§ 11 (1)</u> Folgedissenz: Vorschlag DKG
1.21	DGPT	<u>§ 11 (3)</u> <u>Änderungsvorschlag:</u> Spätestens 6 Wochen wie von der DKG gefordert.
1.22	DGPT	<u>§ 11 (8), (10), (12)</u> Die Meldefristen sind erfahrungsgemäß relativ kurz, so dass eine Verlängerung um 14 Tage sehr sinnvoll erscheint.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zu den Vorschlägen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einer Änderung der PPP-RL

		<u>Änderungsvorschlag:</u> Vorschlag DKG
1.23	DGPT	<u>§ 11 (13)</u> Keine Stellungnahme
1.24	DGPT	<u>§ 13 (5)</u> Wir folgen der Begründung der DKG. <u>Änderungsvorschlag:</u> Vorschlag DKG
1.25	DGPT	<u>§ 13 (8)</u> Keine Stellungnahme
1.26	DGPT	<u>§ 14</u> Folgedissenz: Vorschlag DKG
1.27	DGPT	<u>§ 16 (2), (4), (5)</u> Folgedissenz: Vorschlag DKG
1.28	DGPT	<u>§ 16 (6)</u> Wir folgen dem Vorschlag der DKG.
1.29	DGPT	<u>§ 16 (8)</u> Folgedissenz – Streichung des Monats- und Stationsbezugs wie von der DKG vorgeschlagen.
1.30	DGPT	<u>Anlage 1 (1. /2.) Minutenwertetabelle</u> Keine Stellungnahme
1.31	DGPT	<u>Anlage 2</u> Eingruppierungsempfehlungen

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zu den Vorschlägen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einer Änderung der PPP-RL

		Wir empfehlen dringend, die Ergebnisse der EPPIK Studie im Bereich der Psychosomatik zu berücksichtigen und den in diesem Stellungnahmeverfahren erarbeiteten Vorschlag der DGPM einer differenzierteren Aufteilung der Eingruppierungsmöglichkeiten von P1 - P7 zu übernehmen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Differenzierung der P1 – P4 in P1 – P 7 gemäß dem Vorschlag der DGPM.
1.32	DGPT	<u>Anlage 3</u> Keine Stellungnahme bei Folgedissenzen
1.33	DGPT	<u>Anlage 3 - A5 Spalte 11</u> <u>Änderungsvorschlag:</u> Vorschlag DKG

III. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 6. Februar 2025 eingeladen bzw. im Unterausschuss Qualitätssicherung angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	24. Februar 2025 / nein	nein
Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)	25. Februar 2025 / nein	nein
Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	26. Februar 2025 / ja	ja
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)	3. März 2025 / ja	ja
Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)	4. März 2025 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (dgkjp)	4. März 2025 / ja	ja
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	5. März 2025 / ja	ja
Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	5. März 2025 / ja	ja
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	5. März 2025 / ja	ja
Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	5. März 2025 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	6. März 2025 / ja	ja

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zu den Vorschlägen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einer Änderung der PPP-RL

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	6. März 2025 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	6. März 2025 / ja	ja
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	6. März 2025 / ja	ja
Aktion psychisch Kranke e.V. (APK)	6. März 2025 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)	1. April 2025 / ja	ja

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 7. Mai 2025 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 7. Mai 2025) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
2.	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung wurde von der DFPP vorgeschlagen, für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen Vorgaben für einen Skill-Grade-Mix aufzunehmen.
3.	Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (dgkjp)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung wurden von der dgkjp die Besonderheiten des pflegerischen Nachtdienstes am Wochenende erläutert. Diese Hinweise werden bei der zukünftigen Weiterentwicklung der Vorgaben für den Nachtdienst geprüft.
5.	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
6.	Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
7.	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zu den Vorschlägen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einer Änderung der PPP-RL

8.	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
9.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
10.	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
11.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
12.	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
13.	Aktion psychisch Kranke e.V. (APK)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
14.	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.



Wortprotokoll

einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Vom 7. Mai 2025

Vorsitzende:	Frau (Vorsitzende des Unterausschusses)
Beginn:	13:33 Uhr
Ende:	15:19 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)

Frau Dr.

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)

Frau

Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)

Frau

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)

Herr Prof. Dr.

Frau Dr.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)

Herr Dr.

Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)

Herr Prof. Dr.

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)

Herr

Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)

Frau Prof. Dr.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)

Frau Dr.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)

Herr Prof. Dr.

Herr Prof. Dr.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Herr Dr.

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)

Frau

Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)

Herr Dr.

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)

Frau

Beginn der Anhörung: 13:33 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich gehe davon aus, dass die Vertreter der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen jetzt alle da sind? – Wunderbar. Dann darf ich Sie, meine Damen und Herren, herzlich bei uns begrüßen. Ich will einige Formalien vorneweg setzen: Die, die bei uns schon gelegentlich zur Anhörung waren, wissen das: Ich bitte natürlich jeweils, das Mikro zu verwenden, wenn Sie das Wort ergreifen, das auch auf laut zu stellen, und vor allem zu Beginn immer Ihren Namen und Ihre Institution, die Sie vertreten, zu benennen. Das ist einfach deswegen wichtig, weil wir mitstenografieren, wir haben ein stenografisch erstelltes Protokoll und das Protokoll wird dann auch im Internet veröffentlicht.

Im Hinblick auf die Inhalte dürfen Sie davon ausgehen, dass sich die AG mit den Inhalten so, wie sie uns schriftlich vorgelegt wurden, auch umfassend bereits beschäftigt hat. Wir haben die Stellungnahmen gelesen und intensiv beraten. In dieser Anhörung geht es jetzt darum, gegebenenfalls zu akzentuieren, also das, was Ihnen wichtig ist, noch einmal in wenigen Sätzen darzustellen – oder das, was aus Ihrer Sicht noch nicht ausreichend in Ihrer Stellungnahme zum Ausdruck kam, hier nochmals zu beleuchten. Für uns bedeutet das eine Gelegenheit zur gezielten Nachfrage. Wir haben für Ihren mündlichen Vortrag, weil wir ja die Inhalte nun schon kennen, drei Minuten vorgesehen. Sie sehen auf dem Bildschirm jeweils eine virtuelle Sanduhr, die Ihnen dabei behilflich sein soll, die Zeit zu bemessen.

Und für die Anwesenden hier im Saal, für den Unterausschuss: Es haben sich 14 zur Stellungnahme berechnigte Organisationen zurückgemeldet. Die Reihenfolge ergibt sich wie immer aus dem Eingang der Rückmeldungen. Und ich würde, wie üblich, nach fünf Organisationen, die sich geäußert haben, eine Pause machen und Ihnen Gelegenheit zu Nachfragen geben.

Für diejenigen, deren Stellungnahme wir dann schon gehört haben, gilt: Wir freuen uns, wenn Sie bei uns bleiben, vielleicht gibt es im Lichte anderer Stellungnahmen am Ende der Anhörung nochmals Bedarf für uns alle, etwas nachzufragen, das mag sein. Ich habe aber auch Verständnis dafür, wenn Sie, nachdem Sie Ihre Stellungnahme abgegeben haben, wichtige Tagesgeschäfte haben, die Ihrer Anwesenheit und Ihres Mittuns bedürfen, also Sie müssen nicht bis zum Schluss bleiben.

Das waren die Formalien, meine Damen und Herren. Dann begeben wir uns in die Anhörung. Und als Erste startet die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V., die DGSGB. Es hat sich angemeldet Frau Dr. (DGSGB). Frau (DGSGB), Sie haben jetzt das Wort.

Frau Dr. (DGSGB): Mein Name ist (DGSGB), ich spreche für die DGSGB. Die DGSGB befürwortet den Vorschlag der Patientenvertretung und der Bundespsychotherapeutenkammer, den Behandlungsbereich A3, Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung, einzuführen, der sich an den Minutenwerten der KJ1 orientiert.

Die erhöhten Personalbedarfe begründen sich aus den mit der Intelligenzminderung einhergehenden kognitiven und kommunikativen Beeinträchtigungen sowie den emotionalen Entwicklungsverzögerungen und damit verbundenen besonderen Bedarfen in Diagnostik, Therapie und Versorgung. Der Behandlungsbereich A3 in Verbindung mit den Minutenwerten vom KJ1 schafft quasi eine Regelversorgung für diesen Personenkreis. Dadurch wird ein wichtiger Meilenstein in der bereits seit 2009 in Deutschland ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention besetzt und das Recht behinderter Menschen auf ein

erreichbares Höchstmaß an Gesundheit sichergestellt. Aus Sicht der DGSGB reicht es nicht aus, wie von der DKG vorgeschlagen, individuelle Strukturbesonderheiten in den Budgetverhandlungen aufzunehmen. Ob die erforderlichen personellen Mehrbedarfe in den Budgetverhandlungen durchgesetzt werden können, hänge damit sehr vom Einsatz und der Ausdauer und den verfügbaren Ressourcen der einzelnen Kliniken ab.

Außerdem gilt: Die Unterfinanzierung im Gesundheitswesen führt zu Personalmangel. Wenn die rechtlichen Vorgaben im Hinblick auf die Einführung eines Behandlungsbereichs A3 verändert würden, könnten die Kliniken auch den notwendigen Personalaufbau vornehmen. In Kliniken, die nur vereinzelt Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung behandeln, führt die Einführung des Behandlungsbereichs A3 nicht zu einer massiven Erhöhung der Personalbedarfe. Der mit der Einführung des Behandlungsbereichs A3 refinanzierte Personalaufbau könnte einen Anreiz für weitere Kliniken bieten, auch spezielle Behandlungsbereiche für Menschen mit Intelligenzminderung zu entwickeln und damit dem deutschlandweit abnehmenden Angebot an spezialisierten Behandlungsbereichen für diesen Personenkreis entgegenwirken.

Die DKG trägt keinen inhaltlichen Grund gegen die personellen Mehrbedarfe vor. Im Gegenteil: Sie findet den Vorschlag eines eigenen Behandlungsbereichs grundsätzlich nachvollziehbar. Die PPP-RL ist im Gegensatz zur Psych-PV kein Instrument als Basis für die Budgetverhandlung, sondern ein Instrument zur Qualitätssicherung. Da die DKG die personellen Mehrbedarfe inhaltlich als gegeben sieht, sollten diese auch in der PPP-RL verankert werden und nicht Teil der Budgetverhandlungen sein. Eine substantielle Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen darf nicht aus Sorge vor Sanktionen verhindert werden. Die DGSGB mahnt an, dass dieser Personenkreis keinesfalls wegen Umsetzungsschwierigkeiten der PPP-RL und der gegenwärtigen Sorge vor Sanktionen ignoriert bzw. diskriminiert werden darf. Dies widerspräche dem Anspruch auf eine gleichberechtigte Gesundheitsversorgung psychisch Kranker in Deutschland, dem Grundgesetz und der UN-BRK.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Punktlandung. Herzlichen Dank, Frau Dr. (DGSGB). – Als Nächste rufe ich auf die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V., die DFPP. Es haben sich angemeldet Frau (DFPP) und Herr Prof. (DFPP). Wem darf ich das Wort geben?

Frau (DFPP): Ich werde sprechen, guten Tag.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Guten Tag, Frau (DFPP).

Frau (DFPP): Herzlichen Dank. Ich war nicht ganz pünktlich auf Lautsprecher geschaltet und hoffe, dass ich nichts Wesentliches jetzt versäumt habe von den Eingangsaussagen.

Ich beginne mit meinem Statement: Wir wollen das Statement nutzen, um auf Fragen der Anrechenbarkeiten der anderen Berufsgruppen oder der Hilfskräfte einzugehen, die anderen Sachen können Sie in unseren Unterlagen nachlesen. Wir staunen da immer wieder über die Vorschläge und ich will noch einmal betonen: Wir erklären gern in jedem Gremium auf dieser Welt, was der Pflegeauftrag ist und was Pflege zur Genesung liefert, das können wir jetzt nicht in drei Minuten tun. Wir haben aber ein Rechenbeispiel gemacht und haben gesehen, auf einer 16-Betten-Station würde man nicht mehr durchgängig Pflegefachpersonen verfügbar haben 168 Stunden in der Woche, wenn man die Anrechenbarkeiten und Hilfskräfteregeln ausschöpfen würde.

Ich will zwei Aspekte betonen, erstens: Patienten kommen in die Klinik, wenn Hilfebedarfe komplex oder rund um die Uhr nötig sind. Sie kommen nicht wegen der Krankheitsdiagnose, sondern sie kommen, wenn der Alltag nicht bewältigbar ist oder die Symptomlast zu hoch ist

oder die Hilfesysteme überfordert sind oder die Befriedigung von Bedürfnissen nicht mehr gelingt oder die Ausführung von Lebensaktivitäten, wenn Gefährdungen vorliegen und Ähnliches. All diese Beispiele sagen Ihnen, dass oft unmittelbares Handeln da ist oder 24/7-Handeln nötig ist. All das sind Dinge, die nicht aufschiebbar sind. Und all das sind Themen, die die Pflege adressiert und bearbeitet. Deswegen brauchen wir die 168-Präsenz von Pflegefachpersonen. Es ist ein pflegerischer Vorbehalt, diese Hilfebedarfe zu identifizieren und angemessene Handlungskonzepte zu entwickeln.

Zweitens: Ich will betonen, dass gerade die Situationen, in denen intensives Pflegehandeln erforderlich ist, meist mit hoher Vulnerabilität verbunden sind. Denken Sie an Gefährdungen, an freiheitsentziehende Maßnahmen, an starke Einschränkungen der Kognition, da ziehen sich andere Akteure oft zurück. Und gerade diese hochvulnerablen Situationen erfordern Professionalität im höchsten Maß. Und da ist uns wirklich sehr rätselhaft, wie man diese Berufsgruppe, die hier liefert in den hochvulnerablen Situationen, entprofessionalisieren kann.

Die PPP-RL will Versorgungsqualität in 168 Stunden in der Woche gewährleisten. Die Krisenmanager und Vulnerabilitätsmanager dürfen nicht entprofessionalisiert werden. Wir beantragen, im Gegenteil, die Debatte um den Skill-Grade-Mix für die Pflegefachpersonen aufzunehmen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Frau (DFPP). Dann ist jetzt an der Reihe der Deutsche Verband Ergotherapie e.V., der DVE. Frau (DVE) hat sich angemeldet.

Frau (DVE): Vielen Dank. (DFPP) mein Name, Deutscher Verband Ergotherapie. Ich würde gern vier Themen ganz kurz ansprechen, zum einen die Zusammenfassung der Berufsgruppen unter dem Buchstaben D. Aus unserer Sicht ist diese Zusammenfassung nicht wirklich sinnvoll und zielführend. Eine berufsgruppenspezifische Darstellung wäre im Sinne der Qualität und auch der Anerkennung, dass jede Profession einen spezifischen Beitrag leistet, angemessen. Und Anrechnungsmöglichkeiten sind hier das Mittel der Wahl und auch gegeben. Allerdings müssen wir auch sagen, dass die jetzt vorliegende Zusammenfassung sicherlich sinnvoller ist als das, was wir bisher jemals hatten. Die bisherige Zusammenfassung hat jeglicher fachlichen Grundlage entbehrt. Von daher würden wir an der Stelle im Zweifelsfall auch mit all den Bedenken mitgehen, die diese Zusammenfassung hat.

Was uns in dem Zusammenhang aber noch wichtig wäre, ist, dass an der Stelle auch dieser fragwürdige Begriff der Spezialtherapie aufgelöst wird, der einen völlig unangemessenen Eindruck vermittelt von dem, was dahintersteht, und der auch in unterschiedlichen Zusammenhängen und ganz unterschiedlich gebraucht wird. Aus unserer Sicht wäre eine Bezeichnung wie „Fachberufe aus den Bereichen Therapie, Pädagogik und sozialer Arbeit“ sinnvoll.

Zu den Tätigkeitsbeschreibungen ist uns auch noch mal ganz wichtig anzumerken: Wie schon in den vergangenen Stellungnahmen haben wir dringlich angemahnt, dass es eine Aktualisierung braucht. Dann: Das Wording entstammt immer noch den 90er-Jahren und ist wirklich veraltet und es kann nicht durch eine einfache Addition der verschiedenen Tätigkeitsbeschreibungen jetzt zu einer Zusammenführung kommen. Das ist fehlerbehaftet und auch aktuell fehlerhaft durchgeführt. Zudem verlieren Ergotherapie und künstlerische Therapien, die ursprünglich in dieser Gruppe waren, dadurch ihre Repräsentanz, weil sie gar nicht mehr, in dem Sinne inhaltlich, mit ihren Inhalten genannt werden, weil das früher durch die Überschrift repräsentiert war, es braucht also eine echte Aktualisierung. Wir haben zwar auch einen Vorschlag beigefügt, der kurzfristig die minimal notwendigen Anpassungen repräsentiert, damit das Ganze nicht völlig ad absurdum geführt ist und auch die größten

Fehler beseitigt sind. Aber wir plädieren sehr dafür, dass zeitnah eine echte Aktualisierung erfolgt unter Beteiligung der betroffenen Berufsgruppen und dass es auch im Rahmen zumindest dieser Maßnahmenbeschreibung eine Ausdifferenzierung nach Berufsgruppen gibt, ansonsten ist das Ganze nicht zielführend.

In Bezug auf die Minutenwerte möchten wir noch mal darauf hinweisen, dass die Ergotherapie tatsächlich als einzige Berufsgruppe gegenüber der Psych-PV eine Reduzierung der Minutenwerte erfahren hat, und das noch mal in Erinnerung rufen und auch die Dringlichkeit der Notwendigkeit, hier eine Veränderung herbeizuführen. Das liegt natürlich daran, dass es damals eine Zusammenführung mit den künstlerischen Therapien gab, und es soll auch nicht gegen die künstlerischen Therapien gehen, die wir sehr schätzen, aber de facto ist es der Stand der Dinge, dass die Ergotherapie ein Minus erfahren hat. Das möchten wir noch mal sehr deutlich sagen und auch noch mal daran erinnern, dass es hier Handlungsbedarf gibt.

Und als letztes Stichwort noch mal das Thema Anrechnungsmöglichkeit, also die Verlängerung und Befristung der einseitigen Anrechnungsmöglichkeit von § 8 Abs. 3: Wir sprechen uns sehr nachdrücklich dagegen aus. Eine einseitige Anrechnung ist fachlich inhaltlich nicht begründbar, das haben wir bisher schon öfter gesagt. Schnittmengen sind Schnittmengen, weil sie in beide Richtungen gehen und nicht nur in eine. Und entweder gibt es eine beidseitige Anrechnung oder es gibt keine Anrechnung. Es gibt bereits sehr viel Flexibilität für die Gestaltung der personalen Zusammensetzung, sodass wir davon Abstand nehmen würden. Soweit von meiner Seite. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (DFPP). – Dann ist als Nächste die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., die DGKJP, an der Reihe. Es haben sich angemeldet Herr Prof. (DGKJP) und Frau Dr. (DGKJP). Wem darf ich das Wort geben?

Herr Prof. (DGKJP): Liebe Frau Vorsitzende des Unterausschusses, (DGKJP), DGKJP, wird sprechen.

Herzlichen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme auch in diesem Jahr. Lassen Sie mich eine ganz kurze Vorrede halten. Ich glaube, wir diskutieren hier jedes Jahr darüber. Gleichzeitig drängt der Reformbedarf und wir machen letztendlich kleinteilige Regelungen. Es ist uns allen klar, dass wir in der Behandlung flexibilisieren müssen, dass wir vom Stationsbezug zum Teil wegkommen müssen. Deswegen finden wir es auch – damit komme ich zu den einzelnen Punkten – tatsächlich sehr unterstreichenswert, dass wir auf den Einrichtungsbezug und den Quartalsbezug kommen und den kleinen Stationsbezug, der gerade in kleinen Einrichtungen, wie sie die KJPP darstellt, gerade auch mit dezentralen Einrichtungen und kleinen Stationen, 10-, 12-Patienten-Stationen, große Probleme macht. Das ist einfach immer wieder festzustellen, wenn Sie zum Beispiel auf einer 10-Betten-Station 0,73 Sozialarbeiter haben, aber Sie setzen da einen mit 0,5 ein, dann haben Sie schon 25 % Unterschreitung, also das muss man einfach immer als Besonderheit sehen.

Dann wollte ich kurz zu unserer Stellungnahme klarstellen: Wir haben uns erst mal positiv geäußert, dass wir uns auch bei der Berufsgruppe Ärzte als Ergänzung, wohlgerneht als Ergänzung, Physician Assistants vorstellen können. Man muss natürlich auch hier die Realität sehen: a) sind die gar nicht verfügbar und b) möchte diese Berufsgruppe sehr häufig eher in den somatischen Bereich, das ist der eine Punkt. Wir wollten nur eine Öffnungsmöglichkeit zur Entlastung bei ärztlichen Tätigkeiten im eher verwaltungstechnischen Bereich ermöglichen. Das muss natürlich ganz klar – Wir sind ein hochgradig auch psychotherapeutisches Fach, gerade in der ärztlichen Psychotherapie und der Weiterbildung, da sind Physician Assistants natürlich überhaupt nicht möglich. Und jetzt müsste man natürlich

dann dementsprechend auch die Regelaufgaben sich anschauen und natürlich auch nach oben begrenzen. Das Gleiche gilt auch bei den sogenannten MFAs.

Ich wollte noch einen Punkt benennen, was den Nachtdienst angeht: Hier muss man immer sehen, dass KJ1 eine Intensivbehandlung darstellt und dementsprechend 1,6 VKs letztendlich notwendig sind, mindestens. Man muss hier aber wiederum sehen, dass zum Beispiel bei Kinderstationen nachts tatsächlich, anders als bei Jugendstationen, Krisen, selbstverletzendes Verhalten und Ähnliches deutlich seltener sind. Das heißt, hier müsste man sich überlegen, ob man die Quote erhöht.

Und ganz zum Schluss noch einmal der Hinweis: Selbst das Bundesverwaltungsgerichtsurteil gibt ab/seit April – ist es natürlich absurd, wenn wir jetzt Sanktionen hätten und gleichzeitig die Refinanzierung erstellen, die wir brauchen und die wir weit über die – oder deutlich mehr, als es das die PPP-RL als Untergrenze vorgibt, nicht refinanziert bekommen, dann würden wir in einen kalten Bettenabbau letztendlich auch in der Kinderpsychiatrie ungesteuert gehen. – Herzlichen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Prof. (DGKJP). – Und in der ersten Runde als vorläufig Letzte spricht die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V., die DVSG. Es hat sich Herr Dr. (DVSG) gemeldet.

Herr Dr. (DVSG): Guten Tag zusammen, (DVSG) von der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.

Vielen Dank für die Möglichkeit, hier noch mal mündlich Stellung nehmen zu können. Wir haben das schriftlich ausführlich getan, ich würde deswegen gern noch mal auf einen Punkt fokussieren, der aus unserer Sicht so nicht akzeptabel ist, der Vorschlag der Zusammenlegung der Berufsgruppen. Dies widerspricht aus unserer Sicht jeglichem fachlichen Verstand. Und die soziale Arbeit spielt in einem biopsychosozialen Krankheitsverständnis, denke ich, eine sehr eigenständige Rolle und hat vor allem ihre zentralen Aufgaben in der psychosozialen und sozialrechtlichen Beratung, also weniger in der Fachtherapie oder der Psychotherapie, in der Klärung leistungsrechtlicher Ansprüche und bei der Erschließung von Hilfen im Sozialraum. Das sind sehr spezifische Aufgaben, die aufgrund der Komplexität und der Anforderungen auch von anderen Berufsgruppen aufgrund ihrer Qualifikation so nicht erfüllt werden können. Deswegen ist diese Zusammenlegung der Berufsgruppen aus unserer Sicht strikt abzulehnen. Überschneidungen, die es im therapeutischen Bereich gibt, sind unseres Erachtens deutlich jetzt schon abzubilden über Anrechnungsmöglichkeiten, da braucht es keine Veränderung in der Struktur – es gibt zentrale Aufgaben, die nur für die Patienten sehr wichtig sind –, sondern vor allem auch für das Krankenhaus im Rahmen des Entlassmanagements. Das betrifft natürlich die Patienten in dem, was für sie erforderlich wird im Zusammenhang von Komplexität von Lebenslagen, gesellschaftlichen Entwicklungen und komplexen Versorgungsbedarfen.

Es ist aber insbesondere auch für die Krankenhäuser selbst wichtig, dass das Entlassungsmanagement qualifiziert durchgeführt werden kann. Wir haben aktuell ein Bundessozialgerichtsurteil, das das Krankenhaus auch monetär in die Pflicht nimmt, wenn eine sozialrechtliche Informations- und Beratungspflicht nicht erfolgt. Und das kann, glaube ich, in einem Mischladen aller Berufsgruppen so nicht garantiert werden, deswegen lehnen wir das deutlich ab.

Was wir fordern, ist, dass die Regelaufgaben der einzelnen Berufsgruppen überprüft und aktualisiert werden. Das ist, glaube ich, im Moment nicht ausreichend der Fall.

Und es muss vor allem – das ist auch eine Forderung, die wir seit Langem erheben – vielleicht mal mit den betroffenen Berufsgruppen und ihrer fachlichen Expertise gesprochen werden, statt Entscheidungen zu treffen, die weit weg sind von fachlichen Standards. – Ich bedanke mich.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Dr. (DVSG). – Ich mache hier jetzt eine Unterbrechung und sehe in die Runde: Gibt es Fragen an diejenigen, die sich schon geäußert haben? – Frau (GKV-SV).

Frau Dr. (GKV-SV): Vielen Dank erst einmal für die Erläuterungen und die Ergänzungen im Vergleich zu den schriftlich vorgelegten Stellungnahmen. Ich hätte Fragen, die ich gern an die DFPP stellen möchte. Sie haben zum einen in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass Sie ablehnen, dass die Sanktionen weiter verschoben werden. Da möchte ich Sie bitten, dass Sie das noch mal weiter ausführen.

Die zweite Frage – bzw. es sind zwei Fragen, die zusammenhängen, Sie haben es auch in Ihrem Statement schon angedeutet – bezieht sich auf die Fachlichkeit der Pflege. Es gibt einmal den Vorschlag, die Anrechnungsmöglichkeiten zu erhöhen, und zwar von 10 % bisher bei der Pflege auf 30 % insgesamt. Könnten Sie das noch mal weiter ausführen, wie Sie dazu stehen, genauso, was die Aufnahme der Medizinischen Fachangestellten in der Berufsgruppe der Pflegenden betrifft? – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Moment, Herr (DFPP), Sie kriegen das Wort.

Herr Prof. (DFPP): Kein Problem, ich warte geduldig.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Jetzt ist es gut, danke schön. Sie haben das Wort, Herr (DFPP).

Herr Prof. (DFPP): Herzlichen Dank. – Danke, Frau (GKV-SV), für die Fragen.

Zum Thema Sanktionen: Die Frage einer Mindesttrichtlinie, also an Mindestpersonalausstattung, geht faktisch immer mit Sanktionen einher, ansonsten ist es ein zahnlöser Tiger. Und wir sehen natürlich – – Also die Interpretation, warum viele Kliniken, aber auch bei Weitem nicht mehr so viele wie vor einigen Jahren, Probleme haben, die PPP-RL zu erreichen, kann unterschiedlich gedeutet werden. Man kann natürlich probieren, den Fachkräftemangel als Narrativ heranzuziehen. Wobei: Ganz interessant fand ich jetzt hier den DKG-Fachkräftemonitor 2025, wo wir sehen, dass wir einen deutlichen Anstieg in den letzten Jahren über alle Berufsgruppen verzeichnet haben. Das ist übrigens auch das, was wir in der Psychiatrie immer wieder zurückgemeldet kriegen: Es gibt durchaus Kliniken, die Besetzungsprobleme haben, aber bei Weitem nicht mehr so viele wie noch vor einigen Jahren, und da hat die PPP-RL auch sicherlich mit zugeführt.

Die Frage ist bloß: Bis wann wollen wir verschieben? Und am Ende muss man halt sagen, dass man quasi Aufgaben innerhalb einer Zeit erfüllt in der Zeit, die einem zur Verfügung steht. Und das heißt: Wenn jetzt noch mehr Zeit wieder zur Verfügung gestellt wird, wird es auch weiterhin Kliniken geben, die sagen, wir schaffen es nicht, weil sie es auch nicht schaffen müssen. Wenn es nicht sanktionsbasiert ist, dann gibt es auch wenig Anreiz, diese Hürde zu überspringen.

Zu Ihrer zweiten Frage: Ja, das muss man wirklich sagen, es hat uns sehr geärgert, woher auch immer diese 30 % Anrechenbarkeit kommen, und auch die MFA, klar, wir sehen ja, woher es kommt. Aber man muss halt sagen: Es gibt berufsrechtlich – und das auch mittlerweile juristisch, also das merke ich auch daran, dass die Anfragen an mich als Gutachter täglich

zunehmen, die Frage der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben. Also die Pflege ist laut Gesetz, § 4 Pflegeberufegesetz, dazu verpflichtet, die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben durchzuführen. Und nur sie darf sie durchführen, keine andere Berufsgruppe, niemand anders darf dies. Und wenn dies nicht erfolgt, haben wir ein formaljuristisches berufsrechtliches und damit auch strafrechtliches und eventuell sozialrechtliches Problem.

Nun wird aber über die Richtlinie, die eigentlich einen Mindeststandard darstellen soll, hineingezogen, dass 30 % einer Berufsgruppe durch fachfremde Berufsgruppen ersetzt werden können, die aber gar nicht diese Vorbehaltsaufgaben juristisch übernehmen dürfen. Das Gleiche gilt dann auch bei den MFAs, die MFAs gehören nicht zu den Pflegefachpersonen. Und das gleiche Problem, wie Frau (DFPP) vorhin gesagt hat, ist ein ganz einfaches Rechenbeispiel: Nehmen Sie eine Station, wo Sie bei 100 % PPP-RL 16 VK haben. Und jetzt gehen Sie davon aus, dass Sie von diesen 16 VK zwei MFAs haben und, sagen wir mal, noch zwei Heilerziehungspfleger, denn für die gilt das Gleiche. Und jetzt haben Sie noch einen Nachtdienst, den Sie besetzen müssen, den Sie faktisch mit Pflege besetzen müssen, sonst haben Sie formal absolute Probleme. Da können Sie davon schon zwei, drei wieder abziehen. Das bedeutet, Sie haben am Ende noch 4,9 VK übrig, um am Ende 365 Tage im Jahr zehn Stunden zu besetzen, damit die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben übernommen werden können. Das ist eine Gefährdung der Patientinnen und Patienten, wenn man diese Regelung in die Richtlinie hineinzieht; und würde die Richtlinie auch konterkarieren aus unserer Perspektive.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Gibt es weitere Fragen? – Es geht jetzt hier nur, Frau (DFPP), um Fragen derjenigen, die frageberechtigt sind, wir diskutieren nicht im Rahmen der Anhörung. – Frau (GKV-SV) und dann Herr (PatV). Zunächst Frau (GKV-SV).

Frau Dr. (GKV-SV): Ich hätte noch eine Frage an die DFPP: Sie sprechen sich in Ihrer Stellungnahme dafür aus, dass unsere Definition einer Station, die wir vor einigen Jahren aufgenommen haben, auch bleiben sollte. Könnten Sie bitte dazu noch einmal etwas sagen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau (DFPP).

Herr Prof. (DFPP): Gerne. – Ach so. – Oder (DFPP)? Entschuldigung, bitte.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Es ist Ihre Entscheidung, wen Sie –

Herr Prof. (DFPP): Ach so, weil Sie gerade Frau (DFPP) eigentlich – – Ich sehe Frau (DFPP) nicht, wir hatten uns abgesprochen jedes Mal, daher. – Die Definition der Station ist aus unserer Perspektive schon sinnvoll. Die Richtlinie, wenn man sie liest, bezieht ja die Station noch als Stichprobengröße – also für die zehnpromzentige Stichprobengröße hat die Station eine Nachweispflichtrolle, für den Rest tatsächlich eine Quartalsrolle. Aber die Station hat ja einen Qualitätsgesichtspunkt. Die Minutenwerte, die sich ja quasi in der PPP-RL wiederfinden, die auf Grundlage der Psych-PV den Weg in die PPP-RL gefunden haben, beziehen sich nach wie vor auf Stationsgrößen von 18; die Malus-Regelungen sind damals weggenommen worden mit der Schaffung der PPP-RL.

Die nächste Situation, wo die Stationsgröße eine Rolle spielt, ist der Nachtdienst. Also die Frage ist: Was ist die Grundlage über die Verhandlung von Nachtdiensten zum Beispiel oder auch der Nachweis von Mindestbesetzungen im Nachtdienst? Da hat die Stationseinheit, die häufig einen geschlossenen Bereich darstellt, nicht im Sinne, dass die Tür geschlossen ist, sondern teilweise Gebäude, teilweise Stockwerke, teilweise andere Dimensionen, also die Station hat durchaus eine Bedeutung, auch wenn ich natürlich die Position von Herrn (DGKJP) absolut unterstütze, dass die Psychiatrie zukünftig ambulanter wird, aber das regelt die Richtlinie nicht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Dann bitte Herr PatV.

Herr (PatV.): Danke. (PatV) von der Patientenvertretung, ich habe auch eine Nachfrage an die DFPP noch mal, aber nur eine ganz kurze ergänzende Nachfrage. Tatsächlich ist es so, dass Tätigkeiten, die von der Pflege – Sie haben von Pflegevorbehalt gesprochen – natürlich existieren. Wie ist Ihre Meinung oder Erfahrung, dass sich tatsächlich auch originäre Tätigkeiten in der Pflege, in der Psychiatrie verändert haben, also dass es tatsächlich auch da Veränderungen gibt letztendlich in dem Zusammenhang? Was ist sonst als Tätigkeitskatalog historisch hinterlegt?

Herr Prof. (DFPP): Ganz herzlichen Dank für Ihre Frage, da sind wir ganz Ihrer Meinung. Und der Tätigkeitsteil ist ja ein Teil, wo wir schon lange darauf warten, dass er in einer der nächsten Anpassungen der Richtlinie auch angegangen wird. Weil die Tätigkeiten so, wie wir sie sagen – die stammen aus den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts und daher ist die PPP-RL dementsprechend, ja, hat einen Modernisierungsstau, würde ich sagen, und muss unbedingt dahingehend auch – das trifft aber alle Berufsgruppen oder auch, was die PPP-RL auch noch nicht hat, aber was dringend geboten wäre, wären die übergreifenden Themen der Berufsgruppen auch zu benennen. Denn dann kommen wir auch zum Thema Anrechnung bzw. wie schaffen wir das viel, viel weiter, als wir das im Moment in dieser statischen Denkweise sind.

Frau (DFPP): Jetzt ergänze ich doch noch, ohne zu fragen. Vielen Dank auch von meiner Seite für die Frage. Ich würde das gern noch ein bisschen präzisieren wollen, dass es vor allem diese therapeutischen Funktionen sind, die dazugekommen sind, die Recovery-Förderung, der Therapietransfer, die übenden Verfahren, niedrigschwellige Psychotherapieverfahren, das sind Tätigkeiten, die neu sind, die es früher nicht so gab. Wir haben viele andere Tätigkeiten durch den Alltag: jemanden begleiten, schützen, Ängste abbauen usw., das haben wir immer schon gemacht, aber der Switch geht in die Richtungen, die gezielt Zustände verbessern und Einfluss nehmen auf die Gesundheitsentwicklungen, das ist das, was neu ist. Und wir wissen, dass der Standard in der Republik sehr heterogen ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (DFPP). – Als nächste Fragende hat sich Frau (BPtK) gemeldet. Frau (BPtK), wenn Sie mir bitte konkret sagen, wen Sie ansprechen möchten, dann haben wir eine einheitliche Stellungnahme. Danke schön.

Frau (BPtK): Meine Frage richtet sich auch an die DFPP, die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, weil Sie sich eben ausdrücklich gegen eine weitere Verschiebung der Sanktionen ausgesprochen haben. Die anderen ärztlichen Fachgesellschaften, Kliniken führen ja vornehmlich auch an, dass ein Scharfstellen der Sanktionen zu Versorgungseinbrüchen führen würde, weil die Kliniken dann sozusagen Kapazitäten abbauen müssten und dann die Patienten nicht mehr versorgt werden könnten. Vielleicht können Sie kurz auch etwas dazu sagen, wie das aus Ihrer Einschätzung ist – ob solche Folgen zu erwarten sind oder wie das aus Ihrer Sicht aussieht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Das Wort geht an die DFPP, aber bitte nur an einen der beiden Vertreter.

Herr Prof. (DFPP): Also was ist der Hintergrund? Also wir wissen tatsächlich auch über das IQTIG, auch über die Auswertung der Berichte relativ wenig. Wir wissen was über Cut-offs, schafft jemand 90 %, ja/nein? Wir wissen aber nicht, wie viel an 89 oder 88 % sind und knapp vor den 90 oder vor den 95 %. Das wissen wir nicht, wir haben keine Range, wir haben tatsächlich auch da immer noch einen gewissen Blindflug.

Was wir allerdings wissen, ist, dass nach wie vor nicht alle Kliniken melden. Und wir wissen

auch, dass fast 15 % der Kliniken unvollständig melden. Das heißt, wir haben auch noch eine große Dunkelziffer. Aber wie gesagt – da kann ich mich nur wiederholen –: Wenn keine Sanktionen, dann ist auch das Melden an der Stelle vielleicht manchmal mühselig und nicht konsequent aus Klinikperspektive. Reine Hypothesen tatsächlich, so wie tatsächlich ich es auch für eine Hypothese erst mal halte, dass Versorgung nicht mehr aufrechterhalten werden könnte.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Ich freue mich über das rege Frageinteresse. Denken Sie bitte daran: Wir haben noch neun Fachorganisationen, die wir zusätzlich anhören müssen, vielleicht ergibt sich daraus auch das eine oder andere Spannende. – Frau (GKV-SV).

Frau Dr. (GKV-SV): Dann mache ich es kurz. Ich habe noch eine Frage an die DGKJP, das betrifft ein Thema, das wir jetzt gerade nicht geändert haben in der Richtlinie, aber die DGKJP schreibt in ihrer Stellungnahme einen Hinweis darauf, dass die Nachtdienstregelungen, wie sie festgelegt sind, möglicherweise falsch hoch sind. Da wollte ich nur noch mal nachfragen, ob Sie das kurz erklären könnten, denn das könnte für die Weiterentwicklung der Richtlinie relevant sein. Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (GKV-SV). – Herr Prof. (DGKJP).

Herr Prof. (DGKJP): Ich mache es mal schnell. Also der eine Punkt ist, dass wir Beurlaubungen zum Beispiel haben am Samstag und Sonntag, auch in dem Gleichen und der Bezugsrahmen ja an dem Tag natürlich dann – nur eine Station zum Beispiel offen ist und von daher noch mal der Bezugsrahmen ein anderer ist.

Und der zweite Punkt ist das, was ich eben gerade ganz kurz schon angerissen hatte quasi, das ist noch mal der Punkt, dass wir bei Kinderstationen zum Beispiel einen sehr hohen Wert dann haben und gleichzeitig aber der Bedarf in der Nacht bei Kindern anders als es bei Jugendlichen dann zum Beispiel ist, auch von den Symptomen, also selbstverletzendes Verhalten, die ganzen Krisen und Ähnliches, eher bei Jugendlichen sind, während Kinder, die zum Teil sogar noch in der Regelarbeitszeit dann ins Bett gehen, wir da dann auch den hohen Bedarf haben. Und das kann dazu führen – zu dieser Unterschreitung, die dann dargestellt worden ist. Und in den kleinen Einheiten ist es ja dann auch so, dass zum Teil die Springer eingesetzt werden, also dass schon über die eine Person im Nachtdienst natürlich hinaus, auch schon wegen der Pausenregelungen und dem Ganzen, mehr da sind, aber die Zuordnung zum Beispiel natürlich nicht so ist in einem Haus, dass, wenn ich eine Kinderstation habe, eine kleine Intensivbehandlungseinheit, die bei uns so acht bis zehn Plätze hat, und noch eine Normalstation, dass ich natürlich dann eher nicht fünf Leute im Nachtdienst habe, was ja auch unter dem Mangel, also wo man auch fragen muss inhaltlich, diese Leute sollen ja untertags mit den Patienten arbeiten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Prof. (DGKJP). – Dann sehe ich jetzt keine weiteren Fragen an die bereits angehörten fünf berechtigten Organisationen. Wir kommen zur nächsten Anhörungsrunde. Es ist an der Reihe die Bundesdirektorenkonferenz e.V., die BDK, und es hat sich angemeldet Herr Prof. (BDK), Sie haben das Wort.

Herr Prof. (BDK): Vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme, (BDK) von der Bundesdirektorenkonferenz. Die Bundesdirektorenkonferenz begrüßt ausdrücklich, dass die PPP-RL so weiträumig diskutiert wird und auch modifiziert werden kann mit dem Ziel eben der fach- und sachgerechten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Folgende Punkte möchten wir hervorheben: Zum ersten: Die Öffnung der PPP-RL für die neuen Berufsgruppen ist aus unserer Sicht zeitgemäß, sinnvoll und dringend indiziert, insbesondere die Öffnung für die Medizinischen Fachangestellten und die Physician Assistants. Die MFAs spielen heute schon eine große Rolle in der Versorgung, die Physician Assistants werden das noch entwickeln, diese Rollen.

Allerdings ist für uns wichtig, dass ein Mittelweg aus Öffnung und Erhalt von den Qualitätsstandards eingebaut wird. Und das ist in keinem der Vorschläge so abgebildet, wie wir es für optimal halten. Wir haben eine Quotierung vorgeschlagen mit einer Maximalanrechnung von MFAs in die Pflege über diese 30 % und von Physician Assistants in die Ärzte hinein ist unserer Ansicht nach sinnvoll und maßgeblich dann zu einer Weiterentwicklung.

Die Zusammenlegung der Berufsgruppen der Ergotherapeuten, der Physiotherapeuten und der Sozialarbeiter begrüßen wir insbesondere aus dem Grund sehr, weil es an manchen Orten höchst schwierig ist, in allen Berufsgruppen alle ständig zu besetzen.

Zweiter Punkt, Stärkung der Pflichtversorgung in Kliniken: Die PPP-RL sollte weiterhin die Pflichtversorgung in vollstationären Kliniken stärken, da hier wirklich das große Spektrum der psychischen Erkrankungen adäquat versorgt wird, ohne dass gewinnorientiert die angenehm und leicht zu behandelnden Krankheitsbilder herausgegriffen werden und die Versorgung aller anderen gefährdet.

Drittens: Entbürokratisierung ist ein wichtiges Ziel, der administrative Aufwand sollte sich reduzieren, damit die Zeit und die Ressourcen beim Patienten bleiben und nicht in der Dokumentation.

Viertens: Die Sanktionen sollten weiterhin ausgesetzt bleiben. Viele Kliniken schaffen es trotz der erheblichen Anstrengungen nicht, alle Bereiche zu erfüllen. Und insbesondere vor dem Hintergrund des schon genannten Urteils ist ja sozusagen auch die Refinanzierung nicht unterbaut. Vielmehr gibt es alternative Möglichkeiten außer Strafzahlungen, Kliniken zu unterstützen, die ihre Berufsgruppen nicht vollbekommen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Prof. (BDK). – Dann ist als Nächste an der Reihe die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, ver.di. Herr (ver.di), Sie haben das Wort.

Herr (ver.di): Herzlichen Dank auch von mir für die Gelegenheit, hier teilzunehmen und für die Gelegenheit zur Einreichung einer Stellungnahme. (ver.di) für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di.

Wir begrüßen und befürworten die Weiterentwicklung der PPP-RL, wie sie auch im § 1 Abs. 3 festgeschrieben ist. Ohne verbindliche Ausgestaltung der Personalvorgaben sind weder eine leitliniengerechte Versorgung sichergestellt noch eine Bewältigung des Fachkräftebedarfs in der psychiatrischen stationären Versorgung realisierbar.

Darüber hinaus sind die Belastungsfaktoren, die sich aus der fortwährenden Verbindung von Überlastung, personeller Unterbesetzung und kurzfristigen Änderungen von Schicht- und Einsatzplänen für die Beschäftigten aller involvierten Berufsgruppen und Tätigkeitsprofile ergeben, wesentliche Gründe dafür, dass nicht im bedarfserforderlichen Umfang Auszubildende und neue Fachkräfte gewonnen sowie vorhandene Fachkräfte langfristig gehalten werden können.

Vorgaben zur Personalausstattung erfüllen vor diesem Hintergrund nicht nur Kriterien zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung, sondern sorgen auch dafür, dass eine

Aufwertung der involvierten Berufsbilder und eine Entlastung der Beschäftigten stattfindet, die die Versorgung trotz schwieriger Rahmenbedingungen aufrechterhalten.

Der Fokus der Entwicklung eines zukunftsorientierten Modells zur Personalbemessung muss daher auf der Umsetzung einer bedarfsgerechten Personalbemessung in Verbindung mit der Sicherstellung von Vorgaben zu ihrer verbindlichen und sanktionsbewährten Geltung liegen. Im Gegensatz zum in der somatischen/stationären Versorgung bereits etablierten Instrument zur bedarfsgerechten Personalbemessung kann die im Rahmen der PPP-RL geregelte Definition von Mindestvorgaben nur einen ersten Schritt auf der Festlegung geeigneter Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung darstellen. Diese Einschränkung gilt umso mehr, als die in der PPP-RL verankerten Zeitvorgaben nicht für eine zeitnahe Überarbeitung und Weiterentwicklung angelegt sind.

Vor diesem Hintergrund kritisieren wir scharf, dass die in § 1 Abs. 3 verankerte Folgeanpassung zur zukünftigen Ausgestaltung der Personalvorgaben um ein volles Jahr auf den 31. Dezember verschoben werden soll. Das Verschieben der Frist zur Anpassung der Richtlinie erscheint aufgrund des Nichtvorliegens der Evaluation der EPIK-Ergebnisse bei der zuständigen Arbeitsgruppe zwar nachvollziehbar, gleichwohl ist die damit verbundene Folgelosigkeit hinsichtlich der Belastungsfaktoren für Beschäftigte in den zugehörigen Einrichtungen nicht vertretbar. Erst durch ein wirksames Sanktionsregime erhält die Umsetzung einer Mindestpersonalbemessung aus unserer Sicht eine realistische Perspektive. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (ver.di). – Es folgt jetzt die Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V., die WFKT. Frau Prof. (WFKT), Sie haben das Wort.

Frau Prof. (WFKT): Vielen Dank. Mein Name ist (WFKT), ich spreche für die WFKT, bedanke mich auch für die nochmalige Stellungnahme.

Wir haben vier Punkte, die wir noch mal besonders akzentuieren möchten, einmal den Hinweis noch einmal, wie wichtig für uns eine klare, einheitliche begriffliche Verwendung des Begriffs „künstlerische Therapien“ ist. Wir haben eine Professionalisierung entwickelt. Die Vielfalt der Heterogenität der Begriffe wie „Kreativgestaltungstherapie“ ist Geschichte und geht auf einen älteren Stand auch des Faches zurück. Und dafür stehen wir, wie schon öfters auch genannt, jederzeit sehr gern als wissenschaftliche Fachgesellschaft, aber auch an der Seite der Musiktherapie zur Verfügung, um diese Aktualität dringend vorzunehmen.

Der zweite Punkt ist, dass die vorgeschlagene Zusammenlegung bezogen auf die Berufsgruppe Spezialtherapien für uns so gebündelt zu vereinfachend ist, die wir daher auch kritisch sehen, insbesondere daher, dass sich die Professionalisierung in dem letzten Jahrzehnt erheblich entwickelt hat. Es liegen Wirksamkeitsnachweise vor und auch Studien, die gerade im Klinikalltag belegen, wie wichtig es ist, die Fachspezifik zu berücksichtigen.

Daher übergreifend Punkt 3: dass die Zusammenlegung verschiedener Berufsgruppen so auch aus unserer Sicht summarisch keinen Sinn macht. Es scheint uns vereinfacht summarisch, ganz besonders daher, dass damit die Spezifik der Ansätze und auch die spezifische Zielindikationsstellung nicht berücksichtigt wird, die wir ganz besonders in dem Bereich Kinder-/Jugendpsychiatrie sehr stark entwickelt haben. Es gibt das gemeinsame Modell des Biopsychosozialen, aber die Spezifik ist relevant. Daher die Dringlichkeit der Aktualisierung und auch der Klarstellung der einzelnen Aufgaben.

Und damit verbunden der vierte Punkt: dass die Regelaufgaben aktualisiert werden müssen. Ganz besonders die künstlerischen Therapien sind wirksam nachweislich in

multiprofessionellen interdisziplinären Kontexten. Und das zu berücksichtigen halten wir therapeutisch, aber auch diagnostisch Kompetenzen in den künstlerischen Therapien für sehr relevant. Und auch zu unterscheiden noch mal die einzel- und gruppenbezogene Behandlung, wo die Kunsttherapie in den letzten zehn Jahren sehr starke Nachweise im klinischen Alltag erbringen kann. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke Ihnen. – Und es folgt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, die DGPPN. Und das Wort hat Frau Dr. (DGPPN).

Frau Dr. (DGPPN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende des Unterausschusses, für die Möglichkeit, hier noch mal zu sprechen. (DGPPN), ich spreche für die DGPPN.

Vorausschicken möchte ich, dass das Ziel unserer Bemühungen ist, dass wir die Sicherstellung der Versorgung im Fokus haben und dass wir innovative sektorübergreifende Versorgungsmodelle stärken wollen. Vor diesem Hintergrund möchte ich vier Punkte noch einmal herausgreifen.

Als DGPPN begrüßen wir es ausgesprochen, dass wir die Flexibilisierung der Anrechenbarkeit von Berufsgruppen in dem vorliegenden Beschlussentwurf sehen. Neue Berufsgruppen sind da berücksichtigt, das ist gut, höhere Hilfskraftquoten, auch das halten wir für richtig, und neue Berufsgruppen für administrativ unterstützende Tätigkeiten. Wir halten auch die Zusammenfassung der Berufsgruppen für richtig, finden aber, dass es ausgewogen sein muss, es darf nämlich nicht zulasten der Qualitätssicherung gehen. Deshalb haben wir uns auch dafür entschieden, in der Stellungnahme auf eine Quotenregelung zu setzen, wie sie im § 8 möglich ist. Also das heißt: öffnen, aber eben nicht die Qualität gefährden.

Das Zweite ist, dass wir mit großer Freude gesehen haben, dass es eine Reduktion überbordender Dokumentationspflichten geben soll. Hier geht es um die Nachweisführung in § 2 oder § 11 und § 16, Wegfall Stationsbezug, Quartals- und Einrichtungsbezug, das begrüßen wir. Die Pflichtversorgung muss aus unserer Sicht auch für die Tageskliniken in der Psychiatrie gelten, das haben wir in der Stellungnahme ausgeführt.

Und wir setzen uns für die Aussetzung, Streichung der Strafzahlungen ein. Wir sehen nicht, dass es eine ambulante Versorgung gibt, die das auffangen kann. Und auch das Benchmark-Projekt zeigt, dass, wenn wir die Sanktionen einsetzen, Angebote schließen werden. Das ist aus unserer Sicht nicht vertretbar, wir würden die Sanktionen für zwei Jahre verschieben, auch die Nachtdienstregelung. Und wir setzen darauf, dass neue Erkenntnisse auch aus dem EPPIK-Projekt möglicherweise helfen, die Richtlinie weiterzuentwickeln. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Dr. (DGPPN). – Und in dieser Runde die Letzte ist die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V., die DGPM. Es haben sich angemeldet Herr Prof. (DGPM) und Herr Prof. (DGPM). Wem darf ich das Wort geben?

Herr Prof. (DGPM): Vielen Dank, Frau Vorsitzende des Unterausschusses, ich würde starten, (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie.

Auch die DGPM bedankt sich für die Möglichkeit, zur aktuellen Entwurfsfassung der PPP-RL ergänzend mündlich Stellung zu nehmen. Besonders akzentuieren möchten wir die Frist für die Scharfstellung in der PPP-RL. Von Beginn an wurde in der PPP-RL festgehalten, dass eine Anpassung und eine Überprüfung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik erforderlich sind. Inzwischen hat eine Überprüfung in einer groß angelegten bundesweiten Ist-Stand-Erhebung, gefördert durch den Innovationsfonds, stattgefunden an insgesamt 73 psychosomatischen Kliniken. Und die Ergebnisse zeigen, dass die bisher nicht überprüften

vorläufigen, rein theoretischen Mindestvorgaben die Versorgungsrealität nicht abbilden und daher zwingend eine Anpassung der Behandlungsbereiche und der Mindestvorgaben erforderlich ist. Das heißt, eine Scharfstellung im nächsten Jahr würde bedeuten, dass Sanktionsmaßnahmen auf nicht sachgerechten Mindestvorgaben beruhen. Und auch Anpassungen zum jetzigen Zeitpunkt, wie sie jetzt durch die Berechnung der Umsetzungsgrade erfolgen, sind nicht zielführend, da sie weder die Qualität fördern noch Personalaufbau zum Teil erforderlich ist, wie sie jetzt gefordert werden durch die PPP-RL. Daher unterstützen wir sehr die Forderung der DKG, die Sanktionsmaßnahmen bis Anfang 2028 auszusetzen.

Ausgehend von der Evidenzbasis dieser Ist-Stand-Erhebung hat die DGPM jetzt einen Vorschlag eingereicht zur Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und davon auch dann Mindestvorgaben abgeleitet und im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens dem G-BA vorgelegt. Wir bitten um eine wohlwollende Prüfung und stehen auch für eine Diskussion der Vorschläge zur Verfügung.

Damit verbunden aber auch die Forderung, dass eine Scharfstellung und eine Anpassung der Mindestvorgaben nur erfolgen kann, wenn auch wirklich die Mindestvorgaben angepasst worden sind. Die DGPM begrüßt es auch sehr, bei diesem sehr engen Korsett der PPP-RL mit Mindestvorgaben für sechs Berufsgruppen, was in der Medizin eine Besonderheit darstellt, dass da eine Flexibilisierung jetzt vorgeschlagen worden ist, einerseits in der Anrechenbarkeit auch von Nicht-PPP-RL-Personal in einem höheren Umfang im Bereich der Pflege als auch, dass darüber nachgedacht wird, Berufsgruppen zusammenzufassen, insbesondere Berufsgruppen, die gerade in kleineren Abteilungen nur mit einer Person oder manchmal auch zwei Personen vertreten sind, sodass, wenn dann jemand erkrankt oder auch kündigt, Vertretungsregelungen nicht mehr gewährleistet sind. Das heißt, es ist einfach organisatorisch pragmatisch nicht umsetzbar, dann die Mindestvorgaben einzuhalten. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke Ihnen, Herr Prof. (DGPM). – Dann kommen wir zu den Fragen. – Frau (DKG).

Frau (DKG): Danke schön. – Wir hätten zuerst eine Frage an Frau (DGPPN) von der DGPPN. Und zwar hatten Sie zum einen in Ihrer schriftlichen Stellungnahme, aber auch gerade noch einmal im Eingangsstatement sehr klar herausgearbeitet, dass die gegenwärtige Möglichkeit zur Flexibilisierung des Personaleinsatzes – oder generell zum Personaleinsatz – so nicht zum einen zeitgemäß ist, nicht den modernen Konzepten in den Psychiatrien und Psychosomatiken entspricht, aber auch die Vorschläge, die jetzt auf dem Tisch liegen, was den flexiblen Einsatz angeht, begrüßen, also zum einen die punktuelle Erweiterung der Berufsgruppen, aber zum anderen auch erhöhte Anrechnungsmöglichkeiten von Nicht-PPP-Personal. Und Sie hatten auch betont, dass Ihnen die Qualität der Versorgung sehr wichtig ist und diese nicht gefährdet werden darf.

Da würden wir gern noch mal nachfragen bzw. Sie noch mal bitten, das auszuführen, weshalb diese Erweiterung von erhöhten Anrechnungsmöglichkeiten von Nicht-PPP-Personal nicht automatisch bedeutet, dass die Qualität der Versorgung deswegen gefährdet wird.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (DKG). – Frau (DGPPN), Sie haben das Wort.

Frau Dr. (DGPPN): Vielen Dank für die Frage. Also wir sehen das so, dass es möglich, aber auch essenziell ist, diese Flexibilisierung in der PPP-RL unterzubringen, auch was die Berufsgruppen angeht. Die PPP-RL, das war verschiedentlich heute hier auch schon Thema, beruht auf den alten Konzepten der Psych-PV und wir haben eine ganz andere Landschaft. Wir haben auf der

einen Seite das Problem des Fachkräftemangels und auf der anderen Seite neue Berufsgruppen, die sehr wohl dazu beitragen können, dass unser qualifiziertes Personal entlastet wird, dass Aufgaben übernommen werden. Da geht es um Dokumentationsaufgaben, um Begleitung, da geht es auch bei den Physician Assistants um somatische Aufgaben im ärztlichen Bereich, die übernommen werden können, und dadurch dann das andere Personal die Aufgaben übernehmen kann, für die es auch vorgesehen ist. Wir halten das für dringend notwendig, um die Versorgung sicherzustellen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Es hat sich weiter gemeldet Herr (PatV) von der Patientenvertretung.

Herr (PatV): Vielen Dank. – Unsere Frage richtet sich an die Bundesdirektorenkonferenz und an die DGPPN. Sie haben ja beide betont, dass die Ermittlung des Stations- und Monatsbezugs ein unnötiger bürokratischer Aufwand sei. Uns würde interessieren, wie hoch dieser Aufwand eigentlich tatsächlich ist. Wir unterstellen, dass bisher die meisten Personalwirtschaftssysteme der Häuser schon heute eigentlich die Mitarbeitenden in Bezug zu Station und Monat bringen und eigentlich der Aufwand nur darin besteht, das dann in die Dokumente des Nachweisformulars zu übertragen. Oder ermitteln Sie das gar nicht mehr? Das würde uns mal genauer interessieren: Was ist denn der eigentliche tatsächliche Aufwand, der durch den Stations- und Monatsbezug wirklich entsteht? – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke, Herr (PatV). – Dann zunächst die Bundesdirektorenkonferenz, Herr Prof. (BDK).

Herr Prof. (BDK): Der Aufwand besteht darin, die tatsächlichen Ist-Stundenzahlen und Minutenzahlen zu sammeln und zu übertragen. Und insbesondere bei den kleinen Berufsgruppen ist das manchmal bei zum Beispiel gemischten Gruppentherapien gar nicht so leicht möglich. Das heißt, es steht ein relativ großer Aufwand dahinter, die tatsächliche Ist-Zahl und nicht nur den im Dienstplan geplanten Anteil zu sammeln und zum Zweiten die Kleinteiligkeit von übergreifend tätigen Berufsgruppen, also insbesondere jetzt Ergotherapie und Physiotherapie und Sozialarbeiter, aber auch Ärzte und Psychologen, die oft übergreifend arbeiten, dann detailreich abzubilden. Und das macht letztendlich die große Masse dann aus, wenn man das auf die Stationsebene herunterbricht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Dann bitte die DGPPN, Frau Dr. (DGPPN).

Frau Dr. (DGPPN): Herr (PatV), danke für Ihre Frage. Das Spannende ist ja, dass die psychiatrische Versorgung nicht mehr im Stationsrahmen so stattfindet, wie sie damals in der Psych-PV abgebildet ist und auch jetzt in der PPP-RL sich noch so findet. Unsere Mitarbeitenden sind ja zur Sicherstellung der Versorgung – versuchen sie Schnittstellen zu reduzieren und arbeiten sowohl stationär als auch teilstationär und insbesondere ambulant. Das heißt, wenn wir möchten, dass diese Brüche reduziert werden an den Schnittstellen, brauchen wir hier die Flexibilisierung. Und es ist ein künstlicher Aufwand. Es ist so, dass die Menschen zugeordnet werden müssen, Stationen, obwohl sie Leistungen erbringen, die nicht im stationären Bereich sind, um das in der PPP-RL abzubilden. Und wir haben auch jetzt schon gesehen, dass die PPP-RL in den vier Jahren, in denen sie jetzt am Start ist, dazu geführt hat, dass, um Mindestanforderungen zu erfüllen, ambulante Angebote reduziert wurden und auch teilstationäre. Und das kann nicht im Sinne einer innovativen und evidenzbasierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung sein.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Dann bitte von der Patientenvertretung Herr (PatV).

Herr (PatV.): Vielen Dank, Frau Vorsitzende des Unterausschusses. Ich habe zwei Fragen, eine Frage richtet sich an Herrn (ver.di) von ver.di. Es geht mir darum: Meinen Sie, dass sich die Aussetzung der Sanktionen möglicherweise negativ auswirkt auf die Kliniken, die Mindestvorgaben erfüllen bzw. sogar überschreiten auf der Ortsebene bei Budgetbehandlungen? Wird dadurch dann möglicherweise weniger Personal finanziert? Wird das der Fall sein? Kommt es deshalb zu Benachteiligungen in den Kliniken, das zu schaffen, das zu machen? Wäre das nicht ein Problem?

Eine zweite Frage hätte ich an die DGPPN: Frau (DGPPN), Sie haben erwähnt, dass die EPPIK-Zahlen, wo ich da in kleinem Rahmen beteiligt war, bei der EPPIK-Studie dann hilfreich sein können bei der Weiterentwicklung der Personalausstattung. Ich möchte Sie fragen: In welcher Weise kann das helfen? Denn wenn die Kliniken bereits Probleme haben, die Mindestvorgaben zu erfüllen, und die EPPIK-Zahlen wesentlich höher sind, müsste man da vielleicht unterscheiden noch mit Mindestvorgaben und vielleicht zusätzlichen Möglichkeiten, dass man das Personal vorhält. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Dann zunächst ver.di, bitte.

Herr (ver.di): Vielen Dank. Herr (PatV). Ich muss Sie bitten, diese Frage noch einmal zu wiederholen, denn ich habe hier technische Probleme mit meinem Audiogerät, deswegen gab es zwischendurch Unterbrechungen. Ich würde Sie bitten, die Frage noch einmal zu stellen.

Herr (PatV.): Ja, danke, ich stelle sie noch einmal. Ich versuche, mich kurzzufassen: ob die Aussetzung der Sanktionen, die insbesondere von DKG gefordert wird, sich nicht negativ auswirkt auf die Kliniken, die bereits jetzt Personalvorgaben, Mindestvorgaben erfüllen oder sogar überschreiten, dass sie dann bei Budgetverhandlungen auf der Ortsebene weniger bewilligt bekommen oder höchstens die Mindestvorgaben, weil gesagt wird, dass andere es auch machen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (PatV). – Herr (ver.di).

Herr (ver.di): Ganz herzlichen Dank, jetzt hat die Audioübertragung auch gut funktioniert. – (ver.di) für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di.

Wir sehen das ganz eindeutig so, dass eine Aussetzung der Sanktionen an dieser Stelle der völlig falsche Ansatz wäre. Das Ziel hierbei ist ja, Verbindlichkeit herzustellen und diejenigen Kliniken, die die Mindestvorgaben noch nicht erfüllen, durch das Instrument der Verbindlichkeit der Sanktionen, dazu zu bewegen, in diese Richtung zu gehen.

Wenn wir jetzt davon ausgehen, dass hier eine Sanktionsaussetzung oder -verschiebung – oder wie auch immer – stattfindet, dann ist das aus unserer Sicht ein nicht sachgerechter und auch nicht zweckdienlicher Weg, der dazu führen wird, dass den Kliniken, die bisher im angespannten Fachkräftemarkt Wege gefunden haben, um im Sinne der Richtlinie die Mindestvorgaben einzuhalten, nun ihre Vorreiterrolle umgekehrt wird und sie hier in eine Situation versetzt werden, die sie vor die Frage stellt, warum sie eigentlich diesen Weg gegangen sind, während andere Kliniken anscheinend ihn nicht gehen müssen. Deswegen würden wir uns ganz deutlich und klar dafür aussprechen, dass das Kriterium der Sanktionierbarkeit verbindlich und ohne Verschiebungsperspektive verfolgt wird, auch im Sinne derjenigen Kliniken, die bereits jetzt die Mindestvorgaben erfüllen, und auch ein Anreiz dafür geschaffen wird, diese weiterhin zu erfüllen und nicht zu unterschreiten. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Frau Dr. (DGPPN).

Frau Dr. (DGPPN): Danke für Ihre Frage, Herr (PatV). Sie haben ja letztendlich gefragt, welche Rolle EPPIK für die Weiterentwicklung der PPP-RL einnehmen kann. Und ich glaube, was sich

gezeigt hat, ist, dass das zugrundeliegende Modell, nämlich das Plattformmodell, ein gutes Modell ist, das bedarfsorientiert ist, das settingübergreifend ist, das haben wir mit der PPP-RL ja nicht. Insofern glaube ich, dass, wenn wir die Möglichkeit hatten, EPPIK nachhaltig zu bewerten, auszuwerten – das war bisher noch nicht, diese Möglichkeit hatten wir bisher noch nicht –, dass wir Muster erkennen werden, die uns helfen, wie die Richtlinie weiterentwickelt werden kann. Da würde es mir beim Plattformmodell darum gehen, dass auch noch mal andere Settings untersucht werden und dass wir diese Korridore zwischen Mindestanforderungen und leitlinienorientierter, evidenzbasierter Versorgung in den Kliniken aufrechterhalten können, dass das ein guter Ansatz ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön.

Frau Dr. (DGPPN): Entschuldigung, Frau Vorsitzende des Unterausschusses. – Das wäre für uns auch der Grund – oder mit ein Grund, warum wir sagen: Also jetzt mit Sanktionen reinzugehen ist nicht der richtige Zeitpunkt.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Jetzt haben wir noch auf der Frageliste Frau (BPtK), Frau (DKG), Frau (GKV-SV), Herrn (PatV) und Frau (DKG). Das heißt, es wird noch eine Weile dauern. Ich bitte Sie, die Antworten so kurz und knapp wie möglich zu halten. Vielen Dank. – Jetzt hat Frau (BPtK) das Wort.

Frau (BPtK): Meine Frage richtet sich an die Bundesdirektorenkonferenz und an die DGPPN, die sich beide für ein weiteres Verschieben der Sanktionen aussprechen, das ist ja ein wiederholtes Aufschieben. Die Frage ist: Was versprechen Sie sich denn davon? Also was, glauben Sie, ist denn in zwei Jahren anders als jetzt? Und wie wollen Sie die zwei Jahre nutzen, um dann, in zwei Jahren, so weit zu sein, dass Sanktionen scharfgestellt werden können? Da möchte ich auch auf einen Widerspruch hinweisen, denn Sie beziehen sich ja auch immer auf die EPPIK-Studie. Das würde ja eher heißen, dass die Mindestvorgaben oder Personal an der Zahl noch höher werden müssten. Sie sagen zwar, Sie sprechen von einem Korridor, aber Mindestvorgaben sollen ja auch bestehen bleiben. Also was ist denn in zwei Jahren anders, wo es doch in den letzten vier Jahren, als die Sanktionen ausgesetzt worden sind, es auch nicht zu substantiellen Verbesserungen gekommen ist und es eher weniger Kliniken sind, die diese Vorgaben erfüllen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Zunächst die Bundesdirektorenkonferenz.

Herr Prof. (BDK): Vielen Dank für die Frage. – Natürlich wird sich die Personalsituation mit den Fachkräften auch in zwei Jahren nicht schlagartig nach oben bewegen und verbessern. Die zwei Jahre könnte man dazu nutzen, das Thema Sanktionen in eine Veränderung hineinzugeben, zum Beispiel in Unterstützung bzw. Nachweis von Bemühungen der Kliniken, Fachkräfte zu rekrutieren. Das ist heutzutage bei vielen Kliniken bereits jetzt der Fall, dass große Anstrengungen unternommen werden über alle möglichen Kanäle, die Fachkräfte zu rekrutieren. Und man könnte die zwei Jahre gut dazu nutzen, anstatt Sanktionen neue Maßnahmen aufzubauen für Kliniken, die die Mindestanforderungen dann unterschreiten. Das fände ich auch im Sinne der Weiterentwicklung der PPP-RL eine sinnvolle Innovation, aus Bestrafung im guten psychotherapeutischen Sinne auch eine Veränderungsmotivation zu erzeugen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Prof. (BDK). – Und Frau Dr. (DGPPN).

Frau Dr. (DGPPN): Ich knüpfe an das an, was Herr (BDK) gesagt hat. Vorweg: Sie wissen, wir setzen uns die ganzen Jahre schon dafür ein, dass die Strafzahlungen ausgesetzt werden, wir

setzen uns ein für eine Rückzahlung nichtverausgabter Mittel und dazu stehen wir auch. Wir halten die Aufrechterhaltung der Sanktionen für eine Stigmatisierung psychisch Kranker gegenüber somatisch Kranker, weil wir in der Somatik das für eine Berufsgruppe haben, in der Psychiatrie sollen die Mindestanforderungen für alle Berufsgruppen gelten und sanktioniert werden. Und wir haben jetzt noch das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts, was ja hier auch schon aufgeführt wurde, was eine nichttarifgerechte Finanzierung des Bestandspersonals ja nach sich ziehen wird. Somit ist in Kombination mit dem Urteil, das im April aus Leipzig gekommen ist – wäre es katastrophal, die Sanktionen einzusetzen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. – Und es fragt Frau (DKG). – Nein? – Dann wäre jetzt Frau (GKV-SV) an der Reihe.

Frau Dr. (GKV-SV): Danke. – Ich habe eine Frage an ver.di. Aber bevor ich die Frage stelle, muss ich doch noch mal feststellen: Ich habe jetzt gelernt, dass es in der Psychiatrie anscheinend keine Stationen mehr gibt. Das finde ich doch erstaunlich. Wenn ich mir Webseiten anschau, dann sehe ich da, egal wo ich gucke, Stationen. Was ich auch interessant finde, ist, dass als Allheilmittel gegen Sanktionen der Personalaufbau zitiert wird, aber was aus unserer Sicht eigentlich erforderlich ist, ist eine Umstrukturierung hin zu mehr teilstationärer Versorgung. Das habe ich hier bei keinem Wortbeitrag wahrgenommen. Da frage ich mich, ob es eine Fehlwahrnehmung ist, nur so als Statement am Rande. – Nun zur Frage an ver.di, es geht – –

Herr (DKG): Kommentieren wir die Antworten der Anzuhörenden? Dann würden wir gern auch noch viele Kommentare loswerden. Also das ist eine Grundsatzregel, die hier gerade gebrochen wird vom GKV-SV.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau (GKV-SV), beschränken Sie sich auf die Fragen, bitte.

Frau Dr. (GKV-SV): Die Frage an ver.di: Es geht um die Qualifikation des Personals. Sie sind ja in Ihrer Stellungnahme auf einige Vorschläge eingegangen: Es geht um die Erhöhung der Anrechnung von Hilfskräften, auch die Berufsgruppe der Pflege. Es geht um die Aufnahme von MFAs und Physician Assistants in § 5, also in die Kernberufsgruppen. Und Sie thematisieren auch die Anrechnung von Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis. Da wollte ich Sie bitten, ob Sie das noch mal ausführen können, insbesondere gern zu Letzterem, dass Sie dazu noch mal etwas sagen, was Hilfskräfte und fachfremdes Personal betrifft, die kein direktes Beschäftigungsverhältnis haben.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (GKV-SV). – Und es antwortet ver.di, Herr (ver.di), bitte.

Herr (ver.di): Ganz herzlichen Dank für die Frage. (ver.di) für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di.

Ich beginne aufgrund des Hinweises mit der letzten Frage: Es ist aus dem Kontext der Erfahrung der Beschäftigten so, dass für eine gute leitliniengerechte Versorgung Behandlungskontinuität in etablierten und eingespielten Teams unverzichtbar ist. Und das lässt sich schwerlich in einer anderen Situation als einer solchen denken, in der Personal in einem direkten Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus steht, einfach deshalb, weil Arbeitnehmerüberlassungsmaßnahmen oder andere Instrumente zur Flexibilisierung des Personaleinsatzes nun einmal eine erhöhte Personalfluktuations verursachen und dann ständige Restrukturierungen innerhalb der multiprofessionellen Teams dazu führen, dass dieser langfristig vertrauensbasierte Ansatz zur Zusammenarbeit bestehender multiprofessioneller Arbeiten geschwächt wird. Insofern sehen wir bei der Anrechnung von

Fachkräften ohne ein direktes Beschäftigungsverhältnis ein großes Problem oder eine Herausforderung, dafür dann noch die leitliniengerechte Versorgung aufrechtzuerhalten.

Zur Frage der Anrechenbarkeit von Hilfskräften auf die Berufsgruppe der Pflege: Da wird ja der Vorschlag gemacht, das auch bis zu 30 % anzuheben. Wir sehen es so, dass es für eine leitliniengerechte Versorgung erforderlich ist, dass die Gewährleistung einer möglichst hohen Fachlichkeit in der Pflege stattfindet. Pflegefachlichkeit wird überall dort gewahrt und gefördert, wo examinierte Pflegeberufe entsprechend ihrer Profession, Qualifikation maßgeblich an der Versorgung mitwirken. Und dem steht die Ausweitung des Einsatzes oder der Anrechenbarkeit von Hilfskräften gegenüber. Also die Ausweitung verstärkt das Risiko einer Deprofessionalisierung, da wichtige Fachkompetenzen als Bestandteil der Qualifikationsprofile von Hilfskräften im Unterschied zu Pflegefachkräften nicht im gleichen Umfang anzunehmen sind. Deshalb kritisieren wir diese vorgesehene Ausweitung der Anrechnungsquote und lehnen sie ab.

Zur Frage der Ergänzung der MFA und der Physician Assistants in § 5: Wir lehnen die Aufnahme der Physician Assistants in die regelhaften Berufsgruppen nach § 5 ab. Es handelt sich dabei um einen bisher nicht allgemein anerkannten Beruf, für den eine staatliche Regelung nicht vorliegt. Für Physician Assistants bleibt die Problematik der Heilkundenausübung durch Delegation bestehen, und ein klares Berufsbild zeichnet sich bisher nicht ab. Aus unserer Erfahrung stehen bei der Einführung von Einsatzprofilen für Physician Assistants in erster Linie ökonomische Überlegungen im Vordergrund, die sich aber nachteilig auf die Versorgungsqualität auswirken können.

Bei den MFAs ist festzuhalten, dass es sich sozusagen auf der Skala am entgegengesetzten Ende zur Situation der Physician Assistants verhält, da wir hier einen Gesundheitsberuf mit einem sehr spezifischen Aufgabenprofil haben. Aufgrund der sehr klaren Verortung der MFA-Tätigkeitsprofile ist aus unserer Sicht keine Sachgrundlage dafür gegeben, diese bei der Betrachtung der Berufsgruppen nach § 5 und den Aufgabenprofilen bei Pflege und Ärzten zu berücksichtigen, eben weil MFAs ein eigenständiges und dort nicht passendes Kompetenzportfolio innehaben. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen und nehme es zum Anlass, noch mal darauf hinzuweisen: Ich bitte um kurze Antworten, die sich mit der Frage decken, mehr brauchen wir heute nicht. – Der Nächste mit der Frage ist der Herr (PatV).

Herr (PatV): Ich versuche, es kurz zu machen, es richtet sich auch an Herrn (ver.di) von ver.di, und zwar: Vielleicht ergänzend zu dem, was Sie gerade gesagt haben, jetzt auch kürzer: Es gibt in Ihrer Stellungnahme das Statement zu sagen, die Sozialarbeit soll als eigenständige Berufsgruppe, ich verkürze es jetzt, erhalten bleiben, nicht eben sozusagen im Gemeinsam der Spezialtherapie. Könnten Sie dazu noch geschwind aus Ihrer Sicht etwas ergänzen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Das Wort hat ver.di bitte noch einmal.

Herr (ver.di): Vielen Dank für die Frage. Ich schließe mich an und versuche, es dieses Mal kurz zu machen. Es erscheint für uns nachvollziehbar, dass zur Ermittlung der Vorgaben eine Vielzahl der am Versorgungsgeschehen mitwirkenden Berufsgruppen einbezogen wird. Im Gegensatz zu spezifischen, beispielsweise therapeutischen, Berufsbildern kommt für die Tätigkeitsprofile von Sozialarbeitern und sozialpädagogischem Fachpersonal aber ein äußerst breites mögliches Aufgabenspektrum zum Tragen, das die Unterstützung bei einer Vielzahl grundsätzlicher Aspekte der Alltagsbewältigung von Patienten betrifft. Die für eine sachgerechte und erfolgreiche Sozialarbeit erforderlichen Ressourcen sollten vor dem Hintergrund des komplexen und zum Teil zeitlich und administrativ eng getakteten

Unterstützungsbedarfs der Patienten in dieser Hinsicht nicht durch eine für andere Aufgaben verfügbar gemacht werden und dadurch Gefahr laufen, die Qualität der erforderlichen Sozialarbeit zu schmälern. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Die nächste Frage stellt Herr (PatV).

Herr (PatV): Ich habe noch eine Frage an die BDK und an die DGPPN zur Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Es gibt ja zwei Vorschläge, den der Patientenvertretung mit einer eigenen Darstellung des Personaleinsatzes und den der DKG, der sagt, das wird in der Richtlinie erwähnt und es bleibt dann den Budgetverhandlungen der Häuser überlassen, wie sie das in den jeweiligen Verhandlungen umsetzen kann.

Welche Erfolgchancen sehen Sie denn, dass tatsächlich auch für kleinere Häuser, die nichtspezialisierte Bereiche dafür haben, das entsprechend in Budgetverhandlungen mit Krankenkassen umzusetzen, wenn es keine Anhaltzahlen dafür gibt, wie man denn überhaupt den Personalbedarf bemessen könnte, sondern es jedes Haus einzeln für sich sozusagen immer wieder begründend darstellen muss? Das würde uns noch mal interessieren. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Sie haben die DGPPN und die Bundesdirektorenkonferenz gefragt? – Gut. Dann zunächst die DGPPN.

Frau Dr. (DGPPN): Danke schön. – Herr (PatV), wir sehen natürlich den erhöhten Bedarf, den gerade diese vulnerable Gruppe erzeugt. Die Sorge ist: Wenn wir Mindestvorgaben für diese Klientel definieren, einen eigenen Behandlungsbereich machen, dass das zu einer Nichtversorgung führen kann, weil diese Mindestvorgaben nicht erfüllt werden können, insbesondere in den von Ihnen genannten kleineren Einrichtungen. Das ist ein Risiko und deswegen sprechen wir uns dafür aus, nicht an der Stelle einen eigenen Behandlungsbereich zu definieren.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Und die Bundesdirektorenkonferenz.

Herr Prof. (BDK): Wir sprechen uns in Ergänzung zu dem, was Frau (DGPPN) gerade gesagt hat, aber dafür aus, dass man es eben in die Budgetverhandlungen aufnimmt. Es gibt eine Chance, das in den regionalen Budgetverhandlungen umzusetzen, insbesondere an den Standorten, an denen auch spezialisierte Stationen und spezialisierte Schwerpunkte vorgehalten werden, die dann ein genuines Interesse haben, dass der erhöhte Aufwand auch in den Budgets abgebildet wird. Das ist für kleinere Einheiten, die nicht darauf eingerichtet sind, eher eine Hinderung, die Menschen mit Intelligenzminderung adäquat zu versorgen. Und diese Gefährdung einerseits und andererseits für die spezialisierten Einrichtungen, das in die Budgetverhandlungen aufzunehmen, hat dazu geführt, dass wir den Vorschlag als sinnvoll erachten, das regional wirklich aufzunehmen, aber das auch fest in die PPP-RL reinzuschreiben und nicht zu negieren, wie es bislang war. Bislang gab es für diese Patientengruppe ja keinerlei Erwähnung in der PPP-RL. Und das ist ja jetzt eine Änderung. Wenn der Vorschlag umgesetzt wird, wäre es ja in der PPP-RL verankert.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Jetzt habe ich keine Fragen mehr in dieser Gruppe, dann würde ich weiter fortfahren in der Anhörung. Es folgt die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V., die DGKJ. Und es hat sich Herr Dr. (DGKJ) gemeldet.

Herr Dr. (DGKJ): Vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Mein Name ist (DGKJ), ich vertrete die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, DGKJ, und beziehe mich deshalb auch auf Punkte kinderspezifischer Aspekte der PPP-RL.

Im Besonderen betrachten auch wir die Berechnung der personellen Mindestausstattung nach den Minutenwerten und Berufsgruppendifinitionen auf Basis der über 30 Jahre alten Psych-PV als doch deutliches Defizit aller bisherigen PPP-RL-Versionen, da die damals zugrunde gelegten Annahmen und evidenzbasierten Beobachtungen kaum mehr der geforderten Versorgungsqualität aktueller Behandlungsleitlinien entsprechen, geschweige denn den seither doch deutlich gestiegenen, weil auch gesetzlich geforderten Dokumentationspflichten.

Zweiter Punkt, da geht es um Eingruppierungen, die Gruppierungen in KJZ, das ist die Behandlung im Eltern- und Kind-Setting: Das ist in diesem Sinne weit unter dem tatsächlichen Pflegebedarf berechnet. Hier wird ein ca. hälftiger Pflegebedarf zu anderen Behandlungssettings im Kinderbereich angenommen, wahrscheinlich aufgrund der Mitaufnahme eines Elternteils, im Vergleich zur somatischen Medizin, wo das auch üblich ist, Elternteile aufzunehmen, und da auch eine tatsächlich erhebliche Pflegeentlastung erbringt, basieren bei psychischen Erkrankungen im Kindesalter diese oftmals, und das ist auch wissenschaftlich zahlreich belegt, auf eigenen psychischen Erkrankungen der Eltern. Und ein psychisch erkranktes Elternteil ist wenig in der Lage, eine adäquate Pflegeentlastung zu erbringen. Wir sehen eher, dass diese Eltern selbst pflegerische oder pädagogische Unterstützung bedürfen zur Alltagsbewältigung. Hier bedarf es dann über die DKG-Forderung hinaus weitere Anpassungen der PPP-RL.

Dritter Punkt: Wir sehen noch eine weitere Patientengruppe, die einen deutlich erhöhten und komplexeren Behandlungsbedarf und damit auch Personalausstattung benötigt, nämlich die Behandlung von komplex psychosomatisch erkrankten Kindern. Das sind beispielsweise Kinder, die aufgrund einer schweren oder chronischen somatischen Erkrankung – zum Beispiel Diabetes, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, neurologische Erkrankungen oder rheumatologische Erkrankungen – körperlich schwer eingeschränkt sind, gleichzeitig aber auch psychische Folgeerkrankungen erleiden im Sinne einer schweren psychischen Belastungsreaktion; das können schwere Depressionen sein oder Erschöpfungssymptome aufgrund auch der somatischen Erkrankung. Diese Kinder und Jugendlichen müssen neben der multimodalen kinderpsychiatrischen und kinderpsychosomatischen Behandlung oftmals zeitgleich auch in ihrer somatischen Grunderkrankung intensiv mitbehandelt werden: Infusionstherapien, Diabetes-Management, MS-Therapien. Und auch dieser Mehraufwand ist bisher nicht abgedeckt. Hier schlagen wir vor, dass eine zusätzliche KJ-Gruppe sinnvoll sein kann. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Dr. (DGKJ). – Es folgt die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft, die DMtG, Frau (DMtG) hat das Wort.

Frau (DMtG): Danke, Frau Vorsitzende des Unterausschusses. – (DMtG) für die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft. Wir haben eine umfangreiche Stellungnahme eingereicht, wie wir fanden, mit Hinweisen auf verschiedene Themenbereiche, die ich jetzt nicht alle noch mal durchgehen möchte.

Es geht mir ganz besonders darum deutlich zu machen, dass der Unterausschuss wahrscheinlich in sehr engen Vorgaben arbeitet und wir sehr froh sind, dass Sie sich jetzt den kleineren Berufsgruppen zugewendet haben, allerdings mit dem, wie sich das jetzt vom Ergebnis her darstellt, leider dann doch etwas unglücklich sind und deshalb uns gefragt haben: Was kann man eigentlich tun, damit man sich zum Beispiel an der Leitlinie psychosoziale Therapien für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen orientiert, die verschiedenen Schwerpunkte dieser kleineren Berufsgruppen bewahren kann, ohne dass es irgendwie ganz unflexibel wird.

Wir sehen die Probleme bei der Vertretung der Berufsgruppen, aber wir möchten auch dringend darauf aufmerksam machen, dass jede dieser Berufsgruppen einen besonderen Arbeitsschwerpunkt hat, der allen Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen sollte. Deshalb ist das tatsächlich ein bisschen die Quadratur des Kreises, dieses Problem zu lösen.

Und wir möchten auch darauf aufmerksam machen, dass schon in der Arbeit an der PPP-RL Veränderungen in den Kliniken eintreten wegen zum Beispiel dieser Unsicherheiten kleiner Berufsgruppen in der Vertretung, dass da tatsächlich schon zurückhaltender, unserem Eindruck nach, eingestellt wird.

Deshalb appellieren wir dafür: Bitte beteiligen Sie uns als betroffene Berufsgruppe, da wir bestimmt noch mal Hinweise geben können, die sonst gar nicht zustande kommen. Legen Sie statt der inzwischen doch sehr veralteten Psych-PV bitte modernere Tätigkeitsbeschreibungen zugrunde, wie die zum Beispiel beim Plattformmodell und jetzt auch mit der EPIK-Studie untersucht schon vorgelegt wurden unter multiprofessioneller Beteiligung. Also da haben wirklich alle Berufsgruppen zusammengearbeitet und tragen dann das Ergebnis ja auch mit. Das wäre ein Appell von unserer Seite: dass die Berufsgruppen beteiligt und moderne Tätigkeitsbeschreibungen erarbeitet werden. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Frau (DMtG). – Es folgt die Aktion Psychisch Kranke e.V., Herr Dr. (APK).

Herr Dr. (APK): Frau Vorsitzende des Unterausschusses, vielen Dank für die Möglichkeit, hier Stellung zu nehmen. (APK), Aktion Psychisch Kranke. Ich darf nicht verhehlen, dass sich die Aktion Psychisch Kranke 50 Jahre nach der Psychiatrie auch gewünscht hätte, dass die Änderungen der PPP-RL innovativer und vielleicht moderner sind und vor allem die Fixierung der PPP-RL auf dieses antiquierte ärztlich-pflegerische Stationsbild, Psychiatrie findet im Krankenhaus statt auf den Stationen, dieses Bild, dass das etwas korrigiert wird zugunsten der Transformationsprozesse, die wir ja gerade erleben zu manchen Tageskliniken, zu [Tonstörung] ambulant.

Ich möchte hier auf vier Aspekte eingehen, ganz vorne dran der Aspekt Sanktionen: Die APK hat sich von Beginn an gegen Strafzahlungen im Rahmen der PPP-RL ausgesprochen, für Rückzahlungen, gegen Strafzahlungen und fühlt sich jetzt durch das Urteil vom Bundesverwaltungsgericht vom 10. April 2025 deutlich bestätigt. Wir haben inzwischen höchstrichterlich festgestellt, dass das Bestandspersonal nicht ausfinanziert ist. Das heißt, dass wir für die PPP-RL-Stellen nicht die notwendige tarifkonforme Bezahlung refinanziert bekommen, und dadurch wären die Strafzahlungssanktionen an sich vom Prinzip her fragwürdig. Ich denke auch, dass Sanktionen juristisch nicht durchsetzbar wären, das müssten Sie aber im G-BA klären.

Zweiter Punkt, Flexibilisierung der Berufsgruppen: In modernen Ansätzen haben wir bei Mitarbeitenden, die sowohl auf Station als auch in Tageskliniken als auch ambulant arbeiten, Frau (DGPPN) hat das dargestellt, dass selbst ein Monats- und Stationsbezug im Nachweis in diesen modernen Ansätzen gar nicht mehr möglich und auch gar nicht mehr sinnvoll ist, da müsste die PPP-RL nacharbeiten. Wir plädieren für größtmögliche Flexibilisierung, Flexibilität in den Berufsgruppen und auch in den Settings, in denen die einzelnen Mitarbeitenden arbeiten.

Wichtig finde ich die Berücksichtigung von Patientengruppen mit besonderen Behandlungsbedarfen, hier die intelligenzgeminderten psychisch Kranken, aber es gibt auch andere Patientengruppen, zum Beispiel Zwangsuntergebrachte, dort, wo wir Zwang anwenden müssen, untergebrachte Patienten. Wir haben uns nach langer Diskussion dafür

ausgesprochen, das in § 2 unterzubringen und dort klarzustellen, dass die PPP-RL für diese besonderen Patientengruppen nicht die adäquate Ausstattung bieten kann und dass hier zusätzliches Personal vor Ort versorgt werden muss. Ob das gelingt – ich denke ja, wenn wir es in § 2 entsprechend ordentlich fixieren und da auch in der Pflegesatzverordnung vor Ort entsprechend drauf Bezug nehmen können.

Letzter Punkt, Perspektive: Ich wünsche mir, wir wünschen uns, dass die PPP-RL mit der Zeit geht und die Transformation des psychiatrischen Versorgungssystems mitgeht und nicht, wie wir es erleben müssen, leider beispielsweise, wenn Verhandlungen zum Globalbudget eher hinderlich sind, eher behindern. Wir hängen in Bayern, wir hängen in Baden-Württemberg, wenn es zu Verhandlungen zum Globalbudget kommt, genau an diesem Punkt PPP-RL: Wie kann der Personaleinsatz flexibilisiert werden? – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Dr. (APK). – Und als letzte Gesellschaft ist die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V., die DGPT, an der Reihe. Und das Wort hat Frau (DGPT).

Frau (DGPT): Vielen Dank. (DGPT) von der DGPT. Vielen Dank für die Möglichkeit, hier teilzunehmen.

Ich möchte zwei Dinge besonders hervorheben: Zum einen unterstützen wir sehr die Ergebnisse und Vorschläge der DGPM zu einer größeren Ausdifferenzierung der Pauschalen in der Psychosomatik, und wir wünschen uns da eine breite Diskussion. Sie sind Resultat einer Ist-Stand-Erhebung und korrigieren eine offensichtlich nicht sachgerechte Darstellung der Versorgungspraxis in der Psychosomatik.

Zweitens: Wie hier bereits öfter angesprochen wurde, plädieren auch wir sehr ein weiteres Mal dafür, die Erhebung von Sanktionszahlungen zu verschieben, und zwar vor dem Hintergrund, der hier auch schon öfter angesprochen wurde: vor dem Urteil am 10. April dieses Jahres vor dem Bundesverwaltungsgericht in Leipzig, dessen Urteilsbegründung zwar noch aussteht, das aber im Kern aussagt, dass eine Ist-Kostenerstattung des Personals ohne ausdrückliche gesetzliche Anordnung ausscheidet. Hier braucht es dringend eine Änderung der Gesetzesgrundlage. Dafür müsste man die zwei Jahre, oder wie viele es auch sind, nutzen, um hier die Bundespflegesatzverordnung anzupassen. Denn in der Konsequenz bedeutet das Urteil: Es gibt für Krankenhäuser, die nicht von Kommunen mitfinanziert werden, eine objektive Unmöglichkeit, das Personal nach PPP-RL vorzuhalten, ohne dabei eklatante Verluste zu machen. Ich erläutere das in Kürze: In den Verhandlungen vor dem Bundesverwaltungsgericht über die Vergütung der Krankenhausleistung für 2020 blieb streitig, ob bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags nach Paragraph § 3 Abs. 3 Bundespflegesatzverordnung, die sich ja auf den G-BA bezieht, allein die Kosten des zusätzlich vereinbarten therapeutischen Personals oder auch die Kosten des therapeutischen Bestandspersonals zu berücksichtigen wären. Aus Sicht der Kassen und des Bundesverwaltungsgerichts inkludiert die Umsetzung der G-BA-Vorgabe nur die einmalige Finanzierung zusätzlichen Personals zu tarifbedingten Kosten. Genau diese Interpretation des Paragraphen führt zu einer eklatanten Tarifschere, da Bestandspersonal dieser Logik folgend nicht ausfinanziert wird, jedoch die Vorgaben der PPP-RL zu erfüllen sind. Besonders bestraft werden hierbei Krankenhäuser, die bereits vorher einen großen und guten Personalbestand hatten.

Das heißt zusammengefasst, dass auf der einen Seite Personal gemäß der Richtlinie vorzuhalten ist, auf der anderen Seite jedoch keine tarifbedingte Refinanzierung des damit verbundenen Personals stattfindet, sodass alle Häuser, die nicht vom Land oder von Kommunen bezuschusst werden, diese Tarifschere dauerhaft nicht kompensieren können.

Das Bundesverwaltungsgericht hat dieses grundlegende Problem mit all den hier dargestellten Konsequenzen zwar verstanden, sah aber keine Regelung im Gesetzestext, wie sich dieses Dilemma juristisch lösen ließe. Das heißt aus Sicht der betroffenen Kliniken, dass es hier eine eklatante Regelungslücke gibt. Das gravierende Problem liegt in der Historie, und zwar in der Form, dass das Bestandspersonal zum Zeitpunkt der PPP-RL-Einführung teilweise eklatant unterfinanziert war und nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts durch die Kasse nicht tariflich ausfinanziert werden muss. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. – Das war jetzt die letzte Runde. Gibt es Fragen? – Frau (DKG).

Frau (DKG): Wir hatten ja eigentlich noch zwei Fragen zur vorherigen Runde, das ist so ein bisschen, glaube ich, untergegangen, an die BDK und an die DGPM.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Dann war das unser Fehler. Entschuldigen Sie bitte, das werde ich hier nachholen.

Frau (DKG): Ich habe auch gesehen, dass beide Vertreter zum Glück noch da sind, also vielen Dank auch noch mal an Sie, dass Sie auch bis zum Schluss hier sind und uns die Fragen beantworten. Es geht auch, hoffe ich, schnell, und ich versuche, es nicht allzu lang zu machen.

Also zum einen an Herrn (BDK), und zwar noch mal zum Thema Sanktionen: Sie hatten ja zum einen schon auf die Nachfrage, die von Frau (BPtK) kam, ausführlich geantwortet, was Sie sich von den zwei Jahren, die jetzt vielleicht im Raum stehen, was die Sanktionsverschiebung angeht, erhoffen, versprechen. Sie haben in Ihrer Stellungnahme aber auch sehr deutlich ausgeführt, dass zum einen die Regelungen, die jetzt auf dem Tisch liegen, so insgesamt nicht reichen würden, wenn all das umgesetzt würde, was Flexibilität usw. angeht, haben aber auch dargelegt, was die Krankenhäuser und Kliniken jetzt schon tun, um diese Vorgaben einzuhalten und das Personal an sich zu binden. Wir würden Sie noch mal bitten herauszuarbeiten, was die drängendsten Herausforderungen sind, weil immer das Stichwort Fachkräftemangel im Raum steht. Aber das haben wir jetzt auch schon gehört, das ist ja nicht der einzige und wahrscheinlich auch nicht der gravierendste Punkt. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Prof. (BDK), Sie haben das Wort.

Herr Prof. (BDK): Tatsächlich ist der Fachkräftemangel ja auch gar nicht so homogen über Deutschland verteilt, sondern wir haben ja einen recht heterogenen Fachkräftemangel. In den Großstädten ist das Pflegepersonal eine sehr große Mangelware, auf dem Lande sind es eher die akademischen Berufe, wie die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder auch die psychologischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das ist insbesondere für die kleinen Standorte eine große Herausforderung. Also viele Kliniken sind mittlerweile so aufgestellt, dass sie an vielen Orten Tageskliniken unterhalten, die natürlich naturgemäß aufgrund der kleinen Organisationseinheit auch geringe Stellenumfänge haben. Und vorhin ist es auch schon mal angeklungen: Wir haben dann vielleicht nur eine Sozialarbeiterin mit 0,5 VK zur Verfügung, aber in der PPP-RL sind 0,75 gerade in der Berechnung herausgekommen. Was machen wir also mit den restlichen 25 %? Das sind große Herausforderungen. Das heißt, der erreichte Stand der wirklich nah am Patienten befindlichen Versorgung mit Tageskliniken mit kleinen stationären Einheiten ist dann besonders gefährdet von der PPP-RL mit den angesprochenen Sanktionen.

Wir können auch mit den Sanktionen überhaupt nicht unterscheiden: Geben sich die Kliniken denn überhaupt Mühe in der Rekrutierung des notwendigen Personals? Und das war die Anregung, die ich vorhin auch schon mal kurz erwähnt habe, das wäre aus meiner Sicht bzw. aus unserer Sicht eine Alternative zu den Sanktionen, diese Bemühungen um die

Personalrekrutierung einzubeziehen, anstatt nur ein bundesweit gleiches Strafmaß zu installieren.

Wir haben natürlich auch den Abbau von den nicht von PPP-RL-Sanktionen behafteten Versorgungssektoren, insbesondere die Ambulanzen und die stationsäquivalenten Behandlungen zu befürchten, wenn wir uns an den Berufsgruppen und der nicht ausreichenden Flexibilität und Anrechnungsfaktoren usw. weiterentwickeln, weil bei diesen Bereichen es einfach einfacher ist abzuschneiden oder die Berufsgruppen anders zu verteilen bzw. dann auch diese aufzulösen.

Was in der Diskussion auch vorhin angeklungen ist: Der teilstationäre Anteil ist natürlich heutzutage schon bedeutend und wird sich auch noch weiter ausweiten. Nur teilstationäre Abteilungen: Wir sind immer an kleinen Standorten – bzw. das ist immer mitzudenken, dass es an kleineren Standorten sein muss, weil die Fahrtzeiten ja dann nicht bewältigbar sind mit über einer Stunde oder so etwas zur nächsten vollstationären Einheit. Vielleicht soweit. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. – Frau (DKG), Sie sprachen von zwei Fragen.

Frau (DKG): Genau, danke schön. Noch an die DGPM: Und zwar betrifft das hier noch mal das nicht festangestellte Personal an den Kliniken: Da hatten Sie sich ja auch in Ihrer Stellungnahme sehr stark für dieses Personal eingesetzt und noch mal herausgehoben, was für eine besondere Stellung dieses Personal hat, was für ein integraler Bestandteil das tatsächlich in den Teams ist, was für eine wichtige Arbeit die leisten. Und jetzt liegen hier Vorschläge auf dem Tisch, die dieses Personal plötzlich nicht mehr berücksichtigen, weil, wenn man nicht angestellt ist, leistet man angeblich keine qualitativ hochwertige Arbeit. Und wir würden Sie hier bitten noch mal auszuführen, was Sie zu diesem Vorschlag sagen, dass dann plötzlich das Personal nicht mehr berücksichtigt werden darf. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Herr Prof. (DGPM).

Herr Prof. (DGPM): Ganz herzlichen Dank für die Frage, Frau (DKG), (DGPM), DGPM.

Da sind mir mehrere Punkte wichtig: Zum einen ist es, glaube ich, bedeutsam, dass auch viele selbstständige qualifizierte Therapeuten aus dem niedergelassenen Bereich in einem geringen Umfang Urlaubsvertretungen und andere Dinge für die Kliniken übernehmen. Es ist in der Regel sehr qualifiziertes Personal, das vorher auch möglicherweise in Kliniken lange Zeit gearbeitet hat, sehr viel Erfahrung mitbringt und es für die Kliniken eine Entlastung darstellt, wenn sie da erfahrenes Personal vorübergehend einstellen können, um auch Lücken einfach damit auszugleichen.

Zum anderen: Die Vermutung ist ja immer, dass das jetzt nur Zeitarbeitsfirmen sind, die dann dieses externe Personal zur Verfügung stellen. Aber es sind zum Beispiel auch große Klinikkonzerne, die wir in Deutschland haben, die mehrere Tochtergesellschaften haben. Das heißt, das Personal ist bei einer Tochtergesellschaft angestellt, arbeitet aber für den Klinikkonzern und wird aber dennoch als extern behandelt. Die müssten dann mehrere Verträge haben, was aber für die Mitarbeiter wieder eine Benachteiligung wäre, weil sie dadurch dann unterschiedliche Steuerkarten brauchen und damit steuerlich benachteiligt wären. Das finde ich ganz wesentliche Punkte, die man berücksichtigen muss: dass man damit dann auch qualifiziertem Personal nicht die Möglichkeit gibt, weiter auch an der Sicherstellung der Versorgung von psychisch Erkrankten zu beteiligen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. – Frau (DKG), soweit okay? – Gut. Dann wäre als Nächster Herr (PatV) an der Reihe.

Herr (PatV): Vielen Dank. Ich hätte eine Frage an Herrn Dr. (APK) von der Aktion Psychisch Kranke. Ich finde es lobenswert, dass Sie, Herr (APK), Menschen mit Intelligenzminderung erwähnt haben, für die sich auch Patientenvertreter einsetzen, und auch andere besonders vulnerable Gruppen. Ich habe das nicht so exakt verstanden, Sie haben da Paragraphen genannt, ob Sie für den Vorschlag von der Patientenvertretung mit eigener Gruppe sind oder eher für den Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Und falls Sie für den DKG-Vorschlag sind, also diese Behandlungen auf Ortsebene, sehen Sie es nicht so, dass das Ergebnis manchmal vom Verhandlungsgeschick abhängig gemacht werden kann und nicht von wirklichen Bedarfen? – Danke.

Herr Dr. (APK): Herr (PatV), vielen Dank für die Frage. Ja, es hängt dann letztlich vom Verhandlungsgeschick ab. Aber wenn Sie es insgesamt sehen, haben wir bei Menschen, bei besonders vulnerablen Menschen, zum Beispiel mit Intelligenzminderung, aber auch bei anderen Gruppen, glaube ich – ich habe den § 2 genannt, dort ist aufgeführt, was nicht in der PPP-RL abgebildet ist, was zusätzlich dazukommt, Nachtwachen usw., wenn wir es dort aufführen, habe ich einen Aufhänger in den Pflegesatzverhandlungen vor Ort, um zu sagen: Hier haben wir eine relevante Gruppe, hier brauche ich Zusatzpersonal und hier habe ich Spielraum auf der Kassenseite.

Ich glaube, dass wir hier diese Unterschiedlichkeit, gerade bei Menschen mit Intelligenzminderung in der Versorgung – wir haben ja Kliniken, die sich darauf spezialisiert haben, wir haben Stationen, die sich darauf spezialisiert haben, einfach mal sehr unterschiedliche Versorgungsmöglichkeiten, ein sehr heterogenes Versorgungsbild –, ich glaube, dass wir da besser zurechtkommen, wie wenn man eine eigene Gruppe sucht und gerontopsychiatrische und allgemein psychiatrische Bereiche bilden. Zumal: Wenn Sie an die Zukunft und an weitere Gruppen denken, die einen erhöhten Bedarf haben, können wir, glaube ich, nicht für jede Diagnosegruppe eine eigene Gruppe reinmachen – oder A2, A3, A4, A5, das noch so weiter –, weiter ausdifferenzieren. Ich glaube, man kann sicher beides machen, aber ich glaube, dieser Hinweis vorne, dass das in der PPP-RL nicht abgedeckt ist, dass aber zusätzlicher Bedarf besteht und der zu behandeln ist, ich glaube, das wäre der richtige Weg, das ist mein Argument.

Herr (PatV): Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. – Als Nächstes Herr (PatV), bitte.

Herr (PatV): Meine Frage richtet sich auch an die APK. Die APK hatte in ihrer Stellungnahme herausgehoben, dass in § 16 Abs. 6 die Datenerhebung in Bezug auf die Erfassung der Regelaufgaben durch die Übermittlung von OPS-Daten nur ein bürokratischer Mehraufwand ohne Nutzen sei. Uns würde interessieren: Wie hoch ist der Aufwand denn eigentlich tatsächlich? Macht das wirklich so viel Arbeit? Und woraus schließen Sie, dass man daraus keine Erkenntnisse ziehen kann? – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Das Wort hat Herr Dr. (APK).

Herr Dr. (APK): Also ich kann generell nur sagen: Zur Datenerhebung, das wird immer so ein bisschen runtergespielt, das machen doch die Systeme automatisch. Aber die Datenerhebung funktioniert nur, wenn Personal adäquat zugeordnet ist. Und wir hatten es vorhin an einem Beispiel: sehr übergreifender Einsatz. Wir müssen einen Arzt oder eine Pflegekraft anteilmäßig zuordnen, anteilmäßig erfassen, nicht nur im Budget, sondern auch im Ist. Sie müssen jede Veränderung dann auch nachvollziehen können, das macht einen erheblichen Aufwand.

Die OPS-Daten separat zu ermitteln und noch zu überprüfen – es geht ja nichts raus, was vorher nicht überprüft wird –: Es muss sichergestellt werden. Das ist, wie jede Art von

Bürokratie, ein zusätzlicher Aufwand, der keinerlei Effekt bringt. Weil: Mir ist nicht bekannt, dass aus diesen Daten irgendeine Veränderung in der PPP-RL oder in irgendeiner – – Es sind sinnlose Daten, die erhoben werden, aus unserer Sicht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Frau (GKV-SV), bitte.

Frau Dr. (GKV-SV): Ich gebe meine Frage weiter an Herrn (GKV-SV).

Frau Vorsitzende des Unterausschusses: Dann Herr (GKV-SV).

Herr (GKV-SV): Ich habe noch mal eine Nachfrage zu den Ausführungen von Prof. (DGPM), DGPM: Sie hatten ausgeführt, dass es bei nicht direkt am Krankenhaus beschäftigten Fachkräften Probleme gäbe mit der Berücksichtigung. Der jetzt konkretisierte Vorschlag bezieht sich aber auf Hilfskräfte. Daher würde ich Sie bitten, noch mal zwischen den von Ihnen genannten Fachkräften, also Psychotherapeuten, zu differenzieren, die würden nach den bisher vorliegenden Vorschlägen gar nicht begrenzt oder ausgeschlossen werden, sondern der Vorschlag, der jetzt besteht, bezieht sich konkret auf fachfremde Berufsgruppen, die nicht in der PPP-RL genannt sind. Und ich möchte Sie bitten, noch mal auszuführen, inwieweit solche Fach- oder Hilfskräfte von Ihren Ausführungen betroffen wären. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Herr Prof. (DGPM).

Herr Prof. (DGPM): Ganz herzlichen Dank noch mal für die Klärung auch, (DGPM), DGPM. Ich habe tatsächlich auch das Nicht-PPP-RL-Personal, das nicht in einem direkten Beschäftigungsverhältnis mit der Klinik steht, gemeint. Wir haben jetzt gesehen, das war in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich, wie der Medizinische Dienst die Berufsgruppen geprüft hat. Und wir haben ganz häufig erlebt, zum Beispiel bei den Spezialtherapeuten, dass zum Teil sehr hohe Anforderungen auch an die Abschlüsse gestellt worden sind. Und wenn zum Beispiel ein Studium nicht vorgelegen hat, dann auch die nicht für diese Berufsgruppe anerkannt worden sind, und damit würden die automatisch in den Bereich des Nicht-PPP-RL-Personals fallen. Das ist nur ein Beispiel, wo deutlich wird, dass wir eine Situation haben, dass wir Personal, das gut qualifiziert ist, das auch lange schon in dem Bereich gearbeitet hat, nicht ausgrenzen sollten, sondern gucken sollten, dass wir das Personal, das qualifiziert ist, das gut ist, dann auch für die Versorgung rekrutieren und für die Versorgung zur Verfügung stellen. Von daher fände ich diese Ausgrenzung, die wir damit machen würden, nicht günstig, insbesondere vor dem Hintergrund, dass es einzelne Berufsgruppen gibt, wo wir im Hinblick auf die Abschlüsse eigentlich keine Klarheit haben. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr (DGPM). – Ich habe jetzt keine Fragen mehr, ich sehe auch keine Fragesteller mehr im Raum. Dann darf ich mich zunächst mal bei Ihnen, den Damen und Herren der stellungnahmeberechtigten Organisationen, bedanken, dass Sie hier Ihre Expertise zur Verfügung stellen. Ich darf die Anhörung an dieser Stelle beenden und wir tagen dann weiter als Unterausschuss nichtöffentlich. Herzlichen Dank dafür, dass Sie bei uns waren.

Schluss der Anhörung: 15:19 Uhr