GBA
Gemeinsamer
Bundesausschuss

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Änderungen zum Erfassungsjahr 2027

Vom 19. November 2026

Inhalt

1. Rechtsgrundlage ... 2

2. Eckpunkte der Entscheidung ... 2

2.1 Zu § 2 *Grundsätze*: ... 2

2.2 Zu § 3 *Behandlungsbereiche:* ... 3

2.3 Zu § 6 *Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung*: ... 6

2.4 Zu § 7 *Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad*: ... 6

2.5 Zu § 8 *Anrechnungen von Berufsgruppen*: ... 6

2.6 Zu § 10 *Ausnahmetatbestände:* ... 8

2.7 Zu § 11 *Nachweisverfahren*: ... 11

2.8 Zu § 13 *Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:* ... 11

2.9 Zu § 14 *Anpassung der Richtlinie:* ... 11

2.10 Zu § 15 *Evaluation der Richtlinie*: ... 11

2.11 Zu § 16 *Übergangsregelungen*: ... 12

2.12 Zur Anlage 1 *Minutenwertetabellen:* ... 13

2.13 Zur Anlage 2 *Eingruppierungskriterien:* ... 29

2.14 Zur Anlage 3 *Nachweis zur PPP-RL:* ... 34

2.15 Zur Anlage 4 *Regelaufgaben:* ... 35

2.16 Zur Anlage 6 *Prüfregeln:* ... 36

3. Bürokratiekostenermittlung ... 36

4. Verfahrensablauf ... 36

5. Fazit ... 37

6. Zusammenfassende Dokumentation ... 37

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 mit den Beschlüssen vom 18. Juni 2026, 16. Juli 2026 und 19. November 2026 geändert.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Wesentliche Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027 ist die Ausdifferenzierung der bisherigen psychosomatischen Behandlungsbereiche. Diese unterscheiden stärker als bisher zwischen der Komplexität der therapeutischen Interventionen und dem somatischen Behandlungsaufwand. Die bisherigen Minutenwerte wurden auf die neuen Behandlungsbereiche umverteilt. Um zu berücksichtigen, dass teilweise auch innerhalb der psychiatrischen Versorgung differenzierte psychosomatische Behandlungsansätze Anwendung finden, wird Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie übergangsweise für drei Jahre ermöglicht, ihre Patientinnen und Patienten alternativ zur Einstufung in die Behandlungsbereiche A7/A8 in die neuen psychosomatischen Behandlungsbereiche P2, P3, P4, P5 und P7 einzugruppieren.

Die Übergangsregelung, dass die Mindestvorgaben zu 90 Prozent erfüllt sein müssen, wird um zwei Jahre bis Ende 2028 verlängert. Entsprechend müssen die Mindestvorgaben ab 1. Januar 2029 zu 95 Prozent und ab 1. Januar 2031 zu 100 Prozent erfüllt werden.

Weitere Änderungen erfolgen, um eine bessere Umsetzbarkeit der Richtlinie zu erreichen und den zunehmenden Herausforderungen bei der Versorgung psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten zu begegnen, ohne jedoch die Qualität der Versorgung einzuschränken. Dazu gehören u. a. Möglichkeiten, bereits vorhandenes Personal auch weiterhin in die Behandlung einzubinden und damit in der Versorgung halten zu können. Exemplarisch zu nennen ist der mit dem letzten Änderungsbeschluss der Richtlinie ermöglichte Einsatz von Pflegehilfskräften im Nachtdienst, der um ein weiteres Jahr verlängert wird, ebenso wie die um ein Jahr verlängerte Anrechnungsmöglichkeit von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf andere therapeutische Berufsgruppen sowie die Klarstellung zu Vorbehaltsaufgaben bei den Anrechnungen. Zudem werden Ausnahmetatbestände angepasst und die diesbezügliche Nachweisführung vereinfacht.

2.1 Zu § 2 *Grundsätze*:

Die Änderungen in den Absätzen 5, 7 und 8 sind redaktioneller Art.

2.2 Zu § 3 *Behandlungsbereiche:*

Bei den Änderungen in Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 Satz 1 handelt es sich um redaktionelle Folgeanpassungen zur Änderung der Überschrift der Anlage 2 der PPP-RL in „Eingruppierungskriterien“.

Zu Absatz 1:

Mit der Änderung werden die Behandlungsbereiche für die Psychosomatik neu strukturiert und die zugehörigen Minutenwerte in Anlage 1 Nummer 1 angepasst. Ziel ist es, die in der Versorgung bestehenden unterschiedlichen psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungssettings differenzierter abzubilden und die Mindestvorgaben stärker an der tatsächlichen Versorgungspraxis auszurichten.

Die bisherige Systematik umfasste für die Psychosomatik zwei vollstationäre und zwei teilstationäre Behandlungsbereiche. Sie beruhte teilweise auf älteren Personalanhaltszahlen und teilweise auf aus der Psychiatrie übernommenen Vorgaben. Die Weiterentwicklung greift Ergebnisse aus der im Teilprojekt Psychosomatik durchgeführten Iststanderhebung der sog. EPPIK-Studie[1], die Erkenntnisse aus den Strukturabfragen des IQTIG, den Vorschlag der psychosomatischen Fach- und Trägerverbände sowie die Ergebnisse des Fachgesprächs Psychosomatik (**Anlage 2** der Tragenden Gründe) auf.

Die Änderungen in § 3, Anlage 1 und 2 stehen im Zusammenhang: § 3 Absatz 1 benennt nun sieben psychosomatische Behandlungsbereiche. Anlage 1 Nummer 1 ordnet diesen Bereichen die jeweils geltenden Minutenwerte je Patientin und Patient und Woche zu. Die nähere Abgrenzung der Bereiche erfolgt über die Eingruppierungskriterien der Anlage 2.

Im Teilprojekt 2 des vom Innovationsausschuss des G-BA geförderten o.g. EPPIK-Projekts wurde erstmals eine Iststanderhebung der Personalausstattung in psychosomatischen Einrichtungen durchgeführt. Auf der Datengrundlage dieser Iststanderhebung erarbeiteten psychosomatische Fachgesellschaften unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) einen Vorschlag (Anhang der **Anlage 2** der Tragenden Gründe) zur Anpassung der Personalmindestvorgaben für psychosomatische Einrichtungen und Fachabteilungen. Dieser sieht eine Ausdifferenzierung der psychosomatischen Behandlungsbereiche in § 3, eine Anpassung der Minutenwertvorgaben in Anlage 1 sowie Änderungen an den Eingruppierungskriterien gemäß Anlage 2 der Richtlinie vor.

Mangels anderweitig verfügbarer Evidenz wurde der Vorschlag der Fachgesellschaft für die Weiterentwicklung der psychosomatischen Behandlungsbereiche herangezogen. Dieser Vorschlag sowie durch den G-BA darin vorgenommene Anpassungen wurden in einem gemeinsamen Fachgespräch der im G-BA zuständigen Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (AG PPP) am 9. Dezember 2025 mit Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen gemäß § 5 diskutiert.

Auf Basis dieses Vorschlags werden die bisherigen vier Behandlungsbereiche der Psychosomatik auf sieben erweitert. Die neuen Behandlungsbereiche orientieren sich an der Intensität und Komplexität der therapeutischen Interventionen sowie am somatischen Behandlungsaufwand.

[1] EPPIK Ergebnisbericht: Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken; abrufbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/eppik.410

Im **vollstationären Bereich** werden die bisherigen zwei Kategorien P1 und P2 auf insgesamt fünf Kategorien ausdifferenziert (siehe nachfolgende Abbildung), wobei vor allem der bisherige Behandlungsbereich P2 stärker wie folgt aufgegliedert wird:

- P1 „**Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung**“ (neu): Analog zu den Behandlungsbereichen der Psychiatrie verbleibt der Behandlungsbereich P1 für die Regelbehandlung für Patientinnen und Patienten in der Psychosomatik, die weniger als drei Therapieeinheiten pro Woche erhielten.
- P2 „**Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung**“: Die Voraussetzung für die Einstufung in den neuen Behandlungsbereich P2 sind mindestens drei dokumentierte ärztliche und/oder psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche gemäß dem OPS-Kode 9-62 oder 9-63.
- P3 „**Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung**“ (neu): Der neue Behandlungsbereich P3 hat zwei Voraussetzungen für die Eingruppierung: Es muss zum einen die Voraussetzung von mindestens drei ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Therapieeinheiten pro Woche gemäß dem OPS-Kode 9-62 oder 9-63 erfüllt sein. Zum anderen müssen insgesamt mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch die Berufsgruppen gemäß § 5 erfolgt sein. Weitere Erläuterungen zu der Vorgabe von sechs Therapieeinheiten finden sich im Abschnitt „Hinweise“ am Ende von Anlage 2 der PPP-RL.
- P4 „**Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung**“ (neu): Der neue Behandlungsbereich P4 setzt zum einen mindestens drei ärztliche und/oder psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche gemäß dem OPS-Kode 9-62 oder 9-63 voraus. Darüber hinaus müssen auch die Voraussetzungen des OPS-Zusatzkodes 9-642 (Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sein. Dazu zählen bestimmte somatische Strukturmerkmale sowie Mindestmerkmale, z. B. das Vorliegen von unmittelbar medizinisch behandlungsbedürftigen akuten und chronischen somatischen Erkrankungen, dokumentiert durch Veränderung(en) des initialen medizinischen Behandlungsregimes im Verlauf der Krankenhausbehandlung, mit psychischer Komorbidität und/oder Copingstörungen im Rahmen einer begleitenden körperlichen Erkrankung oder von sich vorwiegend somatisch präsentierenden Erkrankungen (z. B. somatoforme (Schmerz-)Störung, schwerstes Untergewicht bei Anorexia nervosa), die der gleichzeitigen intensiven somatischen Diagnostik und Therapie im Sinne einer auf die Erfordernisse somatisch erkrankter Patientinnen und Patienten adaptierten integrierten klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bedürfen.
- P5 „**Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung**“ (neu): Der neue Behandlungsbereich P5 hat drei Voraussetzungen für die Einstufung: Es muss zum einen die Voraussetzung von mindestens drei ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Therapieeinheiten pro Woche gemäß dem OPS-Kode 9-62 oder 9-63 erfüllt sein. Zum anderen müssen insgesamt mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch die Berufsgruppen gemäß § 5 erfolgen. Weitere Erläuterungen zu der Vorgabe von sechs Therapieeinheiten finden sich im Abschnitt „Hinweise“ am Ende von Anlage 2 der PPP-RL. Darüber hinaus müssen auch die Voraussetzungen des OPS-Zusatzkodes 9-642 (Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sein. Dazu zählen bestimmte somatische Strukturmerkmale sowie Mindestmerkmale, z. B. das Vorliegen von unmittelbar medizinisch behandlungsbedürftigen akuten und chronischen somatischen Erkrankungen,

dokumentiert durch Veränderung(en) des initialen medizinischen Behandlungsregimes im Verlauf der Krankenhausbehandlung, mit psychischer Komorbidität und/oder Copingstörungen im Rahmen einer begleitenden körperlichen Erkrankung oder von sich vorwiegend somatisch präsentierenden Erkrankungen (z. B. somatoforme (Schmerz-) Störung, schwerstes Untergewicht bei Anorexia nervosa), die der gleichzeitigen intensiven somatischen Diagnostik und Therapie im Sinne einer auf die Erfordernisse somatisch erkrankter Patientinnen und Patienten adaptierten integrierten klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bedürfen.

Abbildung: Vergleich der alten und neuen Differenzierung der psychosomatischen vollstationären Behandlungsbereiche sowie Verteilung der Behandlungstage

Behandlungsbereich alt, vollstationär	Behandlungstage (Anzahl Einrichtungen)	Inhalt	Behandlungsbereich neu, vollstationär	Inhalt
P1 Psychotherapie	31,5 % (n = 197)	< 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten/ Woche	P1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung	< 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche
P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	51,0 % (n = 206)	≧ 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten/ Woche	P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	≧ 3 ärztliche/psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche
			P3 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	≧ 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten/ Woche ≧ 6 Therapieeinheiten[a] pro Woche durch die Berufsgruppen gem. § 5 PPP-RL
			P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	≧ 3 ärztliche/psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche akute und chronische somatische Erkrankung
			P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	≧ 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten/ Woche ≧ 6 Therapieeinheiten[a] pro Woche durch die Berufsgruppen gem. § 5 PPP-RL akute und chronische somatische Erkrankung
a: Neuer OPS Zusatzkode erforderlich, der die Anforderung 6 Therapieeinheiten durch die Berufsgruppen gem. § 5 abbildet. Weitere Erläuterungen zu dieser Vorgabe finden sich im Abschnitt Hinweis am Ende von Anlage 2.				

Quelle: Eigene Darstellung zu Behandlungstagen und Anzahl der Einrichtungen auf Basis des IQTIG-Quartalsberichts (Berichtsquartal 2025-3), Tab. 8 (31): Anzahl der Behandlungstage je Behandlungsbereich gemäß § 3 PPP-RL, S. 192. [Zugriff: 27.05.2026]. URL: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/ppp-rl-quartalsberichte/

Im **teilstationären Bereich** gibt es weiterhin zwei Behandlungsbereiche (siehe nachfolgende Abbildung):

- P6 „**Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär**“ (neu): Analog zu den Behandlungsbereichen der Psychiatrie verbleibt der neue teilstationäre Behandlungsbereich P6 für die Regelbehandlung für Patientinnen und Patienten in der Psychosomatik, die weniger als drei Therapieeinheiten pro Woche erhalten.
- P7 „**Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär**“ (neu): Die Voraussetzung für die Einstufung in den neuen teilstationären Behandlungsbereich P7 sind mindestens drei dokumentierte ärztliche und/oder psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche gemäß dem OPS-Kode 9-62 oder 9-63.

Abbildung: Vergleich der alten und neuen Differenzierung der psychosomatischen teilstationären Behandlungsbereiche sowie Verteilung der Behandlungstage

Behandlungsbereich alt, teilstationär	Behandlungstage (Anzahl Einrichtungen)	Inhalt	Behandlungsbereich neu, teilstationär	Inhalt
P3 Psychotherapie, teilstationär	6,0 % (n = 140)	< 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten/ Woche teilstationär	P6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung, teilstationär	< 3 ärztliche/psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche, teilstationär
P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär	11,4 % (n = 154)	≧ 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten/ Woche teilstationär	P7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär	≧ 3 ärztliche/psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche, teilstationär

Quelle: Eigene Darstellung zu Behandlungstagen und Anzahl der Einrichtungen auf Basis des IQTIG-Quartalsberichts (Berichtsquartal 2025-3), Tab. 8 (31): Anzahl der Behandlungstage je Behandlungsbereich gemäß § 3 PPP-RL, S. 192. [Zugriff: 27.05.2026]. URL: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/ppp-rl-quartalsberichte/

Die Verteilung der Behandlungstage, wie in den obigen Abbildungen dargestellt, zeigt, dass zwar alle alten Behandlungsbereiche von den Einrichtungen genutzt wurden. Allerdings entfielen über 80 Prozent der Behandlungstage auf nur zwei Behandlungsbereiche, wobei die Hälfte der Behandlungstage auf den alten Behandlungsbereich P2 entfiel. Damit wird deutlich, dass die bisherigen Behandlungsbereiche nicht ausreichend differenzierten.

Eine entsprechend stärkere Ausdifferenzierung, wie nun vom G-BA vorgenommen, wird als sinnvoll und notwendig erachtet, um das Spektrum und die Spezialisierung der verschiedenen Settings einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung angemessen abzubilden. Im Fokus steht die an den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen komplex psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten orientierte Krankenhausbehandlung.

Aufgrund der teilweisen Überschneidungen zwischen den zu behandelnden Diagnosen und Behandlungsmitteln in der Psychosomatik und der Psychiatrie wird den psychiatrischen Einrichtungen übergangsweise ermöglicht, alternativ zu den Behandlungsbereichen A7 und A8 die ausdifferenzierteren neuen psychosomatischen Behandlungsbereiche P2, P3, P4, P5 sowie P7 zu dokumentieren (siehe auch die Ausführungen zu § 16 Absatz 6 *Übergangsregelungen*).

2.3 Zu § 6 *Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung*:

Bei der Änderung in Absatz 3 handelt es sich um eine redaktionelle Folgeanpassung zur Änderung der Überschrift der Anlage 2 der PPP-RL in „Eingruppierungskriterien“.

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

Die Änderungen in Absatz 5 sind redaktioneller Art.

2.5 Zu § 8 *Anrechnungen von Berufsgruppen*:

2.5.1 Zu Absatz 3:

Zu Satz 2

Fachkräfte der Berufsgruppen nach § 5 können auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 4 der PPP-RL Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Mit der Ergänzung in Satz 2

wird klargestellt, dass die Krankenhäuser bei der Übertragung der Regelaufgaben auf diese Fachkräfte die Einhaltung von berufsrechtlichen Vorgaben zu prüfen haben.

Zu den berufsrechtlichen Vorgaben zählen beispielsweise ärztliche Vorbehaltsaufgaben im Sinne von §§ 15, 27, 28, 107 SGB V sowie pflegerische Vorbehaltsaufgaben (Pflegeprozessverantwortung) im Sinne von § 4 PflBG. Die ärztlichen Vorbehaltsaufgaben sind ohnehin bei der Krankenhausbehandlung im Sinne von §§ 27 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5, 107 SGB V zu beachten. Entsprechende gesetzliche Vorgaben für die konkrete Ausgestaltung der ärztlichen Vorbehaltsaufgaben finden sich insbesondere in § 48 AMG und § 13 BtMG. Bei der Abgrenzung der ärztlichen Vorbehaltsaufgaben gilt es, die in §§ 15a, 112a SGB V angelegte Erarbeitung eines Kataloges an Leistungen der ärztlichen Behandlung zu beachten, die von Pflegefachpersonen eigenverantwortlich erbracht werden können. Von dieser schrittweisen Erweiterung der Aufgaben der Pflege sind die pflegerischen Vorbehaltsaufgaben (Pflegeprozessverantwortung) im Sinne von § 4 PflBG abzugrenzen. Die für die Pflege zentralen Aufgaben gemäß § 4 PflBG dürfen nach den Vorgaben in § 15a Absatz 2 und 3 SGB V nur von Personen mit einer Erlaubnis nach §§ 1, 58 Absatz 1 oder 2, 64 PflBG durchgeführt werden.

Die Verantwortung der Krankenhäuser zur Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben gilt dann auch entsprechend für die nach Absatz 5 mögliche Anrechnung von Fach- und Hilfskräften, die nicht zu den Berufsgruppen gemäß § 5 gehören.

Zu Satz 5 und 6

Satz 4 und 5 werden zu Satz 5 und 6. Die befristete Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen (§ 5 Absatz 1 Buchstabe c und Absatz 2 Buchstabe c) auf andere nichtärztliche Berufsgruppen wird nochmals um ein weiteres Jahr bis zum 31. Dezember 2027 verlängert. Ein Wegfall dieser Anrechnungsmöglichkeit könnte in einer Vielzahl von Einrichtungen kurzfristig zu einer Verschlechterung der Umsetzungsgrade einzelner Berufsgruppen führen. Vor dem Hintergrund der mit der PPP-RL verbundenen Nachweis- und Sanktionsregelungen erscheint es daher erforderlich, den Krankenhäusern bis zum Abschluss der laufenden Weiterentwicklungs- und Evaluationsprozesse nochmals eine zeitlich begrenzte Möglichkeit zur Flexibilität bei der Personalzuordnung einzuräumen.

Die Anpassung des Satzverweises im bisherigen Satz 5 ist redaktioneller Art.

2.5.2 <u>Zu Absatz 5:</u>

Zu Satz 4 und 5

Die Begrenzung in der Höhe der Anrechnung auf die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 Buchstaben a bis f gilt ab dem Erfassungsjahr 2027 auch für die Psychosomatik. Bereits mit der Erstfassung der Richtlinie wurde vor dem Hintergrund neu entstehender Berufsbilder, die Tätigkeiten der in § 5 aufgeführten Berufsgruppen ausüben können, die Notwendigkeit auch für die Psychosomatik erkannt, andere als in § 5 aufgeführte Berufsgruppen und -bilder in begrenztem Umfang auf die tatsächliche Personalausstattung gemäß § 7 anrechnen zu können. Die bisherigen Erfahrungen mit den Anrechnungsregelungen in der Psychiatrie zeigen, dass begrenzte Anrechnungsmöglichkeiten als Instrument zur Abfederung kurzfristiger Personalengpässe grundsätzlich geeignet sind. Die Höchstgrenzen gewährleisten einerseits die notwendige Flexibilität der Einrichtungen beispielsweise zur Überbrückung personeller Engpässe und sichern andererseits den berufsgruppenspezifischen Charakter der Mindestpersonalausstattung sowie die fachliche Qualität der psychosomatischen Versorgung. Voraussetzung der Anrechnung bleibt die Übernahme von Regelaufgaben nach Anlage 4 der Richtlinie, wobei berufsrechtliche Vorgaben zu berücksichtigen sind.

2.5.3 Zu Absatz 7:

Zu Satz 1

Seit dem Erfassungsjahr 2026 ist es Krankenhäusern möglich, in begrenztem Rahmen Pflegehilfskräfte im Nachtdienst anzurechnen. Diese Anrechnungsmöglichkeit wird bis zum 31. Dezember 2027 verlängert, da bisher noch keine Erkenntnisse darüber vorliegen, wie sich die zum Erfassungsjahr 2026 beschlossene neue Regelung zur Anrechnung von Pflegehilfskräften auswirkt. Erste Ergebnisse, auf deren Basis sich potenzielle Anpassungen ableiten lassen, werden dem G-BA mit dem Jahresbericht des IQTIG über das Jahr 2026 zum 15. Mai 2027 vorliegen.

Zu Satz 3

Der neue Satz 3 stellt klar, dass die Bezugsgröße für die zulässigen Anrechnungen im pflegerischen Nachtdienst die VKS-Mind für den Nachtdienst des gesamten Quartals ist.

2.6 Zu § 10 *Ausnahmetatbestände:*

Mit den Änderungen in Absatz 1 und 2 werden die bestehenden Regelungen präzisiert, damit sie einheitlicher angewendet werden. Der Ausnahmecharakter einer Abweichung von den verbindlichen Mindestvorgaben zur Personalausstattung soll damit gestärkt und die Qualität der Versorgung in der psychiatrischen und psychosomatischen stationären Versorgung nachhaltig gesichert werden. Ziel ist es insbesondere, die Voraussetzungen, den Umfang sowie die zeitliche Reichweite der Ausnahmetatbestände zu konkretisieren und damit etwaige Unsicherheiten bei der Normanwendung zu reduzieren.

2.6.1 Zu Absatz 1:

Zu Nummer 1

Der Ausnahmetatbestand in Absatz 1 Nummer 1 wird angepasst. Die bisherige Regelung bezog sich auf das gesamte vorzuhaltende therapeutische Personal. Da sich die Erfüllung der Mindestvorgaben jedoch daraus ergibt, ob in jeder einzelnen Berufsgruppe der geforderte Umsetzungsgrad erreicht wird, ist es sachgerecht, den Ausnahmetatbestand entsprechend anzupassen und auf die einzelnen Berufsgruppen zu beziehen. Dazu wird bei der konkreten Bezugsgröße *„mehr als 15 Prozent des vorzuhaltenden Personals“* die Ergänzung *„in einer der Berufsgruppen gemäß § 5“* eingefügt.

Mit der Anpassung greift der G-BA u. a. Hinweise aus dem ersten Evaluationsbericht[2] des IGES Instituts zur PPP-RL auf, in dem fast die Hälfte der befragten Kliniken als Umsetzungshürde für die Nutzung von Ausnahmetatbeständen angab, dass der Ausnahmetatbestand Nummer 1 für sie nicht greifen konnte, weil der durchschnittliche Schwellenwert nicht erreicht wurde, obwohl der Krankenstand in mindestens einer Berufsgruppe hoch war.

Die Neuregelung gemäß Absatz 1 Nummer 1 stellt zunächst klar, dass sich Ausnahmetatbestände auf einzelne differenzierte Einrichtungen sowie auf konkret betroffene Berufsgruppen beziehen. Damit wird sichergestellt, dass Abweichungen von den Mindestvorgaben nur insoweit zulässig sind, wie dies durch die tatsächlich vorliegenden außergewöhnlichen Umstände gerechtfertigt ist. Insbesondere wird klargestellt, dass bei krankheitsbedingten Personalausfällen eine Abweichung ausschließlich in der jeweils betroffenen Berufsgruppe erfolgen darf, während die Mindestvorgaben für die übrigen

[2] IGES Institut GmbH. (2025). *Evaluation der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: 1. Abschlussbericht*. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). https://www.g-ba.de/beschluesse/7287/

Berufsgruppen weiterhin einzuhalten sind. So sollen Abweichungen von den Personalanforderungen möglichst vermieden und damit gegebenenfalls einhergehende Risiken für die Versorgungsqualität in den betroffenen Bereichen reduziert werden.

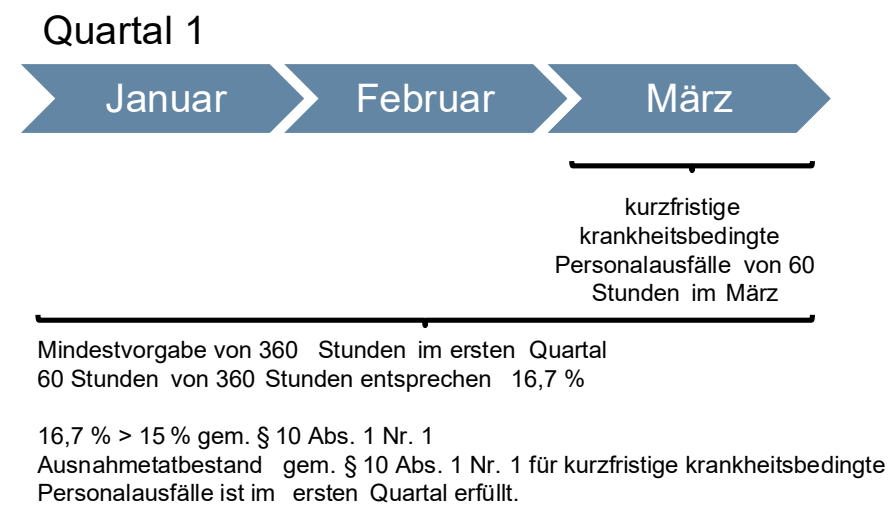
Für die Ermittlung der krankheitsbedingten Personalausfälle des Ausnahmetatbestands gemäß Absatz 1 Nummer 1 sind Anrechnungen von Fach- und Hilfskräften gemäß § 8 nicht zu berücksichtigen. So wird sichergestellt, dass der Ausnahmetatbestand ausschließlich dann greift, wenn tatsächlich ein nicht kompensierter Personalausfall in der betreffenden Berufsgruppe vorliegt. Zugleich wird verhindert, dass durch berufsgruppenübergreifende Anrechnungen personeller Ressourcen die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Ausnahmetatbestandes künstlich herbeigeführt werden. Auf diese Weise wird der Ausnahmecharakter der Regelung gewahrt und einer Umgehung der verbindlichen Mindestvorgaben entgegengewirkt.

Beispiel 1: Voraussetzung für Ausnahmetatbestand Nummer 1 erfüllt

In der Berufsgruppe f (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen) sind in der Erwachsenenpsychiatrie eines Standortes vier Mitarbeitende beschäftigt. Zwei Mitarbeitende sind im Monat März mit insgesamt 60 Stunden krankheitsbedingt abwesend. Es gilt eine Mindestvorgabe von 400 Stunden im ersten Quartal 2027. Dies entspricht bei der Einführungsstufe von 90 Prozent insgesamt 360 Stunden.

Der Umfang der kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfälle entspricht 60 Stunden / 360 Stunden = 16,7 Prozent. Die Voraussetzung für den Ausnahmetatbestand ist erfüllt, da mehr als 15 Prozent des vorzuhaltenden Personals in der Berufsgruppe f im ersten Quartal betroffen sind. Die Mindestvorgaben der anderen Berufsgruppen sind zu erfüllen.

Abbildung: Ermittlung der kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfälle zu Beispiel 1



Beispiel 2: Voraussetzung für Ausnahmetatbestand Nummer 1 <u>nicht</u> erfüllt

In der Berufsgruppe f) (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen) sind in der Erwachsenenpsychiatrie eines Standortes vier Mitarbeitende beschäftigt. Zwei Mitarbeitende sind im Monat Februar mit insgesamt 40 Stunden krankheitsbedingt

abwesend. Es gilt eine Mindestvorgabe von 400 Stunden im ersten Quartal 2027. Dies entspricht bei der Einführungsstufe von 90 Prozent insgesamt 360 Stunden.

Der Umfang der kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfälle im gesamten Quartal entspricht 40 Stunden / 360 Stunden = 11,1 Prozent. Die Voraussetzung für den Ausnahmetatbestand ist nicht erfüllt, da weniger als 15 Prozent des vorzuhaltenden Personals in der Berufsgruppe f im ersten Quartal betroffen sind.

Zu Nummer 2

Beispiel 3: Voraussetzung für Ausnahmetatbestand Nummer 2 erfüllt

Im Fachgebiet der Erwachsenenpsychiatrie eines Krankenhauses liegt die Anzahl der Behandlungstage von Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme im ersten Quartal 2027 bei 4.500. Im gesamten Vorjahr 2026 gab es in der Erwachsenenpsychiatrie 16.000 Behandlungstage von Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme. Das erste Quartal 2027 hat 90 Kalendertage und das Kalenderjahr 2026 hat 365 Kalendertage.

Durchschnittswert des Vorjahres
*= (16.000 Behandlungstage / 365 Kalendertage) * 90 Kalendertage*
= 3.945 Behandlungstage

Prozentsatz
= 4.500 Behandlungstage / 3.945 Behandlungstage
= 1,14 = 114 Prozent

Ein Abweichen von den verbindlichen Mindestpersonalvorgaben ist zulässig, da der ermittelte Wert mit 114 Prozent größer ist als 110 Prozent.

Zu Nummer 4

Die Änderung ist redaktioneller Art.

2.6.2 Zu Absatz 2:

Die Änderungen in Absatz 2 betreffen insbesondere die Konkretisierung des Umfangs und der zeitlichen Anwendung der Ausnahmetatbestände nach Absatz 1 sowie die damit verbundenen Nachweis- und Handlungspflichten der Krankenhäuser.

Ausnahmetatbestände beziehen sich grundsätzlich auf einzelne differenzierte Einrichtungen sowie auf konkret betroffene Berufsgruppen. Ein Abweichen von den verbindlichen Mindestvorgaben ist nur insoweit zulässig, wie dies durch die tatsächlich vorliegenden außergewöhnlichen Umstände gerechtfertigt ist.

Zudem werden die zeitlichen Voraussetzungen für die Anwendung von Ausnahmetatbeständen präzisiert. Ziel ist es, eindeutig festzulegen, dass Abweichungen von den verbindlichen Mindestvorgaben nur für den Zeitraum zulässig sind, in dem die Voraussetzungen des jeweiligen Ausnahmetatbestands quartalsbezogen vorliegen, und dass die Mindestvorgaben unverzüglich wieder einzuhalten sind, sobald diese Voraussetzungen entfallen. In Absatz 2 werden Satz 4 und Satz 5 gestrichen, um die Nachweisführung zu vereinfachen. Daraus ergibt sich, dass die Ausnahmetatbestände ab dem Erfassungsjahr 2027 für das ganze Quartal gelten, in dem sie geltend gemacht werden. Auf eine monats- oder anteilige Ausweisung des Vorliegens der Voraussetzungen wird verzichtet. Gemäß Absatz 2 können die Ausnahmetatbestände nur geltend gemacht werden, wenn der jeweilige Tatbestand auf das Quartal bezogen vorliegt.

2.6.3 Zu Absatz 3:

Die für die Krankenhäuser bestehenden Nachweispflichten gemäß § 11 gelten seit dem 1. Januar 2021. Entsprechend erfolgt die Streichung der Ende 2020 ausgelaufenen Ausnahmeregelung des Absatzes 3.

2.7 Zu § 11 *Nachweisverfahren*:

Die Änderungen in den Absätzen 1 bis 3, 5, 10 und 13 sind redaktioneller Art.

Zu Absatz 8 und 12:

Die Frist für die Datenübermittlung durch die Krankenhäuser wird um 14 Tage auf den 15. März des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres verlängert. Damit erhalten das IQTIG und die Kliniken mehr Zeit für den Prozess der Nachlieferung für korrigierte Daten.

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

Die Änderung der Paragrafenüberschrift sowie die analogen Änderungen in Absatz 1 bis 5 sind redaktioneller Art.

Zu Absatz 5:

Durch die Verlängerung der Einführungsstufen gemäß § 16 Absatz 1 beträgt der geforderte Umsetzungsgrad der Mindestvorgaben in den Erfassungsjahren 2027 und 2028 weiterhin 90 Prozent. Dementsprechend wird nunmehr auch bei der Berechnung des anteiligen Vergütungswegfalls für das Jahr 2027 in Satz 3 der Umsetzungsgrad von 90 statt 95 Prozent berücksichtigt.

2.9 Zu § 14 *Anpassung der Richtlinie:*

Zu Absatz 2:

Vor dem Hintergrund der Anpassung der psychosomatischen Behandlungsbereiche gemäß § 3, der Minutenwerte gemäß Anlage 1 und der Eingruppierungskriterien gemäß Anlage 2 der Richtlinie prüft der G-BA bis spätestens 30. Juni 2029 die Umsetzung und Auswirkungen der Mindestvorgaben für die Psychosomatik. Insbesondere ist dabei auch die optionale Eingruppierungsmöglichkeit gemäß § 16 Absatz 6 für Einrichtungen der Erwachsenen-psychiatrie zu untersuchen. Bei der Prüfung einer möglichen Folgeregelung bezieht der G-BA auch diese Ergebnisse ein.

2.10 Zu § 15 *Evaluation der Richtlinie*:

Zu Absatz 2:

Der G-BA hat sich verpflichtet, die Auswirkungen der PPP-RL auf die Versorgungsqualität zu evaluieren. Dazu wurde zunächst eine zweistufige Evaluation gemäß § 15 Absatz 2 beauftragt, deren zweiter Ergebnisbericht bis Ende 2027 vorzulegen ist. Mit der neuen Ausdifferenzierung der psychosomatischen Behandlungsbereiche beschließt der G-BA zum Erfassungsjahr 2027 umfassende Änderungen der Richtlinie, die nicht mehr in der vorgenannten laufenden

Evaluation berücksichtigt werden können. Zudem hat der G-BA die Konsequenzen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben mehrfach verschoben, so dass diese erstmals für das Erfassungsjahr 2026 angewendet werden. Für die erstmalige Umsetzung dieser Konsequenzen sind die Daten der Jahresmeldung relevant, die gemäß § 11 Absatz 10 im Mai 2027 zu erwarten sind und damit ebenfalls nicht im zweiten Evaluationsbericht berücksichtigt werden können. Entsprechend wird die laufende Evaluation mit einer dritten Stufe um zwei Jahre verlängert. Somit ist ein dritter Evaluationsbericht zum Jahresende 2029 vorgesehen.

2.11 Zu § 16 *Übergangsregelungen*:

2.11.1 Zu Absatz 1:

Um den Kliniken mehr Zeit zur Anpassung der Personalausstattung an die Mindestvorgaben zu geben, wird der nach Satz 2 Nummer 3 ab 1. Januar 2027 geforderte Umsetzungsgrad von 95 Prozent auf den 1. Januar 2029 verschoben. Entsprechend verschiebt sich auch die Frist zur Erfüllung der Mindestvorgaben zu 100 Prozent um zwei Jahre auf den 1. Januar 2031.

2.11.2 Zu Absatz 2 bis 4:

Die Änderungen in den Absätzen 2 bis 4 sind redaktioneller Art.

2.11.3 Zu Absatz 5:

Absatz 5 wird dahingehend geändert, dass die mittels OPS-Kodes erfassten Regelaufgaben (Anlage 3, Teil A9 der PPP-RL) wie bereits in den Jahren 2024 bis 2026 weiterhin ausschließlich an das IQTIG übersandt werden. Darüber hinaus wird geregelt, dass ein Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 über das Erfassungsjahr 2026 hinaus weiterhin nur bei nicht fristgerechter Übermittlung der erfassten Regelaufgaben erfolgt.

2.11.4 Zu Absatz 6:

Übergangsweise können Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie für drei Jahre Patientinnen und Patienten in die neu eingeführten Behandlungsbereiche P2, P3, P4, P5 und P7 der Psychosomatik eingruppieren. Dies folgt der bisherigen Logik der PPP-RL, wonach im Bereich Allgemeinpsychiatrie auch die bisherigen Behandlungsbereiche der Psychosomatik abgebildet sind: Die Behandlungsbereiche A7 „Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung“ sowie A8 „Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“ sind identisch mit den bisherigen psychosomatischen Behandlungsbereichen P2 „Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“ und P4 „Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“.

Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, die die neuen Behandlungsbereiche der Psychosomatik verwenden, müssen dies entsprechend in den Nachweisen dokumentieren (siehe auch Ausführungen zu Anlage 3 der PPP-RL „Administrative Daten“ und „Tabelle A3.3“). Macht eine Einrichtung von dieser Regelung Gebrauch, ist in der gleichen Zeit eine Eingruppierung in die Behandlungsbereiche A7 und A8 *nicht* möglich. Eine zeitgleiche Nutzung der Komplexbehandlungsbereiche A7 bzw. A8 einerseits und P2, P3, P4, P5 bzw. P7 andererseits ist somit ausgeschlossen. Die Optionsmöglichkeit gemäß Absatz 6 ist einheitlich für die voll- und teilstationäre Behandlung umzusetzen. Unbenommen davon, ob die Behandlungsbereiche A7, A8 *oder* die neuen Behandlungsbereiche P2, P3, P4, P5, P7 dokumentiert werden, gelten die Vorgaben für Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie gemäß § 11 und § 13.

Die Behandlungsbereiche P1 „Regelbehandlung“ sowie P6 „Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“ werden von der Optionsmöglichkeit ausgenommen, da die Psychiatrie bereits entsprechende Behandlungsbereiche für die Regelbehandlung (A1 vollstationär, A6 teilstationär) aufweist.

Die Grundlage der neuen Behandlungsbereiche der Psychosomatik, die Iststanderhebung (vgl. Erläuterungen zu § 3 Absatz 1), berücksichtigte u. a. eine vergleichbare Anzahl an psychosomatischen Fachkrankenhäusern (n = 17) und psychosomatischen Fachabteilungen an psychiatrischen Fachkrankenhäusern (n = 16) (siehe nachfolgende Tabelle). Deshalb soll die Nutzung der für die Psychosomatik entwickelten Behandlungsbereiche nicht nur für psychosomatische Einrichtungen, sondern auch für psychiatrische Fachabteilungen ermöglicht werden. Damit stehen auch den Erwachsenenpsychiatrien besser ausdifferenzierte psychosomatische Behandlungsbereiche als bisher zur Verfügung.

Tabelle: Verteilung der Stationen und der Patientinnen und Patienten auf psychosomatische Einrichtungstypen

	Einrichtungen (n = 73)		**Stationen (n = 112)**		**Patientinnen und Patienten (n = 6.468)**	
Krankenhaustyp	n	Prozent	n	Prozent	n	Prozent
Universitätskliniken	20	27,4	31	27,7	1.571	24,3
Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern	20	27,4	27	24,1	1.566	24,2
Fachabteilungen an psychiatrischen Fachkrankenhäusern	16	21,9	25	22,3	1.334	20,6
Psychosomatische Fachkrankenhäuser	17	23,3	29	25,9	1.997	30,9

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des EPPIK Ergebnisberichts (Beschlussdatum: 20.06.2025), Abb. A4: Übersicht über die erhobenen psychosomatischen Einrichtungen sowie die Anzahl der Behandlungsplätze, Anlage 1: S. 11. [Zugriff: 12.05.2026]. URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/eppik.410#ergebnisse-und-beschluss

Zeitlich befristete und mittlerweile ausgelaufene Übergangsregelungen in den bisherigen Absätzen 6, 7 und 8 werden gestrichen.

2.12 Zur Anlage 1 *Minutenwertetabellen:*

Zu Nummer 1:

Zu den Minutenwerten für die Psychosomatik

Ausgangslage: Nutzung der bisherigen Behandlungsbereiche

Die Auswertung der Behandlungstage je Behandlungsbereich durch das IQTIG zeigt, dass zwar alle bisherigen psychosomatischen Behandlungsbereiche von den Einrichtungen genutzt wurden. Allerdings entfielen über 80 Prozent der Behandlungstage auf nur zwei Behandlungsbereiche, wobei die Hälfte aller psychosomatischen Behandlungstage auf den bisherigen Behandlungsbereich P2 entfiel:

Tabelle: Verteilung der Behandlungstage auf die bisherigen psychosomatischen Behandlungsbereiche (Berichtsquartal 2025-3)

Behandlungsbereich alt	Anteil der Behandlungstage	Anzahl der Einrichtungen
P1 Psychotherapie	31,5 %	197
P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	51,0 %	206
P3 Psychotherapie, teilstationär	6,0 %	140
P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär	11,4 %	154

Quelle: IQTIG-Quartalsbericht (Berichtsquartal 2025-3), Tab. 8 (31), S. 192.

Die bisherigen Behandlungsbereiche differenzierten damit nicht ausreichend. Entsprechend zeigen sich in den Auswertungen des IQTIG sowohl Über- als auch Unterschreitungen der Minutenvorgaben für die bisherigen Behandlungsbereiche. Eine stärkere Ausdifferenzierung ist erforderlich, um das Spektrum und die Spezialisierung der verschiedenen Settings einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung angemessen abzubilden. Im Fokus steht die an den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen komplex psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten orientierte Krankenhausbehandlung.

Systematik der neuen Behandlungsbereiche

Die sieben neuen Behandlungsbereiche folgen einer zweidimensionalen Systematik. Die erste Dimension ist die Intensität der therapeutischen Leistung: Abgegrenzt werden die Regelbehandlung (weniger als drei ärztliche und/oder psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche), die Komplexbehandlung (mindestens drei ärztliche und/oder psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche gemäß OPS-Kode 9-62 oder 9-63) und die intensivierte Komplexbehandlung mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch die Berufsgruppen gemäß § 5 insgesamt). Die zweite Dimension ist der somatische Behandlungsaufwand, der durch die Voraussetzungen des OPS-Zusatzkodes 9-642 (Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung) abgebildet wird. Im teilstationären Bereich wird lediglich nach der therapeutischen Intensität differenziert.

Die Wahl der Therapieeinheiten als zentrales Differenzierungskriterium folgt dem wesentlichen Inhalt der psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung, der Psychotherapie. Eine Therapiedichte von mindestens drei ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Therapieeinheiten pro Woche ist bereits Mindestmerkmal des OPS-Kodes 9-634. Die Iststanderhebung[3] zeigte zudem, dass sich die therapeutische Leistung über alle Berufsgruppen hinweg deutlich zwischen den Einrichtungen unterscheidet und ein geeignetes Kriterium zur Abgrenzung der intensivierten Komplexbehandlung darstellt. Die Zahl der Therapieeinheiten ist in den Krankenhäusern dokumentiert und lässt sich – anders als beispielsweise die Schwere der psychischen Erkrankung – aufwandsarm erfassen.

Für weitere Erläuterungen zur Differenzierung der Behandlungsbereiche wird auf die Erläuterungen zu § 3 Absatz 1 in Abschnitt 2.2. verwiesen.

[3] EPPIK Ergebnisbericht: Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken; *URL: https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/eppik.410#ergebnisse-und-beschluss*

Änderungen der Minutenwerte

Infolge der Ausdifferenzierung der psychosomatischen Behandlungsbereiche in § 3 werden die Minutenwerte der bisher zwei vollstationären und zwei teilstationären Behandlungsbereiche in Anlage 1 Nummer 1 durch Minutenwerte für fünf vollstationäre und zwei teilstationäre Behandlungsbereiche ersetzt. Die Anpassung trägt der inzwischen deutlich differenzierteren Versorgungsstruktur der Psychosomatik Rechnung und ermöglicht eine bedarfsgerechtere Abbildung unterschiedlicher Behandlungsstrukturen und Behandlungsintensitäten. Die bisherigen Minutenwerte werden dabei nicht fortgeschrieben, sondern über die Behandlungsbereiche und Berufsgruppen hinweg neu verteilt.

Herleitung der neuen Minutenwerte

Die neuen Minutenwerte orientieren sich dem Grunde nach an dem Vorschlag der Fachgesellschaften (Anhang der **Anlage 2** der Tragenden Gründe). Sie wurden von der Fachgesellschaft in den folgenden Schritten aus den Ergebnissen der Iststanderhebung abgeleitet:

1) **Zuordnung der Behandlungscluster:** Die in der Iststanderhebung gebildeten Behandlungscluster wurden den neuen Behandlungsbereichen zugeordnet. Der vollstationäre Behandlungsbereich P2 basiert auf dem Cluster 1 (Komplexbehandlung), P3 auf dem Cluster 2 (intensivierte Komplexbehandlung), P4 auf dem Cluster 3 (integrierte Komplexbehandlung) und P5 auf dem Cluster 4 (intensivierte integrierte Komplexbehandlung). Der teilstationäre Behandlungsbereich P7 basiert auf dem Cluster 6 (teilstationäre Komplexbehandlung). Die Cluster 0 (vollstationäre Regelbehandlung) und 5 (teilstationäre Regelbehandlung) wurden aufgrund der geringen Fallzahl und der hohen Varianz der Befunde von den Fachgesellschaften nicht als Datengrundlage herangezogen; zudem blieb unklar, ob die Einstufung in diese Cluster auf Dokumentationsproblemen oder einem verminderten qualifizierten therapeutischen Angebot beruhte.

2) **Bereinigung der Datengrundlage für P2 und P3:** Mehrere Einrichtungen der Cluster 1 und 2 wiesen erhebliche Diskrepanzen zwischen der dokumentierten therapeutischen Leistung und der vorhandenen Personalausstattung auf – überwiegend Einrichtungen mit vergleichsweise hoher Personalausstattung und geringer Zahl dokumentierter Therapieeinheiten, während die umgekehrte Konstellation nur vereinzelt auftrat. Dies zeigt sich auch in dem sehr großen Interquartilsbereich der Nettominutenwerte im Cluster 1, insbesondere für die Pflege. Diese Auffälligkeiten können verschiedene dokumentations- und organisationsbedingte Ursachen haben und eignen sich somit nicht als Grundlage für die Ableitung repräsentativer Mindestvorgaben. Die betroffenen Einrichtungen wurden von der Fachgesellschaft deshalb bei der Ableitung der Mindestvorgaben für P2 und P3 nicht berücksichtigt. Hierdurch wird eine sachgerechtere Abbildung des Personalbedarfs zur Erbringung von drei bzw. sechs Therapieeinheiten erreicht.

3) **Ermittlung der Basiswerte je Berufsgruppe:** Für die Komplexbehandlungen P2 bis P5 und P7 wurden jeweils die Medianwerte der Nettominutenwerte (erfasste Minutenwerte abzüglich der Minutenwerte für Abwesenheitszeiten und Leitungsaufgaben des behandelnden Personals) der einzelnen Berufsgruppen des zugeordneten Clusters von der Fachgesellschaft herangezogen. Der Median sichert das Niveau der spezialisierten Behandlungsangebote, das viele Einrichtungen bereits vorhalten, und ist gegenüber Ausreißern robust. Für die Regelbehandlungen P1 und P6 wurde das untere Quartil der Personalausstattung der Cluster 1 bzw. 6 als Untergrenze für eine qualitätsgesicherte Versorgung zugrunde gelegt. Die Regelbehandlung gilt somit als qualitative Untergrenze für Fälle, bei denen keine Komplexbehandlung erforderlich ist. Ein Viertel der

Einrichtungen erfüllt diesen Standard bislang nicht und müsste folglich seine Personalausstattung mindestens auf dieses Niveau anheben.

4) **Moderate Anhebung für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Komplexbehandlungen:** Die Iststanderhebung zeigt, dass die in den Komplexbehandlungen vorgesehene Therapiedichte von mindestens drei ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Therapieeinheiten pro Woche in einem relevanten Anteil der Einrichtungen – im Durchschnitt über den achtwöchigen Erhebungszeitraum – nur knapp unterschritten wurde (2,5 bis 3 Therapieeinheiten). Hinzu kommt, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung ohne Anstellung in der PPP-RL nicht abgebildet sind und mit der Umstellung auf die Weiterbildung im Anstellungsverhältnis künftig als Unterstützung entfallen. Für die Behandlungsbereiche P2 bis P5 und P7 wurden die Basiswerte der Berufsgruppen a und c deshalb moderat um etwa 20 bis 30 Minuten je Woche angehoben (bei der Berufsgruppe c entspricht dies rund 30 Prozent), damit die Mehrzahl der Einrichtungen das Qualitätsmerkmal von drei Therapieeinheiten durchgängig erreichen kann.

5) **Sonderregelung für die Bewegungstherapie im teilstationären Bereich:** Das untere Quartil des teilstationären Clusters lag für die Berufsgruppe der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten bei 0 Minuten. Für den Behandlungsbereich P6 wurde deshalb auf die ursprüngliche Mindestvorgabe des bisherigen Behandlungsbereichs P3 „Psychotherapie, teilstationär“ von 17 Minuten für diese Berufsgruppe zurückgegriffen.

6) **Zuschlag für die Versorgungsverpflichtung:** In der Iststanderhebung wurde nicht erfasst, ob eine regionale Versorgungsverpflichtung vorlag. Nach der IQTIG-Strukturabfrage aus dem Jahr 2024 haben etwa zwei Drittel der psychosomatischen Einrichtungen keine regionale Versorgungsverpflichtung. Die aus der Iststanderhebung abgeleiteten Basiswerte bilden daher im Wesentlichen Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung ab. Für die Festlegung der Minutenwerte in Anlage 1, die gemäß § 6 Absatz 6 für Einrichtungen mit Versorgungsverpflichtung gelten, wurden von der Fachgesellschaft die Basiswerte aller Berufsgruppen deshalb um 10 Prozent erhöht. Auch in der Psychosomatik bestehen Einrichtungen mit Versorgungsverpflichtung – insbesondere Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken, die Patientinnen und Patienten kurzfristig und außerhalb regulärer Dienstzeiten aus Notaufnahmen oder anderen Fachabteilungen übernehmen – mit einem entsprechend höheren Personalbedarf insbesondere bei den ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppen.

7) **Zusammenführung der Berufsgruppen d und e:** Mit dem Beschluss zur Änderung der PPP-RL vom 18. Juni 2025 wurden die bisher getrennten Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 Buchstabe d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten) und Buchstabe e (Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) zu einer gemeinsamen Berufsgruppe Buchstabe d zusammengeführt. Die im Vorschlag der Fachgesellschaften noch getrennt ausgewiesenen Minutenwerte dieser beiden Berufsgruppen werden deshalb vom G-BA über alle P-Behandlungsbereiche hinweg addiert.

Die folgende Tabelle stellt für jede Berufsgruppe den Basiswert aus dem Vorschlag der Fachgesellschaften (nach den Schritten 1 bis 5, ohne Zuschlag für die Versorgungsverpflichtung) und den daraus resultierenden Minutenwert der Anlage 1 (nach Schritt 6 und 7) gegenüber:

Tabelle: Rechnerische Herleitung der Minutenwerte in Anlage 1 (Basiswert ohne Versorgungsverpflichtung → Minutenwert Anlage 1 mit Zuschlag von 10 Prozent)

Behandlungs-bereich neu	a) Ärztinnen und Ärzte	b) Pflegefach-personen	c) Psychothera-peutinnen/ Psycho-therapeuten, Psycho-loginnen/ Psychologen	d) Spezial-therapie, Bewegungs-/ Physio-therapie	f) Sozialarbeit
P1	162 → 180	198 → 220	90 → 100	91 → 102	31 → 34
P2	207 → 230	225 → 250	150 → 167	129 → 144	32 → 35
P3	248 → 275	553 → 614	131 → 145	142 → 157	41 → 45
P4	297 → 330	525 → 583	135 → 150	136 → 151	36 → 40
P5	342 → 380	609 → 677	117 → 130	143 → 159	23 → 25
P6	180 → 200	180 → 200	72 → 80	72 → 80	10 → 11
P7	252 → 280	225 → 250	105 → 117	130 → 144	40 → 44

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Minutenwertetabelle des Vorschlags der Fachgesellschaften (Anhang der Anlage 2 der Tragenden Gründe, S. 6) und Anlage 1 Nummer 1 der PPP-RL für das Erfassungsjahr 2027.

Die Werte der Berufsgruppe d) ergeben sich aus der Addition der im Vorschlag getrennt ausgewiesenen Werte für Spezialtherapie und Bewegungs-/Physiotherapie; geringfügige Abweichungen vom rechnerischen Zuschlag von 10 Prozent beruhen auf der getrennten kaufmännischen Rundung der Einzelwerte vor der Addition.

Gesamtübersicht der Minutenwerte über alle Berufsgruppen

Die Änderungen der Minutenwerte über alle Berufsgruppen hinweg stellen sich im Vergleich der alten und neuen Behandlungsbereiche wie folgt dar: Für die aus dem bisherigen Behandlungsbereich P2 hervorgegangenen Behandlungsbereiche P2 bis P5 wird die Veränderung jeweils gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P2 ausgewiesen.

Tabelle: Vergleich der alten vollstationären Minutenwerte mit den neuen vollstationären Minutenwerten über alle Berufsgruppen

Behandlungsbereich alt, vollstationär	Minutenwerte alt	Behandlungsbereich neu, vollstationär	Veränderung	Minutenwerte neu
P1 Psychotherapie	885	P1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung	-249	636
P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	1.107	P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	-281	826
		P3 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+129	1.236
		P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+147	1.254

	P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+264	1.371

Quelle: Anlage 1 der PPP-RL für das Erfassungsjahr 2026 und für das Erfassungsjahr 2027.

Tabelle: Vergleich der alten teilstationären Minutenwerte mit den neuen teilstationären Minutenwerten über alle Berufsgruppen

Behandlungsbereich alt, teilstationär	Minutenwerte alt	Behandlungsbereich neu, teilstationär	Veränderung	Minutenwerte neu
P3 Psychotherapie, teilstationär	810	P6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung, teilstationär	-239	571
P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär	799	P7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+36	835

Quelle: Anlage 1 der PPP-RL für das Erfassungsjahr 2026 und für das Erfassungsjahr 2027.

Die Gesamtminutenwerte der Regelbehandlungen P1 und P6 liegen deutlich unter den bisherigen, aus der Psych-PV übernommenen Werten der Behandlungsbereiche P1 und P3 (alt), bilden mit dem unteren Quartil der Iststanderhebung aber ein Niveau ab, das ein Viertel der Einrichtungen bislang nicht erreicht. Die Gesamtminutenwerte der Komplexbehandlungen steigen mit der therapeutischen Intensität und dem somatischen Aufwand von P2 (826 Minuten) über P3 und P4 bis P5 (1.371 Minuten) an; gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P2 (1.107 Minuten) liegen sie für P2 (neu) um 25 Prozent niedriger und für P3 bis P5 um 12 bis 24 Prozent höher. Damit wird das Anforderungsniveau für die spezialisierten Behandlungsangebote angehoben, während die Komplexbehandlung ohne besonderen somatischen Aufwand realitätsnäher abgebildet wird. Im teilstationären Bereich bleibt das Gesamtniveau der Komplexbehandlung (P7) gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P4 (alt) nahezu unverändert.

Vorbemerkung zu den berufsgruppenspezifischen Erläuterungen

Die Erläuterungen zu den einzelnen Berufsgruppen in den folgenden Abschnitten sind einheitlich gegliedert: Auf die tabellarische Gegenüberstellung der alten und neuen Minutenwerte folgen (1) die Darstellung der Änderungen, (2) die Herleitung der Werte, (3) die fachliche Begründung für den vollstationären und den teilstationären Bereich sowie (4) die Bewertung im Fachgespräch vom 9. Dezember 2025 (**Anlage 2** der Tragenden Gründe). Die Herleitung folgt jeweils den oben beschriebenen Schritten; die dort genannten Basiswerte sind in der Tabelle zur rechnerischen Herleitung der Minutenwerte ausgewiesen.

Berufsgruppe a) Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Tabelle: Vergleich der alten und neuen vollstationären Minutenwerte für die Berufsgruppe a) Ärztinnen und Ärzte

Behandlungsbereich alt, vollstationär	Minutenwerte alt	Behandlungsbereich neu, vollstationär	Veränderung	Minutenwerte neu
P1 Psychotherapie	154	P1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung	+26	180

P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	265	P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	-35	230
		P3 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+10	275
		P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+65	330
		P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+115	380

Tabelle: Vergleich der alten und neuen teilstationären Minutenwerte für die Berufsgruppe a) Ärztinnen und Ärzte

Behandlungsbereich alt, teilstationär	Minutenwerte alt	Behandlungsbereich neu, teilstationär	Veränderung	Minutenwerte neu
P3 Psychotherapie, teilstationär	114	P6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung, teilstationär	+86	200
P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär	265	P7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+15	280

(1) Änderungen: Im vollstationären Bereich wird der ärztliche Minutenwert der Regelbehandlung P1 gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P1 um 26 Minuten auf 180 Minuten angehoben. Gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P2 (265 Minuten) wird der Wert der Komplexbehandlung P2 um 35 Minuten auf 230 Minuten abgesenkt; die Werte der Behandlungsbereiche P3, P4 und P5 werden um 10, 65 bzw. 115 Minuten auf 275, 330 bzw. 380 Minuten angehoben. Im teilstationären Bereich wird der Wert der Regelbehandlung P6 gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P3 um 86 Minuten auf 200 Minuten und der Wert der Komplexbehandlung P7 gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P4 um 15 Minuten auf 280 Minuten angehoben.

(2) Herleitung: Die bisherigen Werte der Behandlungsbereiche P1 und P3 (154 bzw. 114 Minuten) entsprachen den aus der Psych-PV abgeleiteten psychiatrischen Behandlungsbereichen A5 bzw. A6; die Werte der Behandlungsbereiche P2 und P4 (jeweils 265 Minuten) beruhten auf den 1993 hergeleiteten Anhaltszahlen von Heuft et al., die in der Versorgungspraxis nicht überprüft worden waren. Die neuen Werte wurden nach Abschnitt 3.1 aus der Iststanderhebung abgeleitet: Für P1 und P6 aus dem unteren Quartil der Cluster der Komplexbehandlung (Basiswerte 162 bzw. 180 Minuten), für P2 bis P5 und P7 aus dem bereinigten Median der zugeordneten Cluster zuzüglich einer moderaten Anhebung um etwa 20 bis 30 Minuten je Woche (Basiswerte 207, 248, 297, 342 bzw. 252 Minuten), jeweils zuzüglich des Zuschlags von 10 Prozent für die Versorgungsverpflichtung.

(3) Fachliche Begründung: Die Anhebung in der Regelbehandlung P1 beruht darauf, dass der bisherige, aus der Psychiatrie übernommene Wert nach den Ergebnissen der Iststanderhebung sowohl hinsichtlich der Personalausstattung insgesamt als auch des Personalmixes erheblich von der psychosomatischen Versorgungspraxis abweicht. Die Absenkung in der Komplexbehandlung P2 bildet den bereinigten Median der Versorgungspraxis ab. Sie ist im Zusammenhang mit der gleichzeitigen Anhebung des Minutenwerts der Berufsgruppe c zu sehen: Die Summe der Minutenwerte der nach § 8

Absatz 3 gegenseitig anrechenbaren Berufsgruppen a und c bleibt in P2 mit 397 Minuten gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P2 unverändert; die Änderung stellt eine Umverteilung innerhalb der ärztlich-psychotherapeutischen Leistung dar, die dem in der Versorgungspraxis bestehenden Überlappungsbereich beider Berufsgruppen entspricht. Die Anhebung in P3 folgt der zusätzlichen Anforderung von mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche und der Anhebung zur Sicherstellung von drei ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Therapieeinheiten. Die deutlichen Anhebungen in P4 und P5 beruhen auf dem zusätzlichen ärztlichen Aufwand für die gleichzeitige intensive somatische Diagnostik und Therapie, die nach den Mindestmerkmalen des OPS-Zusatzkodes 9-642 Veränderungen des initialen medizinischen Behandlungsregimes im Behandlungsverlauf umfasst. Die ärztlichen Sachverständigen haben hierzu ausgeführt, dass die integrierte Versorgung somatisch und psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten (z. B. bei dekompensierter Herzinsuffizienz, Dialysepflicht oder Krebserkrankung mit psychischer Komorbidität) eine ärztliche Behandlung beider Erkrankungen im selben Setting erfordert. Der um 50 Minuten höhere Wert in P5 gegenüber P4 entspricht nach den Daten der Iststanderhebung dem Personalmix bei schwerst somatisch und psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten, etwa mit schwerstem Untergewicht bei Anorexia nervosa. Im teilstationären Bereich entsprach der bisherige Wert der Regelbehandlung P3 (alt) dem psychiatrischen Behandlungsbereich A6 und war nicht aus psychosomatischen Daten abgeleitet; der neue Wert der Regelbehandlung P6 beruht auf dem unteren Quartil des teilstationären Clusters der Komplexbehandlung. Nach den Ausführungen der Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppen gemäß § 5 im Fachgespräch vom 9. Dezember 2025 orientieren sich die Minutenwerte am Behandlungsprogramm und den erbrachten Therapieeinheiten und nicht am voll- oder teilstationären Status, sodass sich die ärztliche Leistung im Tagdienst von der vollstationären Behandlung nur geringfügig unterscheidet. In der teilstationären Komplexbehandlung P7 folgt die Anhebung um 15 Minuten der moderaten Anhebung zur Sicherstellung von drei Therapieeinheiten; die Summe der Minutenwerte der Berufsgruppen a und c bleibt mit 397 Minuten gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P4 unverändert.

(4) Bewertung im Fachgespräch: Die ärztlichen Vertreter im Fachgespräch am 9. Dezember 2025 einschließlich des Vertreters des Medizinischen Dienstes haben die Therapiedichte von mindestens drei ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Therapieeinheiten als wesentliches Qualitätsmerkmal der psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung bestätigt und die Anhebung der ärztlichen und psychotherapeutischen Minutenwerte in den Komplexbehandlungen mit der Einschätzung begründet, dass die Mehrzahl der Einrichtungen dieses Merkmal durchgängig erreichen kann. Auf die Frage nach dem Binnenverhältnis der ärztlichen und psychotherapeutischen Minutenwerte haben die entsprechenden Vertreterinnen und Vertretern aus den Berufsgruppen im Fachgespräch am 9. Dezember 2025 auf die fachliche Austauschbarkeit beider Berufsgruppen in weiten Bereichen und auf die bestehende Anrechnungsmöglichkeit nach § 8 Absatz 3 verwiesen.

Berufsgruppe b) Pflegefachpersonen

Tabelle: Vergleich der alten und neuen vollstationären Minutenwerte für die Berufsgruppe b) Pflegefachpersonen

Behandlungsbereich alt, vollstationär	Minutenwerte alt	Behandlungsbereich neu, vollstationär	Veränderung	Minutenwerte neu
P1 Psychotherapie	476	P1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung	-256	220

P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	509	P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	-259	250
		P3 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+105	614
		P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+74	583
		P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+168	677

Tabelle: Vergleich der alten und neuen teilstationären Minutenwerte für die Berufsgruppe b) Pflegefachpersonen

Behandlungsbereich alt, teilstationär	Minutenwerte alt	Behandlungsbereich neu, teilstationär	Veränderung	Minutenwerte neu
P3 Psychotherapie, teilstationär	329	P6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung, teilstationär	−129	200
P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär	201	P7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+49	250

(1) Änderungen: Im vollstationären Bereich wird der pflegerische Minutenwert der Regelbehandlung P1 gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P1 um 256 Minuten auf 220 Minuten und der Wert der Komplexbehandlung P2 gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P2 um 259 Minuten auf 250 Minuten abgesenkt. Die Werte der Behandlungsbereiche P3, P4 und P5 werden gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P2 um 105, 74 bzw. 168 Minuten auf 614, 583 bzw. 677 Minuten angehoben. Im teilstationären Bereich wird der Wert der Regelbehandlung P6 gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P3 um 129 Minuten auf 200 Minuten abgesenkt und der Wert der Komplexbehandlung P7 gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P4 um 49 Minuten auf 250 Minuten angehoben.

(2) Herleitung: Die bisherigen Werte der Behandlungsbereiche P1 und P3 (476 bzw. 329 Minuten) entsprachen den psychiatrischen Behandlungsbereichen A5 bzw. A6; die Werte der Behandlungsbereiche P2 und P4 (509 bzw. 201 Minuten) beruhten auf den Anhaltszahlen von 1993 (siehe Vorschlag der Fachgesellschaften im Anhang der **Anlage 2** der Tragenden Gründe). Die neuen Werte wurden nach der oben dargestellten Vorgehensweise aus der Iststanderhebung von der Fachgesellschaft abgeleitet: Für P1 und P6 aus dem unteren Quartil der Cluster der Komplexbehandlung (Basiswerte 198 bzw. 180 Minuten), für P2 bis P5 und P7 aus dem bereinigten Median der zugeordneten Cluster (Basiswerte 225, 553, 525, 609 bzw. 225 Minuten), jeweils zuzüglich des Zuschlags von 10 Prozent. Eine moderate Anhebung wie bei den Berufsgruppen a und c erfolgte nicht.

(3) Fachliche Begründung: Die Absenkung in den Behandlungsbereichen P1 und P2 beruht darauf, dass die bisherigen, nicht aus psychosomatischen Daten abgeleiteten Werte die pflegerische Personalausstattung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Regel- und Komplexbehandlung nach den Ergebnissen der Iststanderhebung nicht abbildeten. Das der Ableitung zugrunde liegende Cluster der Komplexbehandlung umfasste ca. 40 Prozent der teilnehmenden Einrichtungen und bildet überwiegend psychosomatische Fachkliniken ab, auf

die rund die Hälfte der psychosomatischen Betten entfällt. Die Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppen gemäß § 5 haben im Fachgespräch am 9. Dezember 2025 die vergleichsweise niedrigen pflegerischen Werte dieser Einrichtungen mit Unterschieden in der Patientenklientel und in der Organisation erklärt: In Einrichtungen mit psychotherapeutischem Schwerpunkt ohne somatisch intensiv zu betreuende Patientinnen und Patienten werden co-therapeutische Aufgaben wie die Essbegleitung oder das soziale Kompetenztraining teilweise durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wahrgenommen; große Fachkliniken erzielen bei Überwachung und Krisenintervention Skaleneffekte und delegieren medizinisch-pflegerische Tätigkeiten (Medikamentenstellung, Blutdruck- und Gewichtskontrollen, Blutentnahmen) an Medizinische Fachangestellte, die nicht zu den Berufsgruppen nach § 5 gehören. Die Anhebung in den Behandlungsbereichen P3 bis P5 folgt den über die Behandlungsbereiche hinweg unterschiedlichen Patientengruppen und dem damit verbundenen pflegerischen und somatisch-medizinischen Aufwand: In der intensivierten Komplexbehandlung P3 sind die Pflegefachpersonen mit ihren co-therapeutischen Leistungen (z. B. Bezugspflegekontakte, Skilltraining, Psychoedukation, Symptombegleitung, Einbezug von An- und Zugehörigen) an der Erbringung der mindestens sechs Therapieeinheiten über alle Berufsgruppen hinweg beteiligt. In den integrierten klinisch-psychosomatischen Behandlungsbereichen P4 und P5 kommen die Überwachung der Vitalparameter, die Verabreichung von Sondenkost, die Essbegleitung und die Versorgung somatisch schwer erkrankter Patientinnen und Patienten hinzu. Patientinnen und Patienten mit schwerer Essstörung und entsprechend hohem pflegerischem und somatisch-medizinischem Aufwand werden nach den Ausführungen der Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppen gemäß § 5 im Fachgespräch am 9. Dezember 2025 typischerweise dem Behandlungsbereich P5 zugeordnet, der mit 677 Minuten den höchsten pflegerischen Wert aufweist; der Wert liegt um 94 Minuten über dem Wert in P4. Im teilstationären Bereich liegen die pflegerischen Werte der Behandlungsbereiche P6 und P7 (200 bzw. 250 Minuten) nahe bei den Werten der vollstationären Regel- und Komplexbehandlung P1 und P2 (220 bzw. 250 Minuten). Dies beruht zum einen darauf, dass die Minutenwerte der Anlage 1 nach § 4 Absatz 2 nur für den Tagdienst gelten, in dem sich der pflegerische Aufwand von Station und Tagesklinik nach Angaben der Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppen gemäß § 5 im Fachgespräch am 9. Dezember 2025 nicht grundlegend unterscheidet, und zum anderen auf dem Step-down-Konzept der psychosomatischen Tageskliniken mit gleichbleibendem Behandlungsumfang. Die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Tagesklinik (Tagdienst von acht Stunden an fünf Wochentagen) werden nach § 4 Absatz 3 und § 6 Absatz 2 bei der Ermittlung der Mindestvorgaben berücksichtigt.

(4) Bewertung im Fachgespräch: Die Vertreterinnen und Vertreter der Pflege haben im Fachgespräch am 9. Dezember 2025 die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und die Anhebung der pflegerischen Werte in P3 bis P5 als sachgerecht bewertet und darauf hingewiesen, dass somatisch schwerer erkrankte Patientinnen und Patienten einen höheren pflegerischen Aufwand verursachen. Sie haben zugleich ausgeführt, dass die vorgeschlagenen Werte für Universitätskliniken und Einrichtungen der Maximalversorgung mit hohem somatischem und psychischem Schweregrad aus ihrer Sicht nicht ausreichen, gegenüber den bisherigen Vorgaben aber eine Verbesserung darstellen, und dass Pflegefachpersonen außerhalb der Therapiezeiten therapieinduzierte Krisen auffangen. Die ärztlichen Vertreter haben im Fachgespräch am 9. Dezember 2025 die zentrale Rolle der Pflege im Gesamtkonzept psychosomatischer Abteilungen bestätigt und die Aufwertung der pflegerischen Werte in P3 bis P5 als Ausdruck dieser Rolle bezeichnet.

Berufsgruppe c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen

Tabelle: Vergleich der alten und neuen vollstationären Minutenwerte für die Berufsgruppe c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen

Behandlungsbereich alt, vollstationär	Minutenwerte alt	Behandlungsbereich neu, vollstationär	Veränderung	Minutenwerte neu
P1 Psychotherapie	107	P1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung	-7	100
P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	132	P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+35	167
		P3 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+13	145
		P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+18	150
		P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	-2	130

Tabelle: Vergleich der alten und neuen teilstationären Minutenwerte für die Berufsgruppe c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen

Behandlungsbereich alt, teilstationär	Minutenwerte alt	Behandlungsbereich neu, teilstationär	Veränderung	Minutenwerte neu
P3 Psychotherapie, teilstationär	107	P6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung, teilstationär	-27	80
P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär	132	P7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	-15	117

(1) Änderungen: Im vollstationären Bereich wird der Minutenwert der Regelbehandlung P1 gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P1 um 7 Minuten auf 100 Minuten abgesenkt. Gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P2 (132 Minuten) werden die Werte der Behandlungsbereiche P2, P3 und P4 um 35, 13 bzw. 18 Minuten auf 167, 145 bzw. 150 Minuten angehoben; der Wert in P5 liegt mit 130 Minuten um 2 Minuten unter dem bisherigen Wert. Im teilstationären Bereich wird der Wert der Regelbehandlung P6 gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P3 um 27 Minuten auf 80 Minuten und der Wert der Komplexbehandlung P7 gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P4 um 15 Minuten auf 117 Minuten abgesenkt.

(2) Herleitung: Die bisherigen Werte (107 Minuten in P1 und P3, 132 Minuten in P2 und P4) entsprachen den psychiatrischen Behandlungsbereichen A5 und A6 bzw. den Anhaltszahlen von 1993. Die neuen Werte wurden nach der oben dargestellten Vorgehensweise abgeleitet: Für P1 und P6 aus dem unteren Quartil der Cluster der Komplexbehandlung (Basiswerte 90 bzw. 72 Minuten), für P2 bis P5 und P7 aus dem bereinigten Median der zugeordneten Cluster zuzüglich einer moderaten Anhebung um etwa 20 bis 30 Minuten je Woche, die für diese Berufsgruppe einer Anhebung um rund 30 Prozent gegenüber den erhobenen Werten

entspricht (Basiswerte 150, 131, 135, 117 bzw. 105 Minuten), jeweils zuzüglich des Zuschlags von 10 Prozent.

(3) Fachliche Begründung: Die psychotherapeutische Leistung ist das Kernelement der psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung. Die Anhebung in den Komplexbehandlungen P2 bis P4 verfolgt zwei Ziele: Zum einen hat die Iststanderhebung gezeigt, dass ein relevanter Anteil der Einrichtungen die Therapiedichte von drei ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Therapieeinheiten pro Woche im Durchschnitt des achtwöchigen Erhebungszeitraums knapp verfehlte (2,5 bis 3 Therapieeinheiten); die Anhebung soll sicherstellen, dass dieses Qualitätsmerkmal in der Routineversorgung durchgängig erreicht werden kann. Zum anderen wird berücksichtigt, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung ohne Anstellung bislang zur psychotherapeutischen Versorgung beitrugen, ohne in der PPP-RL abgebildet zu sein, und dass diese Unterstützung mit der Reform der Psychotherapeutenausbildung (Weiterbildung im Anstellungsverhältnis) entfällt. Die Wirksamkeit der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung mit mindestens drei Therapieeinheiten in der Routineversorgung ist wissenschaftlich belegt.[4] In der Komplexbehandlung P2 verschiebt sich der Personalmix bei unveränderter Summe der Minutenwerte der Berufsgruppen a und c (397 Minuten) zugunsten der Berufsgruppe c, deren Anteil von 33 auf 42 Prozent steigt. Mit steigendem somatischem Aufwand verschiebt sich der Personalmix zugunsten der Berufsgruppen a und b; der Wert in P5 liegt nach den Ergebnissen der Iststanderhebung um 20 Minuten unter dem Wert in P4, da bei schwerst somatisch erkrankten Patientinnen und Patienten die somatomedizinische Versorgung und die pflegerische Begleitung einen größeren Anteil des Behandlungsprogramms ausmachen. Die Absenkung in der Regelbehandlung P1 um 7 Minuten ergibt sich aus dem unteren Quartil der Iststanderhebung. Im teilstationären Bereich beruhen die neuen Werte der Behandlungsbereiche P6 und P7 auf dem unteren Quartil bzw. dem Median des teilstationären Clusters der Komplexbehandlung einschließlich der moderaten Anhebung in P7. Die Absenkung in P7 um 15 Minuten wird in der Summe der nach § 8 Absatz 3 gegenseitig anrechenbaren Berufsgruppen a und c durch die gleichzeitige Anhebung des ärztlichen Werts um 15 Minuten ausgeglichen, sodass die ärztlich-psychotherapeutische Gesamtleistung der teilstationären Komplexbehandlung mit 397 Minuten dem bisherigen Behandlungsbereich P4 entspricht. Die Absenkung in der Regelbehandlung P6 entfällt auf den aus dem psychiatrischen Behandlungsbereich A6 übernommenen Wert.

(4) Bewertung im Fachgespräch: Der Vertreter der Psychologie/Psychotherapie hat die Verschiebung der Minutenwerte zugunsten der Berufsgruppe c als sinnvoll bewertet und auf die regional unterschiedliche Verfügbarkeit ärztlichen und psychotherapeutischen Personals sowie auf den künftigen Bedarf an Weiterbildungsstellen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung hingewiesen. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat im Fachgespräch auf den großen Überlappungsbereich ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeiten und die bestehende Anrechnungsmöglichkeit zwischen den Berufsgruppen a und c hingewiesen.

[4] *MEPP-Studie:* Doering, S. et al. (2023). *The multicenter effectiveness study of inpatient and day hospital treatment in departments of psychosomatic medicine and psychotherapy in Germany*. Frontiers in Psychiatry, 14, 1155582.

Berufsgruppe d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Tabelle: Vergleich der alten und neuen vollstationären Minutenwerte für die Berufsgruppe d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Behandlungsbereich alt, vollstationär	Minutenwerte alt	Behandlungsbereich neu, vollstationär	Veränderung	Minutenwerte neu
P1 Psychotherapie	134	P1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung	-32	102
P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	152	P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	-8	144
		P3 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+5	157
		P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	-1	151
		P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	+7	159

Tabelle: Vergleich der alten und neuen teilstationären Minutenwerte für die Berufsgruppe d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

Behandlungsbereich alt, teilstationär	Minutenwerte alt	Behandlungsbereich neu, teilstationär	Veränderung	Minutenwerte neu
P3 Psychotherapie, teilstationär	193	P6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung, teilstationär	−113	80
P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär	152	P7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	−8	144

(1) Änderungen: Im vollstationären Bereich wird der Minutenwert der Regelbehandlung P1 gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P1 um 32 Minuten auf 102 Minuten abgesenkt. Gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P2 (152 Minuten) ändern sich die Werte der Behandlungsbereiche P2 bis P5 nur geringfügig (minus 8, plus 5, minus 1 bzw. plus 7 Minuten auf 144, 157, 151 bzw. 159 Minuten). Im teilstationären Bereich wird der Wert der Regelbehandlung P6 gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P3 um 113 Minuten auf 80 Minuten abgesenkt; der Wert der Komplexbehandlung P7 liegt mit 144 Minuten um 8 Minuten unter dem bisherigen Behandlungsbereich P4.

(2) Herleitung: Die Berufsgruppe d umfasst seit dem Beschluss vom 18. Juni 2025 die vormals getrennten Berufsgruppen d (Spezialtherapie) und e (Bewegungs- und Physiotherapie). Die bisherigen Werte ergeben sich aus der Addition der Werte beider Berufsgruppen (vollstationär 103 + 31 bzw. 102 + 50 Minuten; teilstationär 176 + 17 bzw. 102 + 50 Minuten); sie entsprachen den psychiatrischen Behandlungsbereichen A5 und A6 bzw. den Anhaltszahlen von Heuft et al. (1993). Die neuen Werte wurden nach der oben dargestellten

Vorgehensweise für beide Teilberufsgruppen getrennt aus der Iststanderhebung abgeleitet – für P1 und P6 aus dem unteren Quartil, für P2 bis P5 und P7 aus dem Median der zugeordneten Cluster – jeweils um 10 Prozent erhöht, kaufmännisch gerundet und anschließend addiert (Basiswerte der Summe 91, 129, 142, 136, 143, 72 bzw. 130 Minuten). Da das untere Quartil des teilstationären Clusters für die Bewegungstherapie 0 Minuten betrug, wurde für diesen Anteil in P6 auf die bisherige Mindestvorgabe von 17 Minuten zurückgegriffen.

(3) Fachliche Begründung: Die weitgehende Konstanz der Werte über die Komplexbehandlungen P2 bis P5 hinweg entspricht den Ergebnissen der Iststanderhebung, wonach die Leistungen der Spezial- und Bewegungstherapie einen von der therapeutischen Intensität und dem somatischen Aufwand weitgehend unabhängigen Bestandteil des multimodalen psychosomatischen Behandlungsprogramms bilden. Die Iststanderhebung hat für die Berufsgruppen Spezialtherapie, Bewegungstherapie und Sozialarbeit eine hohe Varianz der Personalausstattung zwischen den Einrichtungen und zwischen Stationen derselben Einrichtung ergeben, die nach Angaben der Fachgesellschaften auf unterschiedliche Behandlungskonzepte zurückzuführen ist (z. B. höherer Bedarf an Spezial- und körperbezogener Therapie auf Stationen für Essstörungen, höherer Bedarf an Sozialarbeit auf Stationen für Persönlichkeitsstörungen), während die Summe der Werte dieser Berufsgruppen je Behandlungsbereich vergleichbar war. Die Absenkung in der Regelbehandlung P1 ergibt sich aus dem unteren Quartil der Iststanderhebung und aus dem Umstand, dass der bisherige Wert aus der Psychiatrie übernommen war. Im teilstationären Bereich entsprach der bisherige Wert der Regelbehandlung P3 (alt) dem psychiatrischen Behandlungsbereich A6 und war nicht aus psychosomatischen Daten abgeleitet; der neue Wert der Regelbehandlung P6 beruht auf dem unteren Quartil des teilstationären Clusters der Komplexbehandlung zuzüglich der Sonderregelung für die Bewegungstherapie. Der Wert der teilstationären Komplexbehandlung P7 entspricht mit 144 Minuten dem Wert der vollstationären Komplexbehandlung P2, was dem Step-down-Konzept mit gleichbleibendem Behandlungsumfang entspricht.

(4) Bewertung im Fachgespräch: Der Vertreter der Bewegungs- und Physiotherapie hat im Fachgespräch am 9. Dezember 2025 die vorgeschlagenen Werte als zutreffende Abbildung der klinischen Praxis bewertet. Die Vertreterin der künstlerischen Therapien hat die Werte unter der Voraussetzung als angemessen bezeichnet, dass die Spezialtherapie die künstlerischen Therapien umfasst, und eine Klärung des Begriffs der Spezialtherapie sowie eigene Minutenwerte für die künstlerischen Therapien angeregt. Die ärztlichen Vertreter haben ausgeführt, dass die Anrechnungsregelungen der PPP-RL den Einrichtungen ermöglichen, die für ihr Behandlungskonzept erforderlichen Kapazitäten innerhalb der Berufsgruppen b, d und f in Eigenverantwortung zuzuteilen, ohne dass die Richtlinie in die Behandlungskonzepte eingreift (**Anlage 2** der Tragenden Gründe, S. 40). Der G-BA hat von einer weiteren Aufgliederung der Berufsgruppe d abgesehen, da die Iststanderhebung hierfür keine hinreichend belastbare Datengrundlage bietet und die Zusammenführung der Berufsgruppen erst zum Erfassungsjahr 2026 erfolgt ist.

Berufsgruppe f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

Tabelle: Vergleich der alten und neuen vollstationären Minutenwerte für die Berufsgruppe f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

Behandlungsbereich alt, vollstationär	Minutenwerte alt	Behandlungsbereich neu, vollstationär	Veränderung	Minutenwerte neu

P1 Psychotherapie	14	P1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung	+20	34
P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	49	P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	−14[a]	35
		P3 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	−4[a]	45
		P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	−9[a]	40
		P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	−24[a]	25

Tabelle: Vergleich der alten und neuen teilstationären Minutenwerte für die Berufsgruppe f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

Behandlungsbereich alt, teilstationär	Minutenwerte alt	Behandlungsbereich neu, teilstationär	Veränderung	Minutenwerte neu
P3 Psychotherapie, teilstationär	67	P6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung, teilstationär	−56	11
P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär	49	P7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	−5	44

(1) Änderungen: Im vollstationären Bereich wird der Minutenwert der Regelbehandlung P1 gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P1 um 20 Minuten auf 34 Minuten angehoben. Gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P2 (49 Minuten) werden die Werte der Behandlungsbereiche P2, P3, P4 und P5 um 14, 4, 9 bzw. 24 Minuten auf 35, 45, 40 bzw. 25 Minuten abgesenkt. Im teilstationären Bereich wird der Wert der Regelbehandlung P6 gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P3 um 56 Minuten auf 11 Minuten und der Wert der Komplexbehandlung P7 gegenüber dem bisherigen Behandlungsbereich P4 um 5 Minuten auf 44 Minuten abgesenkt.

(2) Herleitung: Die bisherigen Werte (14 Minuten in P1, 67 Minuten in P3, 49 Minuten in P2 und P4) entsprachen den psychiatrischen Behandlungsbereichen A5 und A6 bzw. den Anhaltszahlen von Heuft et al. (1993). Die neuen Werte wurden nach Abschnitt 3.1 aus der Iststanderhebung abgeleitet – für P1 und P6 aus dem unteren Quartil, für P2 bis P5 und P7 aus dem Median der zugeordneten Cluster (Basiswerte 31, 32, 41, 36, 23, 10 bzw. 40 Minuten) – und um den Zuschlag von 10 Prozent erhöht. Über den Zuschlag hinaus erfolgte keine Anpassung der erhobenen Werte; die Minutenwerte bilden nach Angaben der Fachgesellschaften die derzeitige Versorgungspraxis ab.

(3) Fachliche Begründung: Die Anhebung in der Regelbehandlung P1 ergibt sich daraus, dass der bisherige, aus der Psychiatrie übernommene Wert von 14 Minuten unter dem unteren Quartil der in psychosomatischen Einrichtungen erhobenen Personalausstattung liegt. Die Absenkung in den Komplexbehandlungen P2 bis P5 gegenüber dem bisherigen Wert beruht darauf, dass dieser aus den hergeleiteten Anhaltszahlen von Heuft et al. (1993) stammte und in der Versorgungspraxis nicht überprüft war, während die neuen Werte den Median der

Iststanderhebung abbilden. Der gegenüber P4 (40 Minuten) niedrigere Wert in P5 (25 Minuten) entspricht nach den Ausführungen der Vertreterinnen und Vertreter der Berufsgruppen gemäß § 5 im Fachgespräch am 9. Dezember 2025 den unterschiedlichen Patientengruppen dieser Behandlungsbereiche: In den integrierten Settings der Universitätskliniken werden im Behandlungsbereich P5 häufig junge Patientinnen mit schwerster Anorexia nervosa behandelt, die im elterlichen Haushalt leben und einen vergleichsweise geringen sozialarbeiterischen Bedarf aufweisen, während bei Patientinnen und Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen im Behandlungsbereich P4 berufliche und finanzielle Fragen eine größere Rolle spielen. Die in der Iststanderhebung festgestellte konzeptbedingte Varianz des sozialarbeiterischen Bedarfs zwischen Einrichtungen und Stationen wird über die Anrechnungsregelungen zwischen den Berufsgruppen b, d und f aufgefangen. Im teilstationären Bereich entsprach der bisherige Wert der Regelbehandlung P3 (alt) dem psychiatrischen Behandlungsbereich A6 und war nicht aus psychosomatischen Daten abgeleitet; der neue Wert der Regelbehandlung P6 beruht auf dem unteren Quartil des teilstationären Clusters der Komplexbehandlung. Der Wert der teilstationären Komplexbehandlung P7 (44 Minuten) liegt nahe beim bisherigen Wert und über dem Wert der vollstationären Komplexbehandlung P2 (35 Minuten); er entspricht dem Median des teilstationären Clusters.

(4) Bewertung im Fachgespräch: Auf die Frage, ob angesichts der Absenkung die bisherigen Minutenwerte für die Sozialarbeit angemessener seien, hat die Vertreterin der Sozialen Arbeit im Fachgespräch am 9. Dezember 2025 die vorgeschlagenen Werte als realistisch und angemessen bewertet und darauf hingewiesen, dass der sozialarbeiterische Bedarf zwischen den Einrichtungen und Stationen stark variiert und ein eigenverantwortlicher Gestaltungsspielraum der Einrichtungen erforderlich ist. Die ärztlichen Vertreter haben im Fachgespräch am 9. Dezember 2025 bestätigt, dass die Werte unverändert aus der Iststanderhebung übernommen wurden und die derzeitige Versorgungspraxis abbilden.

Auswirkungen der neuen Minutenvorgaben

Im Vergleich zu den bisherigen Minutenvorgaben werden die Minutenwerte der Pflegefachpersonen in den neuen Behandlungsbereichen P1 und P2 reduziert und die psychotherapeutischen Vorgaben erhöht. Anders stellt es sich in den neuen Behandlungsbereichen P3 bis P5 dar: Hier werden die pflegerischen Minutenwerte im Vergleich zu den bisherigen Mindestvorgaben des alten Behandlungsbereichs P2 durchweg erhöht, bis zu 33 Prozent. Mit der Erhöhung der ärztlichen (P3 bis P5) und psychotherapeutischen (P2 bis P4) Minutenwerte wird das Anforderungsniveau im Vergleich zum alten Behandlungsbereich P2 angehoben. Dies orientiert sich an den Strukturvorgaben der OPS-Kodes, die mindestens drei Therapieeinheiten durch Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten pro Woche bzw. sechs Therapieeinheiten über alle Berufsgruppen hinweg vorsehen. Die Verringerung bzw. Erhöhung der Vorgaben in der Pflege folgt zusätzlich den über die Behandlungsbereiche hinweg teils sehr unterschiedlichen Patientengruppen bzw. zu behandelnden Störungen und dem damit verbundenen pflegerischen und somatisch-medizinischen Aufwand.

Die neuen Vorgaben sollen diese Unterschiede der Intensität der Behandlung und der Behandlungsstrukturen klarer als bisher abbilden. Nach Einschätzung der Fachgesellschaften ist mit den neuen Mindestvorgaben eine im Regelfall budgetneutrale Umsetzung möglich, da Einrichtungen mit einer geringeren Personalausstattung in Teilbereichen diese mit Personal aus besser ausgestatteten Bereichen im Rahmen der Anrechnungsregelungen ausgleichen können (Anhang der **Anlage 2** der Tragenden Gründe, S. 5).

Wie schon bisher gelten für die psychosomatischen Behandlungsbereiche weiterhin die Vorgaben gemäß § 6 Absatz 6, wonach bei fehlender Versorgungsverpflichtung die

Minutenwerte um 10 Prozent zu verringern sind. Die Anrechnungsmöglichkeiten nach § 8 sowie – ab dem Erfassungsjahr 2027 – die Begrenzung der Anrechnung von Fach- und Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen nach § 8 Absatz 5 gelten für die Psychosomatik entsprechend (siehe die Ausführungen zu § 8).

Der G-BA wird die Auswirkungen der neuen Behandlungsbereiche und Minutenwerte auf Basis der Nachweisdaten nach § 11 durch das IQTIG auswerten lassen und die Vorgaben nach § 14 Absatz 2 überprüfen. Dabei sind insbesondere die Verteilung der Behandlungstage auf die neuen Behandlungsbereiche und die Umsetzungsgrade der einzelnen Berufsgruppen differenziert nach Einrichtungstypen zu berücksichtigen.

2.13 Zur Anlage 2 *Eingruppierungskriterien:*

Bei den Inhalten der Anlage 2 der PPP-RL handelt es sich um verbindliche Kriterien zur Eingruppierung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3. Zur Klarstellung wird die Bezeichnung der Anlage von „Eingruppierungsempfehlungen“ geändert in „Eingruppierungskriterien“.

2.13.1 Zur Tabelle A. *Allgemeine Psychiatrie*

Die Änderungen in Spalte 2 der Zeilen A7 und A8 sind redaktioneller Art.

2.13.2 Zur Tabelle P. *Psychosomatik*

Infolge der Anpassung der psychosomatischen Behandlungsbereiche in § 3 kommt es zu Änderungen in den Eingruppierungskriterien. Die Kriterien zur Eingruppierung werden entsprechend den neuen psychosomatischen Behandlungsbereichen erweitert und deren Bezeichnung umbenannt:

Zu P1 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung)

Analog zu den Behandlungsbereichen der Psychiatrie verbleibt der Behandlungsbereich P1 als Regelbehandlungsbereich für Patientinnen und Patienten in der Psychosomatik, die weniger als drei Therapieeinheiten pro Woche erhielten. Die Bezeichnung wird angepasst in „Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung“.

Zu P2 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung)

Die Voraussetzung für eine Patienteneinstufung in den bestehenden Behandlungsbereich P2 sind mindestens drei dokumentierte ärztliche und/oder psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche. Entsprechend der Versorgungsrealität vieler Einrichtungen kann entweder der OPS-Kode 9-62 oder der OPS-Kode 9-63 herangezogen werden.

Die Änderung der – bisher abgekürzten – Schreibweise „ärztliche und psychologische“ in Spalte 2 ist redaktioneller Art.

Zu P3 (Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung)

Der neue Behandlungsbereich P3 hat folgende Voraussetzungen für die Eingruppierung: Es muss die Voraussetzung von mindestens drei ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Therapieeinheiten pro Woche gemäß dem OPS-Kode 9-62 oder 9-63 erfüllt sein. Insgesamt müssen mindestens sechs Therapieeinheiten durch die Berufsgruppen gemäß § 5 pro Woche erfolgt sein. Die Einstufung setzt voraus, dass es sich um eine vollstationäre Behandlung in einer psychosomatischen Einrichtung handelt und die Voraussetzungen für die Kodierung von OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene und dem neuen

OPS-Kode 9-986.1 Behandlungsbereich P3 (Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung) erfüllt sind. Alternativ kann eine Einstufung auch erfolgen, wenn es sich um eine vollstationäre Behandlung in einer psychosomatischen Einrichtung handelt und die Voraussetzungen für die Kodierung von OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene und OPS-Kode 9-986.1 Behandlungsbereich P3 (Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung) erfüllt sind.

Die konkreten Voraussetzungen für die Kodierung des neuen OPS-Kodes 9-986.1 Behandlungsbereich P3 (Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplex-behandlung) ergeben sich aus den in der amtlichen Klassifikation enthaltenen Hinweisen zum OPS-Kode „9-986 Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der PPP-RL liegen“. Zusätzlich sind die Strukturmerkmale und Mindestanforderungen für die Eingruppierung in den Behandlungsbereich P3 zu berücksichtigen. Diese zusätzlichen Strukturmerkmale und Mindestanforderungen wurden als neuer Absatz nach der Tabelle KJ in die Anlage 2 aufgenommen (siehe Erläuterungen unter 2.13.4)

Demnach darf die Eingruppierung in den Behandlungsbereich P3 nur erfolgen, wenn die durchgeführten ärztlichen, psychologischen und/oder spezialtherapeutischen und/oder pflegerischen Verfahren (Einzel- und Gruppentherapie) mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch Vertreterinnen oder Vertreter der Berufsgruppen gemäß dem OPS-Kode 9- 626 oder 9-634 umfassen.

Die Anzahl der Therapieeinheiten wird ermittelt, indem:

- zur Anzahl der für die Kodierung des OPS-Kodes 9-626 oder 9-634 berücksichtigten Therapieeinheiten
- die Therapieeinheiten für Gruppentherapie durch Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten und
- die Therapieeinheiten für Einzel- und Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen addiert werden.

Bei der Ermittlung der Anzahl der Therapieeinheiten sind die in der amtlichen Klassifikation enthaltenen Vorgaben für die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-649) auch für die Gruppentherapie durch Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten und die Einzel- und Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen anzuwenden. Für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen ist die entsprechende Anzahl der Therapieeinheiten bei den angewandten Verfahren der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten zu berücksichtigen, die in der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-626) oder der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-634) genannt werden.

<u>Zu P4 (Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung)</u>

Der neue Behandlungsbereich P4 setzt gemäß dem OPS-Kode 9-62 bzw. 9-63 zum einen mindestens drei ärztliche und/oder psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche voraus. Darüber hinaus müssen auch die Voraussetzungen des OPS-Zusatzkodes 9-642 (Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sein. Dazu zählen bestimmte somatische Strukturmerkmale sowie Mindestmerkmale des OPS-Kodes, z. B. das Vorliegen von unmittelbar medizinisch behandlungsbedürftigen akuten und chronischen somatischen Erkrankungen, dokumentiert durch Veränderung(en)

des initialen medizinischen Behandlungsregimes im Verlauf der Krankenhausbehandlung, mit psychischer Komorbidität und/oder Copingstörungen im Rahmen einer begleitenden körperlichen Erkrankung oder von sich vorwiegend somatisch präsentierenden Erkrankungen (z. B. somatoforme (Schmerz-)Störung, schwerstes Untergewicht bei Anorexia nervosa), die der gleichzeitigen intensiven somatischen Diagnostik und Therapie im Sinne einer auf die Erfordernisse somatisch erkrankter Patientinnen und Patienten adaptierten integrierten klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bedürfen. Demnach gibt dieser OPS-Kode an, inwieweit die Kriterien für eine qualifizierte somatische Mitbehandlung im Rahmen der Komplexbehandlung gegeben sind. Eine klinisch integrierte somatische Mitbehandlung erfordert entsprechende personelle und apparative Voraussetzungen in den Einrichtungen und wird aufgrund der somatisch komplex mit zu behandelnden komorbiden Störungsbilder notwendig.

Zu P5 (Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplex-behandlung) neu

Der neue Behandlungsbereich P5 hat folgende Voraussetzungen für eine Patienteneinstufung: Es muss die Voraussetzung von mindestens drei ärztlichen und/oder psychotherapeutischen Therapieeinheiten pro Woche gemäß dem OPS-Kode 9-62 bzw. 9-63 erfüllt sein. Insgesamt müssen mindestens sechs Therapieeinheiten durch die Berufsgruppen gemäß § 5 pro Woche erfolgt sein. Die Einstufung setzt voraus, dass es sich um eine vollstationäre Behandlung in einer psychosomatischen Einrichtung handelt und die Voraussetzungen der Kodierung von OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene und OPS-Zusatzkode 9-642 Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung sowie des neuen OPS-Kode 9-986.3 Behandlungsbereich P5 (Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung) erfüllt sind. Alternativ kann eine Einstufung auch erfolgen, wenn es sich um eine vollstationäre Behandlung in einer psychosomatischen Einrichtung handelt und die Voraussetzungen für die Kodierung von OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene und OPS-Zusatzkode 9-642 Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung sowie des neuen OPS-Kodes 9-986.3 Behandlungsbereich P5 (Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung) erfüllt sind.

Die konkreten Voraussetzungen für die Kodierung des neuen OPS-Kodes 9-986.3 Behandlungsbereich P5 (Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung) ergeben sich aus den in der amtlichen Klassifikation enthaltenen Hinweisen zum OPS-Kode „9-986 Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der PPP-RL liegen“. Zusätzlich sind die Strukturmerkmale und Mindestanforderungen für die Eingruppierung in den Behandlungsbereich P5 zu berücksichtigen. Diese zusätzlichen Strukturmerkmale und Mindestanforderungen wurden als neuer Absatz nach der Tabelle KJ in die Anlage 2 aufgenommen (siehe Erläuterungen unter 2.13.4)

Demnach darf die Eingruppierung in den Behandlungsbereich P5 nur erfolgen, wenn die durchgeführten ärztlichen, psychologischen und/oder spezialtherapeutischen und/oder pflegerischen Verfahren (Einzel- und Gruppentherapie) mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch Vertreterinnen oder Vertreter der Berufsgruppen gemäß dem OPS-Kode 9- 626 oder 9-634 umfassen.

Die Anzahl der Therapieeinheiten wird ermittelt, indem:

- zur Anzahl der für die Kodierung des OPS-Kodes 9-626 oder 9-634 berücksichtigten Therapieeinheiten

- die Therapieeinheiten für Gruppentherapie durch Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten und
- die Therapieeinheiten für Einzel- und Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen addiert werden.

Bei der Ermittlung der Anzahl der Therapieeinheiten sind die in der amtlichen Klassifikation enthaltenen Vorgaben für die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-649) auch für die Gruppentherapie durch Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten und die Einzel- und Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen anzuwenden. Für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen ist die entsprechende Anzahl der Therapieeinheiten bei den angewandten Verfahren der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten zu berücksichtigen, die in der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-626) oder der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-634) genannt werden.

Abbildung: Vergleich der Inhalte und Zuordnungskriterien der alten und neuen Behandlungsbereiche, vollstationär

Behandlungsbereich, vollstationär, alt	Inhalt, alt	Behandlungsbereich vollstationär, neu	Inhalt, neu
P1 Psychotherapie	< 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten/ Woche	P1 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung	< 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche
P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	≧ 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten/ Woche (9-62/9-63 (+9-649))	P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	≧ 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche (9-62/9-63 (+9-649))
		P3 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	≧ 6 Therapieeinheiten[a] pro Woche durch die Berufsgruppen gem. § 5 PPP-RL (9-62/9-63 (+9-649)+ OPS neu[a])
		P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	≧ 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche (9-62/9-63 (+9-649) akute und chronische somatische Erkrankung (9-642)
		P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	≧ 6 Therapieeinheiten[a] pro Woche durch die Berufsgruppen gem. § 5 PPP-RL (9-62/9-63 (+9-649)+ OPS neu[a]) akute und chronische somatische Erkrankung (9-642)

a: Neuer OPS Zusatzkode erforderlich, der die Anforderung 6 Therapieeinheiten durch die Berufsgruppen gem. § 5 abbildet. Weitere Erläuterungen zu dieser Vorgabe finden sich im Abschnitt Hinweis am Ende von Anlage 2.

<u>Zu P6 (Psychotherapie teilstationär)</u>

Analog zu den Behandlungsbereichen der Psychiatrie verbleibt der Behandlungsbereich P6 als teilstationärer Regelbehandlungsbereich mit der neuen Bezeichnung „Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär“ für Patientinnen und Patienten in der Psychosomatik, die weniger als drei Therapieeinheiten pro Woche erhielten.

<u>Zu P7 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär)</u>

Die Änderungen in den Spalten 1 und 2 sind redaktioneller Art.

Die Voraussetzung für eine Patienteneinstufung in den teilstationären Behandlungsbereich P7 sind mindestens drei dokumentierte ärztliche und/oder psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche gemäß dem OPS-Kode 9-62 oder 9-63.

Abbildung: Vergleich der Inhalte und Zuordnungskriterien der alten und neuen Behandlungsbereiche, teilstationär

Behandlungsbereich, teilstationär, alt	Inhalt	Behandlungsbereich teilstationär, neu	Inhalt
P3 Psychotherapie, teilstationär	< 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten/ Woche teilstationär	P6 Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung, teilstationär	< 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche, teilstationär
P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär	≧ 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten/ Woch, teilstationär (9-62/9-63 (+9-649))	P7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	≧ 3 ärztliche/ psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche, teilstationär (9-62/9-63 (+9-649))

2.13.3 Zur Tabelle KJ. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*

Die Änderungen der Altersgrenzen in den Behandlungsbereichen KJ1 bis KJ3 gehen auf Vorschläge zurück, die im Rahmen des gesetzlichen Stellungnahmeverfahrens von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. eingereicht wurden. Die konkreten Vorschläge und ihre im G-BA erfolgte Würdigung sind den Tabellen zur „Auswertung der Stellungnahmen zu den Vorschlägen des G-BA zu einer Änderung der PPP-RL“ (siehe **Anlage 6** Nummern I.9.15 und II.6 der Tragenden Gründe) zu entnehmen.

2.13.4 Zu den zusätzlichen Strukturmerkmalen und Mindestanforderungen

Die Einstufung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche der PPP-RL erfolgt auf Basis von Routinedaten. Damit die neue Differenzierung in den Behandlungsbereichen P3 und P5 umgesetzt werden kann, ist die Einführung eines neuen OPS-Kodes erforderlich, der die Schwelle von sechs Therapieeinheiten abbildet.

Für die Eingruppierung in die Behandlungsbereich P3 wurde der neue OPS-Kode 9-986.1 Behandlungsbereich P3 (Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung) und für die Eingruppierung in den Behandlungsbereich P5 wurde der neue OPS-Kode 9-986.3 Behandlungsbereich P5 (Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung) in die amtliche Fassung des OPS 2027 aufgenommen. Die konkreten Voraussetzungen für die Kodierung dieser neuen OPS-Kodes ergeben sich aus den in der amtlichen Klassifikation enthaltenen Hinweisen zum neuen OPS-Kode „9-986 Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der PPP-RL liegen“. In den Hinweisen zum OPS-Kode 9-986 wird zudem klargestellt, dass zusätzliche Voraussetzung für die Kodierung die Erfüllung der Strukturmerkmale und Mindestanforderungen für die Eingruppierung in den Behandlungsbereich P3 bzw. P5 ist. Diese zusätzlichen Strukturmerkmale und Mindestanforderungen sind als neuer Absatz nach der Tabelle KJ eingefügt.

Demnach darf die Eingruppierung in die Behandlungsbereiche P3 bzw. P5 nur erfolgen, wenn die durchgeführten ärztlichen, psychologischen und/oder spezialtherapeutischen und/oder pflegerischen Verfahren (Einzel- und Gruppentherapie) mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch Vertreterinnen oder Vertreter der Berufsgruppen gemäß dem OPS-Kode 9- 626 oder 9-634 umfassen.

Die Anzahl der Therapieeinheiten wird ermittelt, indem:

- zur Anzahl der für die Kodierung des OPS-Kodes 9-626 oder 9-634 berücksichtigten Therapieeinheiten
- die Therapieeinheiten für Gruppentherapie durch Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten und

- die Therapieeinheiten für Einzel- und Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen addiert werden.

Bei der Ermittlung der Anzahl der Therapieeinheiten sind die in der amtlichen Klassifikation enthaltenen Vorgaben für die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-649) auch für die Gruppentherapie durch Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten und die Einzel- und Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen anzuwenden. Für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen ist die entsprechende Anzahl der Therapieeinheiten bei den angewandten Verfahren der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten zu berücksichtigen, die in der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-626) oder der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Kode 9-634) genannt werden.

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

2.14.1 Zu *Administrative Daten*:

Die Streichungen sind Folgeanpassungen zur Streichung des § 16 Absatz 7, dessen Regelungen zur Stichprobenerhebung ausgelaufen sind.

Neu aufgenommen wird die Angabe, ob eine Einrichtung der Erwachsenenpsychiatrie die Übergangsregelung gemäß § 16 Absatz 6 (neu) in Anspruch nimmt. Entscheidet sich eine Einrichtung, die neuen Behandlungsbereiche P2, P3, P4, P5 bzw. P7 zu nutzen, entfällt damit für diesen Zeitraum die Eingruppierungsmöglichkeit in die bisherigen psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungsbereiche A7 und A8. Einrichtungen der Erwachsenen-psychiatrie können in den Jahren 2027, 2028 und 2029 also entweder wie bisher in A7 und A8 eingruppieren oder die neuen Behandlungsbereiche P2, P3, P4, P5, P7 nutzen.

2.14.2 Zu Teil A3

Zu Tabelle 3.3

Die Änderungen des zulässigen Wertebereichs stellen Folgeänderungen zu den neuen Behandlungsbereichen in § 3 dar.

Die Ergänzung eines Hinweises für Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie stellt eine Folgeänderung zu der neuen Übergangsregelung gemäß § 16 Absatz 6 dar.

2.14.3 Zu Teil A5

Zum Hinweis zu Tabelle A5.1

Die Änderung ist redaktioneller Art.

Zu Tabelle A5.3

Die Ergänzung oberhalb der Tabelle A5.3 mit einem Verweis auf Tabelle A5.4 zum Nachweis des pflegerischen Nachtdienstes ist redaktioneller Art. Die Anrechnungen, die im pflegerischen Nachtdienst erfolgen, müssen nachgewiesen werden. Dies erfolgt mit den Angaben in Tabelle A5.3.

2.14.4 Zu Teil A6

Es erfolgen Anpassungen im Zuge der Änderungen in § 10 Absatz 1 und Absatz 2. Die Spalte 2 (Zeitraum) wird in den Tabellen A6.1, A6.2 und A6.3 gestrichen, entsprechend verschiebt sich die Nummerierung der nachfolgenden Spalten in den Tabellen A6.2 und A6.3. Damit entfällt zukünftig die Angabe, ob der Ausnahmetatbestand gemäß § 10 Absatz 1 Nummer 1 für das ganze Quartal oder anteilig geltend gemacht wird. Nutzt eine Einrichtung den Ausnahmetatbestand, gilt dieser ab dem Erfassungsjahr 2027 für das ganze Quartal, in dem er geltend gemacht wird.

Zu Tabelle A6.1

In Spalte 4 der Tabelle wird „der Berufsgruppe“ ergänzt. Die Spalte 2 (Zeitraum) wird infolge der Änderung in § 10 Absatz 2 umbenannt in „Berufsgruppe“ und um den zulässigen Wertebereich erweitert. Die zulässigen Werte weisen die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 und 2 Buchstaben a bis f aus.

Des Weiteren wird ein Hinweis mit Erläuterungen aufgenommen, die zum einen die Ausführungen in § 10 Absatz 2 Satz 4 (neu) und 5 (neu) darlegen. Zum anderen wird erläutert, dass bei der Berechnung des Ausmaßes des krankheitsbedingten Personalausfalls nur das Personal der konkreten Berufsgruppe berücksichtigt werden darf. Angerechnetes Fachpersonal der Berufsgruppen gemäß § 5 sowie Hilfskräfte und weiteres Personal gemäß § 8 sind bei der Ermittlung nicht zu berücksichtigen.

Zu Tabelle A6.4

Die Änderungen sind redaktioneller Art.

Zu Teil A6.5

Der gesamte Teil A6.5 mit seinen Tabellen A6.5.1 bis A6.5.4 entfällt aufgrund der Änderungen in § 10 Absatz 2.

2.14.5 Zu Teil A9

Die Ergänzung im Hinweis zu Teil A9 stellt klar, dass theoretisch mehrere Zeilen mit identischer Kombination aus Behandlungsart, Prozedur, Datum sowie ggf. Gültigkeitsdauer entstehen, sofern der OPS-Kode mehrfach in den stationären Abrechnungsdaten auftritt. Folgende Beispiele stellen klar, wie das Ausfüllen erfolgen soll:

- Richtig**:** Für jeden in den stationären Abrechnungsdaten dokumentierten OPS-Kode aus dem Bereich 9-60 bis 9-98 wird bei jedem Behandlungsfall sowie bei jedem weiteren Auftreten desselben Kodes innerhalb eines Behandlungsfalls eine neue Zeile angegeben.
- Falsch**:** OPS-Kodes aus dem Bereich 9-60 bis 9-98, die mehrfach innerhalb eines Behandlungsfalls oder über mehrere Behandlungsfälle hinweg auftreten, werden in einer gemeinsamen Zeile zusammengefasst.

2.15 Zur Anlage 4 *Regelaufgaben:*

Zu den Änderungen in den Teilen I „Erwachsenenpsychiatrie“ und II „Kinder- und Jugendpsychiatrie“

Hier wird eine Fehlerkorrektur vorgenommen: Die Regelaufgaben der Berufsgruppen der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten sowie der Bewegungstherapeutinnen, Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten waren im Zuge des

Änderungsbeschlusses zum Erfassungsjahr 2026 zwischen den Teilen I und II vertauscht abgebildet worden und werden nunmehr wieder richtig verortet.

Zu den Änderungen in Teil III „Psychosomatik“

In Teil III erfolgt eine redaktionelle Zusammenfassung der Regelaufgaben der Berufsgruppe der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (Nummer III.5) sowie der Berufsgruppe der Bewegungstherapeutinnen, Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (Nummer III.6). Mit dem Beschluss zur Änderung der PPP-RL vom 18. Juni 2025 wurden die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 und Absatz 2 jeweils Buchstabe d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten) sowie Buchstabe e (Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) zu einer gemeinsamen Berufsgruppe unter Buchstabe d zusammengefasst. Zum Erfassungsjahr 2026 hatte der G-BA entsprechend auch die Regelaufgaben besagter Berufsgruppen nach Anlage 4 der Richtlinie für die Erwachsenenpsychiatrie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammengeführt. Dies wird nun analog auch für die Regelaufgaben in der Psychosomatik umgesetzt. Eine inhaltliche Änderung der Regelaufgaben findet nicht statt.

2.16 Zur Anlage 6 *Prüfregeln:*

Die Änderungen sind redaktioneller Art.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Das Nähere dazu findet sich in der **Anlage 1** der Tragenden Gründe.

4. Verfahrensablauf

Am 7. Oktober 2025 begann die AG PPP mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In vier weiteren Sitzungen wurde die entsprechende Änderungsfassung der PPP-RL erarbeitet und in den Sitzungen des Unterausschusses Qualitätssicherung am 6. Mai 2026, 3. Juni 2026, 1. Juli 2026 und 4. November 2026 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 3**) Gelegenheit gegeben, zur vorgesehenen Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand der Änderungen berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 28. Januar 2026 wurde das Stellungnahmeverfahren am 11. Februar 2026 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 4**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 11. März 2026.

Es wurden zwölf Stellungnahmen nebst zwei Erklärungen eines Stellungnahmeverzichts fristgerecht sowie ein Schreiben unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 5**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 6** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 26. März 2026 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seinen Sitzungen am 6. Mai und 3. Juni 2026 durchgeführt (**Anlage 6**). Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 11. Februar 2026 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Sitzungen am 18. Juni 2026, 16. Juli 2026 und 19. November 2026 beschlossen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit. Die Ländervertretung trägt den Beschluss nicht mit.

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

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: Wortprotokoll zum Fachgespräch Psychosomatik der AG PPP vom 9. Dezember 2025 inkl. der am 6. März 2025 zur Verfügung gestellten Stellungnahme (Auszug) der DGPM

Anlage 3: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage 4: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandte geltende Fassung der PPP-RL mit sichtbar eingearbeiteten Änderungsvorschlägen sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 5: Stellungnahmen

Anlage 6: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 19. November 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Die Vorsitzende

Dr. Optendrenk

Anlage 1 der Tragenden Gründe

Bürokratiekostenermittlung
anlässlich der Änderung der PPP-Richtlinie: Änderungen zum Erfassungsjahr 2027

Gemäß § 91 Absatz 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 der G-BA 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 bzw. Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Der vorliegende Beschluss sieht für die stationären Einrichtungen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung gemäß § 3 Absatz 1 eine Anpassung der psychosomatischen Behandlungsbereiche vor.

Mit der Erweiterung der Behandlungsbereiche um „P3 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“, „P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“, „P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung entsteht einigen Einrichtungen ein erhöhter Einarbeitungsaufwand. Da die Eingruppierung der Patientinnen und Patienten nur indirekt mit der Nachweisverpflichtung verbunden ist, wird an der Stelle auf eine Quantifizierung der Bürokratiekosten verzichtet.

Im Zuge der Änderungen in § 10 Absatz 1 und 2 werden im Nachweisverfahren in Anlage 3 in der Tabelle A6.1 Anpassungen vorgenommen und in den Tabellen A6.2 und A6.3 die Spalte 2 (Zeitraum) und der Teil A6.5 gestrichen. Die daraus resultierende bürokratische Entlastung ist marginal. Daher wird auf eine Quantifizierung verzichtet.

Anlage 2 der Tragenden Gründe

Gemeinsamer Bundesausschuss

Wortprotokoll

zum Fachgespräch Psychosomatik der Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (AG PPP)

Vom 9. Dezember 2025

Geschäftsführung der AG PPP:	Frau
Beginn:	13:00 Uhr
Ende:	16:02 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmende der Anhörung

Ärztlicher Dienst:

Herr Prof. Dr. Hans-Christoph Friederich
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Innere Medizin
Ärztlicher Direktor (Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik)
Stellv. geschäftsführender ärztlicher Direktor (Zentrum für Psychosoziale Medizin) Universitätsklinikum Heidelberg
Vorsitzender der DGPM

Herr Dr. Gerhard Hildenbrand
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin
Bis 2024 Klinikdirektor für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Klinikum Lüdenscheid, Märkische Kliniken GmbH
Vorstand der DGPM

Herr Dr. med. Christian Kuhn-Thiel
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Sozialmedizin, Ärztliches QM
Leiter Fachbereich Krankenhaus/Ambulante Vergütung
Leiter Fachreferat Psychiatrische Versorgung
Medizinischer Dienst Baden-Württemberg

Pflege:

Frau Jaqueline Fröhlich
Pflegedienstleiterin Zentrum für Psychosoziale Therapie
Universitätsklinikum Heidelberg
Mitglied der DFPP

Herr Heiko Grobek
Stationsleitung der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Klinikum Fulda gAG, Universitätsmedizin Marburg – Campus Fulda
Vorstand des PsoPD (Verband psychosomatisch Pflegender in Deutschland)

Psychologie/Psychotherapie:

Herr Dr. Dipl.-Psych. Michael Marwitz
Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor
Leitender Psychologe – Psychosomatik & Psychotherapie
Schön Klinik Roseneck (Bayern)

Spezialtherapie/Bewegungstherapie:

Frau Prof. Dr. Christiane Ganter-Argast
Professorin für Kunsttherapie – Fakultät Umwelt, Gestaltung, Therapie
Hochschule für Wirtschaft und Umwelt Nütingen-Geislingen (HfWU; Baden-Württemberg
Mitglied der WFKT

Herr Dr. Alexander Heimbeck
Dipl. Sportwissenschaftler
Leiter der Fach-/Spezialtherapien
Schön Klinik Roseneck (Bayern)

Soziale Arbeit:

Michelle Boiting
Sozialarbeiterin M.A.
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
LVR-Universitätsklinik Essen, Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen

Beginn der Anhörung: 13:00 Uhr

(Der angemeldete Teilnehmer ist der Videokonferenz beigetreten.)

Frau (AG-Geschäftsführung): Genau, jetzt haben Sie es gehört. Es wird jetzt aufgezeichnet. Jetzt begrüße ich Sie im Namen der AG PPP des Gemeinsamen Bundesausschusses als Sachverständige ganz herzlich zum Fachgespräch Psychosomatik im Rahmen der laufenden Weiterentwicklung der PPP-Richtlinie. Also nochmal ganz herzlich willkommen hier in der AG und auch nochmal ganz herzlichen Dank für die heutige Teilnahme und die Bereitschaft zur fachlichen Unterstützung der AG-Beratungen.

Bevor wir mit dem eigentlichen Fachgespräch beginnen, möchten wir noch einzelne organisatorische und formale Punkte ansprechen. Zuallererst möchten wir nochmal daran erinnern, dass das Fachgespräch aufgezeichnet wird, wie jetzt im Moment. Sie hatten uns vorab ja Ihr Einverständnis erklärt, dass daraus anschließend ein Wortprotokoll erstellt werden kann, das dann gegebenenfalls – das ist derzeit noch offen – mit Ihren personenbezogenen Daten auf der Homepage des G-BA veröffentlicht werden kann. Gibt es dazu aktuelle Einwände, die uns jetzt nicht bekannt sind? – Das ist nicht der Fall. Vielen Dank.

Sie wissen außerdem, dass die Beratungen und Beratungsunterlagen der G-BA-Gremien bis auf Weiteres der Vertraulichkeit unterliegen, und erst mit Veröffentlichung des Wortprotokolls, das wie gesagt noch nicht feststeht, wäre dann der Inhalt dieses Fachgesprächs auch öffentlich.

Gut, dann können wir jetzt zum eigentlichen Teil des Fachgesprächs kommen. Wir haben insgesamt neun externe Sachverständige für Psychosomatik als Gäste geladen aus verschiedenen Berufsgruppen, aus verschiedenen Regionen Deutschlands. Und Sie haben vorab 11 Fragen der Arbeitsgruppe erhalten mit zwei Unterfragen, die als Leitfaden für das Fachgespräch dienen sollen und sich unter anderem oder auch insbesondere auf die **Stellungnahme der DGPM** *[siehe **Anhang** zum Wortprotokoll]* vom, ich glaube, März dieses Jahres beziehen mit konkreten Änderungsvorschlägen zur PPP-Richtlinie im psychosomatischen Bereich.

Die AG bemüht sich derzeit um eine Generierung eben solcher geeigneter Ideen und konkreter Änderungsvorschläge zur PPP-Richtlinie und sucht daher heute den Austausch mit Ihnen. Falls noch Zeit bleibt, auch gerne über die bereits vorliegenden Fragen hinaus.

Genau. Die Redezeit müssen wir unter Umständen ein bisschen beschränken, damit heute alle gleichermaßen zu Wort kommen. Aber jetzt sollten wir einsteigen und endlich zur ersten Frage aus dem Frageleitfaden kommen, der sich direkt auf den Vorschlag der DGPM bezieht. Ich lese das einmal kurz vor, die Frage: **‚Welche Änderungen müssen aus Ihrer fachlichen Sicht am Vorschlag der DGPM vorgenommen werden,‘** – der Ihnen ja auch zugegangen ist im Vorfeld – **‚damit die Einstufung in die Behandlungsbereiche in die Routinedaten vollständig umsetzbar wird?‘** – Wer möchte beginnen? – Herr Prof. Friederich, gerne. Vielen Dank. Sie haben das Wort.

Herr Prof. Dr. Friederich: Ja, Prof. Hans-Christoph Friederich. Erstmal vorab vielen Dank für die Möglichkeit Stellung nehmen zu dürfen im Hinblick auf den Vorschlag der DGPM. Ich grüße auch ganz herzlich alle Mitglieder des AG PPP-Ausschusses. Für die Umsetzung des Vorschlags-

Herr (G-BA-Geschäftsstelle): Entschuldigung. Einmal ganz kurz – (G-BA-Geschäftsstelle) aus der Rechtsabteilung. Ich muss einmal ganz kurz unterbrechen, tut mir leid. Sie können sofort weitermachen. – (AG-Geschäftsführung), könntest du bitte jeden explizit einmal vor seinem ersten Wortbeitrag nach dem Einverständnis für die Aufnahme und für Veröffentlichung fragen? Das wäre einmal noch wichtig, dass es einmal explizit ausgesprochen ist. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Ich meine, das hätte ich eben getan, dass ich nochmal abgefragt habe, ob das-

Herr (G-BA-Geschäftsstelle): Ja, Schweigen ist leider keine Zustimmung. Wir brauchen einmal ein Ja.

Frau (AG-Geschäftsführung): Oh, ja. – Dann gut, dass wir hier einen Kollegen aus der Rechtsabteilung dabeihaben. Das war mir nicht klar, dass wir so formal vorgehen müssen. Dann machen wir das noch kurz. Vielen Dank. – Herr Prof. Friederich, sind Sie einverstanden? Können Sie nochmal- Ich weiß, Sie haben uns das alle schon schriftlich mitgeteilt, aber scheinbar ist es erforderlich, dass ich Sie nochmal explizit frage und bitte um ein Ja.

Herr Prof. Dr. Friederich: Ja, kein Problem. Ich bin einverstanden, dass mein Redebeitrag aufgezeichnet wird.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Herr Dr. Hildenbrand?

Herr Dr. Hildenbrand: Ja, ich bin einverstanden, dass mein Vortrag aufgezeichnet und veröffentlicht wird.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Herr Dr. Kuhn-Thiel?

Herr Dr. Kuhn-Thiel: Ja, einverstanden.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Frau Fröhlich?

Frau Fröhlich: Ja, ich bin einverstanden.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr Grobek?

Herr Grobek: Ja, ich bin einverstanden.

Frau (AG-Geschäftsführung): Super. – Herr Dr. Marwitz?

Herr Dr. Dipl.-Psych. Marwitz: Ja, ich bin einverstanden.

Frau (AG-Geschäftsführung): Danke. – Frau Prof. Ganter-Argast?

Frau Prof. Dr. Ganter-Argast: Ja, ich bin auch einverstanden.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr Dr. Heimbeck?

Herr Dr. Heimbeck: Ja, ich bin auch ebenfalls einverstanden.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Und Frau Boiting?

Frau Boiting: Guten Tag. Auch ich bin einverstanden.

Frau (AG-Geschäftsführung): Super, vielen Dank. – Das hatte den Vorteil, dass ich jetzt alle Namen einmal genannt habe und genau klar ist, wer alles mit dabei ist. Tut mir leid, dass wir da jetzt doch noch kurz zurückmussten. – Herr Prof. Friederich, jetzt hatten wir Sie unterbrochen. Bitte setzen Sie gerne fort.

Herr Prof. Dr. Friederich: Genau. Zurück zur Einstufung in die Behandlungsbereiche. Um zwischen der Komplexbehandlung und der intensivierten Komplexbehandlung zu differenzieren, ist die Erfassung von sechs Therapieeinheiten erforderlich. Das ist bislang in den Routinedaten, so wie sie über den § 21 Datensatz abgebildet sind, nicht möglich. Denn im Datensatz sind Diagnose, Alter und bisherige OPS-Codes erfasst, aber damit lassen sich die sechs Therapieeinheiten nicht abbilden.

Wir schlagen daher als Möglichkeit einen neuen OPS-Code vor. Dieser sollte in Analogie zu dem OPS-Code 9-634, der ja auch aktuell schon vorsieht, dass drei Therapieeinheiten ärztlich

psychologisch erfasst werden, formuliert sein und eben sechs Therapieeinheiten über alle Berufsgruppen hinweg. Wir sehen es als einen Vorteil an, das über einen einzelnen OPS-Code abzubilden und nicht über die Einführung der TEs für alle Berufsgruppen, was dann eine Erweiterung der Zusatzcodes 9-649 bedeuten würde.

Wir sehen da einen zusätzlichen Dokumentationsaufwand, da alle therapeutisch-medizinischen Berufsgruppen ja ohnehin verpflichtet sind, ihre Leistungen im Detail zu dokumentieren. [Das] würde bedeuten, dass zusätzlich eine Angabe zum zeitlichen Umfang der Intervention gemacht wird oder aber eben auch [darauf] hingewiesen wird, dass es sich um eine Therapieeinheit handelt.

Wir sehen auch keine große Gefahr, dass es da zu Abrechnungsfehlern kommt, denn im Hintergrund lässt sich im Krankenhausinformationssystem ja eine Prüflogik ablaufen lassen, die die regelhafte Erfassung der sechs Therapieeinheiten auch vornimmt, sodass- Und wir haben auch beobachtet im Rahmen der Iststandserhebung, die wir durchgeführt haben, dass die meisten Krankenhäuser eben auch jetzt schon in der Lage sind, die Therapieeinheiten über alle Berufsgruppen hinweg zu erfassen. Vielen Dank.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank, Herr Prof. Friederich. – Gibt es direkt Fragen dazu oder sollten wir erstmal noch den anderen die Gelegenheit geben? Vielleicht ist das von der Struktur her besser. Sonst kommen wir mit der Zeit nachher in Schwierigkeiten. Dass wir dann doch erstmal alle Sachverständigen zu Wort kommen lassen und danach Fragen von der AG einbringen. – Es gibt eine Wortmeldung. – Frau Fröhlich, gerne.

Frau Fröhlich: Ja, Jaqueline Fröhlich, auch aus Heidelberg. Ich möchte nochmal bekräftigen die Aussage von Herrn Prof. Friederich, dass die sechs Therapieeinheiten für alle medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen gelten. Also auch über die Pflege, wo aktuell die Dokumentation, die Erfassung nicht im Einzelfall eine Gültigkeit hat im OPS-Katalog.

Und das wäre erforderlich, dass wir da diese Berücksichtigung dann mitgewinnen würden. Einfach nur nochmal zur Verdeutlichung an der Stelle. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Herr Dr. Heimbeck.

Herr Dr. Heimbeck: Ich meine, das, was die Frau Fröhlich sagt, gilt natürlich im gleichen Maße für die ganzen Spezialtherapien, für die ich spreche, auch für die Sport-/Bewegungstherapie und Physiotherapie.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Es müssen sich natürlich auch nicht alle zu Wort melden. Aber die Chance sollen Sie auf jeden Fall erhalten. – Frau Prof. Ganter-Argast

Frau Prof. Dr. Ganter-Argast: Ich würde das genauso unterstützen, wie die Kolleginnen und Kollegen das gerade auch formuliert haben. Ich vertrete die Berufsgruppe der künstlerischen Therapien und aus meiner Sicht wäre für diese erste Frage auch noch ein weiterer wichtiger Punkt, die Regelaufgaben für die künstlerischen Therapien auch extra zu formulieren. Also damit wir auch abgebildet werden. Genauso auch wie die Bewegungstherapien und die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter.

Und hier kann man auch für die künstlerischen Therapien anhand der Leitlinie psychosoziale Therapien oder auch als Orientierung die EPPIK-Studie nehmen, um Regelaufgaben zu formulieren. Das ist für uns auch wichtig, um deutlich zu machen, dass wir eben besondere Aufgaben haben, die auch fachspezifisch ausgebildet worden sind und uns auch unterscheiden zu anderen Berufsgruppen. Genau.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. Frau Prof. Ganter-Argast, ist das noch eine Wortmeldung, noch die bisherige oder eine neue? Weil Ihre Hand gehoben ist.

Frau Prof. Dr. Ganter-Argast: Ich habe sie runter.

Frau (AG-Geschäftsführung): Bei mir ist sie noch oben aus irgendeinem Grund. Dann senke ich sie. Ok, vielen Dank. – Herr Dr. Hildenbrand.

Herr Dr. Hildenbrand: Ja, ich wollte auch noch kurz unterstreichen, dass diese Einführung eines neuen OPS-Codes für die Differenzierung der Behandlungsbereiche P3 und P5 mit keinem deutlichen Zusatzaufwand im Rahmen der Kodierung verbunden ist. Es geht ja um einen summarischen Code, wie wir ihn aus dem neuen 634 kennen mit den drei Therapieeinheiten.

Und wir waren oder sind mit diesem Vorschlag sehr bemüht, diese neue Differenzierung der Behandlungsbereiche für die Anwender möglichst ohne viel Zusatzaufwand zu gestalten.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Frau Fröhlich, eine Wortmeldung von Ihnen. Gerne.

Frau Fröhlich: Ich möchte gerne nochmal auf die Regelaufgaben, die Frau Prof. Ganter-Argast gerade schon erwähnt hat, zurückkommen. Das betrifft natürlich mehr oder weniger alle Berufsgruppen. Vor allem auch die der Pflege, dass die Regelaufgaben so ausformuliert und dargestellt werden, wie die tägliche Arbeit das auch widerspiegelt. Das ist in der aktuellen PPP-Fassung so nicht gegeben.

Und da gäbe es auch noch einen Vorschlag, auch wenn der heute nicht mit den Fragen abgefragt wird, aber da gäbe es auch einen Vorschlag, Ideen von pflegerischer Seite, wie da die Regelaufgaben noch mit angepasst werden können und müssen. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr Dr. Kuhn-Thiel.

Herr Dr. Kuhn-Thiel: Genau, um das ganze aufwandsarm zu gestalten: Man hat ja aus gutem Grund vielleicht auch die pflegerischen Leistungen nicht mehr erfasst, nicht weil sie nicht wertvoll sind, sondern weil das da auch Schwierigkeiten gab in der Einheitlichkeit in der Erfassung.

Erfassung von Therapieeinheiten sind im Prinzip kein Problem, wenn man das an ein Case-System dranknüpft. Aus der Prüferfahrung heraus, wenn man dann überprüft, zeigt sich, trennt sich die Spreu vom Weizen. Dass man eben sehr wohl dann auch nicht nur die Zeit erfassen muss, sondern auch in irgendeiner Weise den Inhalt der Therapie.

Im Normalfall sehe ich da kein Problem aus der Erfahrung der vergangenen Jahre. Und wir haben das im letzten Jahr nicht mehr so geprüft von Seiten der medizinischen Dienste. Ist es aber ein Problem, wenn die Dokumentation dann nicht so ist, dass man auch inhaltlich was daraus machen kann. Ich gebe nur zu bedenken, dass das auch wieder ein Aufwand sein kann.

Das ist sehr unterschiedlich in den Krankenhäusern, muss man bedenken, wenn man Therapieeinheiten zählt. Ich kann nur davon abraten, dass wieder differenziert zu machen. Einzelgruppentherapien auch für Pflegefachpersonen und für die Spezialtherapeuten. Ich gehe davon aus, dass im Prinzip die Leistung, die erbracht wird, auch dokumentiert wird. Wenn das so ist, und man zählt auf sechs und mehr, ist das sicher machbar. Aber das ist immer ein Punkt: Solange man das nur quasi erfasst und weiterbringt, ist das eine Sache, wenn einer das anguckt und überprüft, ist das noch eine andere Sache.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Ich würde dann einmal in die AG blicken, die hier vor mir sitzt oder die AG fragen, ob zu dieser ersten Frage oder zu den ersten Ausführungen Rückfragen bestehen. – Es melden sich Frau Prof. (BÄK) von der BÄK und Frau Dr. (BPtK) von der BPtK. – Frau Prof. (BÄK), bitte.

Frau Prof. Dr. (BÄK): Ja, Prof. (BÄK) für die Bundesärztekammer. Gibt es denn schon seitens der Fachverbände Vorschläge für einen neuen OPS? Sind Sie da schon in Vorbereitung?

Frau (AG-Geschäftsführung): Fragen Sie jemand Spezielles? – Nein, in die Gruppe.

Frau Prof. Dr. (BÄK): [Es] sind viele Verbände am Start. Einreichen dürfen die AWMF-Verbände. – Natürlich auch die Pflegeverbände. Auch die Therapeutenkammer darf einreichen. Gut.

Frau (AG-Geschäftsführung): Herr Dr. Hildenbrand meldet sich.

Herr Dr. Hildenbrand: Also kurz zur Antwort: Ja, wir haben einen Entwurf eines neuen OPS-Hauptcodes in dem DGPM-Vorstand entwickelt, auch mit den anderen Verbänden schon abgeglichen und als Vorschlag für einen neuen OPS-Code eingereicht.

Frau Prof. Dr. (BÄK): Schon fertig eingereicht. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Frau Dr. (BPtK).

Frau Dr. (BPtK): Dr. (BPtK), Bundespsychotherapeutenkammer. Aber dann nochmal eine Nachfrage: Herr Dr. Hildenbrand hat gerade gesagt, sie haben einen Hauptcode eingereicht. Das heißt, zusätzlich müssen ja die TEs dokumentiert worden [sein] und die lassen im Moment ja – also wie Sie es schon gesagt haben – nicht zu, dass die OPS-Verschlüsselung der Pflegetherapien möglich ist. Bei den Spezialtherapeuten ist auch nur die Einzeltherapie möglich.

Also schlagen Sie dann auch vor, dass die Therapieeinheiten über den OPS wieder in allen Berufsgruppen erfasst werden können als Einzel- und Gruppentherapie? Weil das müsste dann ja eigentlich erfolgen, um diesen Split hinzukriegen bei 6 TE. – [Das] frage ich jetzt Herrn Dr. Hildenbrand, weil der gerade schon gesagt hat, dass Sie einen Code eingereicht haben. Da kann gern auch jemand ergänzen.

Herr Dr. Hildenbrand: Wir wollen nicht die Therapieeinheiten für die genannten Berufsgruppen, insbesondere für die Pflege, über die Hintertür einführen, sondern es soll summarisch klassifiziert werden, ob weniger oder mehr als sechs Therapieeinheiten erbracht werden. Wie schon ausgeführt, werden ja die Therapieeinheiten inhaltlich sowieso dokumentiert aus MD-Überprüfungsgründen. Und wir wollen eben nicht über Einzel-Zusatzcodes im Sinne eines erweiterten Codes 9-6491X die anderen Therapieeinheiten gesondert nochmal erfassen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Möchte gegebenenfalls jemand ergänzen? – Das sehe ich nicht. – Ich würde dann vorschlagen, zur nächsten Frage zu kommen, wenn es keine weiteren Wortmeldungen gibt im Moment. Die zweite Frage lese ich nochmal vor. Das wäre die Frage: **‚Wenn der Vorschlag nur mit einem neuen OPS-Code umgesetzt werden kann, wie kann ein neuer OPS-Code gestaltet sein, damit er trennscharf die neue Prozedur abbildet und aufwandsarm angewendet werden kann?‘**

Das geht ja gut über zum Thema von eben. – Herr Dr. Hildenbrand, ich glaube, Ihre Hand ist noch oben oder ist das eine neue Wortmeldung? – Ok, gut. – Wer möchte von den Sachverständigen beginnen? – Möchte überhaupt jemand zu dem Thema noch- Ja. – Herr Dr. Hildenbrand, doch nochmal, gerne.

Herr Dr. Hildenbrand: Also vielleicht kommt das Zögern daher, weil wir die Frage 2 im Grunde jetzt schon in der Diskussion beantwortet haben, da Herr Prof. Friederich dazu auch schon Stellung genommen hat. Etwas darüber Hinausgehendes können wir, glaube ich, im Moment gar nicht sagen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. Dann war das schon mit dem Nachgang zur ersten Frage beantwortet. – Ok, dann kommen wir zur dritten Frage: **‚Können die Vorschläge der DGPM weiterentwickelt werden, damit diese sowohl für die Psychiatrie als auch für die Psychosomatik angewendet werden können? Und wenn ja – wie?‘** – Herr Prof. Friederich.

Herr Prof. Dr. Friederich: Ja, vielleicht nochmal kurz zum Hintergrund der Minutenvorgaben: Es ist so, dass die ja abgeleitet sind von einer groß angelegten Iststandserhebung, die als Teilprojekt im Rahmen der EPPIK-Studie durchgeführt worden ist. Und es wurden in diese Iststandserhebungen ausschließlich psychosomatische Einrichtungen aufgenommen und auch nur Einrichtungen, die über eine Weiterbildungsberechtigung für psychosomatische Medizin verfügen.

Somit sind die Minutenvorgaben, die in dieser Erhebung generiert worden sind, spezifisch für psychosomatische Einrichtungen und lassen sich somit jetzt nicht ohne Weiteres in andere Fächer übertragen. Und uns ist auch nochmal wichtig zu betonen, dass wir schon Unterschiede sehen in der Versorgungsstruktur, in den Behandlungstechniken, in den Behandlungszielen und auch dem Versorgungsauftrag, den die psychosomatische Medizin im Vergleich zur Psychiatrie hat. Und somit ist eine Übertragung oder aber auch Nutzung für eine Weiterentwicklung in unseren Augen nicht sinnvoll.

Ich möchte das gerne auch nochmal an zwei Beispielen verdeutlichen: Das eine ist der Behandlungsbereich P1. Der wurde damals abgeleitet aus A5. Also die Minutenwerte von A5 sind eins zu eins für die P1 genommen worden. Und die Iststandserhebung zeigt jetzt sehr eindrücklich, dass diese Minutenvorgaben, die damals aus der Psychiatrie übernommen worden sind, für die Psychosomatik nicht passend sind und damit eigentlich [für] die Behandlungsprogramme gar nicht umsetzbar wäre.

Ein weiteres Beispiel: P2. P2 ist ein Behandlungsbereich, der auf Wunsch der Psychiatrie damals gespiegelt worden ist in die Behandlungsbereiche der Psychiatrie mit A7 und A8. P2 orientierte sich- Damals hatten wir leider keine anderen Daten als die Heuftschen Anhaltszahlen. Es zeigt sich aber auch da, dass wenn wir uns das jetzt angucken, dass A7 in der Psychiatrie überhaupt keine Verwendung gefunden hat oder zumindest eine nennenswerte Verwendung.

Somit irritiert uns die Frage so ein bisschen, inwieweit da auch eine Verwendung der jetztigen Mindestvorgaben, wie sie für die Psychosomatik neu festgelegt werden sollen, gleichzeitig auch eine Anwendung im Bereich des Fachgebietes Psychiatrie finden sollen. Vielen Dank.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr Dr. Kuhn-Thiel als nächster gern.

Herr Dr. Kuhn-Thiel: Danke. Wir müssen, glaube ich, prinzipiell festhalten, dass die psychosomatische Medizin, das Fachgebiet psychosomatische Medizin und Psychotherapie eben etwas anderes ist als das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie. Das eine haben wir auch abgebildet im Bereich A der PPP-Richtlinie. Das andere ist im Bereich P.

Zu sagen, dass man hier etwas gleichzieht, kann man vielleicht rechtfertigen, wenn man sagt, man geht von einem psychotherapeutischen Schwerpunkt aus. Wenn ich rein psychotherapeutisch arbeite, mag das angehen, dass es im Bereich der Psychiatrie auch Stationen und Bereiche gibt, die ähnlich arbeiten wie im Bereich der psychosomatischen Medizin. Und dennoch ist es ein Unterschied.

Wir haben für die psychosomatische Medizin ja auch einen anderen Komplexbehandlungscode: Den OPS-Code 9-63, der neben der fachärztlichen Leitung durch einen Facharzt für psychosomatische Medizin, Fachärztin für psychosomatische Medizin/Psychotherapie auch ganz andere Ausgestaltungen noch hat. Viel differenzierter als der Code 9-62, der auch die psychosomatische Behandlungsleitung möglich macht, aber eben auch die psychiatrische oder Facharzt für, ich glaube, das ist dann Nervenheilkunde, wenn es sowas noch gibt.

Also das ist dann der geöffnete Code für den Bereich Psychiatrie. Ich glaube, es ist einfach etwas anderes und wird der Sache auch gerechter, wenn man das differenziert abbildet. Jetzt spreche ich gar nicht von Minutenwerten. Das kann man sich dann überlegen. Aber zu sagen,

eine psychotherapeutisch behandelnde Station ist etwas anderes noch als eine rein psychiatrische Station und das andere ist, dass [das] Fachgebiet psychosomatische Medizin etwas anders ist als die Psychiatrie. Und ich glaube, man muss das differenziert abbilden.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Frau Fröhlich.

Frau Fröhlich: Ja, ich möchte das Ganze nochmal aus der Sicht der Pflege darstellen. Ich war auch sehr, sehr irritiert über diese Fragestellung und kann mir überhaupt gar nicht vorstellen, welche Gedanken dazu geführt haben, dass diese Frage überhaupt formuliert wurde, weil wir in der psychosomatischen Pflege, je nach Institution – ich spreche jetzt mal für universitäre Einrichtungen, Maximalversorger – eher die große Herausforderung mit der PPP-Richtlinie haben, dass wir zu wenig Pflegepersonal vor Ort haben, um gewisse Medizinstandards bedienen zu können, um auch pflegegeleitet/pflegeverantwortlich zu arbeiten.

Wir kommen im späteren Fragenverlauf noch differenzierter auf die Einrichtungstypen zu sprechen. Aber an der Stelle möchte ich ganz klar sagen, dass es nicht denkbar wäre, diese aktuelle Thematik jetzt auch in den psychiatrischen/kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich zu übertragen. Umgekehrt würde eher ein Schuh draus werden, dass wir uns den Minutenwerten der Erwachsenen-Psychiatrie in der Psychosomatik in der Pflege annähern, weil da diese Differenz einfach, auch das Personal-Delta nicht so gegeben ist, wie es aktuell für universitäre Einrichtungen/Maximalversorger ist. Da haben wir ein Delta zwischen Personaleinsatz im Bedarf und im Ist. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Frau Prof. Ganter-Argast, bitte.

Frau Prof. Dr. Ganter-Argast: Genau. Ich möchte an dem Punkt nochmal ein anderes Thema reinbringen für diese dritte Frage. Und zwar ist es aus Sicht der künstlerischen Therapien so, dass in der Psychiatrie durchgehend der Begriff künstlerische Therapien auch verwendet wird. Und das möchten wir gerne auch für die Psychosomatik so anwenden oder sehen.

Die künstlerischen Therapien: Das bedeutet Musik-, Kunst-, Theater-, Poesie- und Tanztherapien. Und wir sehen auch den Begriff der Spezialtherapie sehr ungünstig, da eigentlich unklar ist, wer genau damit gemeint ist und so ein Sammelsurium an Berufsgruppen auch die unterschiedlichen Professionen verwischt. Also wenn wir bei dem Begriff Spezialtherapien bleiben würden, dann wäre wichtig, genauer zu bestimmen, wer denn eigentlich dazugehört.

Und wenn auch Berufsgruppen neben den künstlerischen Therapien und der Bewegungstherapie- Wenn da ebenso dazugehört Ernährungstherapie oder Körpertherapie, dann müssten da dann auch die Minutenwerte entsprechend angepasst werden. Genau. Vielleicht das von meiner Position aus zu dieser dritten Frage.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Wenn von der Seite der Sachverständigen keine Wortmeldungen sind- Doch, Herr Dr. Hildenbrand, gerne.

Herr Dr. Hildenbrand: Ja, vielleicht nur noch eine kurze Anmerkung auch im Hinblick auf die Irritation, die diese Frage ausgelöst hat. Weil hier in dieser Frage schon über eine Weiterentwicklung der Vorschläge der DGPM beraten werden soll, noch bevor diese Vorschläge im eigentlichen Fachgebiet in der Psychosomatik überhaupt entschieden wurde oder sie in der Versorgung Berücksichtigung finden konnten.

Und ich finde es da auch vom Prozess her sinnvoll, erstmal eine Umsetzung für die psychosomatische Medizin zu starten, um dann über Fragen der Weiterentwicklung zu einem späteren Zeitpunkt sprechen zu können.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön für den Hinweis nochmal an die AG. – Dann schaue ich jetzt hier auch mal direkt in die AG, wer Wortmeldungen hat dazu, Rückfragen hat, wer

sich outen möchte: Wie kam es denn zu der Frage? – Herr (GKV-SV).

Herr (GKV-SV): Ja, (GKV-SV), GKV-Spitzenverband. Die Frage stellt sich ja, weil wir in der bestehenden Ausgangssituation durchaus eine Dopplung von Behandlungsbereichen, die wir in der Psychosomatik haben, auch im Bereich der Psychiatrie haben. Und das ist letztendlich der Hintergrund, weswegen wir das diskutieren. Vielen Dank für Ihre Rückmeldungen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Ja, nutzen Sie gerne Ihre Rückfragen an die Sachverständigen. Das ist heute eine Ressource, die wir nur heute haben, dass wir nochmal Rückfragen stellen können. – Gibt es noch Fragen von AG-Seite? – Es gibt noch eine Wortmeldung von Herrn Dr. Heimbeck. Sehr gerne.

Herr Dr. Heimbeck: Ja. Ich kann nur noch für die Sport- und Bewegungstherapie und für die Physiotherapeuten sprechen. Letztendlich müsste sich diese Forderung ja im Alltag irgendwie widerspiegeln. Und auch meine Erfahrung ist aus dem täglichen Tun, dass wir ganz andere Behandlungsmittel/-methoden haben, was eine ganze andere Personalbemessung zugrunde legt in der Einzelversorgung oder der Gruppenbehandlung, ob ich körperlich orientiert vorgehe oder psychotherapeutisch vorgehe.

Und da gibt es einen deutlichen Unterschied im praktischen Vorgehen, das sich nicht widerspiegeln ließe in der Theorie oder theoretischen Überbau. Genau.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Es gibt hier auch noch eine Frage. – Frau Dr. (GKV-SV) vom GKV-Spitzenverband.

Frau Dr. (GKV-SV): Ja, nochmal eine Frage zur Anwendung der vorgeschlagenen Behandlungsbereiche für die Psychosomatik im Bereich Psychiatrie. Es ist ja nun mal so, dass wir in Deutschland eine Sonderrolle haben. Da ist ja der Bereich Psychosomatik ein deutsches … Phänomen möchte ich jetzt nicht sagen, also eine deutsche Besonderheit, sage ich mal. Und bei allen der Antworten war ja schon auch der Fokus dabei, wenn man sich über den Punkt Therapieintensität nähert, Psychotherapie, dann habe ich Sie schon wahrgenommen, dass das eine Möglichkeit wäre, die Bereiche auch im Bereich Psychiatrie einzuführen, wenn dort der Weg hinginge, den Patienten mit mehr Psychotherapie zu versorgen.

Oder habe ich das falsch verstanden? Dann würde mich nochmal eine Rückmeldung interessieren, wie Sie das bewerten, die psychiatrischen Patienten auch mit mehr Psychotherapie zu versorgen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Herr Dr. Kuhn-Thiel, bitte.

Herr Dr. Kuhn-Thiel: Also ich hatte es vorhin schon gesagt: Psychotherapie findet ja auch in der Psychiatrie statt. Und ich möchte auch nicht unterstellen, dass es nicht auch hervorragende Psychiater und Psychotherapeuten gibt, die gute psychotherapeutische Arbeit leisten. Alleine die Ausbildung für einen Facharzt für psychosomatische Medizin – immer die weibliche Form auch bitte miteingeschlossen – auch Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist eine andere als die für einen Facharzt für Psychiatrie. Da gibt es [einen] wirklich größeren Schwerpunkt auf die psychotherapeutische Ausbildung.

Und ich glaube, das muss man einfach immer berücksichtigen, dass das eben etwas anderes ist. Früher hieß der Facharzt sogar psychotherapeutische Medizin. Jetzt heißt er psychosomatische Medizin und Psychotherapie, eben um genau den psychotherapeutischen Schwerpunkt deutlicher zu machen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Frau Fröhlich.

Frau Fröhlich: Ich bin jetzt schon wieder ein bisschen irritiert. Aber ich darf mich ja zu Wort

melden. Ich finde den Gesprächsverlauf jetzt gerade so ein bisschen kritisch. Wir treffen uns hier, um über die psychosomatische Versorgung zu sprechen und switchen so ein bisschen in die Perspektive der psychiatrischen über.

Ich würde gerne nochmal den Fokus zurücklenken, wo denn auch einfach die Besonderheiten in der psychosomatischen Versorgung sind und auch diese aktuellen Defizite, die wir einfach wahrnehmen, anstatt jetzt diesen Vergleich aufzustellen. Weil wir haben in der Psychosomatik gerade auch in der Pflege mehrere große Baustellen, die wir da auf unterschiedliche Art und Weise bewältigen müssen.

Und im Verlauf der Fragen wird nochmal ein bisschen deutlicher, wo wir uns vielleicht auch hinaus- hindifferenzieren, wo wir nochmal schauen können, wo denn einfach auch in der Psychosomatik die Herausforderungen sind, wo wir uns auch bezogen auf eine Personalbemessung oder eine Mindestvorgabe hinbewegen können und sollten. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Herr Dr. Marwitz.

Herr Dr. Dipl.-Psych. Marwitz: Ja. Ein Gedanke dazu: Mich beschäftigt ja immer: Was können wir am besten tun für unsere Patienten? Wo sind die am besten aufgehoben? Ich selbst arbeite auf einer Station mit einer PTBS-Schwerpunktbehandlung. Und ich denke Psychotherapie ist auch ein Gebiet, was sich inzwischen in den letzten 30-40 Jahren sehr ausdifferenziert und weiterentwickelt hat.

Ich denke, es gibt Patienten, die sind sehr gut psychotherapeutisch, allerdings in einer psychiatrischen Klinik besser aufgehoben/gut aufgehoben. Zum Beispiel Suizidalität, psychotisches Erleben, was es ja auch gibt in Komorbidität mit PTBS, darf man nicht unterschätzen. [Es] gibt ja auch einige Studien, die zeigen, dass zum Beispiel [mit] EMDR-Behandlungen bei Schizophrenen Patienten und Vorliegen eines Traumas durchaus erfolgreich behandelt werden kann. Aber da sehe ich ganz klar die Psychiatrie dann auch da als den besseren Ort.

Umgekehrt gibt es Patienten, die auch zuvor in einer Psychiatrie behandelt werden. Also ich habe eine Patientin im Hinterkopf, die einige/drei EKT-Serien hat, eine schwere Depression hat und nicht wirklich gut rausgekommen ist. Da liegt eine schwere PTBS zugrunde. Die ist wiederum jetzt nicht mehr suizidal, [sondern] gut therapiemotiviert. Die profitiert jetzt sehr von einem psychotherapeutischen Vorgehen auch hier. Und ich denke sie ist hier bei uns in der Psychosomatik gut aufgehoben.

Und von daher denke ich, dass diese Differenzierung sinnvoll ist, aber dass in beiden Wirkungsstätten gut Psychotherapie angeboten werden kann, aber eben im Hintergrund auf die bestehende Komorbidität: Eben stärker psychiatrisch oder stärker psychosomatisch.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr (PatV) von Seiten der AG, eine Wortmeldung.

Herr (PatV): Ja, vielen Dank. Herr (PatV), Patientenvertreter. Also ich denke, dass das für mich [eine] Bestätigung ist, dass es da grundsätzlich die Trennung gibt. Aber was Diagnostik und Symptomatik betrifft, gibt es nicht immer so eine Trennschärfe. Also es kann passieren, dass man mit einer ähnlichen Diagnose in die psychiatrische Klinik kommt und nicht in die psychosomatische und man das erst später feststellt. Oder man kann sagen, es findet nacheinander statt.

Was zum Beispiel Reha betrifft, da gibt es grundsätzlich psychosomatische Kliniken. Und ich wurde da auch als Patient mit Depression in der Psychosomatik behandelt. Teilweise sind das auch Kliniken, wo es sowohl Akutbehandlung wie auch Reha-Behandlung gibt. Deswegen gibt es nicht nur explizit eine psychosomatische Diagnose, sondern auch eine psychiatrische.

Also, die Trennschärfe ist nicht immer, sagen wir, exakt. Das wollte ich erwähnen. Unter Umständen, sagen wir, kann das auch schon passieren vielleicht, dass in grundsätzlich psychiatrischen Kliniken zum Beispiel auch einige Patienten mit Schwerpunkt Psychosomatik behandelt werden können. Und vielleicht auch umgekehrt, aus welchen Gründen auch immer. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Ja, vielen Dank, Herr (PatV). – Ich sehe teilweise Nicken in der Runde. Und ich habe jetzt auch einige Wortmeldungen. – Herr Prof. Friederich. Beginnen wir mit Ihnen.

Herr Prof. Dr. Friederich: Ja, vielen Dank, Herr (PatV). Das ist ein ganz, ganz wichtiger Punkt, dass natürlich in der Diagnosestellung wir mit den gleichen Instrumenten arbeiten und auch zu ähnlichen Ergebnissen kommen. Aber wie in vielen anderen Bereichen der Medizin auch, ist es ja so, wenn ich jetzt zum Beispiel ein Prostatakarzinom habe, dann kann ich, wenn ich mir die verschiedenen spezifischen Aspekte des Patienten angucke, entscheiden, das entweder zu operieren oder ich bestrahle es. Und jetzt zu sagen, nur, weil es ein Prostatakarzinom ist, kann ich das sowohl in der einen als auch in der anderen behandeln, ist nicht korrekt. Weil die Behandlungstechniken, die Behandlungsmethoden auch letztlich so die Situation des Patienten, Alter, usw. Berücksichtigung finden und damit dann eine bestmögliche Behandlung auch erfolgt.

Und diese Differenzierung, glaube ich, die brauchen wir ganz, ganz dringend auch im Bereich der Versorgung von psychischen Patienten. Aber ich schaffe es nicht, indem ich einfach behaupte, es könnte in der Psychiatrie psychosomatische Versorgung stattfinden, ohne dass es dort die entsprechenden Fachärzte gibt und auch das sonstige Personal, was Erfahrung mitbringt in der Psychosomatik. Und umgekehrt geht es auch nicht. Ich kann auch nicht in der Psychosomatik eine psychiatrische Versorgung anbieten, weil eben dort auch die Kompetenz und die Qualifizierung nicht vorliegt.

Und das, worüber wir sprechen, ist ja in der Medizin in ganz, ganz vielen Bereichen- Also da könnte man jetzt endlos viele Bereiche aufzählen, wo das so ist, dass eine Diagnose durch verschiedene Disziplinen behandelt wird und dass die Spezialisierung ja gerade auch eine Stärke ist. Und die sollten wir maximal nutzen. Weil Teil dieser PPP-RL, über die wir reden, ist ja Qualitätssicherung. Und Ziel ist es, die bestmögliche qualitative Versorgung für unsere Patienten anzubieten. Vielen Dank.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Ich habe noch Wortmeldungen von Frau Fröhlich und von Herrn (PatV) hier in der AG. – Frau Fröhlich.

Frau Fröhlich: Ja, vielen lieben Dank, Hans-Christoph, auch für die gute Vorrede. Da möchte ich nochmal drauf anschließen, dass es genau an der Stelle so wichtig ist, dass wir uns nochmal die Regelaufgaben anschauen. Weil genau das wird jetzt so nicht deutlich. Wenn ich mir jetzt für die psychosomatische Pflege die aktuellen Regelaufgaben anschaue, da sehe ich nicht die PPP-RL in Wirklichkeit dahinter. Da ist nicht Qualität. Da ist wenig spezialisiert und schon gar nicht diese Bedeutsamkeit.

Und das, was jetzt in den zwei Beiträgen nochmal gut gesagt wurde, ist: Wir reden von einer gemeinsamen Schnittmenge und haben dann aber auch einen großen Anteil Spezialisierung. Und das heißt es, herauszuarbeiten und darüber auch zu definieren, um dann auch die Leistung in der Versorgung erbringen zu können. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr (PatV).

Herr (PatV): (PatV), Patientenvertreter. Also ich bin ein bisschen irritiert. Wir reden von Psychiatrie. Ich weiß, es gehört überhaupt nicht hierher, aber ich wollte jetzt einfach nur eine Wortmeldung loslassen, weil es nicht ganz für mich nachvollziehbar ist.

Wir reden schon von ICD-10 und ICD-11. Ob Psychiatrie oder Psychosomatik, ist eigentlich gleich. Welche Diagnose soll die richtige sein? Das wollte ich nur ergänzen und das musste ich jetzt unbedingt loswerden, weil es betrifft, dass Patienten richtig behandelt werden sollen. Und da ist es im Endeffekt egal, ob es eine Psychiatrie oder eine Psychosomatik ist. Bitte verständigen Sie sich. Sie haben 85 Millionen Bundesbürger zu versorgen.

Das wäre mein Wortbeitrag, dankeschön, [bzw. meine] Überlegungen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Herr Dr. Hildenbrand.

Herr Dr. Hildenbrand: Ja. Vielleicht wiederhole ich jetzt an der einen oder anderen Stelle etwas, was schon gesagt wurde. Aber wichtig ist, wie gerade gesagt wurde, die richtige Diagnose zu stellen. Wobei zur Diagnose eben viel mehr dazugehört als eine ICD-10 oder ICD-11-Diagnose, sondern eine umfassendere biopsychosoziale Einschätzung des Patienten. Auch daraus können sich schon Differenzierungen ergeben.

Aber wir haben immer in der Diskussion deutlich gemacht, dass Diagnosen in den Fachgebieten Psychiatrie und psychosomatische Medizin nicht die Unterschiedlichkeit der Fachgebiete darstellen. Das ist auch, wie schon gesagt, in anderen somatischen Fachgebieten so ähnlich. Da ist auch die Diagnose auch nicht maßgeblich für die Zuordnung – zum Beispiel in ein internistisches Fachgebiet oder in ein chirurgisches Fachgebiet.

Deswegen unterscheiden wir ganz besonders – und das versuchen wir gerade auch über die Weiterentwicklung der Behandlungsbereiche zu tun – Behandlungsstrukturen und Settings, Behandlungsmethoden, Behandlungsziele und unterscheidbare qualifikatorische Voraussetzungen. Das sind sozusagen die wesentlichen und wichtigen Unterscheidungskriterien, auf die wir uns beziehen müssen.

Und vorhin wurde der Begriff des Sonderwegs, den wir in Deutschland haben, nochmal aufgegriffen. Wenn man diesen Begriff hört, hat der oft so ein bisschen die Konnotation eines sonderbaren Wegs. Das sollte so eben nicht sein. Sondern dieser Sonderweg markiert, dass wir hier in Deutschland eine besondere Qualität an Behandlungen vorhalten, wo wir die Stärken der Psychiatrie wie auch die Stärken der psychosomatischen Medizin differenziert nutzen. Und das ist eben so in anderen Ländern noch nicht gegeben.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Jetzt habe ich noch eine Wortmeldung von Frau Dr. (BPtK) von der BPtK. Und dann möchte ich vorschlagen, diesen Fragenbereich zu verlassen und nochmal einen Blick auf die Fragenliste zu werfen und dann zur Nummer 4 zu kommen. – Vorher aber gern Frau Dr. (BPtK).

Frau Dr. (BPtK): Genau. Ich möchte schon nochmal kurz erwähnen, dass es ja auch Leitlinien gibt, die beschreiben, welche evidenzbasierte Behandlung für bestimmte Behandlungen notwendig ist. Das ist dann nicht nur die Diagnose, da werden dann auch bestimmte Untergruppen von- Das wird da sehr differenziert. Und ich denke ja, dass in der Psychosomatik dann für dieselben Erkrankungsbilder dann auch die gleichen Leitlinienempfehlungen gelten. Würde ich mir zumindest erhoffen als Patientin.

Und jetzt nochmal zur Frage der Psychotherapie. Das geht nochmal an Herrn Dr. Marwitz, der ja psychologischer Psychotherapeut ist und vorhin ein bisschen differenziert hat, ob [die] Psychotherapie in der Psychosomatik etwas anderes ist als Psychotherapie in der Psychiatrie. Da würde ich ihn- Da ist vielleicht das Umfeld ein anderes, das Setting manchmal ein anderes. Aber es gibt ja auch unsere- Also die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die sehr gut ausgebildet sind für Psychotherapie. Und zwar unabhängig davon, ob sie dann in der Psychosomatik tätig sind oder in der Psychiatrie.

Und deshalb nur vielleicht Ihre Einschätzung dazu, ob nicht auch Psychotherapeuten, die gut ausgebildet sind, auch in der Psychiatrie natürlich gute Psychotherapie machen können und deshalb die Patienten dort auch gut psychotherapeutisch behandeln können.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. Ich erinnere, Sie haben Herrn Dr. Marwitz gefragt?

Frau Dr. (BPtK): Vielleicht einen kurzen Kommentar dazu. Vielleicht können Sie das erläutern, wie Sie das sehen. Oder ob das für die Psychotherapeuten nicht gilt, diese Differenzierung, je nachdem, wo sie tätig sind.

Frau (AG-Geschäftsführung): Herr Dr. Marwitz, Sie melden-

Herr Dr. Dipl.-Psych. Marwitz: Ja, jetzt wollten wir weitermachen, aber wenn ich doch direkt angesprochen bin, möchte ich doch was sagen. Da es natürlich meine Ehre als psychologischer Psychotherapeut betrifft, gehe ich davon aus, dass Psychologen und psychologische Psychotherapeuten, in dem einem wie im anderen Setting gute Arbeit machen.

Meine Differenzierung geht eher auf die inhaltlichen Ausgestaltungen oder darauf, wie ich Therapie mache. Und da ist natürlich das Setting und auch die Ressourcen, auf die ich zurückgreifen kann- Also habe ich zum Beispiel eine beschützte Station zur Verfügung oder habe ich das nicht? Das macht natürlich auch schon was aus. Von daher geht es mir überhaupt nicht um die Kompetenz.

Und ich fände es gut, wenn gerade natürlich in der Psychiatrie auch Psychotherapeuten, und zwar nicht nur Psychotherapeuten in Ausbildung, die ja man da ja sehr in großer Zahl antrifft, sondern auch psychologische Psychotherapeuten oder in Zukunft Fachpsychotherapeuten tätig werden. Aber wie gesagt, das Setting ist ein anderes. Und ich denke, deshalb finde ich es gut, dass es diese Differenzierung gibt.

Vielleicht noch eine kurze Anmerkung: Ich arbeite ja in der Schön Klinik Roseneck hier in Südost-Bayern. Und wir haben auch nicht wenige Patientinnen und Patienten aus Österreich immer mal wieder bei uns in Behandlung, die dort in der Psychiatrie behandelt wurden und eben da nicht so richtig gut aufgehoben sind und dann gerne zu uns kommen und bei uns doch, glaube ich mal, eine deutlich ergänzende Behandlung auch bekommen. Also diese Differenzierung macht auch aus meiner Sicht definitiv im Alltag Sinn. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank für die Antwort. – Dann würde ich gern zurückkommen zu den Fragen, die wir den Sachverständigen vorgelegt hatten. Wir wären jetzt bei der vierten Frage. Es ist jetzt tatsächlich [ein] Themenwechsel zum OPS-Code 9-62. Die DGPM hatte in ihrer Stellungnahme [vorgeschlagen], diesen Code in den Behandlungsbereichen P2 und P4 zu streichen.

Und die Frage dazu lautet: **‚Was spricht für eine Beibehaltung oder eine Streichung dieses OPS-Codes 9-62 in den neu vorgeschlagenen Behandlungsbereichen P2, P3, P4, P5 und P7?‘** – Wer möchte beginnen? – Also, die Antwort der DGPM kann man sich vielleicht ein bisschen denken. Aber melden Sie sich gerne nochmal und erläutern Sie Ihre Position. Oder auch Gegenvorschläge natürlich. – Herr Prof. Friederich.

Herr Prof. Dr. Friederich: Ja, wie Sie schon angedeutet haben: Es knüpft natürlich sehr stark an diese Diskussion an, die wir gerade geführt haben. Vielleicht ergänzend nochmal ein Aspekt: Die verschiedenen Fachgebiete Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie haben sich zusammengesetzt und sich Gedanken gemacht: Wie könnte denn ein Personalbemessungsmodell aussehen, um dann auch Mindestvorgaben festzulegen?

Und in dem Zusammenhang ist auch nochmal deutlich geworden, dass eben das Strukturmodell für die Psychosomatik ein anderes ist als das für die Psychiatrie. In der Psychosomatik

haben wir Behandlungscluster. Das heißt, wir gehen davon aus, dass es wichtig ist, bestimmte Therapieprogramme durch Personal angemessen auszustatten und das zu finanzieren. Während man in der Psychiatrie biopsychosoziale Bedarfscluster festgelegt hat, die sich sehr viel mehr am individuellen Versorgungsaufwand des Patienten orientieren.

Das hat einfach damit zu tun, dass die Patienten in der Psychiatrie sehr viel häufiger notfallmäßig aufgenommen werden und eine Akut- und Notfallversorgung brauchen und dann auch im Verlauf sich die Behandlung und auch der Versorgungsbedarf ändert, sodass dieses Modell der Bedarfscluster in diesem Fall sehr viel passender ist.

Ich habe das Beispiel einfach nochmal angeführt, um zu verdeutlichen, dass wir einfach grundlegende Unterschiede haben. Und vor dem Hintergrund, wie weit jetzt 9-62 genutzt werden kann, um eine Einstufung dann in die Behandlungsbereiche P2, P3, P4, P5 und P7 zu erreichen, muss man sagen, dass dies rein fachlich abzulehnen ist vor dem Hintergrund, dass aktuell diese Möglichkeit besteht.

Zumindest für P2 und auch für P1 beziehungsweise P6 wäre zu überlegen, inwieweit man das aufrecht erhalten kann. Aber ich denke, alleine aufgrund der signifikanten Unterschiede auch in der fachärztlichen Ausbildung würde das für die anderen genannten Bereiche so nicht gelten.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Gibt es weitere Wortmeldungen dazu? – Herr Dr. Kuhn-Thiel, bitte.

Herr Dr. Kuhn-Thiel: Ich habe den Code 9-62 immer so verstanden, dass er eben genau den psychotherapeutischen Schwerpunkt in der Psychiatrie abbilden können soll und daher auch die Möglichkeit hat, ähnlich gelagert mit diesen drei Therapieeinheiten, durch Ärzte und Psychotherapeuten. Das Unterscheidungsmerkmal ist ja, dass bei dem Code 9-63 zum einen ausschließlich [ein/e] Fachärztin/Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie hier die Behandlungsleitung macht.

Und natürlich noch die Ausdifferenzierung in der, ich sage mal, Diagnostikeinstufung und Behandlung der Patienten, die eben nochmal anders aufgeführt wird, was hier gefordert wird: Verhaltensanalysen, verhaltenstherapeutisch arbeiten, Klinik, OPD-Diagnostik, tiefenpsychologisch fundiert arbeiten, dass es explizit dort festgeschrieben ist.

Das heißt, das ist der Trenner: 9-62-Code macht eigentlich nur dann Sinn, wenn ich sage, ich möchte was abbilden in der Psychiatrie, was der Psychotherapie gerecht wird. Und da kann man sich überlegen, wie viel Minutenwerte – oder wir werden auch über Therapieeinheiten möglicherweise noch sprechen müssen – man dort dann festschreibt. Ob das nur ärztlich-psychologische sind oder ob das gegebenenfalls auch noch weitere therapeutische Einheiten sind, wie eben auch in der psychotherapeutischen Behandlung oder der ganz wichtigen Kunsttherapeuten/Ergotherapeuten/Pflegefachperson/co-therapeutische Leistung, sage ich jetzt mal, Bewegungstherapeuten. Ich hoffe, ich habe jetzt alle genannt und keinen vergessen.

Eben diesen multimodalen Ansatz in der Behandlung. Den soll man sicher auch irgendwie in der Psychiatrie abbilden können. Aber nochmal: Es ist etwas anderes, ob ich das mit einem psychiatrischen Schwerpunkt mache oder im psychosomatischen Schwerpunkt.

Und um nochmal auf den Patientenvertreter vorhin einzugehen: Es gibt natürlich eine Schnittmenge – die gibt es immer. Und trotzdem ist es ein sehr großer Unterschied, ob ich in eine psychosomatische Einrichtung gehe oder in eine psychiatrische Einrichtung.

Nochmal: Schnittmengen gibt es, und Psychotherapie wird in beiden Bereichen gemacht. Aber wir sprechen ja hier genau über eine Ausdifferenzierung dieser unterschiedlichen

Fachgebiete, nämlich bei den Erwachsenen. [Bei] Erwachsenen-Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder-/Jugendpsychiatrie kommen wir auch nicht hin und sagen, wir schmeißen da alles zusammen, weil auch psychotherapeutische Dinge angewendet werden. Bei den Kindern [ist es] selbstredend eine andere Sache. Bei den Erwachsenen wird die vielleicht für den Außenstehenden auch nicht immer so klar. Aber es ist etwas anderes.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Gibt es noch Rückfragen von Seiten der AG? – Herr (PatV) von der Patientenvertretung.

Herr (PatV): Nochmal ganz kurz: Ich weiß sehr wohl, Schwerkranke – Psychiatrie, weniger Kranke – Psychosomatik, Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Gibt es noch weitere Wortmeldungen? – Frau (DPR) vom DPR.

Frau (DPR): Ja, ich habe nochmal eine Frage zu diesem OPS-Code. OPS-Code ist ein Kostentrenner. Das heißt, welche Ressourcen aufgewendet werden müssen und nicht, was da inhaltlich passiert. Wie unterscheidet sich denn eine Therapieeinheit für einen psychiatrischen Patienten von einer Therapieeinheit für einen psychosomatischen Patienten? Das sind meines Erachtens beides mal 25 Minuten.

Inhaltlich kann das was völlig Unterschiedliches sein. Aber so als Leistungserhebung ist es doch eigentlich dasselbe oder? Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Herr Dr. Kuhn-Thiel, Sie hatten sich gemeldet. Vermutlich nicht zu dieser Frage, aber-

Herr Dr. Kuhn-Thiel: Genau. Da würde ich auch den Kollegen gerne das Wort überlassen. Was mir wichtig ist: In der Psychiatrie werden schwerkranke Patienten behandelt, aber in der Psychosomatik werden auch schwerkranke Patienten behandelt. Die Schwere der Erkrankung festzumachen, [zu] sagen: hier die Schweren, da die Leichten, das wird der Sache nicht gerecht.

Es gibt sehr schwerst-, schwerstkranke Patientinnen und Patienten, die in der Psychosomatik behandelt werden, die überhaupt keine anderen Möglichkeiten haben, als dort behandelt zu werden. Also es ist nicht so, dass man sagt, die Befindlichkeitsstörungen, die werden in der Psychosomatik behandelt. Die werden ambulant behandelt.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Frau (DPR), haben Sie einen speziellen Adressaten Ihrer Frage?

Frau (DPR): Also da die OPS ja rein für den ärztlich-therapeutischen Dienst war, hätte ich mir schon auch gerne von Herrn Dr. Kuhn-Thiel vielleicht die Antwort gewünscht. Er hat auch schon die Hand gehoben. Danke.

Herr Dr. Kuhn-Thiel: Kein Problem. Eine Therapieeinheit definiert sich über 25 Minuten. Da haben Sie vollkommen Recht. Eine Einzeltherapieeinheit. Dann gibt es jede Menge Gruppentherapien. Das ist immer eine Frage des Settings. Arzt ist Arzt. Psychologe ist Psychologe. Es wird differenziert. Beide machen möglicherweise im Schwerpunkt dann mehr bei einer psychotherapeutischen Behandlungseinheit, eben Psychotherapie. Vielleicht ist es im psychiatrischen Bereich auch etwas anders, dass man super tiefe Gespräche hat, die vielleicht nicht ganz im engeren Sinne eine psychotherapeutische Therapieeinheit abbilden.

Und deshalb ist es dann genauso wichtig, wenn wir über Psychotherapie Therapieeinheiten stellen. Das sind Kostentrenner zum einen, aber hier werden auch Leistungsaspekte festgeschrieben. [Die umfasst bei] 9-63 eben wesentlich mehr Leistung als in dem Bereich 9-60, 9-61 oder 9-62, bei aller Ähnlichkeit.

Aber da muss man dann tatsächlich nochmal differenzieren, wie die Leistung ausgeführt wird. Und dann müssen wir tatsächlich sprechen über ein Mindestmaß an Therapieeinheiten- Wie viel Therapie bekommt denn jemand tatsächlich? Und in der Psychiatrie ist es oftmals gar nicht möglich, schwerstkranke Patienten mit 25 Minuten Psychotherapie zu behandeln, weil die das gar nicht durchstehen. Das sind es vielleicht nur 15 Minuten. Das können Sie gar nicht abbilden als Therapieeinheit. Ist aber trotzdem sehr wichtig. Ich brauche [hier] eine psychotherapeutische Behandlung.

Und ich gehe mal davon aus, dass wir immer davon sprechen, dass im Bereich psychosomatische Medizin und Psychotherapie das Wesentliche einer Behandlung schon auch die Psychotherapie ist. Da brauche ich eine gewisse Fähigkeit, Aufmerksamkeitsspanne, 25 Minuten, vielleicht auch 50 Minuten, die eben gar nicht jeder psychiatrische Patient durchstehen kann. Das ist der entscheidende Unterschied.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr Prof. Friederich.

Herr Prof. Dr. Friederich: Also mein Verständnis von OPS-Codes ist, dass sie sowohl natürlich einen Einfluss haben auf die Vergütung, aber andererseits auch ganz grundlegende Strukturen und Mindestmerkmale festlegen. Also, wenn wir uns den OPS-Code 9-642 näher anschauen, dann ist der ja in der Verbindung mit, dass zum Beispiel auch ein direkter Zugang zu einer Intensivstation gewährt ist.

Also das heißt, das rein über die Vergütung abzubilden ist, glaube ich, nicht Sinn und Zweck eines OPS-Codes. Also zumindest ist mein Verständnis so.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Ich schlage vor, wir kommen zur nächsten Frage. Das wäre dann auch der Fragenkomplex ‚Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der PPP-Richtlinie'. Die Richtlinie sieht bisher zwei vollstationäre Behandlungsbereiche und zwei teilstationäre für die Psychosomatik vor. Und der DGPM-Vorschlag sieht fünf vollstationäre und zwei teilstationäre Behandlungsbereiche vor.

Und die Frage dazu lautet: **‚Wie schätzen Sie die Ausdifferenzierung der vollstationären und teilstationären Behandlungsbereiche ein?'** – Es gibt dann gleich noch zwei Unterfragen, 5a und 5b, aber ich denke, wir beginnen mal mit dieser übergeordneten Frage dazu. – Herr Dr. Hildenbrand, bitte.

Herr Dr. Hildenbrand: Die neuen Behandlungsbereiche, die vorgeschlagen sind, wurden aus der Iststandserhebung der EPPIK-Studie aus dem Teilbereich Psychosomatik abgeleitet. Die Erkenntnisse aus dieser Studie bestätigen, dass in den 290 psychosomatischen Abteilungen und Kliniken, die es inzwischen im Fachgebiet psychosomatische Medizin gibt, sehr unterschiedliche Versorgungsangebote oder Settings vorhanden sind.

Dies ist nicht überraschend, da die Versorgungslandschaft in unterschiedliche Strukturen, Fachkliniken, Abteilungen, Universitätskliniken mit unterschiedlichen Versorgungsaufträgen aufgeteilt ist. Die neu auf Basis einer transparenten Datenlage formulierten Behandlungsbereiche und Minutenvorgaben der Behandlungsbereiche P1 bis P7 sind differenzierter und weichen stark von den Behandlungsbereichen P1 und P4 ab, die bisher ausschlaggebend waren.

Dies bestätigt die seit der Verabschiedung der PPP-RL im Herbst 2019 von den Fachgesellschaften vorgebrachte Kritik, dass die bisherigen Behandlungsbereiche P1 bis P4 die Versorgungsrealität in der Psychosomatik, über die wir jetzt gerade ja schon mehrfach gesprochen haben, eben nicht ausreichend abbilden können.

Entsprechend zeigen sich auch Über- und Unterschreitungen der Minutenvorgabe für die bisherigen Behandlungsbereiche in den Auswertungen des IQTIG. Die Ausdifferenzierung in

mehrere neue Behandlungsbereiche mit neuen Minutenvorgaben erscheint von daher sinnvoll und auch begründet.

Frau (AG-Geschäftsführung): Herzlichen Dank. – Herr Dr. Kuhn-Thiel, gerne.

Herr Dr. Kuhn-Thiel: Prinzipiell ist eine verstärkte Ausdifferenzierung möglicherweise sachgerecht, um zu sagen, verschiedene Behandlungssettings und Behandlungsintensitäten der Patienten auch abzubilden. Ich bin nicht immer so ein Freund von einer ganz differenzierten Ausarbeitung, weil ich habe das schon öfter gesagt: Für mich ist das Wesen und der Kern der psychosomatisch psychotherapeutischen Behandlung die Psychotherapie.

Und wenn wir jetzt sagen – da gehe ich schon ein bisschen in die nächste Frage rein – ausdifferenzieren- Wir haben hier diesen besonderen Komplexbehandlungs-Code 9-642 für schwer somatopsychisch erkrankte Patienten, wo ich davon ausgehen würde, dass diese ja auch schon per se trotzdem psychotherapeutische Behandlung haben sollen.

Und mir gefällt schon, so eine Mindeststufe einzusetzen [und] zu sagen, hier wird Therapie, die auch geleistet wird, dann auch gefordert von den einzelnen Berufsgruppen, die das auch wieder vereinfacht und möglichst aufwandsarm pauschal abbilden und eben nicht über die einzelnen Berufsgruppen.

Aber die Frage, die würde ich gerne nochmal hier auch aufmachen, um zu sagen, ob man dann differenzieren muss zwischen den 9-642, die quasi nicht zusätzlich noch eine Behandlungsintensität an Therapieeinheiten haben sollten in der psychotherapeutischen Behandlung aus meiner Sicht im eigentlichen Sinne und eben nicht, weil ich schon davon ausgehen würde, dass das zusammen gehen sollte.

Nochmal davon ausgehend, dass ich den Code 9-642 nicht bei einer üblichen psychotherapeutischen Station oder Krankenhaus, Fachabteilung beziehungsweise Fachklinik sehen würde, sondern dann schon an wirklich eher – und das gibt ja auch der Code vor – somatischen Krankenhäusern, wo eine spezielle – ich sage jetzt mal ganz bewusst – somatopsychische Behandlung im Vordergrund stehen sollte.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Gibt es weitere Wortmeldungen dazu? Ich gucke auch in die Runde der AG. – Gibt es von Ihrer Seite noch Rückfragen dazu? – Frau Prof. (BÄK).

Frau Prof. Dr. (BÄK): Ich hätte die Frage, wie es kommt, dass im Code P1 die Erwachsenenpsychiatrische Intensivbehandlung auftaucht? Dazu gehören ja als Merkmale freiheitsentziehende Maßnahmen, zum Beispiel, die in Ihren bisherigen Wortmeldungen ja explizit ausgeschlossen wurden. Das Einzige, was ich mir vorstellen kann bei schwer essgestörten Patienten, die nicht vollständige selbständige Nahrungsaufnahme, was aber auch schwierig ist, in diesem Intensivcode. Welche Patienten gibt es denn auf dieser Ebene bei Ihnen, die die Intensivkriterien erfüllen?

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Wer fühlt sich angesprochen? Wer möchte dazu was sagen? – Herr Dr. Kuhn-Thiel, sehr gerne.

Herr Dr. Kuhn-Thiel: Ich tue mich auch immer ein bisschen schwer mit dem 9-61er Code, den zu verordnen in der psychosomatischen Medizin. Warum? Das ist für mich ein klassischer Code eines psychiatrischen Patienten, der eben auch durch verschiedene Mindestmerkmale- Da sind ja Patientenmerkmale bis zu sechs definiert für den klassischen psychiatrischen Patient, der schwerst- – vielleicht psychotisch – erkrankt ist, eigen-/fremd gefährdend, ja selbstgefährdend [ist].

Das ist klassischerweise vielleicht bei den Borderline-Patienten noch möglicherweise gegeben. Bei schwer Anorexie-kranken oder essgestörten Patientinnen und Patienten kann das sein,

dass wir einzelne Punkte sehen. Deswegen sehe ich diesen Code noch am ehesten abgebildet. Da greife ich vor auf die, ich glaube, das ist die Frage 7 im Bereich 9-642, wo wir solche Patientenmerkmale tatsächlich sehen.

Klassischerweise, wenn wir jetzt mal von den essgestörten [Patienten] absehen, keine eigenständige Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr- Naja, da sieht man eher vielleicht denjenigen, dem man die Nahrung reichen muss. Aber das ist vielleicht analog zu sehen in der Psychosomatik, dass man sagt, hier, der isst eben nicht, wenn man ihn nicht in der Essensbegleitung dann auch quasi dazu auffordert oder die Patientin.

Aber klassischerweise ist für mich schon immer die Frage gewesen: Wieso denn 9-61er Code in einem Regelbehandlungsbereich oder Basisbehandlungsbereich, wie man das auch nennen möchte, in der Psychosomatik relevant sein sollte. Ich sehe den tatsächlich am ehesten an der Stelle 9-642. Da bin ich sicher, da können die Kliniker auch noch was dazu sagen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Herr (PatV), Sie entschuldigen, wenn ich Ihre Wortmeldung noch kurz zurückstelle, weil ich denke, dass wir erst nochmal diesen Fragebereich klären. Und ich würde Sie danach nochmal aufrufen, weil Sie ja vermutlich einen neuen Punkt haben. – Frau Fröhlich meldet sich.

Frau Fröhlich: Ja, danke. Ich möchte da gerne nochmal die Perspektive der Pflegenden mit einbringen und genau das Thema, wo wir uns gerade mit dieser Fragestellung beschäftigen: Was passiert denn jetzt eigentlich innerhalb des Medizinkonzepts? Muss ich sagen, für meine Profession ist da wenig Sichtbarkeit, weil halt auch einfach die Pflegeleistungen, die erbracht werden, in der Dokumentation nicht in der Sichtbarkeit beitragen, dass einfach das Medizinkonzept vertreten wird.

Und somit ist es automatisch, dass wir an der Stelle wieder davon reden müssen, dass der Personaleinsatz in der Pflege nicht ausreichend ist. Wir haben da einfach zu wenig Personal, zu wenig Ressourcen, weil wir halt auch gar nicht in der OPS-Dokumentation etc. mit auftauchen. Wir haben dadurch auch weniger Einfluss, was die pflegerische Versorgung oder das, was an Medizinkonzept uns halt einfach auch abverlangt wird, abbilden zu können.

Die geringere Anerkennung der fachlichen Expertise wird auch immer wieder sehr, sehr deutlich. Und natürlich dieses Thema: Es ist ein höherer Arbeitsaufwand, je nachdem [mit] welchen Schweregraden wir einfach Patienten mitversorgen. Aber wir haben aber auch weniger diese Mitsprache gerade, wenn es um Kodierung geht.

Und wir sind auch immer wieder an dem Punkt, wo so eine verzerrte Darstellung ins Tageslicht rückt, was denn Versorgungsrealitäten angeht. Wir reden hier wirklich von schwerstkranken Patienten. Die brauchen unsere Hilfe, ob nun stationär oder im tagesklinischen oder im ambulanten Setting. Egal auch in welcher Institution [sie] untergebracht sind. Die brauchen einfach unsere Hilfe.

Und wir reden da immer wieder so ein Stückchen drum herum. Also wo ist es denn jetzt aufwendiger? Wo ist es weniger aufwendig? Und ich erhoffe mir da auch gerade nochmal von der Patientenvertretung ein paar starke Worte für dieses Pro-Versorgungs-, Medizin-, Pflege-, Therapiekonzept, dass einfach diese Sichtbarkeit einfach nochmal da ist.

Und das, wofür wir eigentlich heute hier zusammensitzen, dass wir eine Qualitätsrichtlinie vorhalten, die wirklich Versorgung sicherstellt. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Herr Dr. Hildenbrand.

Herr Dr. Hildenbrand: Ja. Vielleicht kurz zu dem Punkt der Anerkennung der Pflege. Das ist mir doch irgendwie sehr wichtig. Da dachte ich, gerade die Anerkennung findet eben nicht nur

im OPS, sondern vor allen Dingen im Leben statt. Und als ein Vertreter der Abteilungspsychosomatik, wo eben auch körperlich schwerstkranke Patienten psychotherapeutisch behandelt werden, ist die Pflege eine sehr, sehr zentrale Säule im Gesamtkonzept solcher Abteilungen und dort natürlich im realen Leben einbezogen in Konzeptentwicklung und eben die Therapieplanungsprozesse.

Aber Frau Fröhlich hat Recht. Die Abbildung in der PPP-RL ist da sicherlich noch ausbaufähig und wünschenswert. Worüber ja eine Anerkennung der Pflege auch erfolgt ist, ist ja in den deutlich aufgewerteten Pflegeminuten in den Behandlungsbereichen P3, P4 und P5.

Aber zur eigentlichen Frage nochmal zurückkehrend: Was hat der Code 9-61 eigentlich bei P1 und P3 verloren? Das habe ich mich auch irgendwie immer mal wieder gefragt. Und mit meiner Antwort greife ich jetzt schon ein bisschen auf die Frage 7 vor, wo es um den OPS-Code 9-61 ja nochmal explizit geht. Weil dieser Code ist eigentlich für die in der Psychosomatik beschriebenen Behandlungsbereiche ohne Bedeutung.

Weil er bezieht sich auf schwer psychiatrisch erkrankte Menschen oft mit Selbst- und Fremdgefährdung, mit schweren Beeinträchtigungen des Denkens, Fühlens und Handelns, für die Halt gebende, Schutz und Sicherheit gebende Maßnahmen ganz im Vordergrund stehen und eine spezialisierte Psychotherapie nicht oder noch nicht indiziert ist.

Folgerichtig sind ja auch in dieser Prozedur unter den eingesetzten Methoden Einzel- und Gruppenpsychotherapien in spezifischer Weise gar nicht erwähnt, sondern stattdessen supportive Einzelgespräche. Soviel vielleicht zu der Bedeutung des 9-61.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Wir haben jetzt noch Wortmeldungen zu der 5er-Frage beziehungsweise zu der Diskussion, die sich dazu entbrannt hat. – Herr Dr. Marwitz hat sich noch gemeldet. Dann hat sich gemeldet Herr Grobek. – Und Herr (PatV), ich habe Sie nicht vergessen. Danach würde ich Sie drannehmen, weil ich glaube, dass Sie eine neue Rückfrage hatten. – Herr Dr. Marwitz, gern.

Herr Dr. Dipl.-Psych. Marwitz: Ja, wir behandeln in unserer Klinik ja auch eine ganze Reihe von wirklich sehr schwer anorektischen Patienten auf unserer sogenannten Komplexstation. Das sind 22 Behandlungsbetten. Und da haben wir Patientinnen und Patienten als Patienten bis runter auf Body-Mass-Index 9. Da fehlt nicht mehr viel und die versterben.

Wir haben leider auch immer wieder Patienten, die auf der Warteliste – so brutal es klingt – auch versterben, weil sie einfach so im Untergewicht sind und woanders auch nicht adäquat behandelt werden. Wir kriegen Patientenanfragen aus ganz Deutschland. Wir kriegen Verlegungen aus Psychiatrien. Wir kriegen Zuweisungen aus Intensivstationen, weil die sagen: ‚Die Patientin, die nicht zunehmen will, die sich die Nasensonde wieder zieht oder die Infusion rauszieht, die können wir hier nicht behandeln. Kann die nicht zu euch kommen?‘

Und ich weiß, dass das nicht wirklich gut kostendeckend angeboten werden kann, dass wir das nicht gut abbilden können. Und ich weiß jetzt nicht, in welchem Code man das unterbringen könnte. Aber ich glaube, das wäre ein großes Anliegen. Wir könnten die Station erweitern. Das könnten natürlich auch andere Kliniken [mit] der entsprechenden Kompetenz, aber es wird nicht gemacht, weil es sich einfach nicht kostendeckend abbilden lässt.

Und das ist sehr schade, weil die Patienten verursachen Kosten. Die werden woanders nicht wirklich gut behandelt. Das sagen auch die Behandler. Aber es gibt viel zu wenig spezialisierte Einrichtungen, weil es doch eine ganze Menge Menschen gibt, Patienten gibt, die so eine schwere Anorexie haben und daran im Verlauf auch versterben werden. Und es wäre schön, wenn es irgendwie abgebildet werden könnte. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Herr Grobek.

Herr Grobek: Ja, ich bin Heiko Grobek vom Verband psychosomatisch Pflegender in Deutschland. Ich würde gern nochmal ganz kurz Stellung nehmen um die Wertschätzung der Pflege. Es ist natürlich mit den Berufsgruppen, mit den Behandlungsbereichen, wenn die ausdifferenziert werden, finde ich natürlich schon, dass es da auch für die Pflege eine Wichtigkeit gibt. Dadurch, dass Pflegeminuten, die es natürlich auch hat in den Bereichen, weil zum Beispiel somatisch kränkere Patienten einfach mehr Pflegeminuten brauchen.

Und deswegen finde ich, es ist wichtig. Es ging ja darum, ob es eine Ausdifferenzierung gibt für die Behandlungsbereiche. Und deswegen finde ich das sehr wichtig, dass man die wirklich haarklein anguckt. Auch wenn es ein kleines bisschen mehr Aufwand ist, aber wir von der Pflege und aus den Kliniken, die ich kenne, dokumentieren auch schon einiges von ihrer Arbeit und dann wäre es weniger Aufwand. Vielen Dank.

Frau (AG-Geschäftsführung): Wir danken Ihnen. – Herr Dr. Hildenbrand, Sie haben noch eine Wortmeldung. Ist die schon- Ist das ein Versehen? – Ok. – Dann gerne Herr (PatV). Ich hoffe, Sie erinnern sich an Ihre Frage. Es ist jetzt leider schon etwas her. Aber-

Herr (PatV): Ich erinnere mich.

Frau (AG-Geschäftsführung): Wunderbar.

Herr (PatV): Teilweise ist das vielleicht auch nichts Neues. Ich sehe einerseits ein, dass sich mehr im psychosomatischen Bereich besser abbilden lässt, auch differenzierte Versorgung besser. Man kann sagen, man kann die Kosten durch OPS abbilden. Mit den Codes kenne ich mich nicht so aus, muss ich sagen. Aber ich wollte eben fragen, insbesondere diese beiden letzten Bereiche, ob man die- Ich meine diese klinisch somatisch quasi integrierte intensivierte Versorgung, kann man sagen, ob man die nicht zusammenlegen kann.

Und außerdem wollte ich eben fragen: Was meint man mit somatopsychischen Erkrankungen? Also es gibt nicht nur psychosomatisch, sondern umgekehrt- durch schwere körperliche Erkrankungen zum Beispiel? Oder manchmal kann es auch leichter, mittelschwer sein,- ob die hier in diesem Falle grundsätzlich Anorexie, Bulimie oder andere Essstörungen meinen? Oder können auch Patienten in der Psychosomatik behandelt werden, die zum Beispiel schwer krebserkrankt sind oder Dialyse oder sonst was haben und dadurch auch eben diese somatopsychischen Störungen, Ängste, Depressionen entwickeln?

Aber die müssen grundsätzlich jedenfalls einigermaßen somatisch stabilisiert werden. Wenn sie akut sind, dann werden sie internistisch oder chirurgisch behandelt. Aber trotzdem kann auch der Aufwand durch körperliche Pflege relativ hoch sein. Das wollte ich noch erörtern, weil ich das nicht so ganz exakt begriffen habe. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Herr Prof. Friederich möchte aufklären oder helfen.

Herr Prof. Dr. Friederich: Ja, vielen Dank, Herr (PatV). Darum wird es jetzt auch in den weiteren Teilfragen noch gehen. Uns ist es gerade in dem Punkt, den Sie ansprechen, wichtig, dass es nochmal einen eigenen Bereich auch für eine integrierte klinisch psychosomatische Versorgung gibt. Also Patienten mit einer Herzinsuffizienz, die dekompensiert sind, zusätzlich eine Compliance-Störung haben, ihre Medikamente nicht regelmäßig einnehmen aufgrund von einer Depression, dass man die eben in so einem integrierten Setting dann gut versorgen kann, weil sie eben sowohl eine somatische Behandlung als auch eine psychotherapeutische Unterstützung brauchen. Genau darum geht es uns.

Die Zahl der Patienten, die davon betroffen sind, die ist einfach groß und die wächst auch

immer weiter, wenn wir uns angucken, wie viele Patienten jetzt mit einer F-Diagnose zusätzlich eine chronisch behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung haben. Und die beiden Erkrankungen natürlich in einer intensiven Wechselwirkung stehen und das Augenmerk auf beides wichtig ist.

Von daher weiß ich nicht, ob das schon Ihre Frage beantwortet hat, aber es geht tatsächlich um Patienten, die eine Krebserkrankung haben und unter der Krebserkrankung depressiv eingebrochen sind und dann sowohl eine Unterstützung während der Chemotherapie, zum Beispiel, brauchen in der Bewältigung, auch der Sinnkrise, in der sie sich befinden.

Herr (PatV): Ja, das beantwortet weitgehend meine Frage schon, ja. Danke.

Herr Prof. Dr. Friederich: Genau.

Frau (AG-Geschäftsführung): Ok, vielen Dank. – Herr Dr. Hildenbrand, Sie möchten ergänzen?

Herr Dr. Hildenbrand: Ja. Vielleicht nur kurz zur Ergänzung: Hier ist nämlich auch eine Kostenfrage berührt. Wenn man gerade diese Patienten zum Beispiel mit einem schwer einstellbaren Diabetes und einer Depression oder mit einer chronisch terminalen Niereninsuffizienz, dialysepflichtig, und einer schweren Angststörung nicht spezialisiert somatopsychisch in einer entsprechenden psychosomatischen Abteilung, vorzugsweise am Allgemeinkrankenhaus oder in einer Uniklinik, behandelt, dann werden diese Patienten, was die psychische Komponente ihrer Erkrankung angeht, in der somatischen Medizin eben nicht besser, verursachen dort immer wieder neue stationäre Aufenthalte und damit auch Kosten, ohne dass eine störungsadäquate Behandlung stattfindet.

Und deswegen ist eben gerade ein Behandlungsbereich wie P4 und P5 so notwendig, um diese Patienten eben auch ihrem Aufwand entsprechend abbilden und behandeln zu können.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Ich würde jetzt nochmal einen Blick in die Fragenliste werfen, die uns allen vorliegt. Es sind ja jetzt bereits Fragen angesprochen worden, die eigentlich weiter unten in der Liste sind. Aber ich will einfach nur sichergehen, dass alle Fragen der AG auch hier einmal besprochen werden können.

Die Frage 5a war ja: **‚Wie bewerten Sie eine Zusammenlegung von P4 und P5 zu einem gemeinsamen Behandlungsbereich? Ist eine Ausdifferenzierung von somatisch schwer Erkrankten in die zwei Behandlungsbereiche P4 und P5 aus Ihrer fachlichen Sicht erforderlich?‘** – Teilweise haben Sie es schon anklingen lassen. Möchten Sie noch ergänzen zu dieser Frage? – Herr Prof. Friederich nochmal gerne.

Herr Prof. Dr. Friederich: Ja, ich würde gerne das Beispiel von Herrn Dr. Marwitz aufgreifen. Weil eigentlich kann man es daran sehr schön deutlich machen. Wenn wir extrem körperlich und psychisch erkrankte Patienten haben, wie eine Anorexie-Patientin mit einem BMI zwischen 9 und 11, dann braucht die eine intensive somatische Versorgung, aber eben auch eine intensive psychotherapeutische Versorgung, was die Essbegleitung beziehungsweise auch die Sondenkost angeht.

Das heißt, wir haben Patientenklientel mit einem extrem hohen Aufwand. Und der wäre am besten abgebildet in der P5. Wenngleich man – und das hat Frau Fröhlich ja auch angesprochen – sagen muss, dass dort die Pflegeminuten eigentlich aktuell so wie vorgeschlagen auch nicht wirklich ausreichen.

Aber es erscheint sinnvoll und richtig, zu differenzieren zwischen P4 und P5. P4 wäre dann eher der Herzinsuffiziente oder der COPD-Patient oder auch der Dialysepatient, der in einem integrierten Setting behandelt wird, eine Anpassungsstörung oder leichte Depression hat und jetzt keine so ganz intensive psychotherapeutische Betreuung braucht.

Vor dem Hintergrund wäre uns wichtig, auch weil die PPP-RL ein lernendes System ist, diese Differenzierung der Behandlungsbereiche so, wie wir sie vorgeschlagen haben, vorzunehmen. Weil wir auch- Ich gebe Ihnen Recht, dass wenn Sie erstmal jetzt auf die Gesamtminuten gucken, sagen würden, das unterscheidet sich gar nicht so doll.

Wenn Sie dann für die einzelnen Berufsgruppen schauen, dann sehen Sie, dass Pflege und Ärzte in P5 15% höher liegen. Das heißt 50 Minuten ärztlich pro Patienten pro Behandlungswoche, etwa 100 Minuten pflegerisch pro Patienten pro Behandlungswoche, dafür aber weniger Minutenwerte für die Psychologen, die Spezialtherapeuten und die Sozialarbeit. Aber dieser andere Personalmix ist eben jetzt bei einer Patientengruppe, wie zum Beispiel den schwerstuntergewichtigen Anorexie-Patienten, sinnvoll.

Und vor dem Hintergrund wäre es uns schon wichtig, da genau hinzugucken. Und das wäre auch im Sinne eines Lernsystems, was ja auch weiter noch die Option für eine Ausdifferenzierung haben sollte, dass wir die Behandlungsbereiche P4 und P5 unbedingt weiter differenzieren. Vielen Dank.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Möchte jemand anders von den Sachverständigen noch ergänzen oder zu dieser Frage ausführen? – Wenn das nicht der Fall ist, frage ich das auch nochmal zu der Frage 5b – auch das ist teilweise angeklungen**: ‚Wie bewerten Sie eine Streichung der Kategorien P3 und P5?‘** – Gibt es hierzu noch Rückmeldungen von Seiten der Sachverständigen oder Ergänzungsbedarf? – Ansonsten haben wir hier eine Wortmeldung von Seiten der AG. Es meldet sich Herr (PatV) von der Patientenvertretung. – Gern, Herr (PatV).

Herr (PatV): (PatV), genau. Patientenvertretung. Ich grübele gerade noch ein bisschen drüber nach, was Sie zuletzt gesagt haben zur Differenzierung zwischen P4 und P5. Wenn ich es richtig verstanden habe, ist bei P5 aus Ihrer Sicht der psychotherapeutische Anteil der Behandlung der sehr viel höhere und haben dafür auch die Anorexie-Patienten als Beispiel genommen. Und für P4 eher die Dialysepatientin, die auch eine stützende psychotherapeutische Behandlung benötigt, aber nicht so intensiv.

Wenn ich mir jetzt aber angucke, wie da die Sozialarbeiter in P4 und P5 in den Minutenwerten ausgestaltet sind, dann sind die bei P5 wieder sehr viel geringer. Das kriege ich jetzt nicht so wirklich zusammen. Können Sie mir das vielleicht nochmal erläutern? Vielen Dank.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr Prof. Friederich.

Herr Prof. Dr. Friederich: Ja, sehr gerne. Wenn wir bei dem Beispiel bleiben, weil das einfach tatsächlich in den integrierten Settings jetzt an den Universitätskliniken ein sehr, sehr häufiges Klientel ist, die sehr stark untergewichtigen Anorexie-Patienten und die in Kategorisierung hoffentlich zukünftig P5. Es sind junge Patientinnen, die bei ihren Eltern zuhause leben.

Das heißt, die Sozialarbeiten [bei] dieser Fragestellung sind überschaubar bis sehr gering. Während dann andere Aspekte eine größere Rolle spielen. Insbesondere auch die somatomedizinische Versorgung und die Essbegleitung.

Während, wenn ich einen Patienten habe mit Dialyse und psychischer Erkrankung, dann finanzielle berufliche Aspekte eine sehr, sehr viel größere Rolle spielen. Von daher habe ich dann auch einen höheren Bedarf für die Sozialarbeit, sodass das in meinen Augen sehr viel Sinn macht. Auch, was wir jetzt in der Iststandserhebung gesehen haben und das zumindest auch die- Also es würde die Perspektive der Klinik bestätigen. Vielen Dank.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr (PatV), ich gucke Sie an. Wenn Sie Rückfragen haben, nutzen Sie das. Die Expertise ist nur jetzt bei uns.

Herr (PatV): Ja, vielen Dank. Ja, ich kann dem tatsächlich- Mich würde da tatsächlich

interessieren, was Frau Boiting dazu zu sagen hat.

Frau (AG-Geschäftsführung): Oh, da geben wir Frau Boiting einen kurzen Moment, wenn Sie möchten, zum Nachdenken.

Frau Boiting: Können Sie vielleicht nochmal die konkrete Fragestellung wiederholen?

Frau (AG-Geschäftsführung): Herr (PatV).

Herr (PatV): In der Differenzierung zwischen den Behandlungsbereichen P4 und P5, die wir gerade hier erörtern, sind ja unterschiedliche Personengruppen beschrieben worden. Und Herr Prof. Friederich hat ja gerade ausgeführt, die Anorexie-Patientin, die noch bei den Eltern lebt, und die Dialysepatientin, die vielleicht in einer schwierigen beruflichen Situation ist, könnte man genauso gut umdrehen: Dialysepatienten, die relativ stabile Situationen haben und manche Anorexie-Patientin, die es zuhause überhaupt nicht mehr aushält und größte Schwierigkeit hat.

Und deswegen hat sich mir noch nicht so ganz der Unterschied erschlossen in den Vorschlägen, hinsichtlich der Minutenwerte für die Sozialarbeit, die bei den P5 deutlich geringer ist als bei P4 im Vorschlag der DGPM. Können Sie das nachvollziehen, diese Unterscheidung dieser Berufsgruppen mit Blick auf die Bedarfe in der sozialen Arbeit?

Ich habe immer den Eindruck, da sind doch die Lebensverhältnisse der Menschen sehr unterschiedlich.

Frau Boiting: Und genauso ist es ja auch. Da kommen wir ja zu späterer Stelle auch nochmal zu, wo es eben auch darum geht: Wie ist es eben genau mit der Sozialtherapie? Aber eben auch vielleicht nochmal mehr andere Berufsgruppen betreffend. Und ich denke es ist so, wie Sie es sagen, dass es sehr unterschiedlich ist und dass da eben vielleicht auch so ein gewisser Freiraum relevant wäre, das irgendwie eigenverantwortlich zu entscheiden.

Ich denke, dass diese Werte schon sehr mit Bedacht gewählt worden sind, um eben auch das abzubilden, was bestmöglich stattfindet. Aber ich denke, dass auch da eine gewisse Eigenverantwortung der Fachkliniken relevant ist.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Frau (DKG).

Frau (DKG): Genau, (DKG) von der DKG. Vielleicht nochmal, um das so ein kleines bisschen abzurunden, was jetzt vorher schon gesagt wurde oder zumindest so wie wir den Vorschlag ja auch verstanden haben, dass es sich zum einen erstmal nur um Mindestvorgaben handelt. Darüber hinaus darf natürlich immer mehr gemacht werden. Das ist, glaube ich, allen hier bewusst.

Und es ist ja jetzt auch nicht so, dass in der P5, jetzt darf ich das nicht verwechseln, irgendwie auf null Minuten runtergegangen wird, sondern man hat natürlich so eine gewisse Baseline und wie gesagt, auch nur eine Mindestvorgabe. Und ich glaube, Herr Prof. Friederich hat es ja sehr gut ausgeführt mit einem Beispiel, was natürlich im Einzelfall dann nochmal anders sein kann.

Aber das, was, glaube ich, wichtig ist und was ja auch so die Frage 5 hier abfangen sollte, war ganz konkret die Frage, weshalb diese Differenzierung, die hier jetzt vorliegt mit dem Vorschlag, weshalb die notwendig ist und was aus den Tragenden Gründen oder beziehungsweise aus der Begründung, die die DGPM-Stellungnahme damals mitgeliefert hatte, ist ja auch ganz konkret diese Herleitung aus der Iststandserhebung.

Das heißt, die haben sich angeguckt, wie ist denn jetzt das Personal vor Ort, wie sind da die Angebote, wie herrschen da die Gegebenheiten vor Ort, und hat daraus was abgeleitet. Und

das heißt, das ist, glaube ich, das, was wir immer sagen. Wir brauchen irgendwie Evidenz, um Mindestvorgaben abzuleiten, und die lagen hiermit vor.

Und das ist, glaube ich, nochmal so ein bisschen wichtig, wenn wir jetzt auch überlegen, wie könnte man diesen Vorschlag anpassen. Wir haben darüber gesprochen: Kann man ganze Kategorien/Bereiche rausstreichen oder zusammenlegen? Und ich glaube, das ist ein Punkt, den man sich da immer nochmal im Hinterkopf bewahren sollte, dass das hier nicht irgendeine Wunschvorstellung von den Fachverbänden war, sondern tatsächlich eine Ableitung von Gegebenheiten vor Ort. Das vielleicht noch kurz dazu.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Frau Fröhlich meldet sich.

Frau Fröhlich: Ja, ich möchte gerne auf den Beitrag von Frau (DKG) reagieren. Sie haben eingangs gesagt, dass es sich hier um eine Mindestpersonalvorgabe handelt und dass das ja eigentlich ortsgebunden noch weiterverhandelt werden kann, was den Bedarf angeht. Dem möchte ich an der Stelle nicht widersprechen, aber einfach sehr deutlich anmerken, dass in den Verhandlungen mit den Kostenträgern, [denen] ich jetzt beisitzen durfte, das genau das Thema ist.

Da kommt nämlich ein großes Delta auf, dass bei den Kostenträgern diese Mindestvorgabe- Das ‚Mindest-' wird überhaupt nicht gehört, sondern wir sind gleich bei der Vorgabe. Und die ortsbezogenen, medizinkonzeptbezogenen Besonderheiten finden nicht wirklich Anklang in Verhandlungen. Und somit sind wir bei einer Mindestpersonalvorgabe, die auskömmlich sein muss.

Und von daher plädiere ich nochmal, auch gerade diese Evidenz mit einzubeziehen. Weil bei der Evidenz sind wir momentan in der Personalvorhaltung immer noch in einem Delta. Auch bei dem Vorschlag der DGPM hier. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Ja, vielen Dank. – Ich schaue mal in Richtung GKV, weil wir dieses Thema auch bei der QS-Konferenz hatten und Sie sich auch dazu geäußert haben. – Möchten Sie dazu noch etwas anmerken? – Nein. – Ok.

Also, wir nehmen das wahr. Es ist natürlich hier im G-BA genauso angekommen und wird diskutiert. Danke, Frau Fröhlich, dass Sie das auch nochmal einbringen. Es ist uns leider nicht ganz neu.

Ok, dann würde ich vorschlagen, wir gehen weiter in der Fragenliste, wobei- Sie müssen mir ein bisschen helfen, welche Fragen jetzt überhaupt noch offen sind oder welche schon beantwortet sind. Wir waren stehen geblieben bei der Nummer 6. Das ist glaube ich etwas, was wir so konkret noch nicht angesprochen haben: **‚Ist die Bezeichnung Regelbehandlung für den Behandlungsbereich P1, der keine Vorgaben zu Therapieeinheiten vorsieht, angemessen?'**

Also der Begriff Regelbehandlung wird hier nochmal nachgefragt. – Möchten Sie sich dazu äußern? – Herr Dr. Kuhn-Thiel, sehr gerne.

Herr Dr. Kuhn-Thiel: Ich möchte mich gern dazu äußern und auch ein bisschen vielleicht kritisch den Kollegen gegenüber. Die haben die Möglichkeit, sich dann auch nochmal dazu zu äußern. Ich persönlich bin der Meinung, dass alles, was keine Therapieeinheiten hat in einem stationären Setting, einer ambulanten Behandlung entspricht.

Standardmäßig haben wir 50 Minuten ambulante Psychotherapie. Das sind zwei Therapieeinheiten. Also würde ich hier sagen, ein Mindestmaß an Therapieeinheiten sollte jede stationäre Behandlung in der Psychosomatik tatsächlich haben, wenn wir davon ausgehen, dass ja eben die Therapieeinheit, die Psychotherapie das wesentliche Element der psychotherapeutischen Behandlung in der Psychosomatik ist.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr Prof. Friederich.

Herr Prof. Dr. Friederich: Ja, dazu würde ich auch gerne Stellung nehmen. Ich finde es auch wichtig, dass man sich erst nochmal anschaut, wie jetzt auch die Mindestvorgaben für die P1 entstanden sind und auch nochmal ins Gedächtnis rufen, dass die P1, wie sie bisher in der PPP-RL ja von der A5 abgeleitet ist und nie passend war für die Psychosomatik, was sich jetzt auch zeigt.

Und die Mindestvorgaben für P1 beruhen auf dem Cluster 1 der Iststandserhebung. Das war das Cluster, in das 40% der Einrichtungen gefallen sind. Also das mit Abstand größte Cluster. Und das ist auch das Cluster, wo überwiegend die Fachkliniken abgebildet sind. Und die Fachkliniken stellen etwa 50% der Betten in der Psychosomatik. Das heißt, es handelt sich wirklich um einen sehr, sehr großen Bereich.

Und man hat das Niveau angehoben. Man hat ambitionierte Mindestvorgaben dafür festgelegt, um auch schwarze Schafe, die eben versuchen, mit möglichst wenig Personal das Angebot vorzuhalten, da auch einen Anreiz zu schaffen, um zumindest 25% aller Kliniken, die in dieses Cluster gefallen sind, zu erreichen.

Das heißt, 24,9% der Einrichtungen müssen Personal steigern, damit sie am Ende auch die P1 erfüllen. Das vielleicht nur nochmal zu den Mindestvorgaben, wie Sie jetzt da drinstehen und gegebenenfalls auch einer gewissen Kritik, inwieweit das zu wenig Personal ist.

Der zweite Punkt, den ich gerne ansprechen möchte, ist von Herrn Dr. Kuhn-Thiel: Wir haben in den meisten anderen Behandlungsbereichen von Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie überhaupt keine Vorgaben, was die Therapieeinheiten angeht. Und jetzt an der Stelle zu fordern, einen Behandlungsbereich, der keine Therapieeinheiten hat, ambulant zu führen, finde ich ziemlich gewagt.

Insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass doch ein großer Anteil der Kliniken, die eine gute Versorgung anbieten, die intensiv nachgefragt werden von Patienten, dann zu behaupten, dass das alles im ambulanten Kontext möglich sei. Vielen Dank.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr Grobek.

Herr Grobek: Ja, vielen Dank. Ich möchte auch gern auf den Beitrag von Herrn Dr. Kuhn-Thiel kurz was dazu sagen. Und zwar natürlich bekommen die Patienten psychotherapeutische Behandlungen, vielleicht 50 Minuten, zwei Therapieeinheiten. Aber was trotzdem ist, das therapeutische Team ist ja da. Was im ambulanten Setting natürlich nicht ist. Das sind die Kunst-/Körpertherapeuten und die Pflege, die da und auch ansprechbar [sind], und was die Patienten natürlich nutzen.

Was ich im Alltag auch kenne, dass Patienten wirklich dann immer wieder mal den Zwischenkontakt zur Pflege suchen und damit gehalten werden, ob es ein Skilltraining zwischendurch ist, weil sie das ein oder andere gerade nicht aushalten können und wir als Ansprechpartner da sind. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr Dr. Kuhn-Thiel.

Herr Dr. Kuhn-Thiel: Um es nochmal vielleicht auch zu konkretisieren: Ich habe nicht gesagt, dass diese Behandlungen prinzipiell im ambulanten Setting dann stattfinden können. Das ist ja genau der Kern dieser Behandlungen, das multimodale Setting unter Beteiligung aller Berufsgruppen.

Aber ich sage nochmal: Wenn das wesentliche Element der psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung die Psychotherapie ist – und das ist es für mich – dann würde ich

sagen, ist es eben nicht nur eine reine Betreuungsleistung. Und diese Therapien finden ja auch statt, und da muss ich eben genau auf 25 Minuten zählen.

Das ist ja genau das, was Sie wollen, wenn Sie nachher sagen, wir brauchen dann ab sechs Therapieeinheiten- irgendwie einen Kostentrenner, sage ich jetzt mal, oder einen Minutentrenner, wie auch immer wir das bezeichnen wollen. [Um] zu sagen hier, wenn ich ein stationäres Setting vorhalte, und dass ist ja eben aus meiner Sicht die höchste Versorgungsstufe, die wir haben können, das stationäre Behandlungssetting, wo eben Minutenwerte auch vorgegeben werden.

Und wir haben hier mal, wenn Sie die Minutenwerte dann im, ich glaube, P2-Bereich- muss ich nochmal gucken, was das hier ist, [habe ich] mir aufgebschrieben -, dann haben wir die mindestens in der Regelbehandlung. 252 Minuten ärztliche und therapeutische Leistung beziehungsweise 280 bei Versorgungsverpflichtungen, dann ist das doch eine ganze Menge. Irgendwie muss ich da doch Therapieeinheiten abbilden können.

Und diese Sache müssen Sie aufklären und sagen: Wie will ich Psychotherapie machen in der höchsten Versorgungsstufe, ohne sie abzubilden? Und zu sagen: Naja es gibt da vielleicht schwarze Schafe. Aber was machen die dann mit dem Patienten? Verwahren die die Patienten? Ist es das supportive Gespräche der Co-Therapeuten? Das ist absolut wichtig. Das würde ich voll unterschreiben. Aber ist das dann eine stationäre Behandlung und eine psychosomatische Behandlung und auch unter qualitativen Gesichtspunkten? Diese Frage müssen Sie klären.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Wir haben jetzt noch eine Wortmeldung aus der Runde der Sachverständigen, Frau Fröhlich, und anschließend auch Wortmeldungen von AG-Seite. – Aber gern erstmal Frau Fröhlich.

Frau Fröhlich: Ja, danke. Ich möchte einen Blick in die Richtung lenken, dass wir ja auch differenziert nach Einrichtungstypen uns in der Landschaft der psychosomatischen Versorgung immer wiederfinden und dass je nach Einrichtungstyp natürlich auch unterschiedliche Medizin, Therapie und sonstige Versorgungskonzepte vorgehalten werden, die natürlich auch den Patienten in eine mehr oder weniger dichte Versorgungsstruktur bringen, wo unterschiedliche Professionen am und mit dem Patienten arbeiten.

Und ich möchte auch den Gedanken der ‚Ambulantisierung' zumindest anteilig unterstützen, weil wir erleben gerade ein Gesundheitssystem, was dem Kollaps nahe ist. Auch wenn man das vielleicht so nicht ausdrücken sollte und so auch nicht gerne hört. Aber wir brauchen einfach auch Parallelstrategien, die uns in die Ambulantisierung bewegen.

Und wir haben da bereits im System gute Modelle/Vorbilder, wo wir uns dran orientieren können, wo die rein therapeutische Versorgung verschiedenster Professionen nicht zwingend drunter leiden muss. Aber das Versorgungsumfeld, die 24/7-stationäre Versorgung beim einen oder anderen Patienten dann wegbrechen könnte.

Was uns wiederum aber auch Ressourcen ermöglicht für alle Professionen, auf die Patienten, die es wirklich nötig haben, einzugehen. Also wir können ein Stück weit entzerren, verschieben und auch nochmal neue Versorgungskapazitäten schaffen mit diesem Gedanken. Aber ich sehe es hier an der Stelle als nicht so ganz den richtigen Platz, sich über solche zukunftsträchtigen Versorgungskonzepte zu unterhalten, weil wir ja gerade ein System haben, was wir halten wollen und auch stabilisieren müssen.

Aber vielleicht kann das ein Folgetermin sein, wo wir genau zu der Erkenntnis kommen. Für diese Stabilisierung braucht es einfach noch einen Plan B oder C. Und wie können wir den aus den eigenen Reihen heraus gestalten? Mit Vorbildern von StäB, Homebase, erweiterte PIA-

Strukturen, Modellvorhaben [nach §] 64b, wie auch immer. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Von Seiten der AG haben sich gemeldet Herr (GKV-SV) vom GKV-Spitzenverband und Frau Dr. (BPtK) von der BPtK und jetzt noch Frau DPR) vom Deutschen Pflegerat. – Herr (GKV-SV).

Herr (GKV-SV): Ja, (GKV-SV), GKV-Spitzenverband. Mich würde interessieren, wie Sie Überlegungen bewerten, den P1-Bereich statt als Regelbehandlung als Basisbehandlung zu bezeichnen und ihn möglicherweise zeitlich zu befristen?

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. Sie fragen alle Sachverständigen oder jemanden gezieltes? – Nein. Ok. – Ja, eine neue Idee: Basisbehandlung war der Begriff, richtig? Und eine zeitliche Befristung? – Hat jemand spontan dazu eine Idee? – Herr Prof. Friederich.

Herr Prof. Dr. Friederich: Ja. Ich finde vor dem Hintergrund, dass einfach sehr viele Patienten tatsächlich auch in diesem Behandlungsbereich behandelt werden und wir ja eine Abgrenzung gegenüber der Komplex-Behandlung suchen, den Begriff Regelbehandlung passend. Warum ich das auch als eine Regelbehandlung einstufe mit einer angemessenen Personalausstattung, habe ich, glaube ich, schon dargelegt.

Einen Punkt, den ich auch noch ansprechen möchte: Die Voraussetzung, um in die Komplexbehandlung zu kommen, sind ja drei Therapieeinheiten ärztlich-psychologisch. Das ist praktisch der Zugang, dass ich dann in P2, P3, P4, P5 beziehungsweise P7 komme.

Es kann immer mal sein, dass wenn ein Feiertag in der Woche ist, wenn kurzfristig Personal aufgrund von Krankheit ausfällt, dass ich die drei Therapieeinheiten nicht erreiche. Und dann betrifft es alle Kliniken: In welchen Bereich rutschen die denn dann? Dann sind die gar nicht abgebildet, was sie dann machen.

Und wir haben natürlich die Situation, dass es durchaus auch Indikationen gibt, wo die Behandlungsintensität einfach niedriger ist. Das heißt ja nicht, dass keine Therapieeinheiten erbracht werden. Auch in diesen Kliniken werden Therapieeinheiten erbracht. Aber sie erreichen nun mal nicht die ≥ drei Therapieeinheiten, die erforderlich sind, um ≥ P2 auszulösen. Und den Aspekt finde ich einfach auch wichtig, im Hinterkopf zu behalten.

Zur zeitlichen Befristung denke ich, dass es eben auch nicht sinnvoll ist, weil ich glaube, dass der Behandlungsbereich für bestimmte Patientengruppen sinnvoll ist. Und das müsste man dann auch nochmal genauer beschreiben, welche Patienten das sind.

Auch die Kritik, inwieweit eine ambulante Behandlung möglich ist, bitte ich auch, reflektiert anzugucken. Wir haben keine regionale Versorgung für psychosomatische Medizin in Deutschland. Das ist ein ganz, ganz wesentlicher Aspekt. Es wird dauerhaft jetzt darüber gesprochen, eine gestufte Versorgung und mehr in den ambulanten Bereich. Naja, aber wenn die nächste psychosomatische Einrichtung mehr als 30 Minuten oder auch 1 Stunde entfernt liegt, was in Deutschland in den meisten Fällen der Fall ist, wie soll ich denn dann bitte diese Behandlung ambulant anbieten?

Und ich finde auch nochmal wichtig: Es geht in der Versorgung von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen um einen anderen Behandlungsauftrag. Die Mehrzahl der Patienten, die wir behandeln, die sind später wieder eingliederbar in den Beruf und weisen zwar eine weitere Vulnerabilität auf für psychische Erkrankungen, aber die Mehrzahl braucht eigentlich im Weiteren keine intensive Behandlung mehr.

Und das ist ein grundsätzlicher Unterschied zu anderen Patienten mit psychischen Erkrankungen, die eben auch dann auf eine regionale Versorgung angewiesen sind und auch auf eine dauerhafte Versorgung angewiesen sind. Das waren nochmal zwei Punkte, die mir wichtig

waren, nochmal deutlich zu machen. Vielen Dank.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Wenn es jetzt keine weiteren Rückmeldungen aus dem Kreis der Sachverständigen gibt, würde ich zu den weiteren Fragen aus der AG nochmal kommen. – Frau Dr. (BPtK), Sie hatten sich gemeldet.

Frau Dr. (BPtK): Dr. (BPtK), Bundespsychotherapeutenkammer. Wir hatten das so verstanden – auch als das mal erläutert worden ist –, dass im Prinzip die P1 so eine – jetzt sehr überspitzt gesagt – ‚Restekategorie' ist, weil Sie herausgefunden haben in Ihrer Untersuchung, dass es Kliniken eben gibt, die diese drei TE, die über diese Klippe nicht kommen-

Was ja aber umgekehrt heißt, dass man für Kliniken, die sozusagen in einer Restekategorie sind und nicht so, wie sie eigentlich einer psychosomatischen Komplex-Behandlung im Krankenhaus entspricht, Behandlungen anbieten, ein Auffangbecken damit macht. Was aus unserer Sicht eigentlich das Gegenteil ist davon, dass man Qualitätssicherung auch über die Mindestvorgaben erreichen will.

Und deshalb wäre meine Frage, ob es nicht sinnvoll wäre, da zumindest- Eigentlich müsste es doch das Ziel sein, dass diese Kliniken, die diese drei TE nicht schaffen, dahingebracht werden, das zu schaffen oder ihre Behandlungsangebote verändern. Und das müsste doch dann heißen, dass man zumindest in dieser Basisbehandlung zum Beispiel einen Step einziehen könnte: Mindestens zwei TE, also durch Ärzte und Psychotherapeuten. Das wäre das, was an Psychotherapie ambulant in der Regel erfolgt, was dann ergänzt wäre stationär um diese ganzen cotherapeutischen Ansätze-

Und an der Stelle eben auch nochmal: Ich glaube, das ist oft ja auch Zufall, in welcher psychosomatischen Klinik oder Abteilung ein Patient landet. Im Moment kann ich mir jetzt keinen Patienten vorstellen, für den dann diese Behandlung, die unter-

Wenn ich eine psychosomatische Behandlung anstrebe als Patient, wünsche ich mir immer meistens – und Sie haben es ja in vielen Stellen vorhin gesagt – ein intensives psychotherapeutisches Behandlungsangebot. Und dann habe ich ja sozusagen Pech, wenn ich in dieser Basisbehandlung oder Regelbehandlung lande, weil ich zufällig in dieser psychosomatischen Klinik lande.

Also die Frage nochmal, ob es nicht sinnvoll wäre auch da in dieser Basis- oder in dieser Regelbehandlungskategorie doch eine Qualitätssicherung und ein gewisses Mindestmaß an TEs bei Ärzten und Psychologen zum Beispiel bei zwei TE anzusetzen. Also um diesen Kliniken zu helfen, sich zu verbessern. – Kurz vielleicht Ihre Einschätzung dazu, Herr Prof. Friederich?

Herr Prof. Dr. Friederich: Ja, gerne. Was wir ja machen wollen ist, Behandlungsbereiche und Korridore aufzuziehen, um diese Patienten dann zuzuordnen und denen eine geeignete Behandlung zukommen zu lassen. Wenn ich jetzt den Bereich P1 nochmal differenziere, in welche, die dann die zwei Therapieeinheiten erreichen und welche nicht. Ich muss ja immer eine Situation schaffen für den Fall, dass eben die Therapieeinheiten nicht erfüllt sind. Beziehungsweise: Wie gehe ich mit denen dann um, die jetzt das Kriterium auch für P1 nicht erfüllen?

Und vielleicht kann man auch eine Regelung dort nochmal überlegen, um gewisse Qualitätssicherungsmaßnahmen auch vorzunehmen. Das finde ich sinnvoll. Aber letztlich geht es ja auch um eine Umsetzung, die praktikabel ist in der Versorgung. Genau. Vielleicht so viel dazu.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Herr Dr. Marwitz, gerne.

Herr Dr. Dipl.-Psych. Marwitz: Ja, aus der Praxis: Diese drei Therapieeinheiten klingen jetzt sehr wenig, aber man muss ja auch bedenken, das sind ja nur ärztliche und psychologische Leistungen. Das heißt, die ganzen Spezialtherapien fallen raus. Und wenn ich an unsere

Patienten denke- Wir erheben immer: Was war so die Fragestellung? Was war hilfreich für sie in der Therapie zum Abschluss des Aufenthaltes?

Und da werden die Angebote der Spezialtherapien, zum Beispiel Lehrküche wurde noch gar nicht erwähnt, wo Ökotrophologen leiten. Und auch körperpsychotherapeutisch, kunsttherapeutisch und so weiter werden immer auf Spitzenplätzen genannt. Das heißt, auch wenn wir das nicht bewerten, weil es keine Ärzte oder Psychotherapeuten/Psychologen waren, die das erbracht haben für die Patienten, ist es eigentlich egal. Die profitieren da sehr. Und das fließt in die Therapieeinheiten überhaupt nicht ein.

Und das andere ist auch die Rolle von Gruppentherapien. Man muss unglaublich viel Gruppentherapie anbieten, um auf diese Therapieeinheiten zu kommen. Ich glaube, eine Gruppentherapie mit 100 Minuten, wovon die Patienten zum Teil sehr, sehr profitieren, weil in der ambulanten Versorgung Gruppentherapie praktisch nicht angeboten wird.

Und in einer spezialisierten Gruppe, zum Beispiel für einen Patienten mit Zwangserkrankung, wo wir auch viele haben, für die ist es total erleichternd, wenn sie mit anderen Betroffenen mal über ihre Zwänge sprechen können, weil das im Alltag völlig tabuiert ist und man ganz schnell abgestempelt wird, wenn man halt erzählt, dass man sich am Tag drei Stunden lang die Hände wäscht.

Und das zählt in den Therapieeinheiten praktisch nicht. Das wird mit 0,1 oder 0,2 gewertet. Und man müsste mal ausrechnen- Da bin ich nicht so im Detail eingedacht, aber ich denke, es sind 600 oder 700 Minutengruppen, an denen die Patienten teilnehmen können pro Woche, um auf diese Therapieeinheiten zu kommen oder dann wahrscheinlich noch nicht mal auf die drei kommen. Plus zwei einzeltherapeutische Sitzungen.

Also man darf nicht so davon ausgehen, dass drei Therapieeinheiten weniger, dass das irgendwie nichts wäre. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Herr Dr. Heimbeck.

Herr Dr. Heimbeck: Ja, ich möchte einfach das unterstützen, was der Herr Dr. Marwitz auch erwähnt hat. Ich meine, es ist ambulant gar nicht abzubilden, was in diesen Kliniken dann multifaktoriell geleistet wird. Also sprich das, was an Wirkfaktoren zusätzlich vorhanden ist. Und selbst wenn ich als Pflegetherapeut einen Patienten ambulant noch zusätzlich zu seiner psychotherapeutischen Behandlung – was ja eine reine verbale Therapie letztendlich ist – irgendwo hinschicke, sind kaum Angebote zu finden, die diesem Patienten gerecht werden ambulant.

Von dem her ist dieser wesentliche Faktor auch für die stationäre Behandlung, dieses Gesamtsetting, in Betracht zu ziehen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Ein ganz kurzer Zwischenblick auf die Uhr: Wir haben es drei Uhr. Ein paar der folgenden Fragen haben wir schon angedeutet, Antworten dazu angedeutet, aber noch nicht alle. Insofern müssen wir so ein bisschen gucken, dass wir auch wirklich durchkommen. – Aber Frau (DPR), Sie hatten sich jetzt hier noch zu dem Fragenbereich 6 gemeldet.

Frau (DPR): Ja, vielen Dank. Das konnte ich bisher alles gut nachvollziehen, was Sie so gesagt haben. Die einzige Frage, die sich mir stellt, ist, wie Sie die Minutenwerte gewählt haben. Die Regelversorgung, die P1, hat ja letztendlich weniger Minutenwerte als die teilstationäre Behandlung. Wenn ich das mal so kritisch beäuge, ist das eine Behandlungskategorie, wo Patienten sind, die weniger Leistungen brauchen.

Ich schaue jetzt gerade mal auf die Pflege. Weil das vollstationäre ist für sieben Tage und das

teilstationäre für fünf Tage. Und wenn ich mir das mal ausrechne, müsste ich weniger nachweisen für vollstationäre Patienten als für teilstationäre Patienten. Das erschließt sich mir nicht so ganz. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. Sprechen Sie dann auch Frau Fröhlich an oder allgemein die Runde?

Frau (DPR): Gerne auch Frau Fröhlich, aber auch gerne auch die gesamte Runde. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Ja, gut. Vielen Dank. – Es gibt auch Wortmeldungen, sehe ich gerade, von Herrn Prof. Friederich, von Herrn Grobek. – Und Frau Fröhlich, natürlich, wenn Sie mögen, Sie gerne auch. – Herr Prof. Friederich.

Herr Prof. Dr. Friederich: Ja, vielen Dank. Die Minutenwerte richten sich ja nach den Therapieeinheiten. Also wie viel Therapie ich erbringe. Und folglich ist es auch nicht alleine durch den- Und es betrifft den Tagdienst. Und da unterscheiden sich jetzt Tagesklinik und Station im Tagdienst ja auch nicht ganz grundlegend, wenn ich die Nacht nicht mitzähle. Und es ist dann eben abhängig davon, wie viel Therapie ich erbringe.

Aber grundsätzlich ist es nach meinen Tabellen nicht so, dass die Pflegefachpersonen in P1 weniger sind in der teilstationären- Also P1 ist höher in der stationären Behandlung als P6 in der teilstationären Behandlung. Da habe ich 220 versus 200 stehen. Also höher ist es nicht.

Aber grundsätzlich möchten wir eigentlich betonen, dass wir uns an dem Behandlungsprogramm orientieren, und wie viel Minuten therapeutisches Personal ist notwendig, um dieses Behandlungsprogramm umzusetzen. Und das ist jetzt nicht nur bedingt durch die stationäre versus teilstationäre Behandlung. Vielen Dank.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön – Herr Grobek.

Herr Grobek: Ja, ich wollte da auch anknüpfen. Tatsächlich, die Pflege hat ja, da es nur den Tagdienst betrifft eigentlich auch im tagesklinischen Bereich etwas mehr an Zeit, die sie braucht, weil die Nacht rausfällt. Im Nachtdienst wird dann noch einiges mit dem Patienten gearbeitet, was natürlich nicht nach PPP-RL in den Tagdienst zählt. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Frau Fröhlich, ich habe Sie überzeugt.

Frau Fröhlich: Ja, danke. Ob ich Sie jetzt überzeuge, das überlasse ich den Zuhörern. Ich bin nicht so ganz davon überzeugt, muss ich sagen. In der P1 habe ich 220 Minuten für Pflege, in P6 tatsächlich 200, aber in der P7 habe ich 250. Und das ist eine Differenz, die natürlich irritiert.

Und natürlich kann ich den Tag- und Nachdiensteinsatz von Pflegenden differenzierter darstellen. Ich bin aber wieder bei der PPP, das ist eine Qualitätsrichtlinie. Und wir haben bei den ganzen Themen, die wir jetzt gerade schon durchgesprochen haben,- sind wir noch nicht auf das Thema gekommen, was passiert denn außerhalb von Therapiezeiten? Also außerhalb von Kernzeiten, wo sich ein großes therapeutisches Team aller Professionen in unserem stationären Setting bewegt. Wenn wir an die Randzeiten denken, ich sage jetzt mal, nach 17:00/18:00 Uhr bis morgens 7:00 oder 8:00 Uhr, wo eigentlich überwiegend Pflegefachpersonen auf Station sind oder in manchen Einrichtungstypen auch Hilfskräfte. Dort haben wir eine große Spanne.

Und wenn ich dann von therapieindizierten Krisen spreche, sprich, mein Patient hatte eine Therapieeinheit beim Arzt/Psychologem oder auch Spezialtherapeuten und erfährt dann Stunden später halt einfach eine Krise aufgrund dessen, was tagsüber mit ihm passiert ist oder worüber er anfängt, nachzudenken.

Da sind wieder die Pflegenden vor Ort, die das auffangen müssen. Auch in einem p[*Tonstörung*]-Setting. Und das spiegelt einfach den Aufwand nicht wider. Wenn ich mal von einer 18-Betten-Station exemplarisch ausgehe, dort dann noch eine Pflegefachperson da ist, die den Abend vorbereitet, die dann vielleicht noch für Krisengespräche verfügbar ist, wo vielleicht noch sonstige Anliegen zu klären sind, das ist die Realität. Und das darf einfach nicht sein. Da darf ich nicht von Qualität reden, wenn ich vielleicht ein Gespräch nicht führen kann oder ein Gespräch nicht in Ruhe führen kann, weil ich halt anderen Dingen hinterherjage.

Und tut mir leid, Heiko Grobek, dass wir uns da widersprechen, aber ich finde, wenn wir von einer stationären Versorgung sprechen, haben die Patienten 24/7 den Anspruch auf adäquate Behandlung/Betreuung professionell. Und da bewegen wir uns noch nicht in allen Einrichtungen hin. Oder bewegen uns dahin, dass wir diese Personalvorhaltung zukünftig reduzieren müssten, wenn wir uns in einer Richtlinie wiederfinden, die nicht dem Personalbedarf so widerspiegelt, wie wir ihn brauchen. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Herr Grobek, jetzt fühlen Sie sich angesprochen.

Herr Grobek: Ja, vielen Dank. Ich würde gern ganz kurz was dazu sagen. Wir reden gerade von der Gruppe P1. Und tatsächlich, P1 ist- Muss man dann auch gucken, in welcher Einrichtung ich mich befinde. Das kommt dann noch im Späteren, dass man einfach nochmal bei Einrichtungs- gucken muss genauer.

Und natürlich, die Patienten, die drei Therapieeinheiten bekommen, sind ja dann gleich in P2, P3 oder wenn es das ganze Setting 9-642 zulässt, bei P4 und P5. Und da sind dann tatsächlich auch die Pflegeminuten wesentlich höher angesehen, was ich auch wichtig finde.

Es ist natürlich in P1 eine sehr geringe Zahl an Pflegeminuten, aber ich habe so ein bisschen verstanden, nach was die DGPM gegangen ist, dass Sie wirklich gesagt haben, wir nehmen von dem den 25. Perzentil und nehmen dann diese Minuten dafür an. Wobei ich davon ausgehe, viele Einrichtungen, die ich kenne, werden nicht in die P1 eingruppieren, sondern werden wirklich diese drei Therapieeinheiten haben. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Herzlichen Dank. – Gut, dann würde ich aus Zeitgründen vorschlagen, doch nochmal- Ah, Herr Prof. Friederich. Doch, Sie melden sich nochmal. – Dann müssten wir, glaube ich, fortschreiten mit den weiteren Fragen.

Herr Prof. Dr. Friederich: Ja, vielen lieben Dank für die Möglichkeit. Ich würde gerne meine letzte Antwort noch ergänzen. Es ging ja darum, warum die Pflegeminuten in teilstationären und stationären Bereich auch für P1 und P2 beziehungsweise P6 und P7 sehr ähnlich oder auch gleich sind.

Der Hintergrund ist einfach, dass wir in der Psychosomatik sehr häufig ein Step-Down-Konzept haben. Das heißt, Patienten, die stationär behandelt werden, werden zum Ende der Behandlung, sofern sie in der näheren Umgebung wohnen, dann teilstationär behandelt, um eben die Stabilität auch jetzt im häuslichen Umfeld zu erproben und schrittweise dann mehr in die Selbständigkeit wieder zu kommen.

Und vor dem Hintergrund ist natürlich das, was ich an Pflege habe im stationären/teilstationären Bereich, dann mehr oder weniger identisch. Weil die Patienten haben eine Behandlungskontinuität. Das heißt, sie bleiben bei ihren Behandlern [und] haben den gleichen Behandlungsumfang. Der einzige Unterschied ist, dass sie dann abends um 17:00 Uhr nach Hause gehen.

Und vor dem Hintergrund ist jetzt, dass die Pflegeminuten in P1 und P6 oder auch P2 und P7 mehr oder weniger identisch sind, nicht verwunderlich, sondern einfach vor dem Hintergrund

auch gut nachvollziehbar. Vielen Dank.

Frau (AG-Geschäftsführung): Danke. – Jetzt habe ich doch noch eine abschließende Meldung von Frau Fröhlich dazu.

Frau Fröhlich: Genau. Ich kann vielleicht ein bisschen beschwichtigen. Ich finde, bei dem Thema würden wir uns jetzt gerade im Kreis drehen. Da könnte bestimmt jeder noch 10 Sachen zu sagen. Aber unter der Annahme, die mir bekannt ist, dass wir uns innerhalb der, sage ich mal, aktuell aufgestellten Minuten der PPP-Richtlinie bewegen und lediglich zwischen den einzelnen Professionen hin und her schieben können, werden wir das Thema so nicht lösen.

Eine wirklich nachhaltige Lösung, um nochmal auch die Evidenz der EPPIK-Studie mit zugrunde zu legen, wäre eigentlich auch nochmal eine Anpassung der Minutenwerte nach oben über die Professionen hinweg. Und gerade bei der Pflege drehen wir uns da nun mal im Kreis. Aber das sehe ich auch bei Therapie/Spezialtherapie, wie bei ärztlich-psychologischen Kollegen.

Und ich glaube, das ist eine Spannung, die wir gar nicht aufkommen lassen wollen, die uns aber bewusst sein sollte. Wir haben Minutentopf ‚X' und können aus Minutentopf ‚X' jetzt eine neue Version 2.0 machen. Und das ist, glaube ich, dieses Dilemma, dieses Delta, was hier auch vorliegt, wo wir uns gerade drin bewegen.

Aber ich würde auch vorschlagen, zu den nächsten Fragen zu gehen. Da wird es nochmal ein bisschen inhaltlich tiefer. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Genau. Wir kommen zu dem Bereich ja so ein bisschen zurück. Vielen Dank. – Jetzt aber erst nochmal die Frage 7, zu der wir ja auch schon kurz vorhin ausgeführt hatten oder einige von Ihnen: **‚Gibt es aus Ihrer Sicht Einwände dagegen, den OPS-Code 9-61 in einem Behandlungsbereich zu verorten, der den Zusatzcode 9-642 – also integrierte klinisch psychosomatisch-psychotherapeutische Komplex-Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen – enthält?'**

Wer möchte noch ergänzen über das hinaus, was schon angeklungen ist? – Herr Prof. Friederich.

Herr Prof. Dr. Friederich: Ja, vielen Dank. Ich bin Frau Prof. (BÄK) dankbar, dass sie den Punkt aufgegriffen hat, weil ich sehe auch, dass es überhaupt keine Bedeutung hat und frage mich auch, ob das ein Stück missverstanden wurde. Also 9-61 anzuwenden für die Behandlungsbereiche ≥ P2 ist nicht möglich, weil es ja ein Hauptcode ist, OPS-Code 9-61, und es die Verbindung vorsieht für die Anwendung von 9-642 mit dem Hauptcode 9-634.

Somit schließt sich das aus und ist nach unserem Strukturmodell so nicht denkbar. Vielen Dank.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Weitere Einschätzungen dazu? Gibt es Einwände oder eben auch keine Einwände? – Ok. Von Seiten der Sachverständigen gibt es jetzt keinen Ergänzungsbedarf. – Wenn die AG keine weiteren Fragen dazu hat, würde ich weitergehen zu dem Fragenbereich ‚Berufsgruppen, Minutenwerte, Pflichtversorgung, Regelaufgaben'. Also hier ist allerhand enthalten.

Die Frage 8 lautet: **‚Sind auch nicht in § PPP-RL genannte Berufsgruppen in die psychosomatische Behandlung einbezogen?'** – Herr Dr. Hildenbrand.

Herr Dr. Hildenbrand: Ja. Vor allen Dingen in den psychosomatischen Fachkliniken sind die medizinischen Fachangestellten stark zur Unterstützung der Ärzte und der Pflegenden einbezogen. In großen Fachkliniken arbeiten MFAs in sogenannten medizinischen Zentralen und

übernehmen da Aufgaben wie Medikamente vorbereiten/stellen, Blutdruck- und Gewichtskontrollen, Blutabnahmen und vieles andere mehr. Leider wurde die Rolle und die Aufgaben der MFA im Rahmen der Iststandserhebung der EPPIK-Studie nicht erfasst. Insofern kann man das jetzt nicht im Detail an den Daten nachvollziehen.

Über den Einsatz der Physician Assistants ist in der Zeit in der psychosomatischen Medizin nichts bekannt. Ihr Einsatz kommt meines Wissens in der Praxis in psychosomatischen Kliniken augenblicklich nicht vor. Und auch diese Berufsgruppe ist in der EPPIK-Studie bisher nicht erfasst. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Wer kann noch berichten aus dem klinischen Alltag, aus der klinischen Praxis. – Herr Dr. Kuhn-Thiel.

Herr Dr. Kuhn-Thiel: Weniger aus der klinischen Praxis als- Die Erfahrungen der Prüfung der PPP-RL zeigen doch, dass gerade auch im Bereich psychosomatische Medizin, aber auch in der Psychiatrie, Berufsgruppen zum Einsatz kommen- Oder sagen wir anders: Wo wir uns schwertun als Prüfer und möglicherweise auch als Kliniker, die einer bestimmten Berufsgruppe zuzuordnen, sei es jetzt ein Sportlehrer, der Sporttherapie macht und das vielleicht auch schon seit 20 Jahren gut, aber eben kein Sporttherapeut im eigentlichen Sinne ist. Oder ein Erzieher, der co-therapeutische Aufgaben übernimmt, ohne examinierter Krankenpfleger zu sein. Da ist auch immer ein bisschen die Frage, in welchem Setting man arbeitet und was da genau wer tut.

Und ich glaube, es gibt keinen anderen Bereich, wo eine so vielseitig große Gruppe von wertvollen Mitarbeitenden tatsächlich vorhanden ist und auch mitarbeitende Therapie, ohne eine therapeutische Ausbildung im eigentlichen Sinne zu haben. Das vielleicht nur so als Anmerkung und zum Nachdenken.

Das ist immer die Schwierigkeit. Wo bringt man die dann unter? Über Anrechnungstatbestände oder sonst wie? Aber das ist aus meiner Sicht und aus Sicht der Kolleginnen und Kollegen, die prüfen, immer ein großes Problem. Wo bringt man dann diese besonderen Qualifikationen tatsächlich unter.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Gibt es Ergänzungen oder Rückfragen von AG-Seite? – Wenn das nicht der Fall ist, kommen wir zur Frage- Ah, Entschuldigung. Es gibt eine- Herr (PatV) meldet sich. Dankeschön. – Herr (PatV).

Herr (PatV): Ich weiß nicht, ob das ganz passt, aber ich denke, teilweise schon. Ich wollte fragen, welche Erfahrungen man gemacht hat in der Psychosomatik mit Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern. Soweit mir bekannt ist, sind sie noch nicht so oft in der Psychosomatik angestellt. Es ist in der PPP-RL erwähnt als Empfehlung.

Und ich finde das auch sinnvoll, dass die auch unterstützen. Zum Beispiel Menschen, die auch Essstörungen haben- Dass sie vielleicht, wenn sie selbst sowas ähnliches erlebt haben- Und sind wieder gesund geworden. Deshalb wäre ich dafür, dass man da auch noch mehr in dem Bereich implementiert. Und wie sieht die Situation aus? Und wie sehen Sie das als Expertinnen und Experten, die Beschäftigung von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern?

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr Grobek kann berichten.

Herr Grobek: Ja. Wir vom Verband beschäftigen uns tatsächlich mit den Genesungsbegleitern, wo es darum geht: Welche Aufgaben können sie übernehmen? Was für ein Aufgabengebiet? Wir finden die auch sehr wichtig, sind aber noch zu keinem kompletten Konzept gekommen, dass wir sagen, man kann sie so einsetzen und das Ganze mit den Arbeitgebern so besprechen. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Und Frau Prof. Ganter-Argast.

Frau Prof. Dr. Ganter-Argast: Genau. Ich würde da gerne noch was ergänzen in Bezug auf die Berufe, die noch hinzukommen können. Aus künstlerisch-therapeutischer Sicht ist es schon auch bedeutend, dass da auch eine Qualitätssicherung stattfindet. Also, dass nicht einfach Künstlerinnen und Künstler beispielsweise in der Psychosomatik arbeiten können, weil es auch bestimmte Gründe gibt, warum es eben den Beruf der künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten gibt, die eben auch zur Patientensicherheit beitragen.

Und da wäre eventuell auch – das ist jetzt ein anderes Thema – aber so eine berufsrechtliche Regelung wichtig für die künstlerischen Therapien, die eben dann auch dazu beitragen, dass darauf eben auch geachtet wird, dass eben auch künstlerische Therapeutinnen und Therapeuten eingestellt werden, die eine entsprechende Berufsqualifizierung anhand ihres Studiums oder vom Berufsverband anerkannte Ausbildung mitbringen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr Dr. Heimbeck.

Herr Dr. Heimbeck: Ja, ich möchte es einfach nur ergänzen, was gerade gesagt wurde von Herrn Dr. Kuhn-Thiel. Das Problem haben wir schon auch, dass wenn wir geprüft werden, es häufig unklar ist, welche Berufsgruppen tatsächlich zählen und sozusagen als gültig anerkannt werden.

Und aus der Historie heraus haben wir ja viele verschiedene Berufsgruppen, die schon allein aus traditionell- als Sportlehrer und Sportwissenschaftler anerkannt wurden, aber in den letzten Jahren sind ganz viele neue Studiengänge entstanden, die Gesundheitswissenschaften oder auch bei den Ökotrophologen, die ganzen Ernährungswissenschaften.

Und da ist es häufig unklar, welche Qualifikationen wir eigentlich einsetzen dürfen/können, da wir eine Zusammenarbeit mit den entsprechenden Berufsverbänden sehr, sehr sinnvoll, finden. Welche Voraussetzungen sind da gegeben, um, sage ich mal, die Tradition zu bewahren, aber gleichzeitig auch in die Zukunft zu gehen, was wollen wir für die Zukunft anerkennen? Ja.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Frau Fröhlich.

Frau Fröhlich: Ich finde den Einsatz von Genesungsbegleitern grundsätzlich sehr begrüßenswert und wertvoll, möchte an der Stelle aber nochmal einbringen, dass wir die Finanzierung da auch nochmal besprechen müssten, weil momentan ja nur eine anteilige, geringfügige Refinanzierung gegeben ist.

Und wir reden hier die ganze Zeit über Personalvorhaltung/Mindestpersonal und haben noch überhaupt keinen finanziellen Puffer, um uns des Weiteren über Genesungsbegleiter oder sonstige neue Berufsgruppen im Gesundheitswesen Gedanken zu machen. Da drückt es einfach in der Kasse.

Also selbst, wenn wir da jetzt geeignete Personen haben, die auch entsprechend qualifiziert sind in der Genesungsbegleitung – wie sollen wir das finanzieren? Das möchte ich an der Stelle auch noch mit einbringen. Da gibt es einfach noch eine Lücke. Die ist noch nicht gut geklärt. Und wir haben der Erfahrung aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen und psychiatrischen Bereich, wo wir einfach an Grenzen kommen. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Dann würde ich weitergehen zu der Frage 9: **‚Wie gestalten sich die Aufgaben der Pflege im psychosomatischen therapeutischen Behandlungsalltag insbesondere in Bezug auf die co-therapeutische Rolle der Pflege? Möglichst differenziert nach Einrichtungstypen. Also Fachkrankenhäuser versus Fachabteilung versus Uni.‘** – Wer möchte? – Frau Fröhlich, ich habe es mir fast gedacht. – Frau Fröhlich, gerne.

Frau Fröhlich: Ja. Es wurde ja schon gerade immer sehr viel auch mit eingebracht. Und jetzt ist, glaube ich, auch nochmal der richtige Zeitpunkt zu erwähnen, dass wir halt einfach auch nach Einrichtungstypen nochmal differenziert schauen müssen, wie Fachpersonaleinsatz über alle Professionen hinweg erforderlich ist und wie auch Medizin und Therapie und Pflegekonzepte insgesamt aufgestellt sind.

Wir haben jetzt auch schon mehrfach gehört, dass es Spezialisierungen auch nochmal an den psychosomatischen Kliniken gibt, die auch nochmal für gewisse Einrichtungstypen sprechen. Und ich persönlich aus dem universitären Bereich/Maximalversorger, wir [*Tonstörung*] natürlich auch ein Patientenklientel, was hohe Schweregrade mit sich bringt an psychischen wie an körperlichen Erkrankungen.

Und entsprechend haben wir natürlich auch einen Bedarf an Personaleinsatz, den wir in den Regelaufgaben der PPP-Richtlinie so nicht wiederfinden über alle Professionen hinweg. Wenn ich jetzt mal gezielt in die Profession der Pflegenden hineinschaue, bin ich wieder bei dem Punkt, wo wir schon mal vor zwei Stunden ganz zu Anfang waren, dass wir aktuell den pflegerischen Bedarf so in dem Ausmaß gar nicht sichtbar machen und machen können. Pflegerische Diagnosen, zum Beispiel nacheinander etc., existieren überhaupt gar nicht.

Es findet auch keine gesonderte Vergütung statt. Ich sage jetzt mal so ganz einfach: Ob jetzt Pflege, Pflegehilfskräfte oder sonstige Personen im System da sind, prüft der medizinische Dienst. Darüber hinaus ist wenig Qualität in der Prüfkriterie da. Der Einfluss auf Entgelt [in der] Finanzierung findet nicht statt. Und selbst beim medizinischen Dienst in einer Prüfung, die ich selber mit erfahren und begleiten durfte in 2024, hat es kaum eine Rolle gespielt.

Darüber hinaus ist gerade in der Pflege das Gesetz zur Befugniserweiterung und Endbürokratisierung in der Pflege wieder stillgelegt. Und im Vergleich zu einer psychiatrischen Therapiestation, wo wir ja jetzt auch schon mehrfach die Brücke versucht haben zu schlagen-

Wo ist denn nun der Unterschied? Aber im Vergleich fehlen mir auf den psychosomatischen Stationen ungefähr 240 Minuten, um einfach auch eine adäquate Personalaufstellung sicherzustellen.

Und ich habe hier eine große Motivation, einfach für die psychosomatische Pflege zu sprechen, dass wir genau diese Ungleichheit oder auch in dem Sinne Ungerechtigkeit in einer Qualitätsrichtlinie nicht zulassen dürfen. Dass wir halt Fächer, die sehr nah beieinander sind, so differenziert in der Personalvorhaltung voneinander trennen, dass es halt einfach unterschiedliche Qualitäten am Ende gibt.

Und wir haben noch überhaupt gar nicht darüber gesprochen, was es eigentlich bedeutet, von einer grundständigen Ausbildung in der Pflege, die die psychosoziale Versorgung – sei es denn in Psychosomatik, Psychiatrie oder Kinderpsychiatrie – berücksichtigt, was es einfach auch für ein Aufwand für Arbeitgeber bedeutet, Mitarbeitende zu gewinnen, einzuarbeiten, langfristig zu binden.

Und das, was wir jetzt gerade erleben mit der PPP-Richtlinie ist eine große, große Unsicherheit. Also ich als Verantwortliche mit Pflegebudget kann nicht einstellen, was sage ich Mitarbeitenden, die Stellen aufstocken wollen? Wie gehe ich damit um, wenn ich eher Fluktuationen habe durch Berentungsaustritte etc.? Wie qualifiziere ich meine Mitarbeitenden für die Zukunft? Und, und, und.

Das sind alles offene Punkte und Fragen, die sich am Ende wieder schließen mit einem Personalbedarf, der einfach geklärt werden muss und der jetzt auch mit dem DGPM-Vorschlag noch nicht ausreichend ist. Der ist besser, auf jeden Fall. Aber trotzdem für eine universitäre Einrichtung noch nicht ausreichend. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Gibt es weitere Anmerkungen oder Rückfragen dazu? – Dann- Doch gibt es. – Herr Prof. Friederich.

Herr Prof. Dr. Friederich: Ja, vielen Dank. Ich denke, in diese Diskussion ist eben auch einzubeziehen, dass wir auch Einrichtungen haben, die sehr groß sind, die zum Teil über 100 Betten haben und dadurch natürlich Skaleneffekte möglich sind, sowohl was die Organisation betrifft, aber auch die Arbeitsteilung.

Und das erklärt in meinen Augen zusätzlich. Also wir haben auf der einen Seite natürlich ein Patientenklientel, was sich unterscheidet, aber wir haben auf der anderen Seite eben auch in der großen Einrichtung nochmal andere Organisationsmöglichkeiten.

Das heißt, das Stellen von Medikamenten oder aber auch Blutdruckmessen, Gewichtskontrollen und so weiter kann ich viel effektiver in einer großen Einrichtung organisieren als wie wenn ich eine Abteilung mit einer Station und einer Tagesklinik-. Und ich kann natürlich Patienten auch effektiver und mit weniger Personal überwachen oder auch Krisenintervention durch Pflege anbieten.

Und dann habe ich in einer großen Einrichtung auch die Möglichkeit, die Aufgaben nochmal anders zu verteilen. Wir haben gerade gehört, dass in den Fachkliniken natürlich Aufgaben auch an MFAs delegiert werden und dadurch natürlich weniger Pflegepersonal notwendig ist in den Fachkliniken.

Aber zum anderen habe ich auch die Situation, dass wenn ich keine Patienten habe, die ich somatisch medizinisch intensiver betreuen muss, dann kann ich weniger Pflege einstellen und habe dann zum Beispiel Situationen bei Patienten mit Essstörungen, dass ich Essbegleitung eben nicht durch die Pflege anbiete, sondern durch die Psychologen und die Psychotherapeuten auf der Station. Das gleiche gilt für soziales Kompetenztraining.

Das heißt, ich habe dann eine andere Aufgabenverteilung. Das heißt, therapeutische Aufgaben werden dann einmal mehr von der Pflege und einmal mehr auch von den Psychotherapeuten übernommen. Und das, glaube ich, ist in der Bewertung jetzt auch der unterschiedlichen Pflegeminuten für die Behandlungsbereiche zu berücksichtigen. Vielen Dank.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Frau Prof. Ganter-Argast, bitte.

Frau Prof. Dr. Ganter-Argast: Genau. Ich möchte nochmal auf die 9. Frage eingehen und mir auch erlauben, dazu einen Kommentar abzugeben in Bezug auf die Aufgaben der Pflege, weil bei den Regelaufgaben bei dem Vorschlag auf jeden Fall die Pflege beispielsweise auch benannt worden ist [sowie der] Einsatz kreativer und künstlerischer Methoden oder auch Förderung aktiver und rezeptiver Gestaltungskompetenz.

Und das sind natürlich Aspekte, die aus unserer Sicht in den Aufgabenbereich der künstlerischen Therapie blickt oder da einfach zugeordnet werden müssen, ganz eindeutig. Und wir fragen uns da: Was qualifiziert die Pflege dazu, diese Aufgaben übernehmen zu wollen oder wie kam es überhaupt dazu?

Das wollte ich einfach nochmal kommentieren, weil es ja schon so ist, dass wir ein akademisch ausgebildeter Beruf sind, wo wir genau diese Kompetenzen erlernen und dann eben auch anwenden können, je nach Indikation und auch so, dass sie eben effektiv sind. Und das wollte ich einfach nur nochmal kommentieren, was einfach auch deutlich macht, dass wir die Regelaufgaben nochmal- Oder dass wir überhaupt für die künstlerischen Therapien formulieren müssen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Ich sehe Frau Fröhlich nicken und sie meldet sich auch dazu.

Frau Fröhlich: Ja. Das möchte ich gerne unterstreichen und hatte ich eingangs auch schon gesagt. Den Part in den Regelaufgaben sollte man sich auf jeden Fall nochmal besonders anschauen. Ich rechne es der DGPM hoch an, dass sie sich Gedanken gemacht haben. Ich kann jetzt vielleicht die Mitglieder, Herrn Prof. Friederich, auch an der Stelle sagen, wer denn da auch einfach mitberaten hat.

Ich kann jetzt nur von meiner eigenen Klinik und von Kollegen in Baden-Württemberg sprechen, wo wir uns das auch angeschaut haben. Und wir haben da auch eine überarbeitete Version. Und genau diese Frage der künstlerischen Therapieelemente im Profil der Regelaufgaben von Pflegenden haben wir auch kritisch hinterfragt, gerade weil halt da die Schwerpunktkompetenz gar nicht liegt, wohingegen komplett in den Regelaufgaben, wenn wir jetzt doch in dem Thema sind, fehlt, dass jede Station einfach auch eine adäquate pflegerische Leitung benötigt, die natürlich auch Einfluss auf Therapiesteuerung nehmen kann, muss und sollte.

Und darüber hinaus [ist] einfach Pflege ja auch, wie ich schon vorhin gesagt habe, neben den pflegegeleiteten co-therapeutischen Aspekten einfach auch für therapieindizierte Krisen verantwortlich. Und es ist umso wichtiger, dass halt das Thema Bezugskontakte, aber auch Skilltraining, Psychoedukation, Alltagskompetenzen, Symptombegleitung, Selbststeuerung, bis hin zu dem, was An- und Zugehörige mit einbezogen und beraten und begleitet werden, zu dem Spektrum der Pflegenden gehört.

Also von daher wirklich nochmal ein wichtiger Appell, sich zu überlegen, ob man nicht nochmal eine Arbeitsgruppe zu den Regelaufgaben aufsetzt, um die nochmal neu zu überarbeiten und zu überdenken. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Ja, vielen Dank. Das hatten Sie ja tatsächlich zu Beginn des Fachgesprächs schonmal anklingen lassen. Hier steht jetzt in der Überschrift auch ‚Regelaufgaben', es gibt aber gar keine konkrete Frage dazu. Das haben Sie jetzt wunderbar gekapert und untergebracht bei der Frage 9. Da gehört es auch tatsächlich ein bisschen mit dazu. – Gibt es zu diesem Bereich weitere Wortmeldungen? – Herr Dr. Hildenbrand meldet sich.

Herr Dr. Hildenbrand: Vielleicht nur nochmal, weil das schon mehrfach angeklungen war zu dem Thema Regelaufgaben: Das sehen wir im Vorstand der DGPM auch als ein außerordentlich wichtiges Thema. Und da ist der jetzt bestehende Katalog natürlich in keinster Weise vollständig und abschließend.

Und das steht ganz oben auf der Agenda, diese Regelaufgaben weiter zu spezifizieren, auszudifferenzieren in den einzelnen Berufsgruppen auch unter Beteiligung der einzelnen Berufsgruppen, hier genauer eine Überarbeitung vorzunehmen. Also der Appell ist angekommen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Dann gibt es eine Frage dazu aus der AG. – Frau Dr. (BPtK) von der BPtK.

Frau Dr. (BPtK): Ganz kurz an Herrn Dr. Hildenbrand: Beziehen Sie sich jetzt auf den Vorschlag der DGPM zu den neuen Regelaufgaben oder beziehen Sie sich auf die aktuellen Regelaufgaben der PPP-RL, die überarbeitet werden müssen aus Ihrer Sicht?

Herr Dr. Hildenbrand: Auf den aktuellen Vorschlag zu den Regelaufgaben.

Frau (AG-Geschäftsführung): Der DGPM? Also das, was in den Unterlagen enthalten war? Der Vorschlag?

Herr Dr. Hildenbrand: Ja, genau.

Frau (AG-Geschäftsführung): Ok, vielen Dank. – So, dann würde ich zur Frage 10 kommen. Dann sind wir beim Thema Minutenwerte: **‚Wie beurteilen Sie die von der DGPM**

vorgeschlagenen Minutenwerte für die verschiedenen Berufsgruppen auch im Verhältnis der verschiedenen Berufsgruppen zueinander?‘ – Herr Dr. Marwitz.

Herr Dr. Dipl.-Psych. Marwitz: Ja, die Frage greift ja unmittelbar an Nummer 9. Die berührt da so ein bisschen diesen Bereich. Ich glaube, Herr Dr. Hildenbrand hat es vorhin auch hervorgehoben, dass es 290 psychosomatische Kliniken in Deutschland gibt. Also es ist eine sehr breite Landschaft, die unterschiedliche Patienten in unterschiedlichen Settings in unterschiedlichen Größen auch ihre Patienten behandeln mit unterschiedlichen Möglichkeiten.

Und ich fände es gut, wenn man diese Minutenwerte flexibel handhaben könnte und nicht darauf fixieren würde, sondern je nach Bedarf. Auf manchen Stationen bedarf es vielleicht sehr viel Pflegeeinsatz und das ist auch wichtig, weil die Patienten gerade noch in der Lage sind, therapeutisch wirklich erreicht zu werden. Auf anderen Stationen ist vielleicht deutlich wichtiger, dass halt intensivere Psychotherapie, wo wir dann auch gar nicht die Pflegekräfte überhaupt haben, die da irgendwie eingesetzt werden könnten, oder umgekehrt gibt es auch sehr viele, sehr engagierte Spezialtherapeuten, die man auch einsetzen kann.

Und von daher fände ich es gut, wenn man da eine Flexibilität haben könnte und nicht auf die Minutenwerte festgeschrieben würde als Einrichtung. Also die [man] hin- und herschieben könnte, flexibel, je nach Bedarf.

Frau (AG-Geschäftsführung): Danke. – Vielleicht erst Frau Fröhlich. Wir haben noch weitere Wortmeldungen und dann sonst gern nochmal Frau Dr. (BPtK). – Frau Fröhlich.

Frau Fröhlich: Danke. Ich stimme dem Gedanken grundsätzlich zu, hänge nur an einem Punkt: Wenn wir Patienten stationär versorgen und davon ausgehen, dass die weniger Pflege brauchen, brauchen sie dann wirklich auch eine stationäre Versorgung, wo ja die Therapeuten außerhalb der Therapiezeiten gar nicht vor Ort sind?

Und wie gut ist dann wirklich auch eine 24/7-Betreuung, wenn Pflege einen wesentlich geringeren Anteil an der Therapie hat? Das würde ich einfach an der Stelle nur mal in Frage stellen wollen, weil genau da hängen wir immer. In der Regel ist es ja schon so, dass Patienten einfach auch in der stationären Versorgung sind, weil sie halt einfach pflegerische Unterstützung brauchen. Wie auch immer wir dann auch Pflege an der Stelle definieren. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Frau Prof. Ganter-Argast dazu.

Frau Prof. Dr. Ganter-Argast: Ja, genau. Aus künstlerisch-therapeutischer Sicht in Bezug auf die Minutenwerte stellt sich uns eben wieder die Frage: Was verstehen wir denn unter Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten? Und wir haben hier die Haltung, dass das eben so ist, dass wir gerne im Prinzip eigene Minutenwerte für uns festmachen würden. Weil wenn eben andere Fachtherapien hinzukommen, dann müssten hier die Minutenwerte erhöht werden.

Die Bewegungstherapie hat es ja auch für sich alleine festgeschrieben und die Minutenwerte der Bewegungstherapie würden dann ja noch addiert werden zur Spezialtherapie. Also so, wie die Minutenwerte momentan sind für die Spezialtherapie, wäre das in Ordnung, wenn das eben nur die künstlerischen Therapien umfassen würde. So aus unserer Sicht.

Und genau, für die künstlerischen Therapien ist es einfach so, dass wir auch in Projekten arbeiten. Bei uns kommt ja auch noch Teamsitzung, Vor- und Nachbereitung dazu, Dokumentation. Unsere Gruppen sind auch gegebenenfalls kleiner als in der Bewegungstherapie. Und wir haben einen erhöhten Aufwand in Bezug auf die Instandhaltung der Materialien oder Instrumente. Und auch in Bezug auf die Materialbeschaffung oder auch in Bezug auf die Aufbewahrung, die man eben auch mit berechnen müsste.

Aber ich möchte eben an der Stelle nochmal betonen, genau zu klären, was eben unter Spezialtherapie gemeint ist. Und auch wenn wir jetzt nur die künstlerischen Therapien da einschließen, dann wären die Minutenwerte in Ordnung. Aber wir würden gerne eigene Minutenwerte für uns festschreiben.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr Dr. Hildenbrand. – Ich glaube, Ihr Mikro ist aus. Wir hören Sie im Moment nicht.

Herr Dr. Hildenbrand: Entschuldigung. Danke für den Hinweis. Ich glaube, an der Stelle ist es nochmal wichtig, darauf hinzuweisen, dass es auch in der EPPIK-Studie ein Ergebnis war, dass es eine hohe Varianz im Bereich der Berufsgruppen Spezialtherapie, Bewegungstherapie, Sozialarbeit zwischen den Kliniken und sogar innerhalb der Kliniken auf unterschiedlichen Stationen gibt.

Manchmal waren die jeweiligen Personalstände zu hoch, manchmal zu niedrig. Das hat mit den Konzepten der einzelnen Abteilungen beziehungsweise Stationen zu tun. Deutlich wird aber, dass in der Summe über die drei Berufsgruppen immer ähnliche Stände der Minutenwerte je Behandlungsbereich vorhanden sind.

Und wie gesagt, das liegt wahrscheinlich daran, dass unterschiedliche Personalkonzepte existieren. Ein Beispiel wäre: In einer Essstörungsstation wird mehr Spezialtherapie, auch körperbezogene Therapie, künstlerische Therapie benötigt und möglicherweise deutlich weniger Sozialarbeit. Umgekehrt, in einer Station für Patienten mit schweren Borderline-Persönlichkeitsstörungen wird wesentlich mehr Sozialarbeit benötigt als künstlerische Therapien.

Durch die Anrechnungsregeln der PPP-RL ist sichergestellt, dass die Kliniken in diesen drei Berufsgruppen die für ihr Behandlungskonzept richtigen Kapazitäten in Eigenverantwortung – das ist dabei wesentlich – zuteilen können. Und wir brauchen diese Eigenverantwortlichkeit eben auch, damit die PPP-RL jetzt nicht bis ins letzte Detail in die Behandlungskonzepte eingreift. Dafür ist sie ja auch nicht gedacht und vorgesehen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Jetzt gibt es von AG-Seite aus Wortmeldungen vom GKV-Spitzenverband. Herr (GKV-SV) und Frau Dr. (GKV-SV) haben sich beide gemeldet.

Herr (GKV-SV): Ja. Ich würde nochmal gerne um eine Rückmeldung zu der Berufsgruppe der Psychologen und Psychotherapeuten bitten und den genannten Minutenwerten und dabei auch bitte auf die Frage der Abbildung von Psychotherapeuten in Ausbildung noch eingehen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr Prof. Friederich meldet sich.

Herr Prof. Dr. Friederich: Herzlichen Dank für die Frage. Wir haben im Rahmen der Iststandserhebung festgestellt, dass es eben ganz, ganz vielen Kliniken nicht gelingt, die drei Therapieeinheiten zu erreichen. Und zwar durchschnittlich über einen längeren Zeitraum. Wir haben ja insgesamt acht Wochen erhoben. Und die meisten Kliniken haben die drei Therapieeinheiten angestrebt, aber sie dann knapp gerissen. Und viele sind dann im Bereich zwischen 2,5 und drei Therapieeinheiten gelandet.

Weil uns das aber als ein ganz zentrales und wichtiges Qualitätsmerkmal erscheint und ja auch im OPS-Code 9-634 so festgelegt ist, haben wir dann ausgehend von der Iststandserhebung eine Anpassung vorgenommen, dass wir die ärztliche und psychologische Therapie geringfügig angehoben haben, um sicherzustellen, dass die Mehrzahl der Kliniken dann auch das Qualitätsmerkmal drei Therapieeinheiten durchgängig erreichen kann.

Dazu war es erforderlich, auch im Bereich der psychologischen Psychotherapeuten oder der zukünftigen Fachpsychotherapeuten eine Erhöhung von ungefähr 30% der Minutenwerte vorzunehmen. Das war der eine Aspekt.

Der andere Aspekt, warum wir diese 30% vorgenommen haben, ist, dass bislang die PPP-IAs eine Unterstützung in der Behandlung auf den Stationen dargestellt haben. Das wird zukünftig so eben nicht möglich sein, weil es ja dann in einem Angestelltenverhältnis erfolgt, die Weiterbildung und keine Ausbildung mehr darstellt, sodass wir auch versucht haben, mit diesen 30% das eine Stück auszugleichen und hoffen, dass wir mit dieser Anpassung den Bedarf auch auf den Stationen, was die Psychotherapie angeht, gerecht werden. Vielen Dank.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr Dr. Marwitz.

Herr Dr. Dipl.-Psych. Marwitz: Ja, das freut mich ja sehr, dass ich Gelegenheit habe, da noch kurz was dazu zu sagen, was natürlich als Psychologe da mein Herz höherschlagen lässt. Zum einen nochmal: Auch diese Verschiebung der Minutenwerte, wie gesagt, finde ich sinnvoll, weil wir sind jetzt leider nicht in Heidelberg, sondern hier in Oberbayern. Und da ist der Arbeitsmarkt ein bisschen anders. Es ist unheimlich schwierig bei der vielen Konkurrenz von Kliniken in der Gegend zum Beispiel ausreichend qualifizierte Pflegekräfte dann auch zu finden.

Und von daher ist es auch bei anderen Kliniken anders. [Es] wäre ganz gut, wenn man da ein bisschen variieren könnte und zum Beispiel auch mehr Psychologen, wenn es auch die Gelegenheit geben könnte, wie Herr Prof. Friederich gerade gesagt hat, gerade im Anstellungsverhältnis auch tätig zu werden.

Das ist natürlich auch ein Punkt, der unsere Profession sehr umtreibt, weil das Ausbildungsmodell ist ein Auslaufmodell. Das wird noch zwei, drei Jahre PIAs in Kliniken geben, dann wird es sie nicht mehr geben, weil es eben eine Umstellung gibt und Psychotherapeuten das Studium- Also Zukunft des Studiums der Psychotherapiewissenschaften seit 2020 studieren können, mit einer Approbation ähnlich wie Ärzte, abschließen und dann auf jeden Fall mindestens zwei Jahre in einer Klinik Weiterbildung machen müssen in einer stationären Einrichtung. Das kann eine Psychiatrie oder Psychosomatik sein.

Und es wird ein großes Nadelöhr, da wirklich dann auch zukünftige Fachpsychotherapeuten weiterzubilden. Und das wäre schön, wenn wir da eine Flexibilität haben könnten. Ich glaube jetzt nicht unbedingt daran, dass wir da so viel mehr Stellen kriegen werden für diese zukünftigen Fachpsychotherapeuten oder Psychotherapeuten in Weiterbildung. Und wenn wir da eine Flexibilität haben könnten, auf der einen Seite wahrscheinlich doch zu wenig Pflegekräfte [und] auf der anderen Seite möglicherweise vermehrter Einsatz von Psychotherapeuten in Weiterbildung, dann wäre das eine ganz schöne Sache, die auch weitgehend budgetneutral sogar sein könnte.

Wie gesagt, Psychotherapeuten in Ausbildung werden beschäftigt, ja. Aber ich denke, das ist was, was noch zwei, drei Jahre gehen wird und dann wird das auslaufen. Und ja. Da müsste man sich an der Stelle auch neu aufstellen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Frau Prof. Ganter-Argast.

Frau Prof. Dr. Ganter-Argast: Ja, ich möchte auch nochmal kurz hinzufügen oder betonen, dass es natürlich auch künstlerische Therapeutinnen und Therapeuten in Ausbildung gibt, die auch nicht erfasst werden. Und in der Psychiatrie werden die jetzt, glaube ich, auch erfasst. Aber da ist auch total unklar, welche Qualifikationen die mitbringen müssen oder in welchem Ausbildungsinstitut die ihre Ausbildung oder ihr Studium- Und dass es eben auch hier Institute sein müssen, die vom Berufsverband anerkannt sind oder eben auf Hochschulniveau ein akademischer Studiengang eben ist.

Aber das wollte ich nochmal erinnern, dass es auch in den künstlerischen Therapien Therapeutinnen und Therapeuten in Ausbildung gibt, die nicht eingerechnet werden.

Frau (Vorsitzende): Vielen Dank. – Jetzt gibt es immer mehr Wortmeldungen. Jetzt gegen Schluss ist das natürlich eine Herausforderung. Ich lese einmal kurz vor: Von Seiten der Sachverständigen melden sich Frau Fröhlich und Herr Dr. Heimbeck. Von Seiten der AG Frau Dr. (BPtK) und Frau Dr. (GKV-SV). Und dann hätten wir noch eine 11. Frage. Also müssen wir jetzt ein bisschen gucken, wie wir das gemeinsam hinkriegen. – Frau Fröhlich, beginnen Sie.

Frau Fröhlich: Danke. Ich möchte gerade nochmal Bezug nehmen auf den Fachkräftemangel im Pflegedienst. Eine gut ausformulierte PPP-RL ist auch ein hoher Attraktivitätsfaktor. Momentan haben wir viel mit Unsicherheit zu tun: Wie gehen wir mit Personalsituationen um? Und das, was Sie vielleicht gerade in Bayern als Mangel erleben, das erleben Pflegekräfte in Baden-Württemberg gerade auf einer anderen Seite, dass sie sich bewerben und abgelehnt werden, weil unsere Stellen voll sind.

Und das ganze Thema Gesetz zur Befugniserweiterung und Endbürokratisierung in der Pflege, das ist ein wichtiger Schritt, um die Profession Pflege in Gesamtdeutschland auf ein stabiles Fundament zu stellen und einfach auch zu zeigen, dass wir nicht nur mit den Händen klatschen, sondern dass wir halt wirklich Befugniserweiterung geben wollen, gerade auch, wenn wir in andere Richtungen/andere Modelle denken wollen. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Herr Dr. Heimbeck und dann Frau Dr. (BPtK), die schon lange wartet.

Herr Dr. Heimbeck: Ja, ich werde es kurz machen. Es steht ja die Antwort aus, was für meine Berufsgruppe passend ist, die Minutenwerte. Ich würde sagen, ja, das bildet die Minutenwerte, die für mich angegeben sind-, werden hier gut abgebildet, was wir auch in der Klinik umsetzen. Die einzige Frage, die entsteht, und das hat die Frau Prof. Ganter-Argast schon angesprochen, ist: Zählen die Körpertherapeuten dann zu den Bewegungstherapeuten, Spezialtherapeuten?

Und so wie Herr Dr. Hildenbrand sagt, wenn man da eine gewisse Verhandlungsmasse hat, wie man das in der Klinik selbständig regeln kann, dann ist das gut geregelt, wenn wir da ein Stück frei sind, wie wir diese Minutenwerte aus der Spezialtherapie dann eben einsetzen. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Ganz herzlichen Dank. – Frau Dr. (BPtK).

Frau Dr. (BPtK): Genau. Das ist nochmal eine Frage. Jetzt geht es um das Binnenverhältnis von Ärzte- und Psychotherapeuten-Minuten, die geht an Herrn Dr. Marwitz nochmal ausdrücklich. Das Verhältnis- Also es sind ja hier immer mehr wesentlich Ärzte-Minuten als Psychotherapeuten-Minuten in den verschiedenen Behandlungsbereichen.

Dieses Verhältnis kommt ja noch ein bisschen aus der Psych-PV-Zeit, als es noch nicht den approbierten Psychotherapeuten gab. Das wurde sozusagen mitgeschleift jetzt in die PPP-RL. Wie beurteilen Sie denn aus Ihrer Sicht, inwieweit das gerechtfertigt ist, dass der Anteil im Verhältnis zum Beispiel von- Bei der Komplexbehandlung von P2 zu P3 zum Beispiel steigen die Ärzte-Minuten deutlich und die Psychotherapeuten-Minuten sinken von P2 zu P3, obwohl es ja aus unserer Sicht mittlerweile- Oder wir wissen, dass [es] vor Ort einen viel größeren Überlappungsbereich von ärztlichen und psychotherapeutischen Tätigkeiten gibt, und ob das aus Ihrer Sicht gerechtfertigt ist.

Weil von P2 zu P3 geht es ja um die Intensivierung von Psychotherapie. Hier sprechen wir nicht davon, wie bei P4, dass komorbide, somatische Erkrankungen hinzukommen, die mitbehandelt werden müssen und deshalb vielleicht mehr ärztliche Leistungen oder Ärzte-Minuten brauchen.

Und ob nicht aus Ihrer Sicht da auch Weiterentwicklungsbedarf ist, a) was die Regelaufgaben der Psychotherapeuten angeht, wie sie abgebildet sind im DGPM-Vorschlag, aber insbesondere auch, was die Verteilung der Minutenwerte zwischen beiden Berufsgruppen angeht.

Frau (AG-Geschäftsführung): Ok, vielen Dank. [Das war] eine lange Frage. – Herr Dr. Marwitz, sind Sie vorbereitet?

Herr Dr. Dipl.-Psych. Marwitz: Ich mach es ganz kurz. Ich würde gerne ganz im Sinne des Geäußerten da auch Flexibilität wünschen. Ich denke, es ist bei uns die Realität, wahrscheinlich in anderen Kliniken auch. Es gibt schlichtweg auch gar nicht so viele Ärzte, dass man alle Stellen besetzen könnte. Zumindest nicht in jeder Klinik und überall. Und auch fachlich gesehen, glaube ich, dass da eine Konvertierbarkeit/Umtauschbarkeit sehr wünschenswert wäre.

Und wie gesagt, wir haben jetzt eine neue Situation, dass wir wirklich auch Stellen brauchen, sonst wird es bald keine psychologischen Psychotherapeuten oder Fachpsychotherapeuten auch geben. Inhaltlich sehe ich da kein Problem. Und man muss dann natürlich auch die Station angucken. Sicher wird es Stationen geben, wo es dezidiert medizinische Expertise braucht. Und es gibt andere Stationen, da ist es sicherlich natürlich aus einem hohen Maße auch austauschbar.

Frau (AG-Geschäftsführung): Ok, vielen Dank. – Einen Satz noch von [Frau Dr. (BPtK)].

Frau Dr. (BPtK): Die Austauschbarkeit ist ja im Prinzip ja schon gegeben. Berufsgruppen a und c können ja gegeneinander angerechnet werden. Es ist ja trotzdem eine Frage der Regel- Man hört mich, glaube ich, nicht.

Frau (AG-Geschäftsführung): Doch. Ich glaube, die Teilnehmer hören Sie. – Wir haben hier einen Wackelkontakt am Mikro, aber ich sehe Daumen hoch von den Online-Teilnehmern.

Frau Dr. (BPtK): Die Austauschbarkeit ist ja schon gegeben in der Richtlinie. A und c können gegeneinander ausgetauscht werden. Insofern die Regelaufgaben von den anderen Berufsgruppen dann erbracht werden. Nur so als Hinweis.

Aber in den Regelaufgaben, wie sie von der DGPM vorgeschlagen werden und auch in dieser Aufteilung der Minutenwerte wird ja im Prinzip- Diese große Austauschbarkeit bildet sich da eigentlich nicht ab, sondern im Gegensatz-

Frau (AG-Geschäftsführung): So, Frau Dr. (BPtK). Jetzt muss ich tatsächlich dazwischen gehen. – Frau Dr. (GKV-SV), ist Ihre Frage noch aktuell?

Frau Dr. (GKV-SV): Die Frage ist noch aktuell, tatsächlich. Es geht um eine Berufsgruppe, von der wir heute noch nicht ganz so viel gehört oder über die wir nicht ganz so viel gesprochen haben: Das ist die soziale Arbeit.

Wenn Sie sich die aktuellen Vorschläge anschauen der DGPM und vergleichen mit den Vorschlägen der PPP-RL, dann stellen Sie fest, dass die Minutenwerte für die Sozialarbeit doch erheblich geschrumpft sind. Und die Frage wäre, wie das eingeschätzt wird und ob da nicht die alten Minutenwerte der PPP-RL angemessener erscheinen?

Und vielleicht nochmal die Frage an Herrn Prof. Friederich. Vielleicht gibt es da noch eine Erläuterung für diese Unterschiede. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Ich habe Frau Boiting auch nicken sehen. – Herr Prof. Friederich, mögen Sie was dazu sagen?

Herr Prof. Dr. Friederich: Da kann auch gerne Frau Boiting antworten.

Frau (AG-Geschäftsführung): Ich habe das als Zustimmung verstanden, aber sie meldet sich

auch.

Frau Boiting: Ich würde da genau gerne drauf Bezug nehmen. Im Prinzip sind diese Werte angemessen. Aber ich kann mich da eigentlich nur Herrn Dr. Hildenbrand anschließen, der es eigentlich sehr schön erläutert hat, was da auch die Gründe dafür sind, dass da so ein gewisser Spielraum, sage ich mal, da ist und dass da eben diese Daten auch angepasst wurden auf Grundlage der Studien. Und ich denke, es ist einfach was, da sollten wir uns daran orientieren.

Was die genauen Minutenwerte betrifft, würde ich tatsächlich vielleicht nochmal an Herrn Prof. Friederich weitergeben, aber ich muss sagen, ich halte die Minutenwerte für realistisch und würde diesem Vorschlag auch weiterhin so zustimmen. Danke.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Herr Prof. Friederich.

Herr Prof. Dr. Friederich: Ich würde in Anbetracht der Zeit nur einen Satz sagen: Es sind eben Minutenwerte, wie wir sie aus der Iststandserhebung abgeleitet oder entnommen haben. Die sind auch nicht angepasst worden. Das heißt, Sie bilden einfach die derzeitige Versorgungspraxis ab.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank. – Dann würde ich jetzt zu unserer letzten Frage kommen, die Frage 11. Uns bleiben eigentlich auch nur noch 10 Sekunden, die wir jetzt einfach mal ausdehnen**. ‚Welche Besonderheiten im Bereich der Psychosomatik sehen Sie bei der Frage einer Differenzierung der Minutenwerte in Abhängigkeit im Vorliegen einer Pflichtversorgung?‘** – Jetzt kommt das Thema Pflichtversorgung hinein. – Wer möchte sich melden? – Herr Dr. Hildenbrand.

Herr Dr. Hildenbrand: Ja. Ich versuche es kurz auf den Punkt zu bringen. Der Begriff der Pflichtversorgung ist ja krankenhausrechtlich in Deutschland in den 16 Bundesländern immer noch nicht verbindlich geregelt. Und es findet auch in der PPP-RL keine hinreichende Definition statt.

Für die Psychosomatik ist der Begriff der Versorgungspflicht auch viel sinnvoller als der, der Pflichtversorgung, die sich jetzt im Wesentlichen auf die geschlossene Unterbringung von selbst- und fremdgefährdeten Patienten bezieht. Abteilungen und Unikliniken haben aber in der Regel immer eine Versorgungspflicht. Das heißt, sie nehmen Patienten auch kurzfristig und außerhalb regulärer Dienstzeiten aus zentralen Notaufnahmen auf oder übernehmen sie von anderen Fachabteilungen eines Klinikums.

Sie haben daher insbesondere bei den Berufsgruppen der Ärzte und Pfleger einen höheren Personalmindestaufwand als zum Beispiel Fachkliniken mit überwiegend elektiven Aufnahmen. Und deswegen finden wir, [die] DGPM, auch die 10% Differenzierung je nach Versorgungspflicht oder Nicht-Versorgungspflicht, sinnvoll und angemessen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Dankeschön. – Frau Fröhlich.

Frau Fröhlich: Dem stimme ich voll und ganz zu, es ist einfach so, möchte aber nochmal einen Blick in die Realität geben. Ja, wir haben diesen Personaleinsatz, den wir auch nutzen. Momentan in der unzureichenden ausformulierten PPP-RL für die PSM sind die Personalressourcen in der Pflege, aber da wo auch pflegegeleitet co-therapeutisch halt einfach Therapie mit stattfindet. Und es ist ein Stück weit kritisch zu hinterprüfen, inwiefern wirklich die aktuelle Personalvorhaltung angemessen ist, gerade um auch so einem Versorgungspflichtauftrag nachzukommen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Vielen Dank an Sie. – Eine Meldung von Frau Prof. (BÄK) aus der AG-Runde.

Frau Prof. Dr. (BÄK): Nochmal nachfassend zur Pflichtversorgung: Sie ziehen ja bei den Minutenwerten da 10% ab. Sind Sie auf die 10% gekommen, weil das in der Psychiatrie so ist, dass es da 10% Abzug gibt? Oder haben das die EPPIK-Daten ergeben, dass die Kliniken, die eben, sagen wir mal, eine Selbstverpflichtung haben, im Sinne eines Versorgungsverständnisses, dass eben selbstverständlich Patienten übernommen werden, egal wie? Dass dann auf 10% Mehraufwand kommt. Wie ist da Ihre Herleitung gewesen?

Frau (AG-Geschäftsführung): Herr Prof. Friederich.

Herr Prof. Dr. Friederich: Erstmal noch eine wichtige Nachfrage zum Vorgehen. In der Studie haben wir es so gemacht, dass dadurch, dass die Mehrzahl keine Pflichtversorgung hat, wir die Zahlen genommen haben und dann die 10% aufgeschlagen haben für die Pflichtversorgung. Das heißt, wir haben Sie nicht abgezogen, sondern sie wurden aufgeschlagen zu den Erhebungswerten, die uns vorlagen.

Frau (AG-Geschäftsführung): Ok, vielen Dank. – So, jetzt sehe ich aktuell keine Wortmeldungen mehr. Wir sind auch durch mit den Fragen, die wir Ihnen vorab haben zukommen lassen. Jetzt muss ich natürlich in den letzten Sekunden noch einmal die AG fragen: Gibt es noch etwas, was Sie jetzt zwingend, dringend umtreibt, bevor Sie sich an die weitere Richtlinienarbeit machen und sich überlegen, was Sie denn im Bereich Psychosomatik, was Sie da vorhaben? Gibt es noch etwas, was Sie unbedingt die Fachexperten fragen möchten? Das ist eine einmalige Chance. Vielleicht, man weiß es nicht. Vielleicht haben wir nochmal die Gelegenheit. Wir haben zumindest noch das Stellungnahmeverfahren, aber da sind dann natürlich andere Protagonisten zum Teil dabei.

Ok, das sehe ich jetzt nicht. Dann schließe ich dieses Fachgespräch und möchte mich unbedingt ganz, ganz herzlich bei Ihnen als Sachverständige bedanken, dass Sie sich jetzt drei Stunden Zeit genommen und hier teilgenommen haben, um die AG zu beraten, und Rede und Antwort gestanden haben. – Hier wird geklopft im Raum, also sozusagen applaudiert, von AG-Ebene. – Ganz, ganz herzlichen Dank nochmal an Sie.

Es ist jetzt ein bisschen gemein, dass wir jetzt wieder in die vertraulichen Beratungen gehen und Sie so ein bisschen abgeschnitten sind erstmal von dem, was jetzt weiter passiert nach dem Fachgespräch. Aber es wird natürlich zum einen das Stellungnahmeverfahren geben, was ich gerade schon angesprochen habe. Da sind einige von Ihnen mit den Organisationen, in denen Sie vertreten sind, dabei.

Ich möchte Sie auch immer bitten: Was wir immer am dringendsten brauchen, sind neue Evidenzgrundlagen. Wenn Ihnen da was in die Hände fällt, bitte lassen Sie uns das zukommen. Das ist für uns wirklich ganz zentral bei der Anpassung unserer Richtlinie und bei der Weiterentwicklung.

Ansonsten gibt es natürlich die Beschlussfassung letztlich. Die ist ungefähr für Sommer geplant. Die nächste Änderung der Richtlinie wird da ja im öffentlichen Plenum beraten und beschlossen. Insofern können Sie da dann natürlich gerne teilnehmen. Und dann wird in den Tragenden Gründen, die zum Beschluss veröffentlicht werden, auch der weitere Beratungsverlauf nochmal etwas transparenter dargestellt werden.

Also nochmal ganz herzlichen Dank. Ich verabschiede Sie dann hiermit jetzt in den Nachmittag oder den restlichen Abend, wünsche Ihnen noch einen schönen Tag, auch eine schöne Weihnachtszeit, und den einen oder anderen sehen wir bestimmt wieder. Und Sie untereinander sind sicherlich auch gut vernetzt und sehen sich auch wieder. Herzlichen Dank nochmal und auf Wiedersehen.

Schluss der Anhörung: 16:02 Uhr

<u>Anhang:</u>

Stellungnahme der DGPM vom 06.03.2025 (Auszug)
zur vorgesehenen Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2026

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, rekurriert. 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 EPPIK-Studie wurde daher - unabhängig von der Personalbedarfsschätzung der EPPIK-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 EPPIK-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 EPPIK-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 Personal-anhaltszahlen (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-Stand-erhebung der Personalausstattung bestätigt werden (Ergebnisbericht EPPIK-Studie). Das Personalbemessungsmodell berücksichtigt für den vollstationären Bereich jeweils eine zwei-stufige 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 Komplex-behandlung 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 bestätigten, 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 Dokumentations-problemen und/ oder verminderten qualifizierten therapeutischen Angeboten erfolgte. Somit empfehlen wir, für die Festlegung der Mindestvorgaben dieser Behandlungs-bereiche 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 ausgestatten Bereichen ausgleichen.

Anlage 1 Minutenwertetabelle

Psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene

Behandlungsbereiche	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Pflegefachpersonen	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen 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 integierte 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 Psycho-therapeutische 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/fpsyt.2023.1155582.

EPPIK Schlussbericht: Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken (eingereicht).

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie

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
- Regelhafte Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimationstraining etc.)

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie

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 Selbständigkeit
- 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 Selbständigkeit
- 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

Anlage 3 der Tragenden Gründe
Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Stellungnahmeberechtigt nach § 91 Abs. 5a SGB V:
Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)
Stellungnahmeberechtigt nach § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V:
In der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) organisierte betroffene medizinische Fachgesellschaften: • Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin e.V. (DEGAM) • Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V. (DGBP) • Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP) • Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) • Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie, Prävention und Psychosomatische Rehabilitation e.V. (DGPPR) • Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie e.V. (DGMP) • Deutsche Gesellschaft für Naturheilkunde e.V. (DGNHK) • Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V. (AGNP) • Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) • Gesellschaft für Phytotherapie e.V. (GPT) • Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) • Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) • Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) • Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM) • Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW) • Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin e.V. (DGSM) • Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention e.V. (DGSP) • Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DÄVT)
Non-AWMF-Fachgesellschaften: • 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 Abs. 2 lit. a VerfO:
• Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) • Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (Physio Deutschland) • 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

Gemeinsamer Bundesausschuss

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 (BAnz AT 31.12.2019 B6)
in Kraft getreten am 1. Januar 2020

zuletzt geändert am 18. Juni 2025
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 20.11.2025 B2)
in Kraft getreten am 1. Januar 2026

Entwurf, Stand 02.02.2026

für das Stellungnahmeverfahren gemäß Beschluss des UA QS vom 28.01.2026

Hinweise:
- *Änderungsvorschläge gegenüber der derzeit geltenden Richtlinienfassung sind im Änderungsmodus kenntlich gemacht.*
- *Dissente Positionen sind gelb gekennzeichnet; einige Folgedissense oder redaktionell ggf. noch 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 ... 7
§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung ... 8
§ 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad ... 10
§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen ... 10
§ 9 Weitere Qualitätsempfehlungen ... 12
§ 10 Ausnahmetatbestände ... 13
§ 11 Nachweisverfahren ... 14
§ 12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser ... 17
§ 13 Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben ... 17
§ 14 Anpassung der Richtlinie ... 19
§ 15 Evaluation der Richtlinie ... 20
§ 16 Übergangsregelungen ... 21

Anlage 1 Minutenwertetabellen ... 24

Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen ... 26

Anlage 3 Nachweis ... 37

Anlage 4 Regelaufgaben ... 64

Anlage 5 Kernaufgaben der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter ... 87

Anlage 6 Prüfregeln ... 88

§ 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 Anhaltszahlen 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 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 sind in § 6 Absatz 1 geregelt. 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, ~~ein~~zu ~~halt~~erfüllen.

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

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

(8) Die Krankenhäuser stellen die E~~inhalt~~rfüllung der Mindestvorgaben einrichtungsbezogen anhand der auf einer Station 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
- die gegebenenfalls über die Mindestvorgaben hinausgehende Personalausstattung, die zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung erforderlich ist, sowie
- die Besonderheiten der strukturellen, organisatorischen und personellen 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) 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

GKV-SV/PatV	DKG
Eingruppierungskriterien~~empfehlungen~~	Eingruppierungsempfehlungen

gemäß Anlage 2 zugeordnet:

A Allgemeine Psychiatrie

A1 Regelbehandlung

A2 Intensivbehandlung

GKV-SV/PatV/BPtK *[**gültig ab 01.01.2029**]*:	DKG
A3 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	*[keine Übernahme]*
A4 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	*[keine Übernahme]*
A5 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	*[keine Übernahme]*

A6 Tagesklinische Behandlung

GKV-SV/PatV/BPtK *[**gültig ab 01.01.2029**]*:	DKG/BÄK
~~A7 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplex-behandlung~~	A7 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplex-behandlung

A8 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplex-behandlung teilstationär

A9 Stationsäquivalente Behandlung

S Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit

S1 Regelbehandlung

S2 Intensivbehandlung

S6 Tagesklinische Behandlung

S9 Stationsäquivalente Behandlung

G Gerontopsychiatrie

G1 Regelbehandlung

G2 Intensivbehandlung

G6 Tagesklinische Behandlung

G9 Stationsäquivalente Behandlung

P Psychosomatik

P1 ~~Psychotherapie~~ Psychosomatisch-psychotherapeutische

GKV-SV/BPtK	DKG/PatV/LV/BÄK
Basisbehandlung	Regelbehandlung

P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

P3 ~~Psychotherapie teilstationär~~Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

GKV-SV/PatV	DKG/LV/BÄK/BPtK
[keine Übernahme]	P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

P6 Psychosomatisch-psychotherapeutische

GKV-SV/BPtK	DKG/PatV/LV/BÄK
Basisbehandlung	Regelbehandlung

teilstationär

P~~4~~7 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

GKV-SV/PatV	DKG
Eingruppierungskriterien~~empfehlungen~~	Eingruppierungsempfehlungen

gemäß Anlage 2 zugeordnet:

KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie

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 Pflegefachpersonen gemäß § 5 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)

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.)

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), Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

e) *(nicht besetzt)*

f) 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)

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)

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), Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

e) *(nicht besetzt)*

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

GKV-SV/PatV	DKG
Eingruppierungskriterien~~empfehlungen~~	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

GKV-SV	DKG/PatV
in den Behandlungsbereichen	in ~~den~~ allen Behandlungsbereichen zusammen

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) 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, A8, 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 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 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 und
4. für Einrichtungen der Psychosomatik und Einrichtungen ohne Intensivpatientinnen und Intensivpatienten werden keine Mindestvorgaben festgelegt.

Spätestens bis zum 30. Juni 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, 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 ~~ein~~zu erfüll~~halt~~en. ~~Nächte~~Sie gelten als ~~eingehalten~~erfüllt, wenn die tatsächlich geleisteten Vollkraftstunden größer oder gleich der Mindestvorgabe nach § 6 Absatz 8 sind. Die Einführungsstufen 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 2027 keine Folgen bei Nichte~~inhalt~~rfüllung der Mindestvorgaben nach § 13 Absatz 1 bis 7 festgelegt.

(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 Pflegeberufegesetzes 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 entsprechend ihrem Grundberuf erhalten. Fach- und Hilfskräfte, die mit Stichtag 1. Januar 2025 am Krankenhaus beschäftigt sind und sich in einer berufsbegleitenden Aus- oder Weiterbildung zu einer der Berufsgruppen gemäß § 5 Absatz 1 Buchstabe b, d und f, Absatz 2 Buchstabe b, d und f befinden, können während ihrer Aus- oder Weiterbildung bis zu fünf Jahre auf die jeweilige Berufsgruppe 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

GKV-SV/BPtK	DKG/LV
und die erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt.	*[keine Übernahme].*

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

GKV-SV/PatV/BÄK/BPtK/DPR	DKG/LV
[keine Übernahme]	c,

b, d 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 a und c sowie jeweils zwischen den Buchstaben

GKV-SV/PatV/BPtK/DPR	DKG/LV
[keine Übernahme]	c,

b, d und f.

GKV-SV/PatV/BPtK/DPR	DKG/LV	BÄK
Bis zum 31. Dezember 202~~6~~7 ist eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f möglich. Der G-BA entscheidet bis zum 30. Juni 202~~6~~7 über eine zukünftige Ausgestaltung der Anrechnungsregelung nach Satz 4.	~~Bis zum 31. Dezember 2026 ist eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f möglich. Der G-BA entscheidet bis zum 30. Juni 2026 über eine zukünftige Ausgestaltung der Anrechnungsregelung nach Satz 4.~~	~~Bis zum 31. Dezember 2026 ist e~~Eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f ist möglich. ~~Der G-BA entscheidet bis zum 30. Juni 2026 über eine zukünftige Ausgestaltung der Anrechnungsregelung nach Satz 4.~~

Die Umfänge der angerechneten Fachkräfte sind im Nachweis gesondert auszuweisen.

(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. Damit ist eine Anrechnung von Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus aus Berufsgruppen, die nicht in § 5 genannt sind, ausgeschlossen. Die Umfänge der angerechneten Fachkräfte sind im Nachweis gesondert auszuweisen.

(5) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Fachkräfte und Hilfskräfte aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen im begrenzten Umfang angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 4 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen

GKV-SV/BPtK	DKG/LV
und die erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt.	*[keine Übernahme].*

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

- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe a und Absatz 2 Buchstabe a: 5 % der VKS-Mind
- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b:

  15 % der VKS-Mind
- 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
- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe f und Absatz 2 Buchstabe f: 5 % der VKS-Mind.

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

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

(7) Bei der tatsächlichen Personalausstattung im Nachtdienst ist befristet bis zum 31. Dezember

GKV-SV/PatV	DKG/LV/BÄK
2026	~~2026~~ 2027

eine Anrechnung von Pflegehilfskräften mit einer abgeschlossenen Ausbildung von mindestens zwölf Monaten oder Pflegehilfskräften mit einer mindestens dreijährigen praktischen Tätigkeit in der psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung im Nachtdienst möglich. Bei der Anrechnung gilt die Höchstgrenze gemäß Absatz 5 Satz 3 zweiter Spiegelstrich.

GKV-SV/PatV/BÄK	DKG/LV
Dabei entspricht die Bezugsgröße VKS-Mind der Mindestvorgabe für den Nachtdienst für das gesamte Quartal. Diese ergibt sich aus der Anzahl der Nächte im Quartal multipliziert mit der Mindestvorgabe für den pflegerischen Nachtdienst in VKS je Nacht.	[*keine Übernahme*]

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.

GKV-SV/DKG/LV/BÄK	BPtK/PatV
[keine Übernahme]	(3) Patientinnen und Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie mit einer Verweildauer von mehr als 7 Tagen sollen für

	eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung pro Behandlungswoche mindestens 50 Minuten Einzelpsychotherapie erhalten. Patientinnen und Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einer Verweildauer von mehr als 7 Tagen sollen für eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung pro Behandlungswoche mindestens 100 Minuten Einzelpsychotherapie erhalten.

§ 10 Ausnahmetatbestände

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

1. bei kurzfristigen

GKV-SV/PatV	DKG/LV/BÄK
krankheitsbedingten	~~krankheitsbedingten~~

Personalausfällen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als

GKV-SV/PatV	DKG/LV/BÄK
15 Prozent	1~~5~~0 Prozent

des vorzuhaltenden Personals

GKV-SV/PatV	DKG/LV/BÄK
)	in einer der Berufsgruppen gemäß § 5)

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

GKV-SV/PatV	DKG/LV/BÄK
110 Prozent	1~~10~~05 Prozent

des Umfangs des Vorjahres) hinausgehen oder

3. bei

GKV-SV/PatV	DKG/LV/BÄK
gravierenden	~~gravierenden~~

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

4. befristet bis zum Ende der Übergangszeit gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1, wenn es sich um einen Standort handelt, der ausschließlich eine Tagesklinik umfasst, und die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder ~~eingehalten~~ erfüllt 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

GKV-SV/PatV	DKG/BÄK
gesamte therapeutische Personal der jeweiligen differenzierten Einrichtung gemäß § 5 in Verbindung mit § 8.	~~gesamte therapeutische~~ jeweilige Personal einer Berufsgruppe gemäß § 5 der jeweiligen differenzierten Einrichtung ~~gemäß § 5 in Verbindung mit § 8~~. Die Einrichtung kann von den verbindlichen Mindestvorgaben der jeweiligen Berufsgruppe gemäß § 5, für die der Personalausfall geltend gemacht wurde, abweichen. Die Mindestvorgaben der anderen Berufsgruppen sind zu erfüllen.

GKV-SV	DKG/LV/BÄK
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 ~~ein~~zu ~~halt~~erfüllen. Das Krankenhaus hat die E~~inhalt~~rfüllung in den Zeiträumen des Quartals, in denen keine Ausnahmetatbestände vorliegen, durch einen zusätzlichen quartalsbezogenen Nachweis nach Anlage 3 nachzuweisen.	~~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 E~~inhalt~~rfüllung der Mindestvorgaben nach. Hierzu sind die gemäß § 6 quartals- und einrichtungsbezogen ermittelten Mindestvorgaben für die Personalausstattung und die tatsächliche Personalausstattung, die strukturellen Informationen des Krankenhauses 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 ~~(Nachweis in Anlage 3)~~,

b) das IQTIG ~~(Nachweis in Anlage 3)~~.

(3) Davon unberührt sind die Krankenhäuser verpflichtet, eine Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach § 6 unter Angabe des Standortes spätestens sechs Wochen nach Ende des betreffenden Quartals~~,~~ den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und der zuständigen Landesaufsichtsbehörde sowie dem IQTIG 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 der Nachweis nach Anlage 3 ohne die Tabelle~~n~~ A8.1 und Teil A9 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 E~~inhalt~~rfüllung 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/PatV/LV
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 15. 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 Nichte~~inhalt~~rfüllung 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. Zusätzlich übermittelt das IQTIG dem G-BA quartalsweise eine Mitteilung über die Ergebnisse nach Absatz 3 zur Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben bis spätestens vier Monate nach Ende des betreffenden Quartals.

(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

GKV-SV	DKG/PatV/LV
~~schriftliche~~	schriftliche

Erinnerung durch das IQTIG. Krankenhäuser, die bis zum Ende der Korrekturfrist am

GKV-SV	DKG/PatV/LV
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 1. Januar 2026 gelten für den Nachweis der E~~inhalt~~rfüllung 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 Nichte~~inhalt~~rfüllung 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 E~~inhalt~~rfüllung 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 1. Januar 2026 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 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 für einen Abgleich 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 Vollzähligkeit. 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 Nichte~~inhalt~~rfüllung der Mindestvorgaben

(1) Beteiligte Stellen für die Feststellung der Nichte~~inhalt~~rfüllung von Qualitätsanforderungen und die Durchsetzung der Maßnahmen bei Nichte~~inhalt~~rfüllung von Qualitätsanforderungen sind:

1. das Krankenhaus,
2. die Krankenkassen, die als Vertragspartei nach § 18 Absatz 2 des Krankenhaus-finanzierungsgesetzes (KHG) an der Budgetvereinbarung gemäß § 11 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) 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 E~~inhalt~~rfüllung 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 ~~ein~~zu ~~halt~~erfüllen. 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 E~~inhalt~~rfüllung 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~~erfüllt wurden. Die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs bestimmt sich unter Berücksichtigung des Ausmaßes der Nichte~~inhalt~~rfüllung 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 1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG/LV/BÄK
~~2027~~ 2028	2027

wird im Falle einer Nichte~~inhalt~~rfüllung 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

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG/LV/BÄK
im Jahr 2026 und 95 Prozent im Jahr 2027	~~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

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG/LV/BÄK
im Jahr 2026 und 95 Prozent im Jahr 2027 dividiert durch 90 Prozent im Jahr 2026 und 95 Prozent im Jahr 2027	~~im Jahr 2026 und 95 Prozent im Jahr 2027~~ dividiert durch 90 Prozent ~~im Jahr 2026 und 95 Prozent im Jahr 2027~~

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG/LV/BÄK
und 2028	*[keine Übernahme]*

der Summe der Mindestpersonalausstattungen VKS-Mind aller Berufsgruppen. In den Jahren 2021 bis 2025 erfolgt kein Vergütungswegfall. Im Jahr 2026 und 2027

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG/LV/BÄK
und 2028	*[keine Übernahme]*

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

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG/LV/BÄK
~~31. Oktober 2027~~ 30. Juni 2028	31. Oktober 2027

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 BPflV, 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 in Verbindung mit § 11 Absatz 13 nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht, erfolgt unverzüglich eine

GKV-SV/BPtK	DKG/PatV/LV
~~schriftliche~~	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 Anlage 1 Abschnitt L1 der AEB-Psych-Vereinbarung in der Fassung von 2022 vereinbarten Berechnungstage durch vier zu dividieren. 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. 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 BPflV 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 Staffelungsregelung gilt auch, wenn die Nichterfüllung von Mitwirkungspflichten nicht in aufeinanderfolgenden Quartalen erfolgt. Die Mitwirkungspflichten gegenüber den zuständigen Landesaufsichtsbehörden nach § 11 Absatz 3 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 Jugendlichen-psychotherapeutinnen 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-Tageskliniken“ 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.

(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.

GKV-SV	DKG/PatV/LV
[keine Übernahme]	(4) Der G-BA lässt die Auswirkungen des Inkrafttretens der Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absatz 5 auf die Versorgung in Deutschland evaluieren. Dabei sind auch die strukturellen, organisatorischen und personellen Veränderungen in den Krankenhäusern zu untersuchen. Der G-BA wird die Evaluation so beauftragen, dass ein schriftlicher Abschlussbericht bis spätestens 31. Dezember 2028 vorliegt.

§ 16 Übergangsregelungen

(1) Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG/LV/BÄK
2029	~~2029~~ 2031

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

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG/LV/BÄK
2027	~~2027~~ 2029

zu 95 Prozent erfüllt sein.

(2) Die Vorgaben bei Nichte~~inhalt~~rfüllung 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 1. Januar 2026 Anwendung. Davon unberührt bleibt der Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten.

(3) 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 Nichte~~inhalt~~rfüllung 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 Nichte~~inhalt~~rfüllung 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. Davon unberührt bleibt der Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten.

(4) Abweichend von § 11 Absatz 2 sind die Nachweise 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. Für das Erfassungsjahr 2026 erfolgt die Meldung bei Nichte~~inhalt~~rfüllung gemäß § 11 Absatz 3 weiterhin in elektronischer Form auf Basis der Checkliste gemäß Anlage 3, die vom G-BA als Servicedokument für die Übermittlung der Daten zur Verfügung gestellt wird.

GKV-SV/PatV/BÄK/BPtK	DKG/LV
(5) Die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweis gemäß Anlage 3 wird für die Jahre 2020 bis 2023 ausgesetzt. Das Servicedokument nach Absatz 4 enthält dementsprechend für die Jahre 2020 bis	~~(5) Die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweis gemäß Anlage 3 wird für die Jahre 2020 bis 2023 ausgesetzt. Das Servicedokument nach Absatz 4 enthält dementsprechend für die Jahre 2020 bis~~

2023 keine Abfrage zu den Regelaufgaben. 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, 2025 und 2026 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 ein Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 nur bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten erhoben.	~~2023 keine Abfrage zu den Regelaufgaben. 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, 2025 und 2026 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 ein Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 nur bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten erhoben.~~

GKV-SV/PatV	DKG/LV
(6) In den Jahren 2027 und 2028 besteht in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene alternativ zur Einstufung in die Behandlungsbereiche A7 (Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung) und A8 (Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär) die Möglichkeit der Einstufung in die folgenden Behandlungsbereiche der psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene: P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, P3 Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, P7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär.	*[keine Übernahme]*

~~(6) Die Höchstgrenzen für die Anrechnungen nach § 8 Absatz 5 finden erst ab dem 1. Januar 2023 Anwendung.~~

~~(7) 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.~~

~~(8) 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.~~

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	Pflegefachpersonen	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
A1	207 [BPtK/PatV: 231]	856	49 [BPtK/PatV: 73]	150	76
A2	257 [BPtK/PatV: 288]	1536	35 [BPtK/PatV: 66]	146	74
[GKV-SV/PatV/BPtK ***[ab 2029]***: **A3**	230	250	167	144	35]
GKV-SV/PatV/BPtK ***[ab 2029]***: **A4**	275	614	145	157	45]
GKV-SV/PatV/BPtK ***[ab 2029]***: **A5**	330	583	150	151	40]
A6	114	329	107	193	67
[GKV-SV/PatV/BPtK ***[ab 2029]***: *für Streichung von A7*] **A7**	265	509	132	152	49
A8 *[*GKV-SV/PatV/BPtK: ***ab 2029]***	265 [GKV-SV/PatV/BPtK: 280]	201 [GKV-SV/PatV/BPtK: 250]	132 [GKV-SV/PatV/BPtK: 117]	152 [GKV-SV/PatV/BPtK: 144]	49
A9	-	-	-	-	-
S1	226 [BPtK/PatV: 257]	835	61 [BPtK/PatV: 92]	107	109
S2	256 [BPtK/PatV: 287]	1562	68 [BPtK/PatV: 99]	85	153
S6	115 [BPtK/PatV: 127]	318	105 [BPtK/PatV: 117]	170	101
S9	-	-	-	-	-
G1	183 [BPtK/PatV: 215]	1270	56 [BPtK/PatV: 88]	137	75
G2	211 [BPtK/PatV: 249]	1645	37 [BPtK/PatV: 75]	118	51
G6	115 [BPtK/PatV: 129]	372	107 [BPtK/PatV: 121]	193	68
G9	-	-	-	-	-
P1	~~154~~ 180	~~476~~ 220	~~107~~ 100	~~134~~ 102	~~14~~ 34

P2	~~265~~ 230	~~509~~ 250	~~132~~ 167	~~152~~ 144	~~49~~ 35
~~P3~~ *[teilstationär]*	~~114~~	~~329~~	~~107~~	~~193~~	~~67~~
~~P4~~ *[teilstationär]*	~~265~~	~~201~~	~~132~~	~~152~~	~~49~~
P3 *[neu: vollstationär]*	275	614	145	157	45
P4 *[neu: vollstationär]*	330	583	150	151	40
[DKG/LV: P5	380	677	130	159	25]
P6 *[teilstationär]*	200	200	80	80	11
P7 *[teilstationär]*	280	250	117	144	44

2. Psychiatrische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

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

Behandlungsbereiche	Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen	Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungsthera-peutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
KJ1	270 [BPtK/PatV: 287]	2015	193 [BPtK/PatV: 203]	265	165
KJ2	264 [BPtK/PatV: 273]	1874	190 [BPtK/PatV: 199]	260	128
KJ3	337	2495	173	84	77
KJ6	277 [BPtK/PatV: 288]	845	209 [BPtK/PatV: 220]	222	155
KJ7	259	799	196	227	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 eingestuften 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

GKV-SV/PatV	DKG
Eingruppierungskriterien~~empfehlungen~~	**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
[**DKG:** *keine Übernahme*]	[**GKV-SV/PatV** ***[ab 2029]***: **A3 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung**	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene 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.	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
	A4	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene

[**DKG:** *keine Übernahme*]	**Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung**	vollstationär intensiviert 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.	+ vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + OPS-Kode 9-64x Intensive therapeutische Leistungen aller Berufsgruppen pro Woche bei Erwachsenen* oder Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene + OPS-Kode 9-64x Intensive therapeutische Leistungen aller Berufsgruppen pro Woche bei Erwachsenen*
	A5 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene integriert vollstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische 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.	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene + OPS-Zusatzkode 9-642 integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung]
A6 Tagesklinische Behandlung[2]		Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + teilstationäre Behandlung
[**GKV-SV/ PatV/ BPtK**	[**DKG/BÄK: A7 Psychosomatisch-psychotherapeuti**	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	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene

[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.

*[**ab 2029**]: für Streichung von A7*]	**sche und psychotherapeutische Komplexbehandlung**	(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.	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

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	Psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD -10-GM F10-F19

	(Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	+ 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 **Intensivbehandlung**	Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren, 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
G6 **Tagesklinische Behandlung**[4]	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

[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.

P. Psychosomatik

<table>
<tr><th>1.
Behandlungsbereiche</th><th>2.
Menschen mit psychischen Erkrankungen</th><th>3.
Einstufung</th></tr>
<tr><td>[GKV-SV/PatV:
P1
<s>Psychotherapie</s>
Psychosomatisch-psychotherapeutische Basisbehandlung</td><td>Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden und die nicht in den Behandlungsbereich P2 oder P3 oder P4 eingestuft werden. <s>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</s></td><td>Psychosomatische Einrichtung
+ vollstationäre Behandlung
+ nicht Behandlungsbereich P2, P3 oder P4
<s>+ OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene</s>

<s>oder</s>

<s>Psychosomatische Einrichtung
+ vollstationäre Behandlung
+ OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene</s>]</td></tr>
<tr><td>[DKG/LV/BÄK:
P1
<s>Psychotherapie</s>
Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung</td><td>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)
<table><tr><th>DKG/LV</th><th>BÄK</th></tr><tr><td>oder 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen)</td><td><s>oder 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen)</s></td></tr></table>erfüllt sind. Beispielsweise Menschen mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen</td><td>Psychosomatische Einrichtung
+ vollstationäre Behandlung
+ OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene
<table><tr><th>DKG/LV</th><th>BÄK</th></tr><tr><td>oder

Psychosomatische Einrichtung
+ vollstationäre Behandlung
+ OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene</td><td><s>oder</s>

<s>Psychosomatische Einrichtung
+ vollstationäre Behandlung
+ OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene</s></td></tr></table>]</td></tr>
<tr><td>P2</td><td>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</td><td>Psychosomatische Einrichtung
+ vollstationäre Behandlung
+ OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung</td>
<td>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.</td>
<td>Komplexbehandlung Erwachsene

oder

Psychosomatische Einrichtung
+ vollstationäre Behandlung
+ OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene</td>
</tr>
<tr>
<td>P3
Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung</td>
<td>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 müssen insgesamt mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch Vertreter der Berufsgruppen
<table>
<tr><th>GKV-SV/PatV</th><th>DKG/LV/BÄK</th></tr>
<tr><td>gemäß § 5</td><td>gemäß des OPS-Kodes 9-626 bzw. 9-634</td></tr>
</table>
erbracht werden.</td>
<td>Psychosomatische Einrichtung
+ vollstationäre Behandlung
+ OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene
<table>
<tr><th>GKV-SV/PatV</th><th>DKG/LV/BÄK</th></tr>
<tr><td>+ OPS-Kode 9-64x Intensive therapeutische Leistungen aller Berufsgruppen pro Woche bei Erwachsenen*</td><td>+ OPS-Zusatzkode</td></tr>
</table>
oder

Psychosomatische Einrichtung
+ vollstationäre Behandlung
+ OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene
<table>
<tr><td>+ OPS-Kode 9-64x Intensive therapeutische Leistungen aller Berufsgruppen pro Woche bei Erwachsenen*</td><td>+ OPS-Zusatzkode</td></tr>
</table></td>
</tr>
</table>

<table>
<tr>
<td>P4
Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung</td>
<td>Menschen mit psychischen Erkrankungen und körperlicher Komorbidität, die in psychosomatischen Einrichtungen
<table>
<tr><th>GKV-SV/PatV</th><th>DKG/LV</th><th>BÄK</th></tr>
<tr><td>integriert</td><td colspan="2">[keine Übernahme]</td></tr>
<tr><td colspan="3">vollstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes</td></tr>
<tr><td>[keine Übernahme]</td><td>9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder</td><td>[keine Übernahme]</td></tr>
<tr><td colspan="3">9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische 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.</td></tr>
</table>
</td>
<td>
<table>
<tr><th>DKG/LV</th><th>GKV-SV/ PatV/BÄK</th></tr>
<tr><td>Psychosomatische Einrichtung
+ vollstationäre Behandlung
+ OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene
+ OPS-Zusatzkode 9-642 integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung

oder</td><td>[keine Übernahme]</td></tr>
</table>
Psychosomatische Einrichtung
+ vollstationäre Behandlung
+ OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene
+ OPS-Zusatzkode 9-642 integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung
</td>
</tr>
<tr>
<td>[GKV-SV/ PatV: keine Übernahme]</td>
<td>[DKG/LV/BÄK/ BPtK:
P5
Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung</td>
<td>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
<table>
<tr><th>DKG/LV</th><th>BÄK</th></tr>
<tr><td>9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder</td><td>[keine Übernahme]</td></tr>
</table>
9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische 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
</td>
<td>
<table>
<tr><th>DKG/LV</th><th>BÄK</th></tr>
<tr><td>Psychosomatische Einrichtung
+ vollstationäre Behandlung
+ OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene
+ OPS-Zusatzkode 9-642 integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung
+ OPS-Zusatzkode

oder</td><td>[keine Übernahme]</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

		müssen insgesamt mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch Vertreter der Berufsgruppen gemäß des OPS-Kodes 9-626 bzw. 9-634 erbracht werden.	Psychosomatische Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene OPS-Zusatzkode 9-642 integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung + OPS-Zusatzkode]
[**GKV-SV/PatV:** ~~P3~~P6 ~~Psychotherapie~~ psychosomatisch-psychotherapeutische Basisbehandlung **teilstationär**		Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden und die nicht in den Behandlungsbereich P7 eingestuft werden. ~~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 + nicht Behandlungsbereich P7 ~~+ OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene~~ ~~oder~~ ~~Psychosomatische Einrichtung~~ ~~+ teilstationäre Behandlung~~ ~~+ OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene~~]
[**DKG/LV/BÄK:** P~~3~~6 ~~Psychotherapie~~ 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 Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) DKG/LV: oder 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) BÄK: ~~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 DKG/LV: oder Psychosomatische Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene BÄK: ~~oder~~ ~~Psychosomatische Einrichtung~~ ~~+ teilstationäre Behandlung~~ ~~+ OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene~~]

P47 **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 psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + Alter bis zum 14. Lebensjahr + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-656 Regelbehandlung KJP 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 Behandlung[5]	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

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. Bei nicht

[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.

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

GKV-SV/PatV	DKG/LV
*OPS-Kode (vorbehaltlich der Einführung zum 01.01.2027): **9-64x Intensive therapeutische Leistungen aller Berufsgruppen pro Woche bei Erwachsenen** Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er kann nur in Kombination mit der Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen (9-649 ff.) angegeben werden. Dieser Kode ist anzugeben, wenn die durchgeführten ärztlichen, psychologischen, spezialtherapeutischen und/oder pflegerischen Verfahren (Einzel- und Gruppentherapie) mindestens 6 Therapieeinheiten pro Woche umfassen. Bei der Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche sind zu den im Kode Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen (9-649 ff.) anzugebenden Therapieeinheiten zusätzlich die von Spezialtherapeuten in Gruppentherapie und die von Pflegefachpersonen in Einzel- und Gruppentherapie erbrachten Therapieeinheiten zu addieren. Bei der Ermittlung der Anzahl der Therapieeinheiten sind die Vorgaben für die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen (9-649 ff.) auch auf die Gruppentherapie der Spezialtherapeuten und die Einzel- und Gruppentherapie der Pflegefachpersonen anzuwenden. Ein Kode aus diesem Bereich ist unabhängig von der Art der Behandlung einmal pro Woche anzugeben. Für die Zeitspannen und den Wochenbeginn gelten die Vorgaben für die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen (9-649 ff.).	Der Zusatzkode in den Kategorien P3 und P5 ist derzeit noch nicht im OPS verankert. Die Inhalte des OPS-Zusatzkodes umfassen folgende wesentlichen Elemente: Es handelt sich um einen Zusatzkode, der nur in Kombination mit dem OPS-Kode 9-626 oder dem OPS-Kode 9-634 angegeben werden kann. Zudem sind insgesamt mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch Vertreter der Berufsgruppen gemäß des OPS-Kodes 9-626 bzw. 9-634 zu erbringen. Die für den 9-626 bzw. 9-634 erbrachten Therapieeinheiten sind mit der Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten unabhängig ob in Einzel- oder Gruppentherapie zu addieren. Bei der Ermittlung der Anzahl der Therapieeinheiten sind die Vorgaben für die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen (9-649) anzuwenden. Die im 9-626 und im 9-634 genannten angewandten Verfahren der Spezialtherapeuten gelten auch für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen sowie für Gruppentherapien.

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:

Dieser Nachweis wird gemäß § 11 Absatz 2 jährlich zum Zwecke der Auswertung durch den G-BA an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sowie an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt. Bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben ist der Nachweis gemäß § 11 Absatz 3 zusätzlich spätestens sechs Wochen nach Ende des betroffenen Quartals an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, das IQTIG sowie an die zuständige Landesaufsichtsbehörde zu übermitteln.

Administrative Daten:

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 7 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.

Nachweis zur PPP-RL

Jahr (JJJJ): _____ Quartal (1-4): _____

FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSZUFÜLLEN

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

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? _____
3. Verfügt die Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5[6] mit regionaler Pflichtversorgung über geschlossene Bereiche? Ja/Nein
4. Verfügt die Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5[6] 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)

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

A2. Datenfelder zur Organisationsstruktur des Standortes

Tabelle A2.1: Organisationsstruktur des Standortes

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Stationstyp	Bezeichnung der Station	Planbetten der vollstationären Versorgung	Planplätze der teilstationären Versorgung	Schwerpunkt der Behandlung/ Konzeptstation	Erläuterung
1	2	3	4	5	6	7

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2:
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 nichtstationsbezogene Einheit mit innovativem Behandlungskonzept (bitte erläutern)
Spalte 3: Textfeld 100 Zeichen
Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 999
Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 999
Spalte 6: 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 7: Freitextfeld bis 999 Zeichen

Tabelle A2.2: Therapeutische Einheiten

(weggefallen)

A3. Datenfelder zur Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche pro Quartal und Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5

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
Spalte 3: Zahlenwerte 0 bis 99 999

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
Spalte 3: bei Spalte 1 = 29 A1~~-~~/A2~~-~~/[GKV-SV/PatV *[**ab 2029**]*: A3/A4/A5/]A6~~-~~/[GKV-SV/PatV *[**ab 2029**]*: ~~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[DKG/LV/BÄK: /P5]/P6/P7
Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 99 999. Die Angabe ist kaufmännisch ohne Dezimalstelle zu runden.

A4. Datenfelder für die tatsächliche monatsbezogene und stationsbezogene Personalausstattung im Tagdienst

(weggefallen)

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

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Berufs-gruppen	VKS-Mind Mindestpersonal-ausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS	VKS-Ist Tatsächliche Personalaus-stattung der differenzierten Einrichtung in VKS	Davon				Weitere Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufs-gruppen in VKS	Umset-zungs-grad der Berufs-gruppen in %	Mindest-anforderung der Berufs-gruppe erfüllt
				Fachkräfte der Berufs-gruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fachkräfte anderer Berufs-gruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS	Anrechnung Fachkräfte ohne direktes Beschäfti-gungs-verhältnis 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 f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,
bei Spalte 1 = 30 oder 307 Buchstaben a bis f 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.

Bei Personal, das bereichsübergreifend tätig ist, muss gemäß § 2 Absatz 8 und § 8 Absatz 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 auch leistungsbezogen in die einzelnen Bereiche aufgeschlüsselt 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 BPflV 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~~8 Absatz 5 Satz ~~6~~3. 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 darzustellen.

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 ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (Spalte 8), sind diese Anrechnungen in Tabelle A5.3 darzustellen.

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: ja/nein
Spalte 5: ja/nein/entfällt
Spalte 6: ja/nein (Mindestens ein Ausnahmetatbestand nach § 10 liegt vor.)

Tabelle A5.3: Anrechnung von Fachkräften gemäß § 8

Bei der Anrechnung von Personal in Tabelle A5.1 (Eintrag in Spalten 6 bis 8) [GKV-SV: und Tabelle A5.4] sind diese Vollkraftstunden in der folgenden Tabelle 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
1	2	3	4	5	6

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik [GKV-SV: 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: 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
Spalte 4: bei Spalte 3 = 6 oder 8 Buchstaben a bis f, bei Spalte 3 = 7 Freitextfeld bis 150 Zeichen
Spalte 5: bei Spalte 1 = 29 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,
bei Spalte 1 = 30 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1
Spalte 6: Zahlenwert 0 bis 999 999,99

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Erbringung von Nacht-diensten	Tatsächliche Personal-ausstattung pflegerischer Nachtdienst im Quartal in VKS	Anzahl Nächte im Quartal	Anzahl voll-stationärer Betten	Anteil Intensiv-behandlung gemäß § 6 Absatz 7 Satz 2 im Vorjahr in %	Mindest-vorgabe pflegerischer Nachtdienst in VKS je Nacht	Anzahl Nächte, in denen die Mindest-vorgabe erfüllt wurde	Durchschnitt-liche 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
Spalte 6: Zahlenwerte 0 bis 100,00, bei Spalte 1 = 31 keine Angabe
Spalte 7: Zahlenwerte 0 bis 9 999
Spalte 8: Zahlenwerte 0 bis 92
Spalte 9: Zahlenwerte 0 bis 9 999

Hinweis:

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.

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

GKV-SV/PatV	DKG/LV/BÄK
*[**keine Übernahme** der Änderungsvorschläge zu Teil A6.1]*	*[derzeit geltende Fassung von Teil A6.1 mit Änderungsvorschlägen]*

Tabelle A6.1: Ausnahmetatbestand Nummer 1 (kurzfristige ~~krankheitsbedingte~~ Personalausfälle in einer Berufsgruppe)

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	~~Zeitraum~~ Berufsgruppe	~~Krankheitsbedingte~~ Ausfallstunden	Mindestpersonal-vorgabe VKS-Mind der Berufsgruppe 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~~
bei Spalte 1 = 29 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,
bei Spalte 1 = 30 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1
Spalten 3 bis 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999
Spalte 5: 0 bis 999,99
Spalte 6: Freitextfeld bis 999 Zeichen

Hinweis:
In Spalte 2 ist die Berufsgruppe nach § 5 anzugeben, für die der Ausnahmetatbestand geltend gemacht und von der verbindlichen Mindestvorgabe abgewichen wird. In Spalte 4 ist die Mindestpersonalvorgabe dieser Berufsgruppe in VKS anzugeben.

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

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	[DKG/LV *für Streichung*: Zeitraum]	Behandlungstage im aktuellen Jahr	Behandlungstage Vergleichswert Vorjahr	Prozentsatz in %	Gründe für Abweichungen (Freitext)
1	~~2~~	~~3~~2	~~4~~3	~~5~~4	~~6~~5

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
[DKG/LV *für Streichung*: 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~~2 bis ~~4~~3: Zahlenwerte 0 bis 999 999
Spalte ~~5~~4: 0 bis 999,99
Spalte ~~6~~5: Freitextfeld bis 999 Zeichen

Tabelle A6.3: Ausnahmetatbestand Nummer 3 [DKG/LV/BÄK *für Streichung:* **(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	[DKG/LV *für Streichung*: Zeitraum]	Auswirkungen auf die Behandlungsleistungen (Freitext)	Auswirkungen auf die Personalausstattung (Freitext)	Gründe für Abweichungen (Freitext)
1	~~2~~	~~3~~2	3~~4~~	~~5~~4

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

[DKG/LV *für Streichung*: 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 23 bis 45: Freitextfeld bis 999 Zeichen

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

(Gültig bis zum 31. Dezember 2028)

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Am Standort ausschließlich Tagesklinik	Mindestvorgaben im aktuellen Quartal eingehaltenerfüllt (Quartal)	Mindestvorgaben im vorangegangenen Quartal eingehaltenerfüllt (Quartal -1)	Mindestvorgaben im vorvorangegangenen Quartal eingehaltenerfüllt (Quartal -2)	Gründe für Abweichungen im aktuellen Quartal (Freitext)
1	2	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, das heißt im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder eingehaltenerfüllt werden. Dementsprechend fragtbezieht sich Spalte 4 nachauf demas vorhergehendenn Quartal und Spalte 5 nachauf demas Quartal, das dem aktuellen und dem vorhergehenden Quartal vorangegangen ist.

GKV-SV	DKG/LV/BÄK
[derzeit geltende Fassung von Teil A6.5 mit Änderungsvorschlägen]	*[**Streichung** des gesamten Teil A6.5]*

6.5: Datenfelder zur E~~inhalt~~rfüllung 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: E~~inhalt~~rfüllung 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: E~~inhalt~~rfüllung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung

Der Nachweis erfolgt entsprechend der Tabelle A5.1.

Tabelle A6.5.3: E~~inhalt~~rfüllung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Umsetzungsgrad und Erfüllung

Der Nachweis erfolgt entsprechend der Tabelle A5.2.

Tabelle A6.5.4: E~~inhalt~~rfüllung 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

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

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- beziehungsweise Teilgruppe aufzuführen, von der sie tatsächlich erbracht – und nicht, auf welche sie übertragen – wurden.

Referenztabelle 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 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

	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, 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
	d4) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten
	d5) 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

Referenztabelle 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 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
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

[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.

d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, 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
	d4) Davon Sprachheiltherapeutinnen oder Sprachheiltherapeuten
	d5) Davon Logopädinnen oder Logopäden
	d6) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten
	d7) 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

GKV-SV/PatV/BÄK/BPtK	DKG/LV
[derzeit geltende Fassung von Teil A9 mit Änderungsvorschlägen]	*[**Streichung** des gesamten Teil A9]*

A9. Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Dokumentation der Leistungen zu den Regelaufgaben gemäß Anlage 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. Das heißt für jedes Auftreten eines OPS-Kodes – also jedes Mal, wenn der betreffende OPS-Kode bei einem Behandlungsfall dokumentiert wird – ist eine separate Zeile anzulegen. Eine Aggregation innerhalb eines Behandlungsfalls oder über mehrere Behandlungsfälle hinweg ist unzulässig.

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 beziehungsweise 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 beziehungsweise des Wechsels wird, außer wenn dieser gleichzeitig der Tag des Beginns ist, nicht gezählt.

Die Tabelle A9 wird gemäß § 16 Absatz 5 in den Jahren 2024, 2025 und 2026 ausschließlich an das IQTIG übersandt.

GKV-SV/DKG/LV/BÄK	BPtK/PatV
*[**keine Übernahme** des Vorschlags zu Teil A10]*	*[Vorschlag eines neuen Teil 10]*

A10. Datenfelder zur Dokumentation der psychotherapeutischen Behandlungsintensität gemäß § 9 Absatz 3

A10.1 Erwachsenenpsychiatrie

Fall	Verweil-dauer	Anzahl OPS Kodes 9-649.10 9-649.30	Anzahl OPS Kodes 9-649.11 9-649.31	Anzahl OPS Kodes 9-649.12 9-649.32	Anzahl OPS Kodes 9-649.13 9-649.33	Anzahl OPS Kodes 9-649.14 9-649.34	Anzahl OPS Kodes 9-649.15 9-649.35	Anzahl OPS Kodes 9-649.16 9-649.36	Anzahl OPS Kodes 9-649.17 9-649.37	Anzahl OPS Kodes 9-649.18 9-649.38	Anzahl OPS Kodes 9-649.19 9-649.39	Anzahl OPS Kodes 9-649.1a 9-649.3a	Anzahl OPS Kodes 9-649.1b 9-649.3b	Anzahl OPS Kodes 9-649.1c 9-649.3c	Anzahl OPS Kodes 9-649.1d 9-649.3d	Anzahl OPS Kodes 9-649.1e 9-649.3e	Anzahl OPS Kodes 9-649.1f 9-649.3f	Anzahl OPS Kodes 9-649.1g 9-649.3g
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		

Hinweis: Für jeden Fall ist eine eigene Zeile auszufüllen

A10.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Fall	Verweil-dauer	Anzahl OPS Kodes 9-696.10 9-696.30	Anzahl OPS Kodes 9-696.11 9-696.31	Anzahl OPS Kodes 9-696.12 9-696.32	Anzahl OPS Kodes 9-696.13 9-696.33	Anzahl OPS Kodes 9-696.14 9-696.34	Anzahl OPS Kodes 9-696.15 9-696.35	Anzahl OPS Kodes 9-696.16 9-696.36	Anzahl OPS Kodes 9-696.17 9-696.37	Anzahl OPS Kodes 9-696.18 9-696.38	Anzahl OPS Kodes 9-696.19 9-696.39	Anzahl OPS Kodes 9-696.1a 9-696.3a	Anzahl OPS Kodes 9-696.1b 9-696.3b	Anzahl OPS Kodes 9-696.1c 9-696.3c	Anzahl OPS Kodes 9-696.1d 9-696.3d	Anzahl OPS Kodes 9-696.1e 9-696.3e	Anzahl OPS Kodes 9-696.1f 9-696.3f	Anzahl OPS Kodes 9-696.1g 9-696.3g
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		

Hinweis: Für jeden Fall ist eine eigene Zeile auszufüllen.

FÜR JEDE MELDUNG/JEDEN NACHWEIS GESONDERT AUSZUFÜLLEN

Unterschriften

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben im Nachweis bestätigt.

Name			
	----------	----------	----------
Datum			
	----------	----------	----------
Unterschrift			
	Ärztliche Leitung	Pflegedirektion	Geschäftsführung/ Verwaltungsdirektion

Anlage 4 Regelaufgaben

I. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) - Erwachsenenpsychiatrie

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 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)
   - Regelhafte 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

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 Stationsmillieus; 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)
- Regelhafte Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

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

a) Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

1. Grundversorgung

- Mitwirkung bei der Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich; Planung, Durchführung, Verlaufskontrolle der Spezialtherapie und Sprachtherapie
- 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

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie
- Lebenspraktisch orientierte Therapie
- Arbeitstherapie, Fertigkeits- und Belastungserprobung
- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen

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

b) Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Grundversorgung
   - Ergänzung der ~~kinderpsychiatrischen~~ medizinischen und psychiatrischen Diagnostik durch funktionelle ~~EntwicklungsD~~diagnostik ~~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 Körper~~therapie
   ~~- Basale Stimulation~~
3. Gruppenbezogene Behandlung
   - Gruppengymnastik und Sporttherapie
   - Bewegungstherapie und Physiotherapie
   - Entspannungsübungen
   ~~- 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

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 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 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/Einzelpsychotherapie 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)
- Regelhafte 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. <u>Regelaufgaben des Pflege- und Erziehungsdienstes</u>

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 gruppendynamischer 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. <u>Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) sowie Psychologinnen und Psychologen gemäß § 5 Absatz 2</u>

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)
- Regelhafte Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

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

a) Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie
- 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

b) 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~~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~~
- 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
- ~~Bewegungstherapie und Physiotherapie~~
- ~~Entspannungsübungen~~

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

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)
- Regelhafte 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. <u>Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) sowie Psychologinnen und Psychologinnen gemäß § 5 Absatz 1</u>

   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)
   - Regelhafte Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimation etc.)

3. <u>Regelaufgaben des Pflegedienstes</u>

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.

GKV-SV	**DKG/PatV/LV**
*[**keine Übernahme** der Änderungsvorschläge zu Nr. III.5+6]*	*[derzeit geltende Fassung von Nr. III.5+6 mit Änderungsvorschlägen]*

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

1. Grundversorgung

- Mitwirkung bei Anamnese und 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 Gestaltungstherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie

- 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 Gestaltungstherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie
- 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, Bewegungstherapie oder Physiotherapie

~~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 Trialogs
- 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 trialogischen 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 E~~inhalt~~rfüllung der Mindestvorgabe für eine differenzierte Einrichtung muss gemäß § 7 Absatz 4 bei allen Berufsgruppen ein Umsetzungsgrad von mindestens 100 Prozent nachgewiesen werden

GKV-SV	DKG/LV
[keine Übernahme].	, sofern kein Ausnahmetatbestand gemäß § 10 Absatz 1 Nr. 1 geltend gemacht wird

In der Übergangszeit gelten die Vorgaben des § 16 Absatz 1. Die Angaben in der Erklärung des Krankenhauses, die Mindestvorgaben ~~ein~~zu ~~halt~~erfüllen, und die Angaben zur E~~inhalt~~rfüllung der Mindestvorgaben in den einzelnen Berufsgruppen

GKV-SV	DKG/LV
[keine Übernahme]	unter Berücksichtigung der Geltendmachung eines Ausnahmetatbestands gemäß § 10 Absatz 1 Nr. 1

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.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Änderungen zum Erfassungsjahr 2027

Entwurf, Stand: 11.02.2026

für das Stellungnahmeverfahren gemäß Beschluss des UA QS vom 28.01.2026

Hinweis:

- *Erläuterungen zu dissenten Positionen sind gelb markiert; redaktionell ggf. anzupassende Passagen sind grau markiert.*

Vom 18. Juni 2026

Inhalt

1. Rechtsgrundlage ... 3

2. Eckpunkte der Entscheidung ... 3

2.1 Zu § 2 *Grundsätze*: ... 4

2.2 Zu § 3 *Behandlungsbereiche:* ... 4

2.3 Zu § 6 *Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung*: ... 8

2.4 Zu § 7 *Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad*: ... 9

2.5 Zu § 8 *Anrechnungen von Berufsgruppen*: ... 9

2.6 Zu § 9 Weitere Qualitätsempfehlungen ... 12

2.7 Zu § 10 *Ausnahmetatbestände:* ... 15

2.8 Zu § 11 *Nachweisverfahren*: ... 18

2.9 Zu § 13 *Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben* ... 19

2.10 Zu § 15 *Evaluation der Richtlinie*: ... 19

2.11 Zu § 16 *Übergangsregelungen*: ... 21

2.12 Zur Anlage 1 *Minutenwertetabellen:* ... 24

2.13 Zur Anlage 2 *Eingruppierungsempfehlungen:* ... 29

2.14 Zur Anlage 3 *Nachweis zur PPP-RL:* ... 33

2.15 Zur Anlage 4 *Regelaufgaben:* ... 35

2.16 Zur Anlage 6 *Prüfregeln:* 36

3. Bürokratiekostenermittlung 36

4. Verfahrensablauf 36

5. Fazit 37

6. Zusammenfassende Dokumentation 37

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

DKG:

Im Fokus der Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027 steht die Anpassung der Mindestvorgaben für psychosomatische Einrichtungen. Bereits in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-RL vom 19. September 2019[1] stellte der G-BA fest, dass „*mit den Behandlungsbereichen der Psych-PV* [...] *den Besonderheiten psychosomatischer Behandlung mit einer differenzierten multimodalen und multiprofessionellen stationären Psychotherapie nicht ausreichend Rechnung getragen werden*“ könne. Entsprechend hat er sich gemäß § 14 Absatz 2 PPP-RL dazu verpflichtet, die Mindestvorgaben für die Psychosomatik zu überprüfen und ggf. anzupassen. Grundlage der Anpassung zum Erfassungsjahr 2027 bildet die im Rahmen der EPPIK-Studie[2] erstmals durchgeführte Erhebung der Ist-Personalausstattung in psychosomatischen Einrichtungen und dem darauf aufbauenden Vorschlag[3] der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) in Abstimmung mit der Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) zur Ausdifferenzierung der P-Behandlungsbereiche in § 3 inklusive der Minutenwertvorgaben in Anlage 1 sowie die Eingruppierungsempfehlungen nach Anlage 2 der Richtlinie.

Weitere Änderungen erfolgen, um eine bessere Umsetzbarkeit der Richtlinie zu erreichen und den zunehmenden Herausforderungen bei der Versorgung psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten zu begegnen, ohne jedoch die Qualität der Versorgung einzuschränken. Dazu gehören u. a. Möglichkeiten, bereits vorhandenes Personal auch weiterhin in die Behandlung einzubinden und damit in der Versorgung halten zu können. Exemplarisch zu nennen ist der Einsatz von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen, die mit einem breiten Skill-Mix therapeutischer Befugnisse auch bei den Aufgaben anderer Berufsgruppen unterstützen können, genauso wie der erst mit dem letzten Änderungsbeschluss der Richtlinie ermöglichte Einsatz von Pflegehilfskräften im Nachtdienst. Ferner wird ein weiterer Schritt unternommen, die Kliniken von unnötigen

[1] Tragende Gründe zur Erstfassung der PPP-RL vom 15.10.2019, S. 9 f.
[2] EPPIK Schlussbericht: Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken; abrufbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/eppik.410
[3] Stellungnahme der DGPM in den Tragenden Gründen zum Beschluss der Änderung der PPP-RL vom 18.06.2025, S. 274ff.; https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11810/2025-06-18_PPP-RL_Aenderungen-EJ-2026_TrG.pdf

Dokumentationsaufwänden zu entbinden. Dazu zählt die Erfassung von OPS-Kodes mit dem ursprünglich ausgewiesenen Ziel, die Regelaufgaben zu überarbeiten. Zudem erfolgt eine Vereinfachung der Nachweisführung bei der Geltendmachung von Ausnahmetatbeständen, die zusätzlich auf Basis des ersten Evaluationsberichts des IGES Instituts überarbeitet und punktuell erweitert.

2.1 Zu § 2 *Grundsätze*:

Die Änderungen in den Absätzen 5, 7 und 8 sind redaktioneller Art.

2.2 Zu § 3 *Behandlungsbereiche:*

DKG: 2.2.1 Zu Absatz 1:

In der Erstfassung der PPP-RL hatte der G-BA die Vorgaben für psychosomatische Einrichtungen aus den Minutenwerten von Heuft[4] aus dem Jahr 1999 mit einem Abschlag von 5 % übernommen und zunächst die beiden Behandlungsbereiche P1 und P2 gemäß § 3 geschaffen. Mit Beschluss vom 15. Oktober 2020 kamen die Behandlungsbereiche P3 und P4 für die tagesklinische psychosomatische Behandlung hinzu, P1 und P2 wurden auf die vollstationäre Behandlung beschränkt. Die Kategorie P1 als psychotherapeutische Behandlung entsprach inhaltlich im Wesentlichen dem Behandlungsbereich A5. Allerdings führte der G-BA dazu in den Tragenden Gründen aus, dass „*mit den Behandlungsbereichen der Psych-PV* [...] *den Besonderheiten psychosomatischer Behandlung mit einer differenzierten multimodalen und multiprofessionellen stationären Psychotherapie nicht ausreichend Rechnung getragen werden*“ könne. Damit erkannte der G-BA zwar die Überschneidungen zwischen den Bereichen der Psychosomatik und der Psychiatrie hinsichtlich der behandelten Diagnosen sowie in Bezug auf die eingesetzten Verfahren wie stationäre Einzel- und Gruppenpsychotherapie durch verschiedene therapeutische Berufsgruppen an, versuchte jedoch auch Unterschiede abzubilden. Entsprechend hat sich der G-BA gemäß § 14 Absatz 2 dazu verpflichtet, die Mindestvorgaben für die Psychosomatik zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Im Teilprojekt 2 der EPPIK-Studie[5] wurde erstmals eine Erhebung der Ist-Personalausstattung in psychosomatischen Einrichtungen durchgeführt. Auf dieser Datengrundlage erarbeiteten psychosomatische Fachgesellschaften unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) einen Vorschlag[6] zur Anpassung der Personalmindestvorgaben für psychosomatische Einrichtungen und Fachabteilungen. Auf Basis dieses Vorschlags werden die bisherigen vier „P“-Behandlungsbereichen auf sieben erweitert. Die Behandlungsbereiche orientieren sich an der Intensität und Komplexität der therapeutischen Interventionen sowie am somatischen Behandlungsaufwand: Neben zwei Regelkategorien P1 und P6 werden fünf weitere Behandlungsbereiche zur stärkeren Differenzierung eingeführt. Eine entsprechende Ausdifferenzierung erscheint sinnvoll und notwendig, um das Spektrum und Spezialisierung der verschiedenen Behandlungssettings in der Psychosomatik angemessen abzubilden. Im Fokus steht

[4] Heuft G, Senf W, Janssen P, Pontzen W, Streeck U. Personalanhaltszahlen in psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen der Regelversorgung. 1993; 43:262–70

[5] EPPIK Schlussbericht: Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken; abrufbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/eppik.410

[6] vgl. Tragende Gründe zum Beschluss der Änderung der PPP-RL vom 18.06.2025, S. 274ff.; https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11810/2025-06-18_PPP-RL_Aenderungen-EJ-2026_TrG.pdf

die an den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen komplex psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten orientierte psychosomatische Behandlung.

GKV-SV: 2.2.1 Zu Absatz 1 und 2:

Zur Änderung der Formulierung „Eingruppierungsempfehlungen“:

Bei den Änderungen in Absatz 1 und 2 handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen, die sich ergeben, weil die Bezeichnung von „Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen“ geändert wird in „Anlage 2 Eingruppierungskriterien“.

Zur Änderung der Behandlungsbereiche:

Die psychosomatischen Fachverbände haben einen Vorschlag für die Weiterentwicklung der psychosomatischen Behandlungsbereiche vorgelegt. Abweichend von dem Vorschlag der Fachverbände werden folgende Änderungen vorgenommen:

- In den vorgeschlagenen Behandlungsbereich P1 „psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“ werden nur Patientinnen und Patienten eingestuft, die während ihrer Behandlung weniger als drei ärztliche oder psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche erhielten. Da während einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung der Schwerpunkt entsprechend auf Psychotherapie liegt, sollte eine Einstufung in diesen Behandlungsbereich die Ausnahme darstellen. Zudem wurden im Rahmen des eppik Teilprojekts 2 zur Ist-Standerhebung Psychosomatik nur ca. zehn Prozent der Fachabteilungen diesem Behandlungsbereich zugeordnet (siehe Tabelle). Die vorgeschlagenen Behandlungsbereiche P1 „psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“ und P6 „psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär“ werden deshalb zwar übernommen, die Bezeichnung wird jedoch geändert in „psychosomatisch-psychotherapeutische Basisbehandlung“.
- Die vorgeschlagenen Behandlungsbereiche basieren auf dem Teilprojekt 2 zur Ist-Standerhebung Psychosomatik von eppik. Dabei sollen die Behandlungsbereiche 4 und 5 stärker unterscheiden – einerseits nach der Schwere der somatischen Begleiterkrankungen, andererseits nach der Therapieintensität. In den Auswertungen des Teilprojekts 2 zur Ist-Standerhebung Psychosomatik zeigt sich jedoch, dass beide Bereiche beim Personalbedarf sehr ähnlich sind (bezogen auf das 25. und 75. Perzentil). Obwohl der Behandlungsbereich 5 die höchste Therapie- und Personalintensität haben sollte, liegt sein Median unter dem Median des Behandlungsbereichs 4 (siehe Abbildung und Tabelle). Außerdem wurden den Behandlungsbereichen 4 (10,7 %) und 5 (12,5 %) zusammen wesentlich weniger Einrichtungen zugeordnet als in den Behandlungsbereich 3, der allein 27,7 % ausmacht. Vor diesem Hintergrund wurde auf die weitergehende Differenzierung der Behandlungsbereiche 4 und 5 verzichtet und nur Behandlungsbereich 4 übernommen.

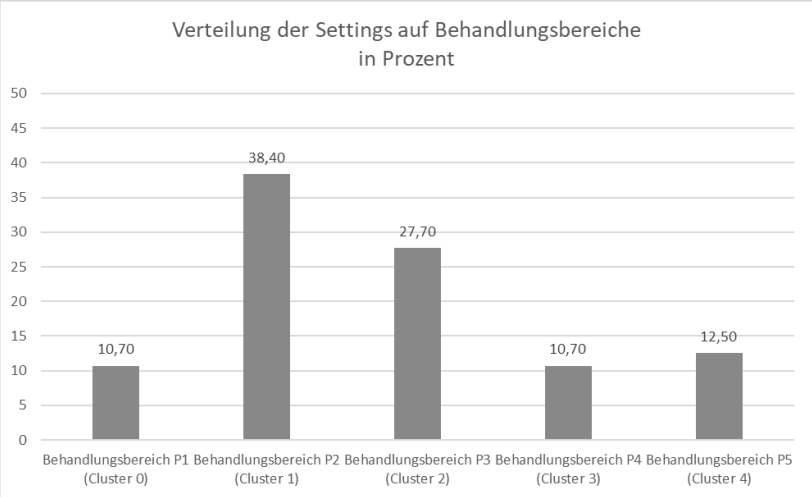
Tabelle: Gesamtpersonal nach Behandlungsbereich in Vollkräfte für eine 18 Bettenstation

	25. Perzentil	**Median**	**75. Perzentil**
Behandlungsbereich P2 (Behandlungscluster 1)	7,43	9,95	12,43
Behandlungsbereich P3 (Behandlungscluster 2)	9,04	11,18	13,52
Behandlungsbereich P4 (Behandlungscluster 3)	11,76	13,68	14,63
Behandlungsbereich P5 (Behandlungscluster 4)	11,81	12,67	14,53
n = 93 Stationen			

Im Abschlussbericht Teilprojekt 2 zur Ist-Standerhebung Psychosomatik werden 5 Behandlungscluster diskutiert, wobei das erste Cluster als Cluster 0 bezeichnet wird. In der zugrunde liegenden Tabelle werden nur die Daten der Behandlungscluster 1-4 dargestellt, die Daten zu Cluster 0 fehlen.

Quelle: Darstellung auf Basis Tabelle A12 „Gesamtpersonal nach Behandlungscluster in Vollkräfte für eine 18 Bettenstation", Teilprojekt 2 zur Ist-Standerhebung Psychosomatik, Abschlussbericht, S. 70, eingesehen am 17.12.2025 unter https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/eppik.410#ergebnisse-und-beschluss

Abbildung: Prozentuale Verteilung der Settings auf die neuen Behandlungsbereiche



Quelle: Darstellung auf Basis Abbildung 9 „Prozentuale Verteilung der Settings auf die neu definierten Behandlungscluster", Teilprojekt 2 zur Ist-Standerhebung Psychosomatik, Abschlussbericht, S. 30, eingesehen am 17.12.2025 unter https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/eppik.410#ergebnisse-und-beschluss

- In der Versorgungsrealität existieren sowohl Fachabteilungen mit integrierten Versorgungsstrukturen, die psychiatrische und psychosomatische Leistungen für Erwachsene anbieten (z. B. in Nordrhein Westfalen) als auch differenzierte Abteilungsstrukturen, bei denen die Psychiatrie von der Psychosomatik getrennt geführt wird. Diese Versorgungsstrukturen werden schon bisher in der PPP-RL berücksichtigt indem im Bereich Allgemeinpsychiatrie der PPP-RL auch die Behandlungsbereiche der Psychosomatik abgebildet sind: Der Behandlungsbereich A7 „psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung" sowie der Behandlungsbereich A8 „psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär" sind identisch zu den bisherigen Behandlungsbereichen der Psychosomatik P2 „psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung" und P4 „psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, ‚teilstationär". Deshalb werden die nun neu eingeführten Behandlungsbereiche der Psychosomatik P2 bis P4 sowie P7 zusätzlich auch als neue A-Behandlungsbereiche für die Psychiatrie ab 2029 eingeführt. Allerdings werden die neuen psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungsbereiche im Bereich Allgemeinpsychiatrie an die bestehende Nummerierung der psychiatrischen Behandlungsbereiche angepasst, was zu einer unterschiedlichen Nummerierung zwischen den neuen Behandlungsbereichen der Psychosomatik und der Psychiatrie führt: A3 entspricht P2, A4 entspricht P3 und A5 entspricht P4.

[*DKG:*

Der Vorschlag, den Behandlungsbereich P1 als „Basisbehandlung“ zu bezeichnen, ist abzulehnen. Auf Basis der Ergebnisse des EPPIK-Teilprojekts 2 erschließt sich diese Bezeichnung nicht. Anderweitige valide Begründungen liegen nicht vor. Aus der Verteilung der Settings der untersuchten Einrichtungstypen (Uni-Klinik, psychosomatische Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern sowie in psychiatrischen Fachkrankenhäusern, psychosomatische Fachkrankenhäuser) auf die Behandlungsbereiche in Abhängigkeit des somatischen und/oder psychotherapeutischen Aufwand geht hervor, dass knapp 50 % der Einrichtungen in den Bereich der Psychosomatisch-psychotherapeutischen Regelbehandlung mit den Anforderungen der OPS-Kodes 9-607 bzw. 9-61 fallen. Anscheinend soll die Umbenennung in „Basisbehandlung“ suggerieren, dass die darin erfolgte Behandlung qualitativ/quantitativ zu wenig sei, also eine äußerste Untergrenze der psychosomatisch-psychotherapeutischen, stationären Behandlung darstellt. Die käme einer Abwertung dieser Kategorie und der darin geleisteten Arbeit gleich. Zudem folgt die Bezeichnung „Regelbehandlung“ dem Wortlaut des OPS-Kodes 9-607 „Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“, womit die psychosomatischen Fachverbände der Ausrichtung der PPP-RL mit Orientierung an den Routinedaten folgen.

Auch die Streichung des von den psychosomatischen Fachverbänden vorgeschlagenen Behandlungsbereichs P5 ohne evidente Grundlage erschließt sich nicht. In ihrer Stellungnahme haben die Fachverbände den Bedarf der P5 deutlich herausgestellt und aus den EPPIK-Ergebnissen abgeleitet. Die Ausdifferenzierung der neuen P-Bereiche folgt einem Gesamtkonzept der Personalbedarfe in der psychosomatischen Versorgung, abhängig von der Intensität des therapeutischen Angebotes und dem somatischen Versorgungsaufwand. In der Ist-Standerhebung fiel fast jede siebte Einrichtung, allen voran Unikliniken, in den Bereich P5, die erhöhte und differenzierte medizinisch-somatische wie psychotherapeutische Personalaufwände haben. So ist etwa eine Intermediate Care notwendige Voraussetzung als Bestandteil des OPS-Zusatzkodes 9-642. Zu den häufig Betroffenen in diesem Bereich gehören u. a. schwer essgestörte Patientinnen und Patienten, die neben erhöhten psychotherapeutischen Bedarfen insbesondere somatische, pflegerische Mitbehandlung benötigen. Im am 9. Dezember 2025 durchgeführten Expertengespräch im Rahmen der Beratungen der G-BA-AG PPP wurde dies unterstrichen und ausgeführt, dass Patienten, z. B. mit schwer einstellbarem Diabetes und einer Depression oder mit einer chronisch terminalen Niereninsuffizienz (dialysepflichtig) und einer schweren Angststörung, sollten sie nicht spezialisiert somatopsychisch in einer entsprechenden psychosomatischen Abteilung, vorzugsweise am Allgemeinkrankenhaus oder in einer Uniklinik, behandelt werden, dann immer wieder neue stationäre Aufenthalte produzieren und damit auch die Kosten erhöhen, ohne dass eine störungsadäquate Behandlung stattgefunden hat. Bei einer Streichung der P5 besteht damit die Gefahr einer auf lange Sicht unzureichenden Versorgung dieser Menschen, mit Chronifizierung und häufigerer Rehospitalisierung. Dies muss im Sinne der Versorgungsqualität unbedingt vermieden werden.

Mit den Vorschlägen für die drei neuen Behandlungsbereiche A3, A4 und A5 inklusive Eingruppierungsempfehlungen soll eine Eins-zu-Eins-Übertragung der neuen Behandlungsbereiche P2, P3 und P4 in der Psychosomatik mit ihren komplexen Behandlungsansätzen auf die Psychiatrie erfolgen. Die neuen P-Behandlungsbereiche fußen auf der Ist-Standerhebung der Personalausstattung in 73 psychosomatischen Einrichtungen im Rahmen des EPPIK-Projekts[7]. Damit einher gehen nicht nur neue Minutenwertvorgaben,

[7] EPPIK Schlussbericht: Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken; abrufbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/eppik.410

sondern auch Eingruppierungsempfehlungen, die explizit die psychosomatische und nicht die psychiatrische Versorgung adressieren. Ein einfaches Übertragen ist nicht sachgerecht. Beim Vergleich der neuen A3 bis A5 versus A7 wird beispielsweise deutlich, dass die neuen Bereiche (als Äquivalent zu den neuen Behandlungsbereichen P2 bis P4) teils drastisch reduzierte Minutenwerte über die verschiedenen Berufsgruppen hinweg aufweisen. Exemplarisch sei die Pflege zu nennen, die in der A7 mit 509 Minuten pro Woche und Patient geführt ist, versus 250 Minuten (A3). In der A4 und A5 dagegen sollen mehr Pflegeminuten vorgehalten werden (614 Minuten bzw. 583 Minuten). Hinzu kommt, dass mit der Spiegelung auch der für die Ansteuerung der neuen P3 erforderliche OPS-Zusatzkode, der speziell für die Kodierung in der Psychosomatik verfasst werden soll, übernommen wird. Eine Übertragung auf die Psychiatrie entbehrt somit einer nachvollziehbaren Herleitung und fachlichen Grundlage.]

2.3 Zu § 6 *Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung*:

2.3.1 Zu Absatz 3

GKV-SV:

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung, die sich ergibt, weil die Bezeichnung von „Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen“ geändert wird in „Anlage 2 Eingruppierungskriterien“.

2.3.2 Zu Absatz 4:

DKG:

Der bisherige Korridor für eine Abweichung der Anzahl an Behandlungstagen zum jeweiligen Quartal des Vorjahres von 2,5 % wird nicht mehr wie bisher auf die einzelnen Behandlungsbereiche bezogen, sondern auf die Gesamtbehandlungstage über alle Behandlungsbereiche hinweg. Die Mindestpersonalausstattung wird nach Absatz 3 grundsätzlich auf Basis der im entsprechenden Quartal des Vorjahres behandelten Patientinnen und Patienten ermittelt. Dieser retrospektive Ansatz sollte ursprünglich die Planbarkeit und Steuerungsmöglichkeit für eine Erfüllung der Personalmindestvorgaben ermöglichen. Allerdings müssen Krankenhäuser bei Abweichungen über oder unter 2,5 % statt auf die Behandlungstage des Vorjahres auf die des laufenden Quartales zurückgreifen. Diese Abweichungstoleranz galt bisher für jeden einzelnen Behandlungsbereich. Wie sich jedoch in den Quartalsberichten des IQTIG zeigt, liegt regelhaft nur ein einstelliger Prozentsatz der Einrichtungen innerhalb des Wertebereichs des Vorjahres (z. B. im ersten Quartal 2025: 7,6 % der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie)[8]. Mehr als drei Viertel (77,2 %) der Einrichtungen weisen sogar eine Abweichung der Behandlungstage von mehr als 10 % zum Vorjahresquartal auf. Weil sich damit praktisch konstant an der Anzahl der Behandlungstage des laufenden Quartals orientiert werden muss, steht auch die Höhe der zu erfüllenden Mindestvorgaben meist erst nach Abschluss des Quartals fest. Die Änderung mit Bezug auf alle Behandlungsbereiche zusammen erfolgt, um zumindest einen ersten Beitrag in Richtung besserer Kalkulierbarbarkeit und Eröffnung von Handlungsmöglichkeiten für eine Erfüllung der Personalmindestvorgaben zu leisten.

[8] IQTIG-Quartalsbericht gemäß PPP-RL über das erste Quartal 2025, S. 41

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

Die Änderungen in Absatz 5 sind redaktioneller Art.

2.5 Zu § 8 *Anrechnungen von Berufsgruppen*:

2.5.1 Zu Absatz 3:

GKV-SV:

Die Änderung stellt klar, dass eine Anrechnung im Sinne der Qualitätssicherung nur erfolgen kann, wenn die Übernahme der Regelaufgaben auch erlaubt ist.

[*DKG:*

Die Ergänzung: „und die erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt“, in Satz 1 ist abzulehnen. Seit Erstfassung der Richtlinie gilt gemäß Absatz 3 der Grundsatz, dass eine Anrechnung von Personal nach § 5 nur dann und in dem Maße zulässig ist, indem Regelaufgaben der jeweiligen Berufsgruppe übernommen werden, auf die die Anrechnung erfolgt. In den Tragenden Gründen der Erstfassung der PPP-RL wird ausdrücklich erwähnt, dass „der Verweis auf die Regelaufgaben [...] als Einschränkung klarstellt, dass z. B. eine vollständige Ersetzung von Ärztinnen und Ärzten durch Psychologinnen und Psychologen wegen ärztlicher Vorbehaltsaufgaben nicht möglich ist“[9]. Die Anrechnung von PPP-RL-Personal untereinander ist bereits mit hohen Aufwänden für die Einrichtungen verbunden. Bisher musste diese im Nachweis dezidiert aufgelistet und begründet werden, was insbesondere in den Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) im Rahmen der MD-QK-RL zu erheblichen Problemen führt. Als eine der besonders konfliktären Prüfpunkte werden u. a. im ersten Evaluationsbericht des IGES Instituts sowohl von den MDs als auch den Einrichtungen Schwierigkeiten bei der Anrechnung unter den in der PPP-RL vorgegebenen Berufsgruppen genannt[10]. In vergleichbarem Tenor wird in diesem Zusammenhang vom hohen Dokumentationsaufwand für das Nachweisverfahren berichtet. Im Sinne einer Dokumentationsentlastung der Krankenhäuser wurde mit dem Beschluss zur Änderung der Richtlinie vom 18. Juni 2025 die Nachweisführung verschlankt. Warum die Kliniken nun erstmalig und ohne anlassbezogene Begründung dazu aufgefordert werden sollen, die jeweilige Qualifikationen des Fachpersonals gemäß § 5 darzulegen, wenn diese von anderen Berufsgruppen nach § 5 Regelaufgaben übernehmen, erschließt sich nicht. Dies kommt einer Umkehr des letztjährigen Entscheids der Dokumentationsentlastung gleich, zumal letztlich nicht geregelt wird, welche Qualifikation die jeweils „erforderliche fachliche“ ist. Letztlich wird darüber in den MD-Prüfungen entschieden. Krankenhäuser stellen bereits zur Vermeidung haftungsrechtlicher Risiken sicher, dass die Patientenversorgung ausschließlich durch Personal mit der jeweils erforderlichen fachlichen Qualifikation erfolgt. Weitere Ausführungen dazu siehe zu Absatz 5.]

DKG/BÄK:

Die bis zum 31. Dezember 2026 befristete Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (§ 5 Absatz 1 Buchstabe c und Absatz 2 Buchstabe c) auf andere nichtärztliche Berufsgruppen wird entfristet. Seit Inkrafttreten der Regelung hat sich diese Anrechnungsmöglichkeit bewährt und trägt einen essenziellen Teil

[9] Tragende Gründe zur Erstfassung der PPP-RL vom 19.09.2019, S. 20; https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6078/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_TrG.pdf

[10] Erster Evaluationsbericht zur PPP-RL des IGES Instituts, S. 504

zum bedarfsoriententen, individuellen Personaleinsatz der Krankenhäuser bei. Die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen ist eine jener Berufsgruppen, die die PPP-RL-Mindestvorgaben i. d. R. sehr gut erfüllen. Viele Krankenhäuser sehen dieses Potenzial und nutzen die Möglichkeit der Anrechnung auf andere Berufsgruppen. So wurden z. B. in Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie im ersten Quartal 2025 mit Abstand am häufigsten Personal der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf andere Berufsgruppen angerechnet, ein Großteil davon (44 %) auf Ärztinnen und Ärzte[11]. Weitere 20 % wurde auf Pflegefachkräfte im Tagdienst angerechnet, fast ebenso viele auf die Spezialtherapeuten/-innen und zwischen 7 % und 10 % auf die Berufsgruppe der Bewegungs- und Physiotherapeuten/-innen bzw. der Sozialpädagogen/-innen. Damit zeigt sich, dass Psychotherapeuten/Psychologen essenziell im klinischen Alltag sind und die Behandlung entscheidend prägen. Psychotherapeutische Leistungen bleiben eines der Kernelemente in der leitlinienorientierten Therapie psychisch erkrankter Menschen. Die Arbeit des psychologisch-psychotherapeutischen Personal endet jedoch nicht dort, sondern wird als ein elementarer Bestandteil eines multiprofessionellen Teams verstanden. Die Möglichkeit zum Einbezug und Anrechnung auf andere therapeutische Berufsgruppen gehört bereits seit den Anfangsjahren zu den Anrechnungsmöglichkeiten der PPP-RL und ist damit von relevanter Bedeutung für den flexiblen Personaleinsatz der Kliniken, je nach Behandlungskonzept- und Ausrichtung. Diese Flexibilität bereichert nicht nur das therapeutische Setting, sondern ermöglicht auch die Aufrechterhaltung einer Behandlungskontinuität, etwa bei kurzfristigen Personalengpässen. Das psychologisch-psychotherapeutische Personal übernimmt im Skill- und Methoden-Mix des Gesamtbehandlungsplans diverse Regelaufgaben der Anlage 4 von verschiedenen Berufsgruppen. Zur Aufrechterhaltung der therapeutischen Konzepte ist gerade diese Flexibilität im Personaleinsatz entscheidend, damit die Behandlung genauso individuell auf die Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden kann, wie die individuelle Ausprägung der Störungsbilder. [BÄK: Daher ist eine Entfristung der Anrechnungsmöglichkeit geboten.]

DKG:

Darüber hinaus soll zum Erfassungsjahr auch eine Anrechnung der Berufsgruppen der Pflege, der Spezialtherapeuten/-innen, Bewegungs- und Physiotherapeuten/-innen sowie der Sozialpädagogen/-innen (§ 5 Absatz 1 Buchstabe b, d und f sowie Absatz 2 Buchstabe b, d und f) auf die Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ermöglicht werden. Mit Verweis auf die Voraussetzung, dass eine gegenseitige Anrechnung von Personal der Berufsgruppen nach § 5 unter Vorbehalt der Übernahme von Regelaufgaben jener Berufsgruppe steht, auf die angerechnet werden soll, besteht eine fachliche (Höchst-)Grenze der Anrechnungsmöglichkeit. Die Regelung erweitert den potenziellen Skill-Mix sowie auf die individuellen Bedarfe der Patienten/-innen und den gemäß der Behandlungskonzepte ausgerichteten Personaleinsatz vor Ort.

2.5.2 Zu Absatz 5:

GKV-SV:

Die Änderung stellt klar, dass eine Anrechnung im Sinne der Qualitätssicherung nur erfolgen kann, wenn die Übernahme der Regelaufgaben auch erlaubt ist.

[*DKG:*

Die Reaktivierung des Wortlautes „und die erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt“ in Satz 1 ist abzulehnen. Seit Erstfassung der Richtlinie gilt der

[11] IQTIG-Quartalsbericht gemäß PPP-RL über das erste Quartal 2025, S. 108

Grundsatz, dass eine Anrechnung von Fach- und Hilfskräften, die nicht in § 5 genannt sind, nur dann und in dem Maße zulässig ist, indem Regelaufgaben der jeweiligen Berufsgruppe übernommen werden, auf die die Anrechnung erfolgt. Wie zu Absatz 3 ausgeführt, ist die Anrechnung von nicht in § 5 genanntem Personal im Rahmen der PPP-RL mit hohen Aufwänden für die Einrichtungen verbunden. Noch stärker als von PPP-RL-Berufsgruppen untereinander führt die Nachweisführung und Begründung zu erheblichen Problemen in den Prüfungen des Medizinischen Dienstes im Rahmen der MD-QK-RL.[12] Entsprechend wurde vom G-BA per Beschluss zur Änderung der Richtlinie vom 18. Juni 2025 den Nachweis der Qualifikationserfordernis gestrichen und in den Tragenden Gründen wörtlich ausgeführt, dass „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". Als Begründung der Streichung galten seinerzeit die Höchstgrenzen der Anrechnungsmöglichkeiten von 5 % bis maximal 15 %. Dies wurde als vertretbar im Rahmen des Qualitätssicherungsauftrags anerkannt. Neben dem Interesse an ihren Patientinnen und Patienten sind die Kliniken auch aufgrund ihres in § 107 Absatz 1 SGB V beschriebenen Versorgungsauftrags verpflichtet, über „entsprechende diagnostische, pflegefachliche und therapeutische Möglichkeiten [zu] verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden [zu] arbeiten", auch, um nicht in haftungsrechtliche Konsequenzen zu geraten. Ohne weitere inhaltliche Begründung erschließt sich die Kehrtwende des G-BA nicht und ist für die Krankenhäuser nicht nachvollziehbar.]

DKG: Zu Satz 4 und 5

Die Anrechnungsmöglichkeiten von nicht in § 5 genanntem Fach- und Hilfspersonal gelten auch für psychosomatische Einrichtungen. Bereits mit der Erstfassung der Richtlinie wurde vor dem Hintergrund immer neu entstehender Berufsbilder, die Tätigkeiten der in § 5 aufgeführten Berufsgruppen ausüben können, die Notwendigkeit erkannt, auch andere als in § 5 aufgeführtes Personal in begrenztem Umfang auf die tatsächliche Personalausstattung gemäß § 7 anrechnen zu können. In ihrer Stellungnahme[13] zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2026 bekräftigte die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) auch für ihren Bereich die Wichtigkeit und Notwendigkeit dieses sogenannten „Nicht-PPP-RL-Personal" zur Aufrechterhaltung der psychosomatischen Versorgung einzusetzen. Insbesondere Medizinische Fachangestellte sowie Pflegehilfs- und Pflegeassistenzkräfte leisten einen substanziellen Anteil der pflegerischen Aufgaben in der stationären psychosomatischen Versorgung. Aber auch andere Berufsgruppen wie Ernährungs- bzw. Diätberaterinnen und Ernährungsberater, Apothekerinnen und Apotheker oder Begleithilfen übernehmen wichtige (Regel-)Aufgaben. Dieses Personal befindet sich bereits im Einsatz und erbringt wertvolle Arbeit. Die Begrenzung in der Höhe der Anrechnungsmöglichkeiten auf die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 Buchstaben a bis f gelten unverändert auch für die Psychosomatik, womit eine gänzliche Substitution durch nicht in § 5 genannte Fach- und Hilfskräfte ausgeschlossen ist. Voraussetzung der Anrechnung bleibt die Übernahme von Regelaufgaben nach Anlage 4 der Richtlinie.

2.5.3 Zu Absatz 7:

DKG/BÄK: Zu Satz 1

[12] Erster Evaluationsbericht zur PPP-RL des IGES Instituts, S. 504
[13] Stellungnahme der DGPM in den Tragenden Gründen zum Beschluss der Änderung der PPP-RL vom 18.06.2025, S. 270f.; https://www.g-ba.de/downloads/40-268-11810/2025-06-18_PPP-RL_Aenderungen-EJ-2026_TrG.pdf

Ab dem Erfassungsjahr 2026 ist es Krankenhäusern erstmals möglich, in begrenztem Rahmen Pflegehilfskräfte im Nachtdienst anzurechnen. Diese Möglichkeit ist zunächst auf ein Jahr bis zum 31. Dezember 2026 befristet. Gemäß § 6 Absatz 7 trifft der G-BA bis spätestens 30. Juni 2027 eine Entscheidung über die weitere Ausgestaltung der Regelungen zum pflegerischen Nachtdienst nach § 7 Absatz 5. Bis Daten aus den Nachweisen zum ersten Quartal 2026 vorliegen, hat der G-BA jedoch keinerlei Kenntnisse darüber, wie sich die neue Regelung zur Anrechnung von Pflegehilfskräften auf die Erfüllung der Mindestvorgaben im Nachtdienst auswirkt. Bisher zeigt sich, dass die derzeitige Vorgabe zum pflegerischen Nachtdienst von den Krankenhäusern nur unzureichend erfüllt wird. So erreichten im ersten Quartal 2025 nur etwa 47 % der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie sowie 35 % der Kinder- und Jugendpsychiatrie die erforderliche Mindestpersonalvorgabe[14] [BÄK:, im 2. Quartal 2025 nur 50,3 % der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und nur 28,1 % der Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie]. Hinweise zu möglichen Gründen für die Nichterfüllung erläuterte u. a. die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2026. Mit der Möglichkeit, auch Pflegehilfskräfte in der Nacht zuzulassen, hatte der G-BA zunächst einen ersten Schritt hin zu einer besseren Umsetzbarkeit der Mindestpersonalvorgaben im Nachtdienst unternommen. Diese unterstützende Maßnahme sollte nicht vorzeitig, bevor erste Daten zur Bewertung und Einschätzung sowie insbesondere vor der geplanten Überarbeitung der Mindestvorgaben im Nachtdienst, zurückgenommen werden. Daher wird die befristete Anrechnungsmöglichkeit um ein weiteres Jahr bis zum 31. Dezember 2027 verlängert.

GKV-SV: Zu Satz 3 (neu)

Der neue Satz 3 stellt klar, dass die Bezugsgröße für die zulässigen Anrechnungen im pflegerischen Nachtdienst die VKS-Mind für die Nacht ist. Die bisherige Formulierung in der Richtlinie ließ offen, worauf sich die Höchstgrenze von 15 % beziehen.

2.6 Zu § 9 Weitere Qualitätsempfehlungen

2.6.1 Zu Absatz 3 (neu):

BPtK:

In der Erstfassung der Richtlinie 2019 wurden die Minutenwerte der Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen erhöht, um der seit der Entwicklung der Psych-PV gestiegenen Bedeutung der Psychotherapie für die Behandlung von psychischen Erkrankungen – einschließlich Psychosen und in allen Krankheitsphasen – Rechnung zu tragen. In den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Richtlinie vom 19. September 2019 heißt es, dass für alle Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik in allen Behandlungsbereichen 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche als Mindestvorgabe festgesetzt werden, diese kann auch in 2x 25 Minuten geleistet werden. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche festgelegt. (vgl. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6078/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_TrG.pdf, Zugriff am 11.12.2025). Gemeint ist hier der Umfang an Psychotherapie durch die hierfür qualifizierten Berufsgruppen Ärztinnen und Psychotherapeutinnen, da in Bezug auf den Stellenwert und die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode seit der Verabschiedung der Psych-PV die größte Weiterentwicklung stattgefunden hat.

[14] IQTIG-Quartalsbericht gemäß PPP-RL über das erste Quartal 2025, S. 4

Da der Mindestumfang Psychotherapie weder direkt aus Leitlinien noch aus Einzelstudien abgeleitet werden konnte, fand die Festlegung auf der Basis der besten verfügbaren Evidenz – in diesem Fall Expertenmeinungen - statt. Grundlage war eine Reihe von publizierten Expertenmeinungen in „Der Nervenarzt“ in denen für verschiedene Diagnosegruppen in der Erwachsenenpsychiatrie angegeben wurde, welcher Umfang an Einzelpsychotherapie durch Ärzte und Psychotherapeuten für eine leitliniengerechte stationäre Behandlung erforderlich ist (1,2,3,4,5,6,7,8,9). Eine weitere Grundlage stellen die vom G-BA selbst durchgeführten Expertengespräche zur Frage einer leitliniengerechten stationären Behandlung dar. Alle Experten waren sich einig, dass der Einzelpsychotherapie aufgrund der Schwere der stationär behandelten Patienten eine besondere Rolle zukommt, da viele Patienten von der Teilnahme an einer Gruppentherapie zunächst überfordert sind. Der Umfang der empfohlenen Dosis Einzelpsychotherapie liegt nach Expertenmeinungen im Durchschnitt bei 100 Minuten pro Woche. Da die Richtlinie keine Vorgaben für eine leitliniengerechte Behandlung macht, sondern Mindestvorgaben festlegt, wurden 50 Minuten in der Erwachsenenpsychiatrie als Mindestmaß festgelegt. Die 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie stammen aus den der Psych-PV zugrundeliegenden Minutenwerte und wurden im Expertengespräch des G-BA zur Kinder- und Jugendpsychiatrie bestätigt.

In den Qualitätsvorgaben wird deshalb eine Qualitätsempfehlung aufgenommen, die dieses Ziel noch einmal ausdrücklich benennt. Die Strukturvorgaben sollen damit um Prozessvorgaben ergänzt werden, da eine Erfüllung der Mindestvorgaben in den einzelnen Berufsgruppen nicht automatisch damit gleichgesetzt werden kann, dass die angestrebte psychotherapeutische Mindest-Behandlungsintensität in der Versorgung auch umgesetzt wird.

Literatur:

1) Hauth I (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Der Nervenarzt 87:276–277. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0092-2

(2) Kiefer F, Koopmann A, Godemann F et al (2016) Personalbedarfsermittlung für eine leitliniengerechte stationäre Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. Der Nervenarzt 87:295–301. https://doi.org/10.1007/s00115-015-0053-1

(3) Klein JP, Zurowski B, Wolff J et al (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Zwangsstörung. Der Nervenarzt 87:731–738. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0112-2

(4) Mehl S, Falkai P, Berger M et al (2016) Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. Der Nervenarzt 87:286–294. https://doi.org/10.1007/s00115-015-0056-y

(5) Schnell K, Hochlehnert A, Berger M et al (2016) Leitlinienentsprechende stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der chronischen Depression. Der Nervenarzt 87:278–285. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0084-2

(6) Bandelow B, Lueken U, Wolff J et al (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung von Angsterkrankungen. Der Nervenarzt 87:302–310. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0085-1

(7) Bohus M, Schmahl C, Herpertz SC et al (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Der Nervenarzt 87:739–745. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0132-y

(8) Berger M, Wolff J, Normann C et al (2015) Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung: Normative Personalermittlung am Beispiel Depression. Nervenarzt 86:542–548. https://doi.org/10.1007/s00115-015-4310-0

(9) Pfennig A, Conell J, Ritter P et al (2017) Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei bipolaren Störungen: Welche Ressourcen werden dafür benötigt? Der Nervenarzt 88:222–233. https://doi.org/10.1007/s00115-016-0083-3

[*BÄK:*

Gegenposition zum Vorschlag der BPtK: Der Vorschlag sollte in dieser Form nicht umgesetzt werden. Für die Patienten und Patientinnen, die als Intensivbehandlung unter dem OPS 9-61 einzugruppieren sind, soll laut diesem der „Schwerpunkt … häufige, nicht planbare, zeitlich begrenzte Einzelkontakte" bilden. Diese Patienten müssten zusätzlich zu den Patient:innen mit einer Verweildauer von 7 Tagen ausgenommen werden. Gleiches kann analog für die Kinder- und Jugendpsychiatrie geltend gemacht werden. Weiterhin müsste generell die erste Behandlungswoche ausgenommen sein, da laut Schiedsurteil aus dem Dezember 2023 die ersten 90 Minuten nach Aufnahme durch ärztliche oder nichtärztliche Psychotherapeut:innen dem Begriff „Aufnahmeuntersuchung" unterliegen. Darüber hinaus ist nicht erkennbar warum nur Einzelpsychotherapie und nicht Gruppenpsychotherapien in beiden Fächern aufgeführt sind die nachweislich wirksam sind und einen der Haupt-Wirkfaktoren im stationären Bereich darstellen. Des Weiteren müssten Patienten und Patientinnen mit prolongierten Kriseninterventionen (Krisenaufnahmen: bis zu 50 % aller Fälle) ausgenommeen sein, bei denen die häufigen Kurzkontakte durch alle Mitglieder des mutliprofessionellen Teams erfolgen und summiert erfasst werden, ohne dass eine „Einzelpsychotherapie" besonders heraussticht. Zur Einzeltherapie von Patient:innen gehören des Weiteren im stationären Setting untrennbar auch ärztlich-somatische Gespräche, Angehörigengespräche und Familientherapie; all diese Verfahren und Settings entsprechen nicht einer „Einzelpsychotherapie".]

[*DKG:*

Der Vorschlag von Qualitätsempfehlungen, die die Höhe von wöchentlichen Minutenwertvorgaben für Einzelpsychotherapie adressieren, ist abzulehnen. Die PPP-RL legt verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik fest. Die PPP-RL ist kein Instrument für Vorgaben zu konkreten Verfahren, Therapien oder Behandlungsinhalte und legt keine Mindestvorgaben für z. B. psychotherapeutische Interventionen fest. Welche Aufgaben die in § 5 i. V. m. § 8 genannten Berufsgruppen im Rahmen ihrer Tätigkeit erbringen können, ist in Anlage 4 aufgeführt. Eine explizite Vorgabe, in welchem Umfang und welcher Höhe die dort genannten Regelaufgaben erbracht werden müssen, sieht die PPP-RL nicht vor. Die in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-RL aufgeführte Referenz von mindestens 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche entstammt der damals geltenden Fassung der S3-Leitlinie Schizophrenie und diente als Orientierungswert für die Anpassung der Minutenwertvorgabe der Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen / Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Dabei werden die weiteren Ausführungen in den Tragenden Gründen der Erfassung ignoriert, in denen es heißt: „Die 25 Minuten können zudem auf kleinere Gesprächseinheiten aufgeteilt erfolgen". Genau dies allerdings wird mit Qualitätsempfehlungen ausgeschlossen, die auf der Erfassung und Erbringung von Therapieeinheiten abstellen. Per definitionem werden Therapieeinheiten in der Erwachsenenpsychiatrie als zu dokumentierende OPS-Kodes erst ab einer Mindestdauer von 25 Minuten erfasst. Das tatsächliche und umfassende Leistungs- und Therapiegeschehen und darin insbesondere psychotherapeutische Interventionen werden also nicht in Gänze über Therapieeinheiten dokumentiert. In der S3-Leitlinie Schizophrenie heißt es – auch in der aktualisierten Version von 2025 – zur besagten Empfehlung außerdem, dass „die folgenden zeitlichen Empfehlungen stets phasenspezifisch und indikationsgesteuert betrachtet werden

und [...] sicher nicht für jede betroffene Person angewendet werden“[15] *müssen. Dies greift der Vorschlag ebenfalls nicht auf, sondern er würde gleichfalls über alle Behandlungsbereiche und alle Patientengruppen gleichermaßen gelten. Die Entwicklung neuer Qualitätsempfehlungen hat einem strukturierten und transparenten Prozess zu folgen, damit die gefassten Empfehlungen dem aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Evidenz abbilden. Dies bezieht z. B. eine systematische Literatur- und Leitlinienrecherche ein sowie eine darauf aufbauende Abwägung im Kontext des adressierten Qualitätsziels. Dieser Prozess hat im vorliegenden Fall nicht stattgefunden. Der Vorschlag basiert ausschließlich auf einer Auswertung der Bundespsychotherapeutenkammer von InEK-Leistungsdaten (Therapieeinheiten) und daraus abgeleiteten Forderungen höherer Minutenwertvorgaben (vgl. Anlage 1 der PPP-RL). Welcher Zweck mit diesem Vorschlag adressiert werden soll, erschließt sich ebenso wenig wie die Frage nach Art und Umfang der Überprüfung nebst etwaigen Konsequenzen bei Nichteinhaltung der Empfehlungen.*]

2.7 Zu § 10 *Ausnahmetatbestände:*

2.7.1 <u>Zu Absatz 1:</u>

DKG/BÄK:

Der G-BA ist als Normgeber verpflichtet, die Auswirkungen seiner Regelungen zu beobachten und ggf. erforderliche Anpassungen vorzunehmen. Die definierten Ausnahmetatbestände in § 10 legen bestimmte Ausnahmen fest, die dazu führen, dass die Mindestvorgaben der PPP-RL nicht eingehalten werden müssen. Über die Quartale hinweg ist zu beobachten, dass bisher nur ein geringer Prozentsatz im einstelligen Wertebereich die Möglichkeit von Ausnahmetatbeständen nutzt. So gaben im ersten Quartal 2025 nur 8,2 % jener Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie sowie 3,7 % der Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die die Mindestanforderungen der PPP-RL in diesem Quartal nicht erfüllten[16], einen Ausnahmetatbestand an. Der Anteil dokumentierter Ausnahmetatbestände spiegelt nach Einschätzung der Expertengruppe des IQTIG jedoch nicht die Realität wider. Als ausschlaggebend für die niedrige Geltendmachung von Ausnahmetatbeständen wird u. a. der hohe Dokumentationsaufwand genannt. Ein weiterer Grund liegt in den Ausnahmetatbeständen selbst, die aus Sicht vieler Kliniken oftmals nicht die Realitäten der möglichen Gründe für eine Nichterfüllung abbilden[17].

DKG/BÄK: Zu Nummer 1 bis 3

Zu Nummer 1:

Die Regelung in Absatz 1 Nr. 1 bezog sich bisher auf kurzfristig „krankheitsbedingte“ Personalausfälle, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als „15 %“) hinausgehen. Ebenso war die Regelung bislang auf das „gesamte vorzuhaltende therapeutische Personal“ bezogen. Da sich die Erfüllung der Mindestvorgaben jedoch danach ergibt, ob in jeder einzelnen Berufsgruppe der geforderte Umsetzungsgrad erreicht wird, ist es sachgerecht, den Ausnahmetatbestand entsprechend anzupassen und auf die einzelnen Berufsgruppen zu beziehen. Im ersten Evaluationsbericht des IGES Instituts gibt zudem fast die Hälfte der befragten Kliniken als Umsetzungshürde für die Nutzung von Ausnahmetatbeständen an, dass u. a. der Ausnahmetatbestand Nr. 1 für sie nicht greifen konnte, weil der durchschnittliche

[15] S3-Leitlinie Schizophrenie (AWMF-Registernummer: 038-009), S. 203; https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-009l_S3_Schizophrenie_2025-12.pdf
[16] IQTIG-Quartalsbericht gemäß PPP-RL über das erste Quartal 2025, S. 89, 164
[17] Erster Evaluationsbericht zur PPP-RL des IGES Instituts, S. 562

Schwellenwert nicht erreicht wurde, obwohl der Krankenstand in mindestens einer Berufsgruppe hoch war[18]. Auch mit den Anrechnungsregelungen gemäß § 8 gelingt es vielen Einrichtungen – und insbesondere kleineren Einrichtungen wegen der insgesamt geringeren Personaldecke – bisher nicht, Personalausfälle über das Quartal hinweg zu kompensieren. Ferner gab im IGES-Evaluationsbericht ein Fünftel der befragten Krankenhäuser an, dass die Ausnahmetatbestände der PPP-RL die tatsächlichen Gründe für das Nichterfüllen der Mindestpersonalvorgaben nicht gut abbilden[19]. Als eine der tatsächlichen Ursachen wurde dabei mehrfach das Problem genannt, dass lange Nachbesetzungszeiten (Fachkräftemangel) und saisonal bedingten Abwesenheiten, inkl. damit zusammenhängender Ausgleiche, mit den bestehenden Ausnahmetatbeständen nicht abgebildet werden können. Ebenso verweist das IQTIG im Quartalsbericht zur PPP-RL über das erste Quartal 2025 darauf, dass davon ausgegangen werden kann, dass „strukturelle Probleme zu Nichterfüllungen führen, die aber nicht als Ausnahmetatbestand geltend gemacht werden können, wie etwa wegen Personalmangels dauerhaft unbesetzte Stellen“[20]. Die Einrichtungen berichten von Unsicherheiten darüber, ob Beschäftigungsverbote aufgrund von Schwangerschaften – ggf. auch nur in bestimmten Bereichen, wie bspw. der Kinder- und Jugendpsychiatrie, den Akutbereichen und der Gerontopsychiatrie – zu „krankheitsbedingten Personalausfällen“ gemäß PPP-RL gezählt werden können. Die Expertengruppe des IQTIG wertet dies als Ausschlusskriterium des Ausnahmetatbestands[21]. Diese Hinweise aufgreifend wird der Ausnahmetatbestand dahingehend angepasst, dass er künftig geltend gemacht werden kann, wenn ein Personalausfall mehr als 10 % des vorzuhaltenden Personals in der jeweiligen Berufsgruppe betrifft. Zudem wird die Einschränkung „krankheitsbedingt“ gestrichen, die Schwelle auf 10 % herabgesetzt und der Bezugspunkt auf eine einzelne Berufsgruppe gesetzt. Damit wird festgelegt, dass der Ausnahmetatbestand Nr. 1 auch in Fällen von z. B. langen Nachbesetzungszeiten von Personal greift, wenn Personal trotz großer Anstrengungen der Kliniken nicht binnen weniger Wochen nachbesetzt werden kann. Ebenso können Personalausfälle durch Beschäftigungsverbote bei Schwangerschaften und Mutterschutz Personallücken reißen, die sich nicht ad hoc kompensieren und nicht zwingend als „Krankheit“ werten lassen. Das IGES Institut konstatiert darüber hinaus, dass auch saisonal bedingte Abwesenheiten Veränderungen in der Personalstruktur provozieren, die sich aufgrund des Fachkräftemangels nicht direkt ausgleichen lassen[22].

Zu Nummer 2:

Im ersten Evaluationsbericht des IGES Instituts wurden die Kliniken zu den Hürden und zu möglichen neu zu etablierenden förderlichen Aspekten bei der Anwendung von Ausnahmetatbeständen gefragt[23]. Als potenziell förderlich für die Umsetzung wurden u. a. niedrigere Schwellenwerte zur Geltendmachung von Ausnahmetatbeständen genannt. Der Ausnahmetatbestand Nr. 2 wurde im ersten Quartal 2025 in 0,9 % der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, die die Mindestvorgaben nicht erfüllten, angegeben. In absoluten Zahlen waren es drei Einrichtungen, deren erhöhte Behandlungstage im Mittel bei 113,5 % und damit oberhalb der in der Richtlinie gesetzten Schwelle von 110 % lagen. Deshalb ist davon auszugehen, dass der Ausnahmetatbestand mit einem niedrigeren Schwellenwert von vorgeschlagenen 105 % die tatsächliche Dynamik im Versorgungsgeschehen besser abbildet und den Krankenhäusern in Fällen von einer erhöhten Anzahl von Patientinnen und Patienten

[18] a. a. O.
[19] a. a. O.
[20] IQTIG-Quartalsbericht gemäß PPP-RL über das erste Quartal 2025, S. 89
[21] a. a. O.
[22] Erster Evaluationsbericht zur PPP-RL des IGES Instituts, S. 562
[23] a. a. O., S. 557 ff.

mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme entgegenkommt.

Zu Nummer 3:

Im ersten Quartal 2025 haben 0,6 % jener Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, die die Mindestvorgaben nicht erfüllten, den Ausnahmetatbestand Nr. 3 geltend gemacht[24]. Er umfasste bisher „gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen“, wobei die Richtlinie in § 10 Absatz 1 Nr. 3 als Beispiele Stationsumstrukturierungen oder -schließungen nannte. Im Evaluationsbericht des IGES Instituts gab es u. a. Hinweise darauf, dass die Krankenhäuser oftmals unsicher sind, welche Veränderungen als hinreichend „gravierend“ gelten, um unter den Ausnahmetatbestand fallen zu dürfen. In Verbindung mit dem Bedürfnis einer stärkeren Abbildung und Berücksichtigung der tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort ergibt sich daraus eine Anpassung des Ausnahmetatbestands Nr. 3, wonach die Einschränkung „gravierend“ gestrichen wird. Größere Veränderungen durch Stationszusammenlegungen oder -schließungen sind weiterhin vom Ausnahmetatbestand Nr. 3 gedeckt.

Zu Nummer 4:

Die Änderung ist redaktioneller Art.

2.7.2 Zu Absatz 2:

DKG/BÄK:

Es erfolgen einige Folgeanpassungen zu den Regelungen nach Absatz 1. So wird in Satz 3 festgelegt, dass sich die Regelungen nach Absatz 1 Nummer 1 auf das Personal in den jeweiligen Berufsgruppen nach § 5 beziehen, und nicht auf das gesamte vorzuhaltende Personal der jeweiligen Einrichtung. [BÄK: Das ist deswegen folgerichtig, da die Steuerung (Erfassung der Ausfallzeiten und Versuche der Kompensation) innerhalb der Einrichtungen jeweils berufsgruppenbezogen und nicht übergreifend erfolgt.] [DKG: Im neuen Satz 4 wird dargelegt, dass die Einrichtung von den verbindlichen Mindestvorgaben der jeweiligen Berufsgruppe, für die der Personalausfall geltend gemacht wurde, abweichen kann. Allerdings sind die verbindlichen Mindestvorgaben der anderen Berufsgruppen weiterhin zu erfüllen und im Nachweis entsprechen auszuweisen.] Satz 4 und Satz 5 werden vor dem Hintergrund der Vereinfachung der Nachweisführung gestrichen. Daraus ergibt sich, dass alle Ausnahmetatbestände jeweils für ein ganzes Quartal gelten. Auf eine anteilige (z. B. pro Tage oder Monat) Ausweisung wird verzichtet, die zu erheblichen Aufwänden in der Dokumentation geführt hatten und als einer der Gründe zu zählen ist, weshalb viele Kliniken von der Nutzung von Ausnahmetatbeständen absahen. Für Kliniken entfällt damit die bisher notwendige doppelte Nachweisführung: einmal für den anteiligen Zeitraum der Geltendmachung des Ausnahmetatbestands und einmal für den verbliebenen Zeitraum, in dem der Ausnahmetatbestand nicht mehr galt. Bisher wurden die Ausnahmetatbestände nur von wenigen Kliniken genutzt, obwohl der Bedarf vermutlich höher liegt. Auch ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme der Ausnahmetatbestände mit Inkrafttreten von Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben steigt. Das IQTIG verweist wiederholt in den Quartalsberichten zur Strukturabfrage zur PPP-RL im Kapitel *Ausnahmetatbestände* darauf, dass „[d]er Anteil dokumentierter Ausnahmetatbestände [...] nach Einschätzung der Expertengruppe nicht die Realität wider[spiegelt]. Ausschlaggebend könnte der hohe Dokumentationsaufwand sein“[25]. Im ersten Evaluationsbericht des IGES Instituts wird diese Beobachtung bestätigt. Im Unterkapitel „*Welche Umsetzungshürden oder förderliche*

[24] IQTIG-Quartalsbericht gemäß PPP-RL über das erste Quartal 2025, S. 90
[25] a. a. O.

Bedingungen bestehen hinsichtlich des Einsatzes der Instrumente bei der Anwendung von Ausnahmetatbeständen § 10 PPP-RL" werden von den Krankenhäusern als häufigsten Hürden für eine Geltendmachung der hohe Dokumentationsaufwand für das Nachweisverfahren (72,2 %) genannt, gefolgt von aufwendigen Nachfragen bzw. Nachforderungen von Belegen der Ausnahmetatbestände durch den Medizinischen Dienst (43,7 %)[26]. Indem die Ausnahmetatbestände mit Beginn des Erfassungsjahres 2027 jeweils für ein komplettes Quartal gelten und die Nachweisführung entsprechend verschlankt wird, trägt der G-BA dieser Kritik Rechnung.

GKV-SV:

Die Änderungen in Satz 4 und 5 sind redaktioneller Art.

2.7.3 Zu Absatz 3:

DKG:

Die Nachweispflichten gemäß § 11 gelten für die Krankenhäuser seit dem 1. Januar 2021. Zur weiteren Verschlankung des Richtlinientextes erfolgt die Streichung des Absatz 3.

2.8 Zu § 11 *Nachweisverfahren*:

Die Änderungen in den Absätzen 1 bis 3, 5, 10 und 13 sind redaktioneller Art.

2.8.1 Zu Absatz 8 und 12:

DKG:

Gemäß Absatz 8 prüft das IQTIG die vom Krankenhaus nach Absatz 2 übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert das Krankenhaus bei Korrekturbedarf. Nach Absatz 12 informiert es ein Krankenhaus, wenn es dieses die Nachweise nach Absatz 2 nicht fristgerecht bis zum 15. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres übermittelt. Sowohl die Information nach Absatz 8 als auch die Erinnerung nach Absatz 12 müssen für alle Seiten rechtssicher erfolgen und finden daher postalisch per Einwurfeinschreiben statt. Ein elektronisches Erinnerungs- bzw. Informationswesen reicht dafür nach Aussage des IQTIG nicht aus. Bei einer Übermittlung beispielsweise per E-Mail kann der Eingang der Information/Erinnerung nicht rechtssicher, d. h. zweifelsfrei bestätigt werden. Aufgrund ggf. verzögerter Postwege, die im Rahmen der Erfahrungen der Spezifikation zur Strukturabfrage gemäß der QSFFx-RL gemacht wurden, wird die Frist für die Krankenhäuser um 14 Tage auf den 15. März des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres verlängert.

GKV-SV: Zu Absatz 12:

Die Streichung ermöglicht dem IQTIG, eine Erinnerung sowohl schriftlicher als auch elektronischer Art zu verschicken.

[*DKG:*

Die Information, respektive Erinnerung der Krankenhäuser nach Absatz 8 und Absatz 12 müssen für alle Seiten rechtssicher erfolgen und finden daher postalisch per Einwurfeinschreiben statt. Ein elektronisches Erinnerungs- bzw. Informationswesen reicht dafür nach Aussage des IQTIG nicht aus. Bei einer Übermittlung beispielsweise per E-Mail kann der Eingang der Information/Erinnerung nicht rechtssicher, d. h. zweifelsfrei bestätigt werden.

[26] Erster Evaluationsbericht zur PPP-RL des IGES Instituts, S. 561

Eine Streichung des Zusatzes „schriftlich“ vergrößert die Herausforderung eines rechtssicheren Übermittlungsweges zusätzlich. Offen bleibt nun völlig, wie die Information bei zu korrigierenden Daten oder die Erinnerung bei einer säumigen Frist durch das IQTIG zu erfolgen hat.]

2.9 Zu § 13 *Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben*

2.9.1 Zu Absatz 5:

DKG:

Durch die Verlängerung der Einführungsstufen gemäß § 16 Absatz 1 beträgt der Umsetzungsgrad im Erfassungsjahr 2027 weiterhin 90 %, der bei der Berechnung des anteiligen Vergütungswegfalls berücksichtigt wird.

2.9.2 Zu Absatz 5 und 6:

GKV-SV:

Bisher ist vorgesehen, dass die Übergangsregelungen für die Folgen der Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß Absatz 5 nur bis zum Jahr 2027 angewendet werden. Danach sollen weitergehende Sanktionsregelungen im Hinblick auf die Umsetzung für einen weiteren Wegfall des Vergütungsanspruchs zum Tragen kommen. Dementsprechend sieht Absatz 6 vor, dass der G-BA bis 31. Oktober 2027 Entscheidungen über weitergehende Sanktionsregelungen treffen soll. Dies bedeutet, dass entsprechende Vorschläge bereits spätestens im November 2026 vorliegen und beraten werden müssen. Allerdings liegen zu diesem Zeitpunkt noch keine Erfahrungen mit den Sanktionen vor, da keine Folgen auf Ortsebene umgesetzt sind. Diese erfolgen erstmals frühestens Mitte 2027. Auch mögliche Auswirkungen der Sanktionen wie z. B. Mengen- Struktur- und Qualitätseffekte, sind bis dahin noch nicht bekannt. Deshalb wird die Anwendung der Übergangsregelungen für die Sanktionen verlängert bis 31. Dezember 2028. Ebenso wird die Frist, bis zu der der G-BA weitergehende Regelungen trifft, auf den 30. Juni 2028 verschoben.

2.9.3 Zu Absatz 8:

GKV-SV:

Die Streichung ermöglicht den Empfängern der Nachweise, eine Erinnerung sowohl schriftlicher als auch elektronischer Art zu verschicken.

Die weiteren Änderungen in der Überschrift und den Absätzen 1 bis 5 sind redaktioneller Art.

2.10 Zu § 15 *Evaluation der Richtlinie*:

2.10.1 Zu Absatz 4 (neu):

DKG:

Der G-BA hat sich verpflichtet, die Auswirkungen der PPP-RL auf die Versorgungsqualität zu evaluieren. Dazu wurde eine zweistufige Evaluation gemäß § 15 Absatz 2 beauftragt, deren zweiter Ergebnisbericht bis Ende 2027 vorzulegen ist. Im ersten Quartal 2025 erfüllten 42 % der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und 44 % der Einrichtungen der Kinder- und

Jugendpsychotherapie die Mindestvorgaben der PPP-RL nicht[27]. Entsprechend muss davon ausgegangen werden, dass im Jahr 2026 ein substanzieller Anteil der Krankenhäuser von Sanktionen gemäß § 13 Absatz 5 betroffen sein werden. Mehr als drei Viertel der Krankenhäuser rechnet zum aktuellen Zeitpunkt mit Sanktionen[28]. Können die Mindestvorgaben der Richtlinie nicht erfüllt werden, wird sich dies perspektivisch auf die Behandlung der Patientinnen und Patienten auswirken. Zwei Drittel bis drei Viertel der Einrichtungen rechnen neben Belegungsanpassungen im Sinne einer Reduktion elektiver Aufnahmen oder der Sperrung von Betten oder teilstationären Plätzen, mit der Einführung oder dem Ausbau von Wartelisten. Als gravierend werden auch die Folgen durch verschärfte Prüfungen durch den Medizinischen Dienst sowie schwierigere Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern genannt. Bereits im Juni 2023 wies ein Positionspapier der Plattform Entgelt auf diese zu erwartende, besorgniserregende Umstrukturierung in der stationären psychiatrischen Versorgung hin[29]. Vor dem Hintergrund derart vorausgesagter, tiefgreifender Veränderungen, ist eine Evaluation der Auswirkungen des Inkrafttretens der Folgen bei Nichterfüllung gemäß § 13 Absatz 5 auf die psychiatrische Versorgung in Deutschland durchzuführen. Im Rahmen der bereits laufenden Evaluation wird dieser Aspekt aufgrund der zeitlichen Planung der Evaluation nicht ausreichend analysiert. Aus diesem Grund erscheint eine separate Betrachtung der Folgen unter Einbezug der angesprochenen antizipierten Effekte essenziell, um zum einen die Wirkung der PPP-RL auf das Versorgungsgeschehen und sofern möglich die Versorgungsqualität in Deutschland abzubilden, aber auch, um die Richtlinie im entsprechenden Maße weiterentwickeln und mit entsprechenden Maßnahmen gegensteuern zu können. In der Evaluation sind auch mögliche strukturelle, organisatorische und personelle Veränderungen in den Krankenhäusern zu untersuchen. In Anbetracht der Sanktionen werden die Kliniken andere, nicht vom G-BA intendierte Wege finden, das Personal den Vorgaben folgen zu lassen, auch wenn es fachlich nicht erforderlich ist. Perspektivisch wird so das Personal in den bestehenden Strukturen zementiert und keine Anreize hin zu einer sektorübergreifenden Weiterentwicklung mit innovativen, intensivambulanten und aufsuchenden Angeboten geschaffen. Zudem muss sich das Personal, das in den Kliniken arbeitet, auf häufige, kurzfristige Versetzungen und Einsätze einstellen, um akute Personaldefizite in einzelnen Bereichen zu kompensieren. Solche wiederholten Änderungen des Einsatzortes wirken nicht nur stark demotivierend für die Mitarbeitenden, sie sind auch der erfolgreichen Behandlung psychisch erkrankter Menschen abträglich, da diese auf eine tragfähige Beziehung zum Personal angewiesen ist. Diese Faktoren zusammengenommen machen die betroffenen Krankenhäuser zu zunehmend unattraktiven Arbeitsplätzen, wodurch sich die Personalsituation weiter verschärfen wird.[30] Dabei hat der G-BA die Evaluation so zu beauftragen, dass ein schriftlicher Abschlussbericht bis spätestens 31. Dezember 2028 vorliegt.

[27] IQTIG-Quartalsbericht gemäß PPP-RL über das erste Quartal 2025, S. 3
[28] DKI-Blitzumfrage zur Scharfstellung der Sanktionen nach der PPP-RL, Juli 2025; S. 6
[29] Positionspapier der Plattform Entgelt, Juni 2026; https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/18bf2a18f74fba26064758d22df722cebf476223/20230628_Positionspapier_PPP-RL_Langversion_web.pdf
[30] Positionspapier der Plattform Entgelt, Juni 2026; https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/18bf2a18f74fba26064758d22df722cebf476223/20230628_Positionspapier_PPP-RL_Langversion_web.pdf

2.11 Zu § 16 *Übergangsregelungen*:

2.11.1 Zu Absatz 1:

DKG/BÄK:

Mit Inkrafttreten der Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absatz 5 wird aller Voraussicht zwischen der Hälfte und drei Viertel der Einrichtungen von der Einführung von Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben betroffen sein[31,32]. Diese Zahlen beziehen sich auf die derzeit geltende Einführungsstufe von 90 % der Mindestvorgaben. Bereits ab 2027 müssen diese zu 95 % erfüllt werden. Ergebnisse aus dem ersten und zweiten Quartal 2024, als die Einrichtungen die Mindestvorgaben vorübergehend bereits zu 95 % erfüllen mussten, legen die Herausforderungen offen: lediglich 34,7 % der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und 34,6 % derer der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfüllten die Mindestvorgaben der PPP-RL[33]. Wenngleich die Kliniken durch die Änderungen zum Erfassungsjahr 2026 etwas mehr Flexibilität für ihren Personaleinsatz erhalten haben, ist aktuell noch unklar, ob die beschlossenen Anpassungen ausreichen werden, um die Vorgaben der Richtlinie besser umzusetzen. Ein Großteil der Einrichtungen rechnet trotzdem mit Einschnitten und Veränderungen im Zuge der Sanktionen[34], die mit einer fast unmittelbareren Erhöhung des zu erfüllenden Solls voraussichtlich nochmals gravierender ausfallen. Im ersten Evaluationsbericht des IGES Instituts gibt es Hinweise, wonach als ein Grund für die Nichterreichung der Umsetzungsgrade in einzelnen Berufsgruppen und damit der PPP-RL-Mindestvorgaben insgesamt eine nicht ausreichende Finanzierung des notwendigen Personals genannt wird[35]. Unter diesen Voraussetzungen ist ein sukzessiver Personalaufbau – über die Einführungsstufen der Mindestvorgaben hin zu einer leitliniengerechten Personalausstattung – nur schwer bis gar nicht möglich, der durch einen möglichen Vergütungswegfall bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben ab 2026 abermals verstärkt wird. Um den Kliniken mitsamt den bereits beschlossenen Änderungen mehr Zeit zur Anpassung an die Vorgaben zu geben, wird die ab 1. Januar 2026 vorgesehene nächste Einführungsstufe von 95 % nach Satz 2 Nummer 3 auf den 1. Januar 2029 verschoben. Entsprechend verschiebt sich auch die Frist zur Erfüllung der Mindestvorgaben von 100 % auf den 1. Januar 2031.

2.11.2 Zu Absatz 5:

DKG:

Die Erfassung der Regelaufgaben über OPS-Kodes wird ersatzlos gestrichen. Seit dem 1. Januar 2024 sind die Krankenhäuser per Beschluss zur Richtlinienänderung vom 15. September 2022 dazu verpflichtet, die erfassten OPS-Kodes kleinteilig nachzuweisen. In Jahr drei der Erfassung ist weiterhin unklar, welche Erkenntnisse aus der Datenerhebung abgeleitet werden sollen. Im G-BA wird noch immer über eine nutzbringende Darstellung der Daten diskutiert. Dabei zeigt sich unter anderem, dass die Auswertungen der generellen Limitation unterliegen, wonach, nachvollziehbarerweise, in den Daten nur solche Prozeduren bzw. Leistungen differenziert abgebildet werden können, die auch im OPS-Katalog definiert sind und von den Einrichtungen dokumentiert wurden. Da z. B. Leistungen der Pflegefachpersonen nur indirekt über OPS-Kodes abgebildet sind, lassen sich die entsprechenden Informationen nicht über die

[31] IQTIG-Quartalsbericht gemäß PPP-RL über das erste Quartal 2025, S. 3
[32] DKI-Blitzumfrage zur Scharfstellung der Sanktionen nach der PPP-RL, Juli 2025; S. 6
[33] IQTIG-Quartalsbericht gemäß PPP-RL über das zweite Quartal 2024, S. 3
[34] vgl. DKI-Blitzumfrage zur Scharfstellung der Sanktionen nach der PPP-RL, Juli 2025
[35] Erster Evaluationsbericht zur PPP-RL des IGES Instituts, S. 490

Tabelle A9 abbilden. Rückschlüsse auf die konkret erbrachten Regelaufgaben der Berufsgruppen sowie das konkrete Versorgungsgeschehen lassen sich also nicht ziehen und somit auch keine Informationen über eine mögliche und erforderliche Weiterentwicklung ebendieser. Die dargestellten Ergebnisse sind von vornherein ungeeignet, bieten aber ausreichend Interpretations- und Missbrauchspotenzial in der Verwendung. Weiteres und eines der Grundprobleme bei der Verwendung von Therapieeinheiten als vermeintliche Basis des tatsächlichen Behandlungsgeschehens: In der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik ist eine Therapieeinheit erst ab einem Schwellenwert von 25 Minuten dokumentierbar. Mögliche Folge auch hier: Unterschätzung der tatsächlich erbrachten Leistungen, da sämtliche Kurzinterventionen – und Kontakte unter 25 Minuten schlicht nicht abgebildet werden können. Die Daten ermöglichen allenfalls eine Näherung an das tatsächliche Versorgungsgeschehen, da gemäß OPS-Systematik nicht alle relevanten Aufwände in Form von Behandlungseinheiten dokumentiert werden. Dies liegt vor allem in der Genese des OPS-Systems, das für Abrechnungs- und Vergütungszwecke etabliert wurde. Zwar können die Daten auch für andere Zwecke, wie bspw. die Qualitätssicherung genutzt werden, aber sie müssen hierfür geeignet sein und eine korrekte Analyse ohne falsche Schlussfolgerungen ermöglichen.

Trotz all dieser Unwägbarkeiten und offensichtlicher Unbrauchbarkeit dieser Datenerhebung mussten die Krankenhäuser bisher die aufwendige und kleinteilige Dokumentation in Tabelle A9 vornehmen. Die Anwendung steht aufgrund der mühseligen und wenig durchdachten Dokumentation in Excel-Tabellen in keinem Verhältnis von Aufwand und Nutzen. Ideen mit dem Ziel einer Entbürokratisierung lassen sich nicht erkennen. Noch immer sammeln sich die Anfragen der Kliniken an den G-BA, wie die Tabelle A9 konkret zu befüllen sei. Die Unklarheit, ob bei der Dokumentation der Daten in Tabelle A9 die OPS-Kodes aggregiert oder einzeln angegeben werden sollen, erschwert die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse. Eine eindeutige Identifikation der aggregierenden Einrichtungen ist damit nicht möglich, was wiederum die Ergebnisse insgesamt verzerrt. Ein weiteres Problem besteht darin, dass Therapieeinheiten-Kodes nach OPS-Logik ausschließlich in Kombination mit Primärkodes angegeben werden können, diese lassen sich im A9-Datensatz jedoch nicht den jeweils originären Primärkodes zuordnen. Auch hier entstehen in der Datenaufbereitung und -analyse durch statistischen Bereinigungsprozesse Verzerrungen, die das Ergebnis beeinflussen. Limitationen ergeben sich ebenfalls dadurch, dass die Anzahl der Therapieeinheiten nur in Relation zu erhobenen Größen wie Behandlungswochen oder der tatsächlichen Personalausstattung (VKS-Ist) gesetzt werden kann, womit dabei gebildete Quotienten aufgrund unterschiedlicher Grundgesamtheiten nicht auswertungsübergreifend vergleichbar sind. Das Verhältnis Therapieeinheiten je Behandlungswoche mit dem Verhältnis Therapieeinheiten je VKS-Ist lässt sich nicht direkt vergleichen. Bspw. werden die Behandlungswochen berufsgruppenübergreifend abgeleitet, während die Variable VKS-Ist berufsgruppenspezifisch definiert ist. Vorschläge bzw. Lösungsansätze für die genannten Probleme gibt es nicht. Auch die für 2026 geplante Umstellung auf eine technische Spezifikation wird daran nach aktuellem Kenntnisstand wenig ändern.

[*GKV-SV: Keine Übernahme der Streichung.*

Mit der Übermittlung der ohnehin im Krankenhaus vorliegenden OPS-Kodes kann aufwandsarm Transparenz über die dokumentierten Regelaufgaben geschaffen werden. Beispiele für inhaltlich relevante OPS-Kodes sind:

- *9-640 „Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“. Mit diesem Kode wird die Dauer einer 1:1 Betreuung dokumentiert. Dabei wird die Bandbreite einer 1:1 Betreuung von mindestens 2-4 Stunden pro Tag bis zu mehr als 18 Stunden pro Tag erhoben.*

- *9-641 „Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“. Dieser Kode wird für die Dokumentation der kriseninterventionellen Behandlung durch die Berufsgruppen der Ärzte, Psychotherapeuten und/oder Psychologen bzw. der Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen verwendet. Auch hier wird der Zeitraum dokumentiert und bildet eine Kriseninterventionelle Behandlung von mehr als 1 bis 1,5 Stunden pro Tag ab bis hin zu mehr als 6 Stunden pro Tag.*
- *9-61 „Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“. Dieser Kode wird dokumentiert, wenn mindestens eines der folgenden Merkmale vorhanden ist: Anwendung von Sicherungsmaßnahmen, akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten, akute Fremdgefährdung, schwere Antriebsstörung (gesteigert oder reduziert), keine eigenständige Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme abgebildet werden. Dabei erhebt der Kode zugleich auch die Anzahl der vorhandenen Merkmale.*

Durch die Regelung in Absatz 5 müssen durch die Krankenhäuser keine zusätzlichen Daten erhoben werden. Diese Kodes werden ohnehin von den Krankenhäusern dokumentiert. Absatz 5 sieht vor, dass diese vorliegenden Daten durch das Krankenhaus übermittelt werden.

Die Auswertung dieser dokumentierten Regelaufgaben ist aus Gründen der Qualitätssicherung essenziell. Die bisherigen Nachweise zeigen, dass insbesondere Fachabteilungen mit besonders vielen schwer erkrankten Patientinnen und Patienten die Mindestvorgaben nicht erfüllen. Unabhängig davon wurden im Jahr 2025 umfassende Anrechnungsmöglichkeiten zwischen den Berufsgruppen sowie von fachfremden Hilfskräften auf die Fachkräfte der PPP-RL beschlossen. Zentral für die Anrechnungen ist die Übernahme von Regelaufgaben der Anlage 4. Da eine Dokumentation der Regelaufgaben durch die Einrichtungen nicht erfolgt, ist zumindest die Übermittlung der OPS-Kodes, die eine Annäherung an die Regelaufgaben darstellen, erforderlich.

Die beschriebene Unklarheit, ob bei der Dokumentation der Daten in Teil A9 die OPS-Kodes aggregiert oder einzeln angegeben werden sollen, wird durch einen Hinweis in Anlage 3 Teil 9 gelöst.]

2.11.3 <u>Zu Absatz 6 (neu):</u>

GKV-SV:

Übergangsweise können die Fachabteilungen für Psychiatrie auch die neu eingeführten Behandlungsbereiche der Psychosomatik nutzen. Diese Regelung berücksichtigt die Versorgungsrealität, wonach sowohl Fachabteilungen existieren mit integrierten Versorgungsstrukturen, die psychiatrische und psychosomatische Leistungen für Erwachsene anbieten (z. B. in Nordrhein-Westfalen) als auch differenzierte Abteilungsstrukturen, bei denen die Psychiatrie von der Psychosomatik getrennt geführt wird. Dies entspricht schon den bisherigen Regelungen der PPP-RL, wonach im Bereich Allgemeinpsychiatrie auch die Behandlungsbereiche der Psychosomatik abgebildet sind: Der Behandlungsbereich A7 „psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung“ sowie der Behandlungsbereich A8 „psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär“ sind identisch zu den bisherigen Behandlungsbereichen der Psychosomatik P2 „psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“ und P4 „psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär“. Deshalb werden die nun neu eingeführten Behandlungsbereiche der Psychosomatik P2 bis P4 sowie P7 übergangsweise auch für die Psychiatrie zugelassen, bevor

sie dann als eigenständige, neue A-Behandlungsbereiche in der Psychiatrie ab 2029 eingeführt werden.

Die weiteren Änderungen in den Absätzen 2 bis 4 sind redaktioneller Art.

[*DKG:*

Aus Sicht der Krankenhäuser wird nicht hinreichend klar, welche Intention hinter dem gewählten Zeitraum von zwei Jahren liegt. Welche Gründe gibt es für diese Alternative? Welche Gründe gibt es für die Begrenzung? Der Vorschlag ist abzulehnen.]

2.11.4 Zu Absatz 6 bis 8 (alt):

Zur weiteren Verschlankung des Richtlinientextes erfolgt die Streichung der zeitlich befristeten und mittlerweile ausgelaufenen Übergangsregelungen in den Absätzen 6, 7 und 8.

2.12 Zur Anlage 1 *Minutenwertetabellen:*

2.12.1 Zu Nummer 1 und 2:

BPtK:

Die Erhöhung der Minutenwerte erfolgt, um das in der Erstfassung der Richtlinie angestrebte Ziel von mindestens 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der Erwachsenenpsychiatrie und mindestens 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch Ärzte und Psychotherapeuten in allen Behandlungsbereichen zu erreichen (vgl. Tragende Gründe zu Anlage 1 Minutenwerttabellen vom 19. September 2019, vgl. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6078/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_TrG.pdf). Auswertungen von Routinedaten zur psychotherapeutischen Einzelbehandlung durch Ärztinnen und Psychotherapeutinnen (*Datenquelle:* IneK Datenbrowser, Berichtsjahr 2023, IGES Evaluationsbericht) haben ergeben, dass dieses Ziel in den meisten Behandlungsbereichen aktuell nicht erreicht wird (vgl. Tabelle 1 und 2), trotz einer Erfüllung der Mindestvorgaben bzw. durchschnittlich hoher Umsetzungsgrade über 100% in den Berufsgruppen Ärzt*innen und 120% bei den Psychotherapeut*innen (BPtK-Studie, Psychotherapeutische Versorgung in der Psychiatrie, 2025). Eine der Ursachen hierfür ist, dass sich das Verhältnis der Arbeitszeit, die für „patientenferne“ und „patientennahe“ Tätigkeiten seit der Entwicklung der Psych-PV aufgewendet werden muss, verändert hat. Die Minutenvorgaben der PPP-Richtlinie beinhalten nicht nur direkte Therapiekontakte, sondern auch die Zeiten, die unter anderem für Dokumentation, administrative und organisatorische Aufgaben sowie anteilig für Visiten, Teambesprechungen Supervision und Leitungsaufgaben anfallen. Der Anteil der Arbeitszeit, der für diese „patientenfernen“ Tätigkeiten benötigt wird, hat aufgrund stark gesunkener Verweildauern, bei gleichzeitig gestiegenen Fallzahlen seit 1990 deutlich zugenommen (Blume et al., 2018). Ein weiterer Grund sind umfangreichere Anforderungen an die Dokumentation. Aber auch höhere Teilzeitquoten unter den Beschäftigten erhöhen den Anteil der Arbeitszeit, der pro Kopf für Team-Besprechungen, Supervision und Übergaben anfällt und nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung steht. Während nach den Kalkulationszeiten der Psych-PV-Minuten in der Regelbehandlung noch 80 Prozent der Arbeitszeit der psychologisch-psychotherapeutischen Berufsgruppe auf die unmittelbare Patientenversorgung entfiel, sind dies heute nur noch rund 43 bis 50 Prozent in der Erwachsenenpsychiatrie (IGES 2025, Blume et al., 2018).

Um die psychotherapeutische Behandlungsintensität zu erhöhen, werden die Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen in den verschiedenen

Behandlungsbereichen so erhöht, dass der im Vergleich zur Psych-PV gestiegene Aufwand für organisatorische und administrative Tätigkeiten einschließlich Dokumentation ausgeglichen wird. Vor dem Hintergrund, dass rund 50 Prozent der Arbeitszeit für patientenferne Tätigkeiten benötigt wird, müssen die kalkulatorisch fehlenden Minuten für Einzelpsychotherapie verdoppelt werden, um tatsächlich für die psychotherapeutische Behandlung zur Verfügung zu stehen.

Ein Rechenbeispiel:

Nach den Auswertungen der OPS-Kodes für Einzeltherapie durch Ärzte oder Psychotherapeuten erhalten Patienten in der Regelbehandlung durchschnittlich rund 26 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche (vgl. Tabelle 1). Das heißt es fehlen 24 Minuten (Differenz 50 – 26 Minuten) zum angestrebten Mindestumfang von 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche. Die kalkulatorisch fehlenden 24 Minuten werden mal zwei genommen, da 50% der Arbeitszeit in patientenferne Tätigkeiten fließen, d.h. es fehlen insgesamt 48 Minuten. Diese werden zu gleichen Teilen zu den Minutenwerten der Berufsgruppen Ärzte und Psychotherapeuten addiert.

Regelbehandlung Erwachsene:

Minutenwerte Ärzte (neu): 207 + 24 = 231

Minutenwerte Psychologen/Psychotherapeuten: (neu): 49 + 24 = 73

Tabelle 1: Therapiedichte in den verschiedenen Behandlungsbereichen der Erwachsenenpsychiatrie, (vgl. Tabelle 11 Anhang BPtK Studie)

Eingruppierung	Kriterien für die Datenextraktion	Einzeltherapie durch ärztliches Personal	Einzeltherapie durch psychologisch-psychotherapeutisches Personal	gesamt
A. Allgemeine Psychiatrie				
A1 Regelbehandlung	OPS-Code 9-607; vollstationär; 18 - 64 Jahre	10,93 Minuten	15,43 Minuten	**26,36**
A2 Intensivbehandlung	OPS-Code 9-61; vollstationär; 18 - 64 Jahre	9,4 Minuten	9,14 Minuten	**18,54**
A6 Tagesklinik	teilstationär; 18 - 64 Jahre	14,38 Minuten	34,49 Minuten	**48,87**
A7 Komplexbehandlung	OPS-Code 9-626 oder 9-63; vollstationär; 18 - 64 Jahre	21,63 Minuten	39,6 Minuten	**61,23**
A8 Komplexbehandlung teilstationär	OPS-Code 9-626 oder 9-63; teilstationär; 18 - 64 Jahre	20,19 Minuten	46,77 Minuten	**66,96**
S. Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit				
S1 Regelbehandlung	Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10 - 19; OPS-Code 9-607; vollstationär; 18 - 64 Jahre	10,58 Minuten	8,00 Minuten	**18,58**
S2 Intensivbehandlung	Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10 - 19; OPS-Code 9-61; vollstationär; 18 - 64 Jahre	9,14 Minuten	9,96 Minuten	**19,1**

S6 Tagesklinik	Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10 - 19; teilstationär; 18 - 64 Jahre	12,52 Minuten	25,97 Minuten	**38,49**
G. Gerontopsychiatrie				
G1 Regelbehandlung	Alter ≥ 65 Jahre; OPS-Code 9-607; vollstationär	8,89 Minuten	9,23 Minuten	**18,12**
G2 Intensivbehandlung	Alter ≥ 65 Jahre; OPS-Kode 9-61; vollstationär	7,33 Minuten	4,56 Minuten	**11,89**
G6 Tagesklinische Behandlung	Alter ≥ 65 Jahre; teilstationär	12,9 Minuten	23,56 Minuten	**36,46**

Tabelle 2: Therapiedichte in den verschiedenen Behandlungsbereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Tabelle 14, Anhang BPtK-Studie)

Eingruppierung	Kriterien für die Datenextraktion	Einzeltherapie durch ärztliches Personal	Einzeltherapie durch psychologisch-psychotherapeutisches Personal	gesamt
KJ1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung (bis 14. Lebensjahr)	OPS-Code 9-656 oder 9-672; vollstationär; Vorschul- und Schulkinder bis zum 14. Lebensjahr*	37,02 Minuten	53,00 Minuten	**90,02**
KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung	OPS-Code 9-656; vollstationär; Jugendliche und Heranwachsende ab dem 14. Lebensjahr*	37,46 Minuten	53,76 Minuten	**91,22**
KJ3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung	OPS-Code 9-672; vollstationär; Jugendliche und Heranwachsende ab dem 14. Lebensjahr*	49,83 Minuten	50,88 Minuten	**100,71**
KJ6 Eltern-Kind-Behandlung (gemeinsame Aufnahme von Kind und Bezugspersonen)	OPS-Code 9-686; vollstationär	30,78 Minuten	58,67 Minuten	**89,45**
KJ7 Tagesklinische Behandlung	teilstationär	34,37 Minuten	79,49 Minuten	**113,86**

Literatur:

Blume, A., Brückner-Bozetti, P., & Steinert, T. (2018). Tätigkeiten ohne Patientenkon-takt: Zeitaufwandsschätzungen aus Telefoninterviews in acht psychiatrischen Kliniken. Der Nervenarzt, 89(7), 814-820: https://doi.org/10.1007/s00115-018-0520-6.

BPtK-Studie 2025, Psychotherapeutische Versorgung in der Psychiatrie- zwischen Anspruch und Wirklichkeit.

IGES Institut. (2025). Evaluation der Personalausstattung Psychiatrie und Psychoso-matik-Richtlinie: 1. Abschlussbericht: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-7287/2025-06-18_PPP-RL_Freigabe-Abschlussbericht-IGES Institut.pdf.

[*DKG*:

Die Intention, den Patientinnen und Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie ausreichend psychotherapeutische Angebote und Leistungen zukommen zu lassen, ist grundsätzlich zu begrüßen. Psychotherapie ist eine der Hauptinterventionen in der stationären Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Ebenso ist nachdrücklich der Grundsatz zu unterstützen, das Personal von unnötigen bürokratischen und anderen administrativen Aufwänden zu entlasten, um Kapazitäten für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu schaffen. Eine Erhöhung der Mindestvorgaben des ärztlichen und psychologisch-psychotherapeutischen Personals ist jedoch aus nachstehenden vier Gründen als kritisch zu werten und daher abzulehnen:

1. Unzureichende Datengrundlage:

*Die zitierte Auswertung der BPtK beruht ausschließlich auf erfassten Routinedaten – konkret auf den von den Kliniken dokumentierten Therapieeinheiten im **Einzelkontakt ab einer Dauer von 25 Minuten**. Damit fußen die abgeleiteten Forderungen nach höheren Minutenwerten in einzelnen Berufsgruppen auf einer lückenhaften Datengrundlage. Die Auswertungen ermöglichen allenfalls eine grobe Näherung an das tatsächliche Versorgungsgeschehen, da gemäß OPS-Systematik nicht alle relevanten Aufwände in Form von Behandlungseinheiten dokumentiert werden. Andere Formen einzeltherapeutischer Maßnahmen, wie etwa Kurzinterventionen, bleiben damit **vollständig unberücksichtigt.** Dies liegt u. a. in der Genese des OPS-Systems. Der Nachweis erbrachter Leistungen über OPS-Kodes hat vor allem abrechnungsrelevante Gründe, und nicht in erster Linie medizinische. Dies zeigt sich auch daran, dass nicht für jede Berufsgruppe Therapieeinheiten dokumentiert werden können. Therapieeinheiten der Pflege und Gruppenangebote der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten etwa werden nicht aufgeführt. **Gruppentherapie** des ärztlichen und psychologisch-psychotherapeutischen Personals kann zwar mittels OPS-Kodes abgebildet werden, wurde in der Auswertung der BPtK aber explizit nicht abgebildet. Dabei ist hervorzuheben, dass ein Gesamttherapiekonzept in der Psychiatrie grundsätzlich aus einer Vielzahl unterschiedlicher Module besteht. Für bestimmte Krankheitsbilder und Behandlungsphasen sind Gruppentherapien sogar zentrale und leitliniengerechte Bestandteile der Behandlung. Eine alleinige Betrachtung dokumentierter Einzeltherapieeinheiten kann daher nur einen sehr eingeschränkten Einblick in das tatsächliche Versorgungsgeschehen geben. Der Schluss, dass insgesamt zu wenig Therapie bei den Patientinnen und Patienten ankomme, kann somit gar nicht gezogen werden. Sofern die These so eindeutig formuliert wird („Trotz hoher Erfüllungsgrade der Psychologen/Psychotherapeuten kommt zu wenig Therapie bei den Erkrankten an"), muss festgehalten werden, dass essenzielle Aspekte der therapeutischen Arbeit dieser Berufsgruppe sowie des Gesamtbehandlungsplans systematisch ignoriert wurden. Auch bleiben in der Datenauswertung **akute Kriseninterventionen und Kurzkontakte unberücksichtigt**, die insbesondere in der Behandlung schwer psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten eine zentrale Rolle spielen. Interventionen im Sinne der Therapieeinheiten sind gerade bei Patientinnen und Patienten kaum möglich. Diese müssen insbesondere in den ersten Tagen ihrer stationären Behandlung häufig erst einmal zu elementaren Aufgaben angeleitet werden: morgens aufstehen, Nahrungsaufnahme, rudimentäre zwischenmenschliche Interaktion, einen Tagesablauf gestalten. In dieser Phase ist zumeist eine eng getaktete Einzelpsychotherapie von mindestens 25 Minuten nicht möglich. Diese grundsätzlichen Leistungen des gesamten Teams werden in den dokumentierten Therapieeinheiten nicht erfasst, obwohl sie für die individuelle Betreuung, den Beziehungsaufbau und die Herstellung der Therapiefähigkeit unverzichtbar sind.*

2. Einseitiges Therapiekonzept:

Eine gute psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung ist immer das Ergebnis eines ***interdisziplinären Zusammenwirkens aller Berufsgruppen*** *– von Ärztinnen und Ärzten über Therapeutinnen und Therapeuten bis hin zu Pflegefachpersonen und Sozialdiensten. Entscheidend ist, die Zusammenarbeit dieser Teams zu stärken, statt einzelne Berufsgruppen oder Therapieformen gegeneinanderzustellen.*

3. Keine Mindestvorgaben für Einzelpsychotherapie*:*

Die PPP-RL gibt verbindliche Mindestvorgaben auf Basis von zu erbringenden Minutenwerten für einzelne Berufsgruppen vor. Dezidierte Mindestvorgaben für eine isolierte Intervention – hier: Einzelpsychotherapie – gibt die Richtlinie nicht vor. In Anlage 4 findet sich ein ganzer Katalog möglicher Aufgaben, die von den Berufsgruppen erbracht werden können. Einzelpsychotherapie ist eine davon. Eine Erhöhung der Minutenwerte in den Berufsgruppen führt also nicht unmittelbar zu einer Erhöhung einer einzelnen therapeutischen Intervention bzw. Regelaufgabe gemäß Anlage 4.

4. Fehlende Vorschläge zum Abbau administrativer Aufwände:

Mit der Forderung höherer Minutenwerte wird einseitig Druck auf die Einrichtungen erhöht, ohne am anderen Ende adäquate Lösungsvorschläge zum Abbau der administrativen Aufgaben der betreffenden Berufsgruppen zu machen. In den Ausführungen für die angepassten Mindestvorgaben wird jedoch genau dieses Problem adressiert und als Begründung für den Mehraufwand angebracht. Es bleibt fraglich, wie das Personal von seinen anderen Aufgaben entlastet werden soll. Vorschläge etwa zur Anpassung der PPP-RL-Nachweise, Dokumentation etc. fehlen im Vorschlag gänzlich.

Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Analyse von Routinedaten kein vollständiges Bild des tatsächlichen Versorgungsgeschehens in den Einrichtungen liefern (s. Ausführungen zuvor). Therapieeinheiten können hier erst ab 15 Minuten gezählt werden. Damit können potenziell zwar mehr bzw. früher Leistungen als in der Erwachsenenpsychiatrie dokumentiert werden. Gruppen-, Krisen und Interventionen unter 15 Minuten fehlen jedoch auch hier.]

DKG:

Es erfolgt eine Anpassung der Minutenwertvorgaben in den P-Behandlungsbereichen infolge der Erweiterung in § 3.

Auf Basis der Ergebnisse der EPPIK-Ist-Standerhebung[36] wurden die Minutenwerte aller auf sieben erweiterten P-Behandlungsbereiche abgeleitet. Für die spezifischen psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlungen P2 bis P5 und P7 wurden jeweils die Medianwerte der IST-Personalausstattung für die einzelnen Berufsgruppen herangezogen. Damit soll den Einrichtungen zukünftig bedarfsgerecht ermöglicht werden, ihre spezialisierten Behandlungsangebote aufrechtzuerhalten. Eine entsprechende Ausdifferenzierung scheint sinnvoll und notwendig (vgl. Ausführungen zu § 3). Für die Anpassung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Regelbehandlung der Behandlungsbereiche P1 und P6 diente das untere Quartil der IST-Personalausstattung des EPPIK-Projekts als neue Minutenwertvorgabe.

Die Versorgungslandschaft der Psychosomatik in Deutschland erstreckt sich von kleineren psychosomatischen Fachabteilungen an somatischen Allgemeinkrankenhäusern über Unikliniken bis hin zu Fachkrankenhäusern. Je nach Setting sind die örtlichen Gegebenheiten

[36] EPPIK Schlussbericht: Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken; abrufbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/eppik.410

(z. B. das Vorhandensein bestimmter Fachärzte oder einer Intermediate Care) teils sehr unterschiedlich. Diese realen Unterschiede müssen in den Vorgaben der PPP-RL abgebildet werden können. So hat sich beispielsweise in der Ist-Standerhebung gezeigt, dass es bis zu einem Viertel der untersuchten psychosomatischen Einrichtungen (häufig Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) kaum gelingt, durchgängig drei ärztliche bzw. psychologisch-psychotherapeutische Therapieeinheiten in der Komplexbehandlung pro Woche durchzuführen. Ähnliches zeigt sich in der intensivierten und der integrierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung mit mindestens sechs Therapieeinheiten über alle Berufsgruppen hinweg. Aus diesem Grund erfolgte eine Aufwertung und teils Umverteilung der Minutenwertvorgaben über die unterschiedlichen Behandlungsbereiche und Berufsgruppen hinweg. Mit der Anhebung der ärztlichen und psychotherapeutischen Vorgaben soll das Anforderungsniveau mit Orientierung an den Strukturvorgaben der OPS-Kodes perspektivisch an mindestens drei Therapieeinheiten angehoben werden. Allerdings sind die Patientenklientel bzw. die behandelten Störungen in den differenzierten Behandlungsbereichen und, wie angesprochen, Behandlungssettings ebenfalls teils sehr unterschiedlich, was seine Konsequenz in der Verteilung der Minutenvorgaben der Berufsgruppen hat. So ist es beispielsweise häufig der Fall, dass eine schwer essgestörte Patientin mit entsprechend hohem pflegerischem Aufwand in der P5 behandelt wird, aber aufgrund ihres intakten häuslich-sozialen Umfeldes nur wenig sozialpädagogische Betreuung braucht. Anders kann es bei Diabetes- oder Dialysepatientinnen und -patienten mit komorbider Depression sein, die weniger Pflege benötigen, jedoch arbeitsfähig und/oder -tätig sind und deshalb mehr Leistungen der Sozialarbeit in Anspruch nehmen. Ein weiterer Befund der Untersuchung deutet darauf hin, dass psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung ohne Anstellung in der PPP-RL nicht ausreichend abgebildet werden und es folglich zu einer Unterschätzung der Personalmindestvorgaben in dieser Berufsgruppe kommt. Sie leisten unter Anleitung eines Facharztes bzw. einer/eines approbierten psychologischen Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeuten jedoch einen essenziellen Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgung. Die psychosomatischen Fach- und Trägerverbände haben deshalb eine moderate Anhebung der Minutenwertvorgaben für die Berufsgruppen der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen in den Komplexbehandlungen (P2-P5 und P7) gerechtfertigt.

Aufgrund der Zusammenführung der bisher getrennten Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 Buchstabe d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten) sowie Buchstabe e (Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) zu einer gemeinsamen Berufsgruppe Buchstabe d mit dem Beschluss zur Änderung der PPP-RL vom 18. Juni 2025 erfolgt darüber hinaus eine Addition der Minutenwerte dieser Berufsgruppen über alle P-Behandlungsbereiche hinweg.

GKV-SV:

Abweichend von dem Vorschlag der psychosomatischen Fachgesellschaften wird der Behandlungsbereich P5 nicht übernommen. Es handelt sich dabei um eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 3 Behandlungsbereiche.

2.13 Zur Anlage 2 *Eingruppierungsempfehlungen:*

GKV-SV:

Zur Klarstellung, dass es sich bei den Inhalten der Anlage 2 um verbindliche Kriterien zur Eingruppierung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 handelt, wird die Bezeichnung der Anlage 2 von „Eingruppierungsempfehlungen“ geändert in „Eingruppierungskriterien“.

DKG:

Infolge der Anpassung der psychosomatischen Behandlungsbereiche in § 3 kommt es zu Änderungen in den Eingruppierungsempfehlungen: Die Empfehlungen zur Eingruppierung werden entsprechend der neuen P-Behandlungsbereiche erweitert und deren Bezeichnung umbenannt.

Weiterhin werden nachstehende Änderungen in den Spalten 2 („Menschen mit psychischen Erkrankungen“) und 3 („Einstufung“) vorgenommen:

P1 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung): keine. Die Eingruppierungsempfehlungen der P1 bleiben unverändert.

P2 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung): keine. Die Eingruppierungsempfehlungen der P2 bleiben unverändert. Anders als von den Fachgesellschaften vorgeschlagen bleibt der OPS-Kode 9-62 als Einstufungskriterium neben dem OPS-Kode 9-63 enthalten. Dies erscheint insbesondere aus zwei Gründen notwendig: Zum einen muss weiterhin gewährleistet sein, dass Patientinnen und Patienten mit dem OPS-Kode 9-62 eine entsprechende Abbildung in den P-Bereichen der PPP-RL finden. Eine Streichung würde die Kodierpraxis in vielen Einrichtungen nicht abbilden, da der Kode zwar weiterhin vergeben werden kann, aber nicht mehr zu einer Einstufung gemäß PPP-RL führt. Zum anderen legen die Auswertungen der EPPIK-Ergebnisse nahe, dass die organisatorischen wie personellen Unterschiede in den untersuchten Einrichtungstypen teils sehr divers sind. Während beispielsweise psychosomatische Fachkliniken in der Regel von Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie geleitet werden (Voraussetzung des OPS-Kodes 9-63), ist dies in Unikliniken oder psychosomatischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern oft nicht der Fall. Um die Versorgung über alle Organisationen gleichsam abzubilden und weiterhin zu gewährleisten, erscheint es notwendig, den Behandlungsbereich auch für jene Krankenhäuser zu öffnen, die einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Facharzt für Nervenheilkunde mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorhalten (Voraussetzung des OPS-Kodes 9-62).

P3 (Intensivierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung): In der Ist-Standerhebung der EPPIK-Studie[37] hatte sich gezeigt, dass sich die erfassten Therapieeinheiten durch Ärztinnen und Ärzte sowie und Psychologinnen und Psychologen und insbesondere die erfassten therapeutischen Leistung über alle Berufsgruppen hinweg deutlich zwischen den Einrichtungstypen (Fachklinik, Uniklinik, Abteilungspsychosomatiken an Allgemeinkrankenhäusern) unterscheiden. Für die Differenzierung zwischen der P2 (Komplexbehandlung) und der P3 (Intensivierten Komplexbehandlung) werden daher die dokumentierten Therapieeinheiten, die von allen Berufsgruppen und nicht nur den Ärzten/Psychologen erbracht werden, als Kriterium angelegt. Diese sind mit einem entsprechenden OPS-Zusatzkode zu dokumentieren, der bisher nicht im OPS-Katalog existiert. Voraussetzung zur Vergabe eines solchen OPS-Zusatzkodes, der nur in Kombination mit der Psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-62) oder der Psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-63) angegeben werden kann, ist die Durchführung ärztlicher, psychologischer und/oder spezialtherapeutischer Verfahren (Einzel-

[37] EPPIK Schlussbericht: Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken; abrufbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/eppik.410

und Gruppentherapie) im Umfang von insgesamt mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch Vertreter der Berufsgruppen gemäß des 9-62 oder 9-63. Anders als von den psychosomatischen Fachverbänden vorgeschlagen bleibt der OPS-Kode 9-62 auch in der P3 als Einstufungskriterium neben dem OPS-Kode 9-63 enthalten (vgl. Ausführungen dazu zu P2).

P4 (Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung): Voraussetzung für die Einstufung in die Integrierten klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlungen (P4) ist die Erfüllung des OPS-Zusatzkodes 9-642. Dieser Kode prüft, inwieweit die Kriterien für eine qualifizierte somatische Mitbehandlung im Rahmen der Komplexbehandlung gegeben sind. Eine klinisch integrierte somatische Mitbehandlung erfordert entsprechende personelle und apparative Voraussetzungen in den Einrichtungen und wird aufgrund der somatisch komplex mitzubehandelnden komorbiden Störungsbilder notwendig. Anders als von den psychosomatischen Fachverbänden vorgeschlagen bleibt der OPS-Kode 9-62 auch in der P4 als Einstufungskriterium neben dem OPS-Kode 9-63 enthalten (vgl. Ausführungen dazu zu P2).

P5 (Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplex-behandlung): Voraussetzung zur Eingruppierung in die P5 ist eine Kombination aus den Einstufungskriterien der P3 und P4, also der Erfüllung des OPS-Zusatzkodes 9-642 sowie dem Erbringen von ärztlichen, psychologischen und/oder spezialtherapeutischen Verfahren (Einzel- und Gruppentherapie) im Umfang von insgesamt mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch Vertreter der Berufsgruppen gemäß des 9-62 oder 9-63. Anders als von den psychosomatischen Fachverbänden vorgeschlagen bleibt der OPS-Kode 9-62 auch in der P5 als Einstufungskriterium neben dem OPS-Kode 9-63 enthalten (vgl. Ausführungen dazu zu P2).

P6 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung, teilstationär): keine. Die Eingruppierungsempfehlungen der P6 (neu) bleiben im Vergleich zu ihrem bisherigen Pendant der P3 (alt) unverändert. Die Bezeichnung wurde entsprechend der Änderung in § 3 angepasst.

P7 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung, teilstationär): keine. Die Eingruppierungsempfehlungen der P7 (neu) bleiben im Vergleich zu ihrem bisherigen Pendant der P4 (alt) unverändert.

Ferner wird ein neuer Hinweis ergänzt, in dem die Kernelemente des OPS-Zusatzkodes in P3 und P5 erläutert werden. Dieser Zusatzkode kann nur in Kombination mit dem OPS-Kode 9-626 oder dem OPS-Kode 9-634 angegeben werden. Zur Kodierung müssen insgesamt mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch Vertreter der Berufsgruppen gemäß des OPS-Kodes 9-626 bzw. 9-634 erbracht werden. Die für den 9-626 bzw. 9-634 erbrachten Therapieeinheiten sind mit der Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten unabhängig, ob in Einzel- oder Gruppentherapie, zu addieren. Bei der Ermittlung der Anzahl der Therapieeinheiten sind die Vorgaben für die Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen (9-649) anzuwenden. Die im 9-626 und im 9-634 genannten angewandten Verfahren der Spezialtherapeuten gelten auch für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen sowie für Gruppentherapien.

GKV-SV:

Abweichend von dem Vorschlag der psychosomatischen Fachverbände werden folgende Änderungen vorgenommen:

- Für die Einstufung in die Behandlungsbereiche der PPP-RL ist relevant, in welcher Fachabteilung der Patient behandelt wird. Dabei ist es jedoch in den neuen Behandlungsbereichen P2 bis P3 primär nicht relevant, ob die Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgt. Deshalb wird, wie schon bisher in der PPP-RL, und abweichend

von dem Vorschlag der psychosomatischen Fachgesellschaften, die Behandlungsleitung sowohl durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde als auch Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ermöglicht. Der OPS-Kode 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) bleibt damit weiterhin für die Eingruppierung in die Behandlungsbereiche P2 bis P3 relevant.

- Die abweichende Bezeichnung des Behandlungsbereich P1 sowie die Nichtübernahme von Behandlungsbereich P5 stellt eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 3 dar.

BÄK:

Der Vorschlag der DGPM, der auf einer repräsentativen Stichprobe einer Teilerhebung des Innofonds-Projekts der EPPIK-Studie an 73 psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene basiert und die bisherigen Behandlungsbereiche P1 und P2 ergänzt, wird in seinen wesentlichen Teilen (einschließlich der erhobenen Minutenwerte in Anlage 1) übernommen und in die Beratungen des GBA eingebracht, einschließlich der Eingruppierung in die Behandlungsbereiche P 1 bis P7. Ausgeschlossen werden sollte aus fachlichen Gründen die Behandlung von Patientinnen und Patienten, welche die Kriterien des OPS 9-61 (psychiatrische Intensivbehandlung) erfüllen. Für diese ist in aller Regel die Behandlung in einer offen geführten Einrichtung und eine über häufige, nicht planbare Kurzkontakte hinausgehende, zeitlich ausgedehntere psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlung nicht geeignet. Die Differenzierung der teilstationären Behandlung in P6 und P7 (mit analog höhrerer Therapieintensität) ist folgerichtig.

Die Behandlungsbereiche sehen eine Differenzierung von zwei Versorgungsbereichen P 4 und P 5 für gleichzeitig somatisch behandlungsbedürftige Menschen (somato-psychosomatische Erkrankungen) vor, entwickelt auf Grundlage des OPS 9-63 und des OPS 9-642 mit unterschiedlicher Therapieintensität (P4: Schwerpunkt 3 Therapieeinheiten Einzel- bzw Gruppentherapie durch Ärzte/Psychologen pro Woche; P5: Schwerpunkt auf insgesamt 6 TE durch alle Berufsgruppen pro Woche neben 3 ärztlich/psychologischen Einzeltherapie-TE), die fachlich seitens der BÄK als Differenzierung in unterschiedliche Behandlungssettings je nach somatischer Belastbarkeit fundiert begründet ist. Die strukturellen Voraussetzungen dieser OPS sind in aller Regel in psychiatrischen Einrichtungen nicht gegeben.

In Abwandlung des Vorschlags der DGPM sollte jedoch auch eine Eingruppierung von Patienten möglich sein, die bisher in der Erwachsenenpsychiatrie (teils im Behandlungsbereich A 7) im Rahmen intensiver psychotherapeutischer Schwerpunktstationen geführt wurden. Daher votiert die Bundesärztekammer dafür, dass in die Behandlungsbereiche P2 und P3, ebenso wie in die teilstationären Behandlungsbereiche P6 und P7, Patientinnen und Patienten eingruppiert werden können, bei denen eine Arzt für Allgemeinpsychiatrie die Behandlungsleitung innehat, welche die Voraussetzungen des OPS 9-62 erfüllen. Der Behandlungsbereich P1 entspricht von der Behandlungsintensität her dann mindestens einer psychiatrischen Regelbehandlung. Diese Empfehlung entspricht der Versorgungsrealität in vielen differenzierten erwachsenenpsychiatrischen Einrichtungen, welche sowohl hinsichtlich der Patientenmerkmale als auch hinsichtlich des Behandlungsangebotes und Settings Überschneidungen mit den Behandlungsbereichen der Psychosomatik darstellen.

Die Erfassung der Behandlungsintensität und differenzielle Einstufung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche P2 vs. P3 sowie P4 vs. P5 setzt die Generierung eines neuen OPS-Zusatzkodes durch das BfArM voraus. Ein entsprechender Antrag ist seitens der DGPM gestellt. Der neue Kode soll zu keiner Bürokratievermehrung führen und daher pauschal konstruiert sein (als zutreffend/nicht zutreffend anzugeben, analog zum OPS 9-61) , d.h. er soll nicht zu einer Wiedereinführung von Therapieeinheiten-Zählungen durch

Pflegefachkräfte oder für Gruppentherapien der Spezialtherapeuten führen. Ein Nachweis der Leistungen anhand der Patientenakte wird als ausreichend erachtet.

Zum Hinweis

GKV-SV:

Der Vorschlag der psychosomatischen Fachverbände sieht vor, dass die Behandlungsbereiche auch nach Therapieintensität differenzieren. Dabei wird neben der bisher bereits existierenden Schwelle von mindestens drei ärztlichen oder psychotherapeutisch erbrachten Therapieeinheiten pro Patient und Behandlungswoche eine neue Schwelle eingezogen: Patientinnen und Patienten können nur dann in den Behandlungsbereich P4 „integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“ eingestuft werden, wenn sie mindestens sechs Therapieeinheiten erhalten haben. Dabei zählen nicht mehr nur ärztlich und psychotherapeutisch erbrachte Therapieeinheiten. Es können zusätzlich auch Therapieeinheiten herangezogen werden, die nicht im Rahmen des OPS-Kodes 9-649 erfasst werden und durch die weiteren Berufsgruppen erbracht werden. Konkret betrifft dies Therapieeinheiten in Einzel- und Gruppentherapie durch Pflegefachpersonen oder Gruppentherapien durch Spezialtherapeuten gemäß OPS.

Bisher erfolgt die Einstufung in die Behandlungsbereiche der PPP-RL auf Basis von Routinedaten. Damit diese Systematik beibehalten werden kann, ist die Einführung eines neuen OPS-Kodes erforderlich, der diese neue Schwelle von sechs Therapieeinheiten abbildet. Die Kodierung erfolgt parallel zur Kodierung zu den Therapieeinheiten-Kodes von 9-649.

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

2.14.1 Zu *Administrative Daten*:

Die Streichungen sind Folgeanpassungen zur Streichung des § 16 Absatz 7, dessen Regelungen zur Stichprobenerhebung ausgelaufen sind.

2.14.2 Zu Teil A3

GKV-SV:

Die Änderungen an Tabelle A3.3 bei den zulässigen Werten stellen Folgeänderungen zu den neuen Behandlungsbereichen in § 3 dar. Abweichend von dem Vorschlag der psychosomatischen Fachgesellschaften wird der Behandlungsbereich P5 nicht übernommen.

2.14.3 Zu Teil A5

Zum Hinweis zu Tabelle A5.1:

Die Änderung ist redaktioneller Art.

GKV-SV: Zu Tabelle A5.3

Die Ergänzung oberhalb der Tabelle A5.3 mit einem Verweis auf Tabelle A5.4 zum Nachweis des pflegerischen Nachtdienstes ist redaktioneller Art. Die Anrechnungen, die im pflegerischen Nachtdienst erfolgen, müssen nachgewiesen werden, was mit Tabelle A5.3 erfolgt.

2.14.4 Zu Teil A6

DKG:

Es erfolgen Anpassungen im Zuge der Änderungen in § 10 Absatz 1 und Absatz 2. Die Spalte 2 (Zeitraum) wird in den Teilen A6.1, A6.2 und A6.3 gestrichen, entsprechend verschiebt sich die Nummerierung der nachfolgenden Spalten jeweils. Damit entfällt zukünftig die Angabe, ob der Ausnahmetatbestand gem. § 10 Absatz 1 Nr. 1 für das ganze Quartal oder anteilig geltend gemacht wird. Nutzt eine Einrichtung den Ausnahmetatbestand, gilt dieser ab dem Erfassungsjahr 2027 für das ganze Quartal, in dem er geltend gemacht wird.

Zu Tabelle A6.1

In der Überschrift und Spalte 2 (neu) der Tabelle wird zusätzlich das Wort „krankheitsbedingt“ gestrichen und „in einer Berufsgruppe“ ergänzt. Die Spalte 2 (Zeitraum) wird infolge der Änderung in § 10 Absatz 2 umbenannt zu „Berufsgruppe“ und um die zulässigen Werte erweitert. Die Werte weisen die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 und 2 Buchstaben a bis f aus. Des Weiteren wird ein Hinweis mit Erläuterungen aufgenommen, der die Ausführungen in § 10 Absatz 2 Satz 4 (neu) und 5 (neu) darlegt.

Zu Tabelle A6.3

In der Überschrift der Tabelle wird zusätzlich das Wort „gravierend“ gestrichen.

Zu Tabelle A6.4

Die Änderungen sind redaktioneller Art.

Zu Tabelle A6.5

Die Tabellen A6.5.1 bis A6.5.4 entfallen aufgrund der Änderungen in § 10 Absatz 2.

2.14.5 Zu Teil A9

GKV-SV:

Die Ergänzung im Hinweis zu Teil A9 stellt klar, dass theoretisch mehrere Zeilen mit identischer Kombination aus Behandlungsart, Prozedur, Datum sowie ggf. Gültigkeitsdauer entstehen, sofern der OPS-Kode mehrfach in den stationären Abrechnungsdaten auftritt. Folgende Beispiele stellen klar, wie das Ausfüllen erfolgen soll:

- Richtig**:** Für jeden in den stationären Abrechnungsdaten dokumentierten OPS-Kode aus dem Bereich 9-60 bis 9-98 wird bei jedem Behandlungsfall sowie bei jedem weiteren Auftreten des-selben Kodes innerhalb eines Behandlungsfalls eine neue Zeile angegeben.
- Falsch**:** OPS-Kodes aus dem Bereich 9-60 bis 9-98, die mehrfach innerhalb eines Behandlungsfalls oder über mehrere Behandlungsfälle hinweg auftreten, werden in einer gemeinsamen Zeile zusammengefasst.

DKG:

Die Tabelle entfällt aufgrund der Streichung in § 16 Absatz 5.

2.13.6 Zu Teil A 10

BPtK:

Für die Evaluation und Weitentwicklung der PPP-Richtlinie ist es von Interesse, inwieweit die weiteren Qualitätsempfehlungen gemäß § 9 umgesetzt werden. In den Nachweisen gemäß Anlage 3 übermitteln die Einrichtungen deshalb auch Angaben zur Stationsgröße (gemäß § 9 Absatz 1) sowie zum Einsatz von Genesungsbegleitern (gemäß § 9 Absatz 2). Zur Evaluierung

inwieweit die Qualitätsempfehlungen gemäß Anlage 9 Absatz 3 (neu) zur psychotherapeutischen Behandlungsintensität in den Einrichtungen umgesetzt werden und welcher Zusammenhang ggfls. zu den Umsetzungsgraden in den psychotherapeutischen Berufsgruppen besteht, werden mit Anlage A 10 deshalb die erforderlichen Datenfelder ergänzt. Anzugeben sind pro Fall die Verweildauer sowie die Anzahl der OPS-Kodes für Einzeltherapie durch Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen. Mit den Einzel-Therapieeinheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden auch Elterngespräche und Familientherapie, die essenzieller Bestandteil der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind, erfasst. Die in die Datenfelder einzutragenden Daten sind Teil der Routinedaten die gemäß § 21 KHEntgG bereits an das InEK übermittelt werden müssen, weshalb diese ohne zusätzlichen Aufwand auch im Rahmen der Nachweise zur PPP-Richtlinie an das IQTiG übermittelt werden können.

[*DKG:*

Die Einführung von „Datenfeldern der psychotherapeutischen Behandlungsintensität“ ist abzulehnen. Es wird nicht ersichtlich, zu welchem Zweck die Erhebung jedes einzelnen gesetzten OPS-Kodes Tabelle A10 (neu) dienen soll. Zudem widerspricht die Erfassung entschieden der Intention des G-BA nach einer möglichst reduzierten, auf das notwenige Maß beschränkten Datenerhebung. Eine Aufnahme der neuen Tabelle A10 wie vorgeschlagen erhöht den Dokumentationsaufwand für die Krankenhäuser erheblich. Als einziger Grund wird ein „Interesse an der Evaluation und Weiterentwicklung“ genannt, ohne darzulegen, wie dies a) auf Basis der erhobenen Daten aussehen soll und b) warum dafür genau diese Daten gebraucht werden. Die Erfassung (und damit die Notwendigkeit der Dokumentation durch die Krankenhäuser) darf kein Selbstzweck sein. Ein reines „Interesse“ reicht dafür nicht aus. Bereits an anderer Stelle in der PPP-RL sind die Einrichtungen dazu veranlasst, dokumentierte OPS-Kodes zu erfassen, um daraus vermeintliche Erkenntnisse für eine Weiterentwicklung der Regelaufgaben abzuleiten (vgl. Tabelle A9). Dies nun erneut mit ungleich geringerem Aufwand und ohne ersichtliche Notwendigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten tun zu müssen, ist nicht nachvollziehbar. Pro Fall sollen die Verweildauer und Anzahl der OPS-Kodes erfasst werden. Anders als dargestellt, wird dies in erheblichem Maße zu einem Zusatzaufwand kommen, da es im Rahmen der technischen Spezifikationssoftware, die ab 2026 zur Nachweisführung genutzt werden soll, es bisher keine praktikable Schnittstelle zwischen Daten aus dem Krankenhausinformationssystem und der neuen Software gibt. Die Einrichtungen wären also gezwungen, die Daten händisch für jeden einzelnen Fall zu dokumentieren.]

2.15 Zur Anlage 4 *Regelaufgaben:*

Zu den Änderungen bei der Berufsgruppe der Bewegungstherapeutinnen sowie Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten:

Hier wird eine Fehlerkorrektur vorgenommen: Die Regelaufgaben zwischen dem Bereich *Erwachsene* und *KJP* waren zuvor vertauscht abgebildet.

DKG:

Es erfolgt eine Zusammenlegung der Regelaufgaben der (III. 5.) Berufsgruppe der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten sowie der (III. 6.) Berufsgruppe der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Mit dem Beschluss zur Änderung der PPP-RL vom 18. Juni 2025 wurden die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 und Absatz 2 je Buchstabe d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten) sowie Buchstabe e (Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten) zu einer gemeinsamen Berufsgruppe Buchstabe d zusammengefasst. Zum Erfassungsjahr 2026 hatte

der G-BA entsprechend auch die Regelaufgaben besagter Berufsgruppen nach Anlage 4 der Richtlinien für die Erwachsenenpsychiatrie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammengeführt. Dies wird nun auch für Einrichtungen der Psychosomatik in Anlage 4 umgesetzt. Dabei werden die Regelaufgaben der ehemaligen Berufsgruppen der Spezialtherapie und Bewegungs- bzw. Physiotherapie summiert, Dopplungen gestrichen. Eine darüberhinausgehende Streichung von Regelaufgaben oder Hinzufügung neuer Regelaufgaben findet nicht statt.

2.16 Zur Anlage 6 *Prüfregeln:*

DKG:

Vor dem Hintergrund der Änderung in § 10 Absatz 1 Nr. 1 muss die Prüfregel erster Spiegelstrich, wonach für eine Einrichtung bei einer Erfüllung der Mindestvorgabe gemäß § 7 Absatz 4 bei allen Berufsgruppen ein Umsetzungsgrad von mindestens 100 % i. V. m. § 16 Absatz 1 nachgewiesen werden muss die Geltendmachung eines Ausnahmetatbestands berücksichtigt werden. Bei der Annahme und Prüfung der Nachweise muss gewährleistet sein, dass eine Einrichtung von den verbindlichen Mindestvorgaben in jener Berufsgruppe abweichen, d. h. einen entsprechenden Umsetzungsgrad kleiner 100 % i. V. m. § 16 Absatz 1 aufweisen darf, sofern der Ausnahmetatbestand nach § 10 Absatz 1 Nr. 1 geltend gemacht wurde. Ein Umsetzungsgrad kleiner 100 % i. V. m. § 16 Absatz 1 in dieser Berufsgruppe darf nicht zu einer Abweisung des Nachweises führen, wenn der Ausnahmetatbestand geltend gemacht wurde.

Die weiteren Änderungen sind redaktioneller Art.

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 7. Oktober 2025 begann die Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (AG PPP) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In vier weiteren Sitzungen wurde die entsprechende Änderungsfassung der PPP-RL 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, zur vorgesehenen Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand der Änderungen berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses vom 28. Januar 2026 wurde das Stellungnahmeverfahren am 11. Februar 2026 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in Anlage X. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endet/e am 11. März 2026.

[…]

5. Fazit

[…]

6. Zusammenfassende Dokumentation

[Anlagen]

Berlin, den 18. Juni 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Gemeinsamer Bundesausschuss

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027

Datum	05.03.2026
Stellungnahme von	Deutscher Verband Ergotherapie (DVE)

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die fortgesetzte Nutzung des Begriffs der Spezialtherapeuten ist nicht nachvollziehbar, irreführend und unbegründet. Uns ist bewusst, dass der Begriff der Spezialtherapeuten seit Beginn der PPP-RL Verwendung findet und wir haben die Begriffswahl bereits seit Beginn thematisiert und kritisiert. Unter anderem in unserem offenen Brief haben wir die Gründe ausführlich dargelegt: https://www.dve.info/application/files/7217/5429/4573/2025_08_Offener_Brief_des_DVE_zur_PPP-RL.pdf. Selbst wenn sich über die Qualität und die mitschwingende Bewertung des Begriffes streiten lässt, ist es in der PPP-RL so, dass der Begriff der Spezialtherapeuten ganz anders genutzt wird als im OPS. Im OPS (und hier nur Bereich der psychiatrischen Komplexleistungen, in der Somatik findet der Begriff keine Verwendung!) umfasst er sämtliche fachtherapeutische und pädagogische Berufsgruppen aber auch die Sozialarbeiter:innen - in der PPP-RL dient er als Oberbegriff von Ergotherapie und Künstlerischen Therapien (und einigen weiteren „kleineren ungenannten Sonderformen“). Ergotherapie und Künstlerische Therapien, werden im Gegensatz zur Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder auch Sozialer Arbeit nicht mehr einzeln benannt, sondern als Konglomerat neben diesen behandelt. Ergotherapie und Künstlerische Therapien sind damit (anders als die anderen) in ihrer Eigenständigkeit nicht mehr erkennbar und unsichtbar. Dabei ist die inhaltliche Schnittmenge zwischen Ergotherapie und Künstlerischen Therapien nicht größer als die zu den anderen therapeutisch-pädagogischen Berufen, der Pflege oder der Sozialen Arbeit. Wäre eine echte analoge Nutzung des Begriffs der Spezialtherapeuten wie im OPS in der PPP-RL umgesetzt/umsetzbar, wäre das aus unserer Sicht zwar aufgrund der in unseren Berufsgruppen deutlich wahrgenommenen negativen Konnotation immer noch unerfreulich, aber zumindest schlüssig. Aktuell betrifft es aber explizit die Ergotherapie und die Künstlerischen Therapie – das ist nicht angemessen und muss entsprechend geändert werden! Wir bitten um Verständnis für unsere Nachdrücklichkeit und Beharrlichkeit bei diesem Thema.
Die Beschreibung der Regelaufgaben ist seit langem stark überarbeitungsbedürftig, auch werden Inhalte und Begrifflichkeiten aus den 90er Jahren unreflektiert fortgeschrieben. Die in dieser Aktualisierung erfolgten Ansätze sind nicht zielführend und inkonsistent. Im Zusammenhang mit

der Zusammenfassung der Fachberufe in einer Gruppe ist die Überarbeitung unumgänglich. Diese Überarbeitung benötigt zudem die Expertise der beteiligten Berufsgruppen und kann nicht ohne diese sachgerecht formuliert werden. S.a. Stellungnahme zu Anlage 4 auf der nächsten Seite.
Insbesondere vor dem Hintergrund der erneuten Anhebung der Minutenwerte in den Bereichen a)-c), ist eine Anhebung der Minutenwerte auch im Bereich der Gruppe d) dringend notwendig. Eine Anpassung der Minutenwerte der Ergotherapie (wie auch der anderen Fachberufe im Bereich Therapie, Pädagogik und Sozialer Arbeit) ist 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 leitliniengerechte Therapie ist so nicht möglich, der Stand aus der PsychPV aus den 90er Jahren ist lange überholt.

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.)*
§8 (3) Entfristung der Anrechnung von c) auf d) etc.	Stellungnahme mit Begründung: Gegen eine Entfristung sprechen wir uns nachdrücklich aus, solange es sich um eine einseitige Anrechnungsmöglichkeit handelt. Diese ist fachlich-inhaltlich nicht begründbar.
§ 9 (3) Weitere Qualitätsempfehlungen	Kommentar: Uns irritiert diese Spezifizierung/Verortung an dieser Stelle, wäre es nicht (sofern Einigkeit dazu hergestellt wird) eine Fußnote in den Minutentabellen?
Anlage 4 Regelaufgaben Abschnitt 4 / Gruppe d neu	Stellungnahme mit Begründung: Die Regelaufgaben der Gruppe d sind aufgrund der Zusammenführung und nicht mehr zeitgemäßer Inhalte neu zu gestalten. Die aktuell willkürliche Zweiteilung (Ergotherapie/Künstlerische Therapien/...– Bewegungstherapie) im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder-/Jugendpsychiatrie nach der Zusammenführung der Berufsgruppen in der Gruppe d) bleibt fragwürdig und der Versuch der gemeinsamen Darstellung im Bereich der Psychosomatik enthält weiterhin Fehlzuordnungen. Die Leistungen der Ergotherapie und der Künstlerischen Therapien, die früher durch die Gruppenüberschrift gesetzt waren, sind nicht mehr erkennbar. Entsprechend ist es unbedingt notwendig, eine koordinierte und mit den beteiligten Berufsgruppen abgestimmte Überarbeitung vorzunehmen. Flickwerk führt hier nicht weiter. Insbesondere da in fast allen anderen Bereichen bereits eine inhaltliche Überarbeitung und Aktualisierung der Beschreibung der Regelaufgaben erfolgt ist, ist es nicht nachvollziehbar, warum dies hier nicht fachgerecht umgesetzt wird.
	Änderungsvorschlag: In Abstimmung mit den Berufsgruppen zu erarbeiten. Anregungen seitens des DVE lagen bereits mehrfach vor. Es besteht weiterhin die Bereitschaft hier Expertise einzubringen und/oder Expert:innen zu vermitteln.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027

Datum	09.03.2026
Stellungnahme von	Bundesdirektorenkonferenz (BDK e.V.)

Hinweise:

- *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.*
- *Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.*

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die Bundesdirektorenkonferenz begrüßt die Anpassung der PPP-RL und die Ausrichtung auf zukünftige Herausforderungen, insbesondere vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels. Im Zentrum der PPP-RL stehen nach wie vor die Personal-*Mindest*-Anforderungen, die Patientinnen und Patienten-Gefährdungen verhindern. Vor diesem Hintergrund sind die zeitlich unbefristete Anrechenbarkeit von Psychotherapeuten auch in die Berufsgruppen der Pflege, Spezialtherapien und Sozialarbeiter eine zukunftsweisende Änderung. Aus inhaltlichen Gründen und im Zuge der allseits geforderten Entbürokratisierung sollte aus unserer Sicht nicht noch weitere Behandlungsbereiche geschaffen werden, die z.T. deutlich abgesenkte Pflegeminuten enthalten, aus denen eine Gefährdung von Patientinnen und Patienten resultieren wird. Grundsätzlich sehen wir die Differenzierung zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Bereichen nicht zielführend, da es sich bei beiden Behandlungsbereichen um die voll- bzw. teilstationäre Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen handelt. Insbesondere an dieser Stelle sei auf unsere Stellungnahme aus dem Dezember 2025 verwiesen.

Hinweis: *Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.*

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge ***Hinweis:*** *Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.*
§ 3 Behandlungsbereiche einschl. Anlage 1 und 2	Stellungnahme mit Begründung: Der mit Abstand größte Änderungsvorschlag ist die Einführung von 5 anstatt 2 psychosomatischen vollstationären Behandlungsbereichen (P1 bis P5) und der Vorschlag eines Übertrags in parallele Behandlungsbereiche der Allgemeinpsychiatrie (A3-A5). In den neu eingeführten Bereichen stehen deutlich abgesenkten Pflegeminuten (A1 ggü. A3 von 856 auf 250, dagegen hat A7 noch 614 Min.) moderat erhöhten ärztlichen und psychologischen Minuten gegenüber. Dies entspricht aus unserer Sicht nicht der Intention der Abwendung von Gefährdungen für Patientinnen und Patienten als eine Kernaufgabe einer Personalmindestanforderung, geschweige denn einer Qualitätssicherung. Insbesondere der Vorschlag des GKV-SV, der PatV und der BPtK zur Reduktion der Pflegeminuten für schwerkranke, d.h. stationär behandlungsbedürftige, Patientinnen und Patienten ist nicht sinnvoll und potenziell gefährdend. Hier wird die Durchführung einer qualitativ indizierten Psychotherapie mit einer inhaltlich nicht begründbaren erheblichen Pflegereduktion verknüpft. Vielmehr wäre bei einer weniger hohen Intensität seitens der pflegerischen Versorgung die Prüfung eines ressourcensparenden teilstationären Behandlungssettings indiziert. Die weitere Differenzierung in A3 bis A5 und analog P3 bis P5 ist aus unserer Sicht grundsätzlich **nicht** zielführend. Auch die aus der EPPIK-II-Studie abgeleiteten differenzierten Psychosomatik-Behandlungsbereiche zeigen nur die aus dem Ist-System errechneten Werte, ohne die realen Bedarfe neu zu ermitteln und damit eine unabhängige Schätzung der tatsächlichen Minuten zu ermöglichen. An dieser Stelle sei nochmals auf die Stellungnahme der Bundesdirektorenkonferenz vom Dezember 2025 verwiesen. Wir befürworten jedoch die Steigerung der Minuten im Bereich der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsgruppen, welche seitens BPtK und PatV für die Bereiche A1, A2, S1, S2, S6, G1, G2, G6, KJ1, KJ2 und KJ6 vorgeschlagen sind. Den heutigen kurzen Liegedauern und der erhöhten Inanspruchnahme entsprechend, ist dies aus unserer Sicht ein sinnvoller Änderungsvorschlag, der sowohl die Sicherheit als auch die Behandlungsqualität stabilisiert. Allerdings kann die in den tragenden Gründen durch die BPtK und PatV angeführte Begründung auf Boden eines pauschalen regelhaften 50-min-Kontaktes pro Woche und Patient/in nicht die Grundlage sein, da die Heterogenität der Patientinnen und Patienten dieser Forderung entgegensteht (siehe §9). Insgesamt ist zu betonen, dass auch schwer psychisch erkrankte Menschen mit einer Indikation für eine hohe Pflege-Intensität (z.B. bei

	der 1:1 Betreuung zur Prävention von Zwangsmaßnahmen) von psychotherapeutischen Gesprächen durch Ärzte und Psychologen profitieren.
	Änderungsvorschlag: Wir lehnen die vorgeschlagene Aufsplitterung der P-Kategorien ebenso wie die der A-Kategorien ab (Ablehnung der Einführung P3 und P4, die ihrerseits von den anderen Verbänden gefordert, im Falle der Ablehnung von P5, wie durch den GKV-Spitzenverband gefordert, sowie die Ablehnung der Bereiche A3 bis A5, wie seitens der DKG vertreten). Die Bereiche in A und P sollten nicht voneinander abweichen, da es nur psychische Erkrankungen gibt, keine psychiatrischen oder psychosomatischen und keine Notwendigkeit einer Differenzierung zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungsbildern sichtbar ist. Die Bundesdirektorenkonferenz unterstützt den Vorschlag einer Erhöhung der ärztlichen und psychotherapeutischen Minuten in den oben genannten Bereichen, ohne sich jedoch der Begründung der BPtK anzuschließen (siehe §9).
§ 6 Abs. 4 abweichende Anzahl der Behandlungstage	Stellungnahme mit Begründung: Aufgrund von naturgemäß auftretenden Belegungsschwankungen in den verschiedenen Schweregraden von Erkrankungen und deren Behandlung ist es wenig sinnvoll, die Belegungsschwankungen in den jeweiligen Behandlungsbereichen einzeln zu Grunde zu legen. Eine Summe der Behandlungstage in allen Bereichen ist eine legitime Vereinfachung, insbesondere vor dem Hintergrund der oftmals angeführten Entbürokratisierung.
	Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlages der DKG/PatV
§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen	Stellungnahme mit Begründung: Aufgrund der immer schwieriger werdenden Rekrutierung von Fachkräften und den begrenzten ökonomischen Ressourcen (i.d.R. wird seitens der Kostenträger den Krankenhäusern nur die Finanzierung von Mindestpersonalanforderungen zur Verfügung gestellt) ist es aus unserer Sicht sinnvoll, den Krankenhäusern die eng begrenzten Freiheiten in der Personalsteuerung weiterhin zu ermöglichen, um im Ermessen der Krankenhäuser das Personal nach Verfügbarkeit einsetzen zu können. Insbesondere die Anrechenbarkeit von psychologischen Mitarbeitenden

	nicht nur auf die Berufsgruppe der Ärzte, sondern auch auf die anderen therapeutischen Gruppen, erscheint sinnvoll und zweckmäßig. Hierbei ist zudem die Entfristung der gegenseitigen Anrechnung von Psychotherapeuten und den anderen nichtärztlichen Berufsgruppen vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und im Sinne eines flexiblen indikationsgerechten Einsatzes sehr sinnvoll. Die vom GKV-SV geforderte Einführung der Nachweispflicht der Qualifikation erscheint uns als wenig zielführend, da es sich um Fachkräfte handelt, die oftmals die Regelaufgaben implizit erlernt oder sich angeeignet haben.
	Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlages der DKG/LV in Absatz 3, Satz 1 und Absatz 5 und Übernahme der Vorschläge der BÄK in Absatz 3, Sätze 2 bis 5.
§ 9, Abs.3 Weitere Qualitätsempfehlungen	Stellungnahme mit Begründung: Die BDK spricht sich seit Jahren gegen die strukturierte Erhebung von Therapieeinheiten mit einem Raster von 25 Minuten als Bemessungsgrundlage der Therapieintensität aus, da dies vor allem bei schwer kranken Patientinnen und Patienten (z.B. im Behandlungsbereich A2) weder durchführbar, noch sinnvoll ist. Die pauschale Forderung der BPtK nach einer generellen Mindest-Psychotherapiedauer von 50 min für jeden Pat. (pro Woche) ist nicht indiziert (z.B. bei Pat. mit schweren Demenzerkrankungen, schweren Manien, schweren stuporösen Zustandsbildern, bei akuten schizophrenen Pat u.a.) und deshalb abzulehnen. Entsprechend der Leitlinien ist Psychotherapie bei Pat. z.B. auf Akutstationen grundsätzlich aber in höherem Umfang indiziert, als aktuell mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen geleistet werden kann. Dies kommt in den vorgeschlagenen Erhöhungen der Minutenwerte zum Ausdruck, darf jedoch nicht mit einer Reduktion der Pflegeminuten einhergehen (s. Stellungnahme zu §3).
	Änderungsvorschlag: Keine Übernahme, wie von GKV-SV, DKG, LV und BÄK vorgeschlagen
§ 15 Evaluation der Richtlinie	Stellungnahme mit Begründung: Der von der DKG/PatV/LV eingebrachte Vorschlag zur Evaluation ist aus Sicht der Bundesdirektorenkonferenz sehr lohnenswert, da aus den bisherigen Evaluationen die Auswirkungen – insbesondere nach Beendigung des Aussetzens der Sanktionen – nicht abschätzbar sind. Ohne eine Evaluation ist im Falle einer – zu erwartenden – negativen Folge für die Krankenhäuser, hier v.a. der akutversorgenden Kliniken, möglicherweise ein irreparabler Schaden abzusehen, der die

	Versorgungssituation, insbesondere die Notfallversorgung, nachhaltig und langfristig gefährdet.
	Änderungsvorschlag: Wie von DKG/PatV/LV vorgeschlagen
§ 16 Übergangsregelungen	Stellungnahme mit Begründung: Die Verschiebung der Mindestvorgaben in Höhe von 95 % ab dem 01.01.2029 statt dem 01.01.2027 und von 100 % ab dem 01.01.2031 statt dem 01.01.2029 wie von der DKG/LV/BÄK vorgeschlagen ist äußerst sinnvoll. Damit können insbesondere die Krankenhäuser Zeit gewinnen für längerfristige Anpassungen, die eine (Pflicht-)Versorgung mit geringerer Personalausstattung leisten, weil es ihnen in einem von Fachkräftemangel geprägten Arbeitsmarkt nicht immer rechtzeitig gelingt, ausreichend Fachkräfte zu rekrutieren.
	Änderungsvorschlag: Wie von DKG/LV/BÄK vorgeschlagen

Hinweis: *Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.*

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: *Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.*

Gemeinsamer Bundesausschuss

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027

Datum	**10.03.2026**
Stellungnahme von	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien/ WFKT Prof. Constanze Schulze-Stampa (1. Vorsitzende)

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
In der überarbeiteten und nun vorliegenden Fassung der PPP-RL ist eine Berücksichtigung unserer eingebrachten Anregungen bedauerlicherweise nicht erkennbar. Wir verweisen daher ausdrücklich auf unsere vorherige Stellungnahme vom März 2025. Die für die Psychosomatik übernommenen Regelaufgaben aus der seit langem überholten PsychPV bilden die heutigen Tätigkeitsprofile der Künstlerischen Therapien nicht adäquat ab und berücksichtigen weder die fachliche Weiterentwicklung noch ihre Integration in die interprofessionelle Behandlung.
Der Begriff „Künstlerische Therapien“ (Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie) sollte einheitlich in den Dokumenten der PPP-RL verwendet werden. Er hat sich sowohl in der akademischen Ausbildung als auch in der Professionalisierung des Fachs in klinischer Praxis und Forschung etabliert. Frühere Bezeichnungen wie „Kreativtherapie“ oder „Gestaltungstherapie“ sind überholt und widersprechen der fachlichen Etablierung. Die Bezeichnungen „Künstlerische Therapeutinnen“ und „Künstlerische Therapeuten“ werden bereits einheitlich genutzt. Auf die unterschiedlichen Definitionen des Begriffs „Spezialtherapien“ in OPS (dort umfasst er neben fachtherapeutischen Berufsgruppen auch Sozialarbeiter:innen) und PPP-RL haben wir bereits hingewiesen und empfohlen, den Sammelbegriff sinnvollerweise zugunsten der expliziten Nennung der einzelnen Therapieformen aufzugeben – und damit fachbezogen klar zu verwenden. Dieses Anliegen wird überzeugend auch von den Ergotherapeut:innen geteilt. Die genannten Spezialtherapien sollten in der aktuellen Nennung nicht summiert werden, da die Konsequenzen einer solchen Bündelung der fachlichen Weiterentwicklung konträr gegenüberstehen.
Aufgrund der erneuten Anhebung der Minutenwerte in den Bereichen a) bis c) regen wir ebenfalls eine zeitgemäße Anpassung der Minutenwerte im Bereich d) an.
Wir wollen anregen, die Berücksichtigung von Praxis- und Forschungsentwicklungen der Künstlerischen Therapien in zukünftigen Überarbeitungen der PPP-RL systematisch sicherzustellen, um die fachliche Weiterentwicklung und die interprofessionelle Integration angemessen abzubilden.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge ***Hinweis:*** *Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.*
§ 5 Berufsgruppen (1) d) und **(2) d)** S. 7 und S. 8	**Stellungnahme mit Begründung:** Die Berufsgruppen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten, Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden sind eigenständige Professionen mit jeweils spezifischer klinischer Relevanz. Eine pauschale Zusammenfassung unter dem Sammelbegriff „Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten“ wäre nicht adäquat, da die unterschiedlichen Therapieformen differenziert in der Behandlung eingesetzt werden müssen - sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die differenzierte Berücksichtigung der einzelnen Professionen ist auch in der PPP-RL sicherzustellen, um die spezifischen Kompetenzen, Wirkungen und eine patientengerechte Versorgung angemessen abzubilden.
	Änderungsvorschlag: (1) d) „Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, differenziert nach Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Künstlerischen Therapeutinnen und Künstlerischen Therapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.“ (2) d) „Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, differenziert nach Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Künstlerischen Therapeutinnen und Künstlerischen Therapeuten, Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.“
§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen (3) S. 11	**Stellungnahme mit Begründung:** Wir sprechen uns dafür aus, die einseitige Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f zeitnah auslaufen zu lassen. Auch ohne diese Regelung bestehen ausreichend Spielräume für die Personaleinsatzplanung. Anrechnungsmöglichkeiten zwischen verschiedenen Berufsgruppen sollten grundsätzlich gegenseitig bestehen, sofern die entsprechenden Qualifikationen nachweislich vorliegen. Dies stärkt eine fachgerechte Personalstruktur und stellt sicher, dass Aufgaben entsprechend der jeweiligen Qualifikation wahrgenommen werden.

	Änderungsvorschlag: „Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Fachkräfte der Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit sie die Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, gemäß § 4 fachlich qualifiziert erfüllen." *Sofern umsetzbar, könnte die Übergangsfrist verkürzt werden, dann:* „Bis zum 31. Dezember **2026** ist eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f möglich."
Anlage 4 **Regelaufgaben** der **Spezialthera-peutinnen und Spezialtherapeuten** S. 69	**Stellungnahme mit Begründung:** Die Beschreibung der Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten in Anlage 4 sollte aus unserer Sicht fachlich überprüft und gemeinsam mit Expertinnen und Experten der Künstlerischen Therapien sowie der Ergotherapie überarbeitet werden - wie bereits mehrfach in unseren Stellungnahmen und Anhörungen (schriftlich und mündlich) darauf hingewiesen wurde. Eine präzisere und fachlich differenzierte Beschreibung der Aufgaben ist insbesondere für eine klare Zuordnung der Tätigkeiten, für Qualitätssicherung sowie für eine sachgerechte Personalbemessung von Bedeutung. In der aktuellen Fassung finden sich u.a. begriffliche Unschärfen, z.B. bei (3) Gruppenbezogene Behandlung (S. 69): „Kreativitätsfördernde Therapie". Fachlich präziser wäre hier die Formulierung: „interaktions- und kreativitätsfördernde Interventionen", da sie die tatsächlichen therapeutischen Zielsetzungen der künstlerischen Therapieformen differenzierter abbildet. Darüber hinaus ist der Begriff „Arbeitstherapie" fachlich veraltet und sollte aktualisiert werden, um Konzepte und Zielsetzungen der therapeutischen Praxis korrekt widerzuspiegeln. Eine entsprechende Überarbeitung ist erforderlich. Sie kann dazu beitragen, die spezifischen fachlichen Profile und Aufgaben der beteiligten Berufsgruppen klarer abzubilden und damit die fachliche Qualität sowie die Professionalisierung der spezialtherapeutischen Versorgung weiter zu stärken. Die WFKT steht für eine fachliche Klärung und erforderliche Überarbeitung der Formulierungen mit ihrer Expertise gerne zur Verfügung und benennt bei Bedarf geeignete Expert:innen der Künstlerischen Therapien.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027

Datum	**10. März 2026**
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.

Hinweise:

- *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.*
- *Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.*

Vielen Dank!

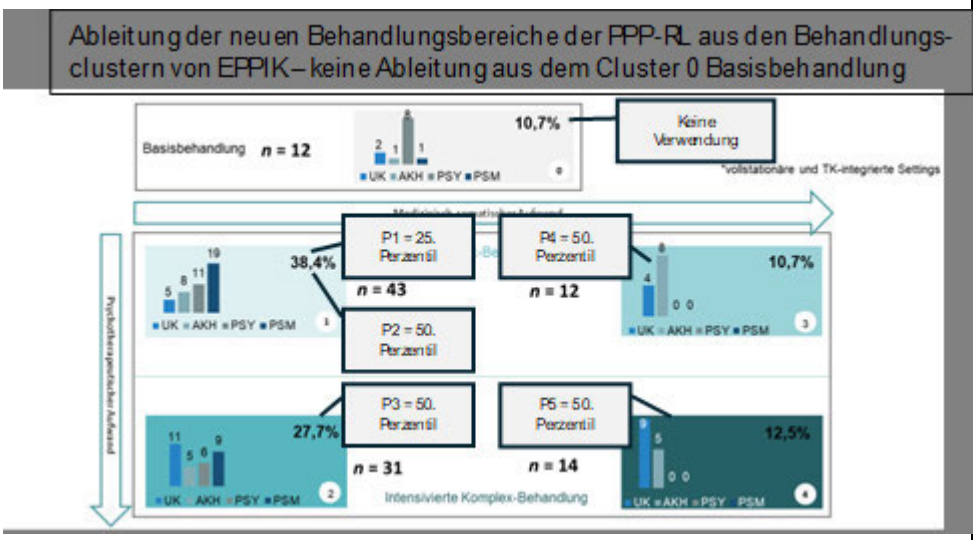
1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

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 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. Es ist sehr erfreulich, dass die Mitglieder des UA QS des G-BA den Vorschlägen der Fachgesellschaft zu neuen Behandlungsbereichen weitgehend folgen konnten. Damit würdigt der UA die mit der repräsentativen Ist-Standerhebung in psychosomatischen Einrichtungen im Rahmen der EPPIK-Studie empirisch ermittelte valide Bemessungsgrundlage für Personalmindestvorgaben und die von der DGPM ausgearbeiteten und mit ihren psychosomatischen Partnerverbänden konsentierten Vorschläge für eine Anpassung der psychosomatischen Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben der PPP-RL. Die Personalvorgaben für die Behandlungsbereiche P2 - P5 sind dabei ambitioniert, werden aber eine positive Auswirkung auf die Versorgungsqualität im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und deren Weiterentwicklung haben. Die Behandlungsbereiche differenzieren dabei die nach Behandlungsart und -intensität notwendigen unterschiedliche Aufwände, die sich bei teilweise gleicher Gesamtpersonalzahl in sehr unterschiedlichen Gewichtungen einzelner Berufsgruppen niederschlagen. Daher sind alle empirisch abgeleiteten Behandlungsbereiche von großer Bedeutung, gerade auch der Behandlungsbereich P5. Mit der Einführung neuer Behandlungsbereiche, auf die sich die Kliniken einstellen müssen, ist der Wunsch auf Einräumung eines Übergangszeitraums von 3 Jahren ohne Sanktionen zur Beobachtung der Auswirkungen der neuen Behandlungsbereiche wie für Psychiatrie und KJPP verbunden. Die Übernahme der neuen psychosomatischen Behandlungsbereiche für die Erwachsenenpsychiatrie ist weder aus Sicht der Psychosomatik noch aus Sicht der Psychiatrie nachvollziehbar, ebenso wie die Benennung des Behandlungsbereiches P1 als Basisbehandlung seitens des GKV-SV. Hierzu werden wir nachfolgend ausführlich Stellung nehmen und hoffen damit Missverständnisse und Fehlinterpretationen, wie sie angesichts der komplexen Änderungsvorschlägen ja vorkommen, ausräumen zu können. Im Folgenden werden wir im Einzelnen auf die dissenten Änderungsvorschläge eingehen, die den Versorgungsbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie betreffen.

Hinweis: *Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.*

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge ***Hinweis:*** *Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.*
§ 3 Absatz 1	Stellungnahme mit Begründung: Die Vorschläge des GKV-SV, teils durch PatV und BPtK unterstützt, - der Umbenennung des Behandlungsbereich P1 von „Regelbehandlung“ in „Basisbehandlung“, - zur Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche P2-P4 sowie P7 als A3 bis A5 sowie A8 und - den Behandlungsbereich P5 nicht zu übernehmen werden entschieden abgelehnt. Die Begründungen, auf die diese Vorschläge gestützt werden, beruhen entweder auf Missverständnissen oder sind fehlerhaft. *Zum Vorschlag des GKV-SV - der Umbenennung des Behandlungsbereich P1 von „Regelbehandlung“ in „Basisbehandlung“* Die Vorschläge der Behandlungsbereiche P1-P7 der psychosomatischen Fachverbände beziehen sich auf die Ergebnisse des Teilprojektes 2 (Psychosomatik) der EPPIK-Studie („EPPIK“), der Ist-Standerhebung in der Psychosomatik. Die Minutenwerte sind also Ergebnis empirischer Ist-Daten aus der Versorgung. In diesem Teilprojekt erfolgte für die Psychosomatik eine empirische Überprüfung des Plattformmodells (eines Strukturmodells zur Abschätzung des Behandlungsaufwands unter Berücksichtigung von Bedarfs- und Behandlungsclustern) entsprechend der Intensität der therapeutischen Leistungen sowie dem Aufwand der somatisch-medizinischen Versorgung. Daraus ergaben sich vier Behandlungscluster (normaler vs. erhöhter somatischer Aufwand sowie Komplex- vs. intensivierte Komplexbehandlung) und eine Kategorie ‚Basisbehandlung‘ (Cluster 0). **Die Mindestvorgabe der P1 wurde aus dem „Cluster“ 1 von EPPIK abgeleitet**, der in der Studie als psychosomatische Komplexbehandlung und nicht als Basisbehandlung beschrieben wurde. Psychosomatische Komplexbehandlung ist die Bezeichnung für den multiprofessionellen (teil-)stationären Behandlungsprozess, der kennzeichnend für psychosomatische Behandlung ist. In diesem Cluster 1 wurden 38,4% der untersuchten psychosomatischen Kliniken und Abteilungen eingeteilt (siehe Abbildung unten). Weil sich in diesem „Cluster“ auch die größte Anzahl Fachkliniken befand, ist der Anteil der darin abgebildeten Fälle und Pflegetage der Studie noch höher (wie von der DKG hervorgehoben). Diese Personalausstattung kommt also in der Mehrheit der Fälle in der Psychosomatik – in der „Regel“ – zur Anwendung.



Grafik: Verteilung der Anzahl Abteilungen auf Cluster 0 bis Cluster 4 in der Adaption des Plattformmodells zur Abschätzung des Behandlungsaufwands im Teilprojekt 2 (Psychosomatik) der EPPIK-Studie

Die Bezeichnung „Regelbehandlung“ ist inhaltlich daher mindestens zutreffend. Auch wird die Bezeichnung „Regelbehandlung“ der Ausstattung des Behandlungssettings gerecht, weil der personell schlechter ausgestattete und in EPPIK als „Basisbehandlung“ bezeichnete Cluster eben **nicht** dafür herangezogen wurde (siehe oben).

Anders als in den TrGr unter 2.2.1 auf S.5 vom GKV-SV dargestellt sind also die Mindestvorgaben der P1 nicht aus dem Cluster 0 abgeleitet, sondern aus dem Cluster 1 der EPPIK-Studie. Die vom GKV-SV abgebildete Grafik des GKV-SV in den Tragenden Gründen auf S. 6 wird inhaltlich falsch eingeordnet. Auch wenn nur 10,7% der Settings in P1 abgebildet sind, so sagt dies nichts über die in diesem Behandlungssetting abgebildete Anzahl der Fälle und Pflegetage aus. Im Cluster 1 sind 38,7% der Settings und weitaus mehr Fälle und Pflegetage abgebildet, weil er eine hohe Anzahl größerer Kliniken und Abteilungen enthält. Der Anteil Betten und Fälle in der P1 beträgt daher mindestens 25% der Gesamtfälle in EPPIK. Das Abstellen des GKV-SV auf S. 5 der TrGr auf 10,7% der Anzahl Settings erweckt fälschlicherweise den Eindruck, es handele sich um einen sehr geringen Anteil des Versorgungsgeschehens. Es handelt sich in der fachlichen Einschätzung – anders als vom GKV-SV dargestellt – eben nicht um eine Behandlungsform, die eine Ausnahme darstellen sollte, sondern um den mengenmäßig größten Anteil der in den Settings abgebildeten Patienten und Fälle.

Die Behandlungsbereiche P2-P5 bilden Sonderformen für kleinere Fallgruppen, also intensivierte Komplexbehandlung, die integrierte Komplexbehandlung, usw. ab. Die Bezeichnung als „Basisbehandlung“ würde suggerieren, dass nur das Mindeste gemacht wird und wie es der GKV-SV in den TrGr ausführt eine Ausnahme darstellen sollte. Das wird dem Ambitionsniveau dieses Behandlungsbereichs und der Arbeit der zahlreichen Kliniken und Abteilungen inhaltlich nicht gerecht. Deshalb zur Klarstellung:

	1. **Die Vorgaben der P1 sind ambitioniert.** Aus der oben abgebildeten Cluster-Einteilung der Kliniken und Abteilungen wurde aus Cluster 1 (38,4%, n=43) die Mindestvorgaben der P1 und P2 abgeleitet. Die Minutenwerte der P1 sind die Minutenwerte aller Berufsgruppen im 25% Perzentil (1. Quartil) aller Kliniken. Das heißt 24,9% aller Kliniken dieses größten Clusters der Psychosomatik erfüllen diese Vorgaben noch nicht und müssen ihr Personal entsprechend anheben. Das Cluster 0 wurde nicht für die Formulierung herangezogen. Die Kliniken in Cluster 0 werden ihre Personalausstattung ebenfalls anpassen müssen, um P1 oder P2 zu erreichen. Bei Annahme des vorliegenden Vorschlags werden also zahlreiche psychosomatische Kliniken und Abteilungen mit einer Anhebung der Mindestpersonalausstattung konfrontiert sein. 2. **Der Vorschlag des GKV-SV ist nicht als ein Vorschlag zur Qualitätssicherung im Sinne der PPP-RL interpretierbar**. Das Fachgebiet Akutpsychosomatik umfasst heute ca. 15.000 Betten und Plätze in Deutschland. In einer gegenläufigen Entwicklungsdynamik zur Psychiatrie sind 2/3 davon in den letzten 20 Jahren entstanden. Die Psychosomatik ist ein bedarfsgemäß wachsendes Fach mit funktionierenden Strukturen und hoher Inanspruchnahme. Das Behandlungsziel ist aufgrund der störungs- und kontextspezifischen Behandlung stärker kurativ ausgerichtet. Die (teil-)stationäre multimodale (intensivierte) psychosomatische Komplexbehandlung ist bei schweren und komplizierten psychosomatischen Erkrankungen mit spezifischen Indikationskriterien häufig initial alternativlos und nicht ambulantisierbar. Komplexe ambulante Behandlungsstrukturen können stationäre Behandlungen verkürzen, aber nur bis zu einer für eine kurative Wirksamkeit kritischen Verweildauer. **Anders als in der Erwachsenenpsychiatrie, gibt es in der Psychosomatik keine stationären Strukturen, die ambulantisiert werden können oder gar müssten. Ein wesentliches Ergebnis von EPPIK war, dass die Patienten aller Behandlungscluster der Studie nach dem HoNoS-Summenscore etwa gleich schwer krank sind** (damit auch alle Patienten von P1 bis P7) und die Krankheitslast derjenigen internationaler Vergleichsstudien von stationär behandelten psychisch Erkrankten Menschen entspricht. **Anders gesagt: die nach wissenschaftlich Methoden gemessene Krankheitslast der Menschen in psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland in der bisher größten und repräsentativen Studie (EPPIK) entspricht der Krankheitslast in Psychiatrien (z.B. Schweiz[1]), (siehe Grafik unten).** Das Fachgebiet Psychosomatik sieht sich häufig mit Unkenntnis über die unterschiedlichen Strukturen von Psychiatrie und

[1] z.B. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Krankenhäusern ANQ (2014). Nationaler Vergleichsbericht (Schweiz): Stationäre Psychiatrie Erwachsene: Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene (Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Maßnahmen“). Version 1.1., S. 61.

Psychosomatik in den Behandlungsmitteln, Behandlungszielen und Qualifikationen der Berufsgruppen, der Fallschwere der Patienten und insbesondere auch der sich stark unterscheidenden Anforderungen an die Facharztqualifikation konfrontiert. Der Vorschlag, weite Teile der Psychosomatik als „Basisbehandlung“ zu bezeichnen, kann in diesem Zusammenhang gesehen werden.

		HoNOS Summenscore		
	N	25. Perzentil	Median	75. Perzentil
Behandlungscluster 1	42	14,79	16,58	19,20
Behandlungscluster 2	29	13,91	16,57	18,44
Behandlungscluster 3	11	12,87	14,19	17,12
Behandlungscluster 4	14	13,50	16,48	20,15

HoNoS Summenscore der 4 für die Formulierung der Behandlungsbereiche P1 bis P7 herangezogenen Cluster aus EPPIK

3. Auch wenn künftig für ca. ¾ aller in der EPPIK-Studie abgebildeten Fälle Behandlungsbereichen zugeordnet werden, in denen eine Therapiedosis von mindestens 3 TE durch Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen als Voraussetzung zur Eingruppierung erbracht werden müssen, kann dennoch nicht für alle Bereiche der Psychosomatik ein solches Leistungsniveau für die Eingruppierung empfohlen werden. Dieses Leistungsniveau ist nicht in allen Behandlungskonstellationen sinnvoll. In den Fachgebieten Psychiatrie und Kinder-Jugend-Psychiatrie ist der Leistungsbezug nicht üblicherweise ein Eingruppierungskriterium. Die Ausführungen des GKV-SV in den TrGr auf S. 5 insinuieren, dass ein geringeres Niveau als 3 TE einen Mangel darstellt und „eine Ausnahme darstellen sollte“. Für diese Behauptung besteht keine Evidenz und sie kann von wissenschaftlicher Seite auch nicht bestätigt werden.

Zum Vorschlag des GKV-SV zur Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche P2-P4 sowie P7 als A3 bis A5 sowie A8

Das gesamte Teilprojekt Psychosomatik der EPPIK-Studie untersuchte ausschließlich psychosomatisch-psychotherapeutische Settings in Universitätskliniken, Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern, die gleichzeitig eine Weiterbildungsermächtigung für den Facharzt für Psychosomatische Medizin hatten (Voraussetzung: Leitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin). Es ist schon von diesem Ansatz her nicht auf ein anderes Fachgebiet mit anderen Behandlungsmitteln, -methoden, -zielen und qualifikatorischen Voraussetzungen zu übertragen. Anders als für die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder-Jugend-Psychiatrie hat der Innovationsausschuss beim G-BA in seinem Beschluss vom 20.06.2025 festgestellt, dass die EPPIK-Studie für die Psychosomatik (und nur für diese) erstmalig eine empirische Datenbasis für die Personalbemessung liefert. Die Daten der Ist-Standerhebung seien eine gute Grundlage für Personalmindestvorgaben der behandelnden Berufsgruppen und könnten als Orientierung für eine sachgerechte

	Anpassung der derzeitigen Personalmindestvorgaben für die stationäre und teilstationäre psychosomatische Versorgung dienen. Es liegen keine vergleichbaren Daten aus der Erwachsenenpsychiatrie vor, so dass keine Aussagen darüber gemacht werden können, ob die Ergebnisse aus der Psychosomatik übertragbar sind. Aus der Kenntnis der Unterschiede der Versorgungssituation in beiden Fachgebieten ist jedoch stark davon auszugehen, dass eine Übertragung der Vorschläge für die Psychosomatik auf die Psychiatrie wenig sinnvoll ist. Dies zeigen letztlich auch die aus der Empirie der Ist-Standerhebung in der Psychosomatik abgeleiteten und stark von der Psychiatrie abweichenden Vorschläge für die Minutenwerte der neuen psychosomatischen Behandlungsbereiche P1 und P7. Auch bestehen keine Anhaltspunkte, mit denen man die Vorschläge für die Psychosomatik für eine Anwendung in der Psychiatrie „weiter-entwickeln“ könnte. Ein ähnlicher Versuch mit der Schaffung des Behandlungsbereichs A7 und A8, für den die Minutenwerte der bisherigen P2 und P4 aus der PPP-RL übernommen wurde, blieb ohne Erfolg. Die A7 wird von psychiatrischen Einrichtungen kaum angewendet. Jetzt schon eine Weiterentwicklung der Vorschläge der psychosomatischen Verbände, insbesondere eine Übertragung auf die Psychiatrie durchzuführen, noch bevor diese Vorschläge im eigentlichen Fachgebiet überhaupt eingeführt wurden, erscheint abwegig. Für die Psychiatrie liegt nahe, eine ähnliche Ist-Standerhebung durchzuführen, wie in der EPPIK-Studie für die Psychosomatik, um ein transparentes Bild über die Ausgangssituation zu erhalten. Darüber hinaus sind die Ausführungen des GKV-SV unzutreffend. Es gibt nicht regelhaft psychiatrische Fachabteilungen, die psychosomatische Leistungen anbieten, wie der GKV-SV auf S. 6 der TrGr. behauptet, wie auch die Befunde des IQTiG deutlich zeigen. Selbst in NRW – dem Land mit der geringsten Anzahl psychosomatischer Plätze je Einwohner in Deutschland – werden im Krankenhausplan eigene akutpsychosomatische Abteilungen ausgewiesen. Im Übrigen sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die psychosomatische Unterversorgung in NRW zu erheblichen Patientenströmen aus NRW in andere Bundesländer mit psychosomatischen akutstationären Strukturen führt (u.a. Niedersachsen, Baden-Württemberg, Hessen und Bayern) und daher sicher nicht als modellbildend für psychosomatische Versorgung in Deutschland herangezogen werden kann. Die Empfehlung der Übernahme der psychosomatischen Behandlungs-bereiche P2-P4 sowie P7 als A3 bis A5 sowie A8 ist aus diesem und allen o.g. Gründen mit dem Ziel der Qualitätssicherung der PPP-Richtlinie nicht in Einklang zu bringen. Die psychosomatischen Verbände legen auf Qualitätssicherung und fachliche Qualifikation (gesichert über den Facharztstandard) allerhöchsten Wert. *Zum Vorschlag von GKV-SV/PatV der Streichung des Behandlungsbereichs P5*

	Die EPPIK-Studie hat empirisch nachgewiesen, dass im stationären Setting die Aufwände der einzelnen Berufsgruppen in Abhängigkeit von der Intensität der psychotherapeutischen Behandlung und der Intensität der Mitbehandlung einer somatischen Komorbidität differieren und daher für die Personalbemessung zu differenzieren sind. In der P5 (Intensivierte integrierte Komplexbehandlung) sind die ärztlichen und pflegerischen Behandlungsminuten gegenüber der P4 ca. 15% erhöht. In dieser Unterscheidung spiegelt sich der höhere Therapieaufwand von Patient:innen, die neben einer integrierten somatischen Behandlung auch eine intensivierte psychotherapeutische Behandlung bedürfen. Die richtige Abbildung der Bandbreite somatisch integriert arbeitender Abteilungen stellt eine Herausforderung dar. Die P5 bildet die Versorgung von gleichzeitig körperlich und psychisch schwerst kranken Patient:innen ab. Die höheren Werte der P5 bilden trotzdem in einigen Fällen den hohe Personaleinsatz damit noch nicht ausreichend ab – höhere Minutenwerte wären eigentlich für eine leitliniengerechte Versorgung wünschenswert. Bei den Vorgaben handelt es sich jedoch um eine Mindestanforderung. **Würde man den Behandlungsbereich P5 streichen, würde für die Versorgung schwerstkranker Patienten auf jeden Fall zu geringe ärztliche und pflegerische Vorgaben resultieren.** Die Argumentation des GKV-SV in den TrGr unter 2.2.1 auf S.5 stellt auf das Gesamtpersonal von P4 und P5 ab. Weil P5 geringfügig weniger Gesamtpersonal vorhalte als P4, sei ein eigener Behandlungsbereich P5 nicht erforderlich. Das ist nicht nachvollziehbar. **Es kommt gerade auf die Differenzierung nach Berufsgruppen („Personalmix“) an, um die oben beschriebenen spezialisierten Behandlungssettings zu realisieren.** Die PPP-RL greift als zentralen Aspekt die Differenzierung nach Berufsgruppen auf. Sicherlich ist die Realisierung des Behandlungsbereichs P5 wegen des hohen Anteils an Ärzten und Pflegefachkräften teurer als dasjenige der P4.
	Änderungsvorschlag: Übernahme der Vorschläge der DKG und sich anschließender Verbände in allen Punkten.
§ 8 Abs. 3	Stellungnahme mit Begründung: Den Ausführungen der DKG in den TrGr S. 9 wird zugestimmt. Der DGPM ist nicht klar, auf welche „erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben“ mit der Einfügung verwiesen werden soll. Dies ist bisher nirgends verbindlich festgelegt. Es gibt derzeit keinen wissenschaftlich-fachlichen Konsens, mit welchen Qualifikationen welche Regelaufgaben der PPP-RL übernommen werden können. Welche fachliche Qualifikation muss z.B. vorgewiesen werden, wenn eine Pflegefachkraft die Regelaufgabe „Mitwirkung bei der Rehabilitations-planung“ aus der Berufsgruppe der Spezialtherapie übernimmt? Oder welche Qualifikation muss vorgewiesen werden, wenn ein

	Spezialtherapeut die Aufgabe „Mitwirkung bei der Gruppentherapie“ für eine Pflegefachkraft übernimmt? Weil es hierzu keine verbindlichen oder nachvollziehbaren Festlegungen gibt, entstehen die von der DKG beschriebenen Konflikte auf der Ortsebene in Prüfungen. Aktuell legen die Medizinischen Dienste (MD) häufig diese Anforderungen nach eigener Einschätzung einseitig fest. Die Festlegungen sind dann nicht nur von Bundesland zu Bundesland, bzw. MD zu MD unterschiedlich, sondern sie entbehren auch einer fachlichen Grundlage. Teilweise verfügen die MD der Länder auch über keine Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Der MD ist nicht befähigt und auch nirgends ermächtigt solche Festlegungen zu treffen. Die MDs sollten dringend von der Aufgabe entlastet werden. Es stellt sich grundsätzlich die Frage, ob es gesetzlich zulässig ist, dass solch weitreichenden inhaltlichen Festlegungen der PPP-Richtlinie durch den Medizinischen Dienst erfolgen können, oder ob dies noch in den Aufgabenbereich des G-BA fällt, bzw. die Richtlinie an dieser Stelle zu wenig bestimmt ist. Bevor kein gesicherter wissenschaftlich-fachlicher Prozess der Festlegung und Anerkennung von Qualifikationen zur Übernahme von Regelaufgaben anderer Berufsgruppen besteht, sollte keine entsprechende Einfügung mit Verweis darauf in der PPP-RL erfolgen. Mit der aktuellen Regelung kommt es trotz Personalmangels in der Versorgung psychisch kranker Menschen zu Fällen, in denen qualifizierte und erfahrene Kräfte von der Ausübung Ihres Berufs ausgeschlossen werden. Erschwerend kommt hinzu, dass die Regelaufgaben im Fachgebiet Psychosomatik für die Berufsgruppen Pflegefachkräfte, Spezialtherapie, Sozialarbeit aus Sicht der Fachgesellschaft unpassend sind und dringend überarbeitet werden müssen. Darauf hatte die DGPM schon in früheren Stellungnahmen wiederholt hingewiesen. Zur Diskussion stehen wir gerne zur Verfügung. Die beruflichen Qualifikationen, die für eine Berücksichtigung in eines der fünf Berufsgruppen nach § 5 für die Psychosomatik sind bis auf die Berufsgruppe der Spezialtherapie ausreichend festgelegt. Es ist aus Sicht der psychosomatischen Verbände grundsätzlich zweifelhaft, ob eine weitere Prüfungsebene erforderlich ist, um die fachliche Qualifikation zur Übernahme von Regelaufgaben anderer Berufsgruppen abzusichern. Die Minutenvorgaben der PPP-RL sind nicht mit einer eindeutigen Zuordnung von Regelaufgaben zu einzelnen Berufsgruppen erfolgt. Die bestehenden Anrechnungen dienen in der Praxis auch dazu, dass Therapiekonzepte durch flexibleren Einsatz der nach § 5 anerkannten Berufsgruppen an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst werden können, z.B. in Spezialsettings für Patienten mit Essstörungen oder somatoforme Störungen. Für die aktuell in Ermangelung einer klaren Regelung der PPP-RL erfolgenden Festlegungen zu Qualifikationen durch den MD, gibt es keine Evidenz. Diese Festlegungen bestimmen aber wesentlich, wie die PPP-RL sich in der Patientenversorgung auswirkt. Die PPP-RL regelt bereits sehr weitreichend und kleinteilig den Personaleinsatz in Psych-Kliniken. Festlegungen in dieser Detailtiefe gibt es sonst in keinem weiteren

	medizinischen Fachgebiet. Mit der Einfügung einer weiteren Prüfungsebene in der Anrechnung zwischen den anerkannten Berufsgruppen sind qualitative Verschlechterungen in der Behandlung denkbar. Dies vor dem Hintergrund eines weiter gesteigerten Prüfaufwands. Schon allein aus dieser Abwägung ist von der o.g. Einfügung abzusehen.
	Änderungsvorschlag: Der Änderungs-/ bzw. Ergänzungsvorschlag des GKV-SV „und die erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt.“ ist nicht zu übernehmen.
§ 8 Abs. 5	Stellungnahme mit Begründung: Stellungnahme wie oben zu § 8 Abs. 3
	Änderungsvorschlag: Der Änderungs-/ bzw. Ergänzungsvorschlag des GKV-SV „und die erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt.“ ist nicht zu übernehmen.
§9 Abs. 3	Stellungnahme mit Begründung: Der Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer eine Mindest-Behandlungsintensität für Einzelpsychotherapie als Qualitätsempfehlung generell für alle Behandlungsbereiche einzuführen, ist in dieser Form nicht sinnvoll. Wir befürworten grundsätzlich die Intensivierung von psychotherapeutischen Leistungen in der (teil-)stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dennoch sollte die Leistung bedarfsorientiert angeboten werden und sinnvoll in den jeweiligen Behandlungskontext der Station eingebunden werden (z.B. Intensivbehandlung (9-61) versus Regelbehandlung (OPS-9-607)). Ferner sollte die Festlegung von Mindestvorgaben für die einzelnen Behandlungsbereiche auf einem Strukturmodell zur Personalbemessung beruhen. Ein grundlegendes Dilemma der PPP-RL zeigt sich an diesem Vorschlag der BPtK: Die PPP-RL unterscheidet nicht zwischen starren Mindestvorgaben und Empfehlungen für eine qualitativ hochwertige Behandlung.
	Änderungsvorschlag: Der Ergänzungsvorschlag der BPtK sollte in dieser Form nicht umgesetzt werden.

§ 10 Abs. 1 und Abs. 2	Stellungnahme mit Begründung: Den Ausführungen der BÄK und der DKG in den TrGr auf S. 16-18 wird zugestimmt.
	Änderungsvorschlag: Die von der BÄK und DKG vorgeschlagenen Änderungen in den Abs. 1 und Abs. 2 sollten übernommen werden.
§ 13 Abs. 5, Satz 1 und Abs. 6	Stellungnahme mit Begründung: Die Ausführungen des GKV-SV unter 2.9.2 auf S. 19 sind überzeugend. Die Wirkungen der Sanktionen auf Menge, Struktur und Qualität der Leistung muss erst beobachtet werden, bevor weitere Beschlüsse gefasst werden. Dies gilt insbesondere auch für den Bereich Psychosomatik, in dem in 2027 erstmals neue Mindestvorgaben gelten werden. Für die Psychosomatik wird vorgeschlagen einen ähnlich langen Beobachtungszeitraum vor der Einführung von Sanktionen einzuführen, wie den Bereichen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zugestanden wurde.
	Änderungsvorschläge: Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/BPtK zur Änderung der Frist nach Abs. 5, Satz 1 auf das Jahr 2028 sollte übernommen werden. Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/BPtK zur Änderung der Frist nach Abs. 6 auf den 30. Juni 2028 sollte übernommen werden.
§ 13 Abs. 5, Satz 3 und Satz 4	Stellungnahme mit Begründung: Zu Satz 3: Die von der DGPM in Abstimmung mit den psychosomatischen Verbänden vorgeschlagenen Minutenvorgaben in den neuen Behandlungsbereichen P1 bis P7 sind ambitioniert und sollen zu einer Verbesserung der Versorgung führen (siehe Stellungnahme zu § 3 Abs. 1). Eine sanktionsbewehrte Einführung sollte vorsichtig und unter Beobachtung ihrer Wirkung auf Menge, Struktur und Qualität der Leistung beobachtet werden. Es wird daher empfohlen die von DKG/LV/BÄK vorgeschlagene Untergrenze von 90% in Satz 3 zu übernehmen, um den Einrichtungen die benötigte Zeit zu geben, ihre Personalvorhaltung anzupassen. Ansonsten steigt das Risiko einer Einschränkung der Versorgung und/oder anderer unerwünschter Effekte, bevor die Auswirkungen beobachtet und bewertet werden konnten. Zu Satz 4: Für die Psychosomatik wird vor dem Hintergrund der ambitioniert formulierten Sanktionen dringend vorgeschlagen mit 3

	Jahren sanktionsfreier Zeit einen Beobachtungszeitraum vor der Einführung von Sanktionen einzuführen. In Anbetracht der zu erwartenden guten Passung der neuen Mindestvorgaben sowie der bereits gesammelten Erfahrung, könnte der sanktionsfreie Beobachtungszeitraum somit um 2 Jahre im Vergleich zu den Fachgebieten Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gekürzt werden. Die Vorschläge der neuen Behandlungsbereiche P1 bis P7 beruhen auf sorgfältig erhobenen Daten und bilden die Versorgungssituation in Deutschland repräsentativ ab. Sie werden von der DGPM in Abstimmung mit allen maßgeblichen psychosomatischen Verbänden zur Übernahme empfohlen. Trotzdem kann nicht genau vorhergesagt werden, wie hoch die durch das IQTIG gemessenen Abweichungen im ersten Jahr nach der Einführung sein werden. Erst aus dieser Erhebung kann abgeleitet werden, wie lang der Anpassungszeitraum sein sollte, den die Einrichtungen des Fachgebiets Psychosomatik benötigen, um die Anpassung zu vollziehen. Sollte die erwartete hohe Passgenauigkeit der neuen Mindestvorgaben eintreten, kann ggf. eine kürzere sanktionsfreie Zeit beschlossen werden. Wenn keine sanktionsfreie Zeit für die Psychosomatik beschlossen wird, entfaltet die Richtlinie unmittelbar nach ihrer Einführung in 2027 eine hohe Wirkung in der Versorgung. Auch wegen des Ambitionsniveaus der neuen Mindestvorgaben – eine Anpassung der Personalvorhaltung der meisten Einrichtungen wird erfolgen müssen – besteht das Risiko von Einschränkungen der Versorgung, bzw. andersartigen unvorhersehbaren Verwerfungen. Dies kann ggf. auch unter den Übergangsregeln in § 16 geregelt werden.
	Änderungsvorschlag: Satz 3: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK zur Streichung des Satzteils „im Jahr 2026 und 95% im Jahr 2027“ wird übernommen. Satz 4 wird ergänzt „für die Fachgebiete Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und für das Fachgebiet Psychosomatik erfolgt kein Vergütungswegfall für die Jahre 2027 bis 2029.“
§ 15 Abs. 4 (neu)	Stellungnahme mit Begründung: Die auf S. 19 und 20 unter 2.10.1 in den TrGr vorgetragenen Bedenken der DKG werden geteilt. Vor dem Hintergrund der vermuteten tiefgreifenden Veränderungen und möglicherweise auch Verwerfungen in der Versorgung durch die sanktionsbewehrte Einführung der Mindestvorgaben ist eine zeitnahe Evaluation wichtig. Die psychosomatischen Verbände sprechen sich auch für eine kontinuierliche Beobachtung und Evaluation in der Einführungsphase der Sanktionen für alle Psych-Fachgebiete aus.
	Änderungsvorschlag: Der Vorschlag § 15 Abs. 4 durch DKG/PatV/LV wird übernommen.

§ 16 Abs. 1, Satz 1 und Satz 2, Nr. 3	Stellungnahme mit Begründung: Die Ausführungen unter 2.11.1 auf S. 21 der TrGr der DKG/BÄK wird unterstützt. Auf unsere Stellungnahme zu den möglichen Auswirkungen einer zu schnellen sanktionsbewehrten Einführung der neuen Mindestvorgaben in der Psychosomatik unter § 13 Abs. 5, Satz 3 und Satz 4 wird verwiesen. Die Einführung muss zur Vermeidung von Versorgungseinschränkungen oder sonstiger Verwerfungen in der Versorgung mit Vorsicht durchgeführt werden.
	Änderungsvorschlag: § 16 Abs. 1, Satz 1: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK die Erfüllung der Einhaltung der Mindestvorgaben nach § 6 auf 2031 zu ändern sollte übernommen werden. § 16 Abs. 1, Satz 2, Nr. 3: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK den Erfüllungsgrad der Mindestvorgaben nach § 6 erst ab 2029 auf 95% festzulegen sollte übernommen werden.
§ 16 Abs. 6 (neu)	Stellungnahme mit Begründung: Der Vorschlag dieses neuen Absatz 6 ist abzulehnen. Wir verweisen auf unsere diesbezüglichen Ausführungen zu § 3 Abs. 1. Für den Vorschlag gibt es keine Evidenz, die Ausführungen des GKV-SV unter 2.11.3 auf S. 23 u. 24 der TrGr beruhen auf Missverständnissen. Die Vorschläge dienen auf jedem Fall nicht dem mit der PPP-RL verfolgten Ziel der Qualitätssicherung.
	Änderungsvorschlag: Der von GKV-SV und Pat-V vorgeschlagene neue § 16 Abs. 6 wird nicht übernommen.
Anlage 1, Minutenwerttabellen	Stellungnahme mit Begründung: Die Einfügung des Behandlungsbereichs P5 mit dessen Minutenwerten, wie von DKG und LV vorgeschlagen, soll übernommen werden. Auf unsere Stellungnahme zu § 3 Abs. 1 wird verwiesen.
	Änderungsvorschlag: Die Einfügung des Behandlungsbereichs P5 mit dessen Minutenwerten, wie von DKG und LV vorgeschlagen, wird übernommen.

Anlage 2, Eingruppierungs-kriterien	Stellungnahme mit Begründung: Die neuen Behandlungsbereiche A3 bis A5 sollen nicht übernommen werden. Auf unsere diesbezügliche Stellungnahme zu § 3 Abs. 1 wird verwiesen. P1: - Alle Abschnitte: Der Behandlungsbereich wird gemäß dem Vorschlag von DKG/LV/BÄK Psychosomatische-psychotherapeutische Regelbehandlung genannt. Die von GKV-SV/Pat-V vorgeschlagene Beschreibung in den Abschnitt 2 und 3 wird ebenfalls strikt abgelehnt. Die diesbezügliche inhaltliche Begründung des GKV-SV beruht auf Missverständnissen und Fehlinterpretationen. Folglich führt die Ableitung zu einer falschen Charakterisierung dieses größten und inhaltlich ambitioniert formulierten Behandlungsbereichs der Psychosomatik. Auf unsere diesbezügliche Stellungnahme in § 3 Abs. 1 wird verwiesen. - Abschnitte 2 und 3: Die Streichung des Codes 9-61 , wie von der BÄK vorgeschlagen, wird übernommen. Die OPS-Prozedur 9-61 ist für die hier beschriebenen Behandlungsbereiche ohne Bedeutung, da sie sich auf schwer psychiatrisch erkrankte Menschen, oft mit Selbst- und Fremdgefährdung, schweren Beeinträchtigungen des Denkens, Fühlens und Handels, für die haltgebende, Schutz und Sicherheit gebende Maßnahmen ganz im Vordergrund stehen, eine spezialisierte Psychotherapie aber nicht oder noch nicht indiziert ist, bezieht. Folgerichtig sind in dieser Prozedur unter den eingesetzten Methoden auch Einzel- und Gruppenpsychotherapie gar nicht erwähnt, sondern stattdessen supportive Einzelgespräche. P3 - Alle Abschnitte: Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen. Bisher konnte der OPS-Kode 9-62 für die Einstufung der bisher geltenden Behandlungsbereiche P2 und P4 gewählt werden. Da für die Einstufung in die bisher geltenden Behandlungsbereiche P1 und P3 der OPS-Kode 9-60 gewählt werden konnte, ist es derzeit möglich für eine im Krankenhausplan als Psychosomatik ausgewiesene Abteilung oder Klinik, die durch einen Facharzt für Psychiatrie geleitet wird, alle Behandlungsbereiche in der PPP-RL anzugeben. Rein fachlich ist dies abzulehnen. Die Krankenhausplanung leitet sich aus den Fachgebieten der Medizin ab. Schon in der Vorbereitung der EPPIK-Studie wurde deutlich, dass sich die Behandlungen in der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder-Jugend-Psychiatrie und der Psychosomatik grundlegend unterscheiden. Dies gilt für die Behandlungsstrukturen oder -settings, -methoden, -ziele und qualifikatorischen Voraussetzungen. Diese lassen sich nicht 1:1 in die Psychiatrie übertragen und nicht ohne entsprechende fachärztliche Leitung durchführen. Daher ist der Code 9-62 in den neuen Behandlungsbereichen nicht sachgerecht. Allerdings muss beachtet werden, dass derzeit ca. 35-40 von ca. 290 Akut-Abteilungen und Kliniken für Psychosomatik in

	Deutschland durch einen Facharzt für Psychiatrie geführt werden. Dies sind vorwiegend psychosomatische Abteilungen mit einem psychotherapeutischen Fokus und wenig somatischen Mitbehandlungsanteil. Die Psychiater in ltd. Position in solchen Kliniken haben sich in der Regel durch eine psychotherapeutische Zusatzausbildung oder langjährige praktische Tätigkeit in der Psychosomatik in manchen aber nicht allen Fällen genügend Wissen angeeignet, um psychosomatische Abteilungen zu leiten. Aus Sicht der psychosomatischen Verbände sollte diesen „Bestandsfällen“ im vorliegenden Entwurf durch Zulässigkeit des OPS-Kode 9-60 zur Eingruppierung in die P1 und P6 und die Zulässigkeit der Eingruppierung in die P2 mittels des OPS-Kodes 9-62 Rechnung getragen werden. Es würde sonst eine unbillige Härte darstellen diese Chefärzte durch die anstehende Änderung der PPP-RL für die psychosomatische Komplexbehandlung zu delegitimieren. Die psychosomatischen Verbände empfehlen jedoch dies als eine Übergangsregelung für bereits bestehende Chefarzt-Berufungen auszugestalten. Für die neuen Behandlungsbereiche P3, P4, P5 und P7 ist eine solche Regelung aus fachlichen Gründen strikt abzulehnen. Die Ausführungen der DKG unter 2.13 auf S. 30 sind unzutreffend. Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an einem Universitätsklinikum werden in Klinik, Forschung und Lehre von einem Facharzt/ einer Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie geleitet. - Abschnitt 2: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK in Abschnitt 2 auf die OPS-Kodes, statt wie vom GKV-SV/PatV die Berufsgruppen gemäß § 5 zu verweisen soll übernommen werden. Dies ohne den OPS-Kode 9-626 zu übernehmen. In den OPS Codes sind auch häufig in psychosomatischen Einrichtungen eingesetzte Medizinische Fachangestellte miteingeschlossen. Deren Einsatz zur Übernahme gewisser pflegerischer Tätigkeiten wird von den psychosomatischen Verbänden ausdrücklich befürwortet. Dies erleichtert die MD-QK-RL-Prüfungen. - Abschnitt 3: Die Vorschläge aller Stellung nehmenden Parteien sind für die psychosomatischen Verbände akzeptabel (unter Weglassung des OPS-Kode 9-626). Die genaue Festlegung des OPS-Zusatzkodes erfolgt durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Deshalb erscheint der Vorschlag von DKG/LV/BÄK nur auf einen „OPS-Zusatzkode“ zu verweisen praktikabler. Die DGPM hat einen den Vorstellungen von GKV-SV/PatV und DKG/LV entsprechenden Zusatzkode beim BfArM eingereicht, der dieser Stellungnahme als Anlage beigefügt ist. P4 - Abschnitt 2: In der Variante der BÄK wird der Vorschlag der psychosomatischen Verbände übernommen. Die Ergänzung des GKV-SV „integriert“ zu schreiben ist inhaltlich zutreffend. P5

	- Der Behandlungsbereich wird wie von der BÄK vorgeschlagen übernommen. Auf die Ausführungen zum OPS-Kode 9-61 zur P1 weiter oben wird verwiesen. Auf die Ausführungen zur Notwendigkeit der Einführung des Behandlungsbereichs P5 unter § 3 Abs. 1 wird ebenfalls verwiesen. P6 - Abschnitt 1: Der Vorschlag zur Benennung von DKG/LV/BÄK in Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teil-stationär wird übernommen. Auf die diesbezügliche Stellung-nahme zur P1 und unter § 3 Abs. 1 wird verwiesen. - Abschnitte 2 und 3: Die Formulierung der BÄK wird übernommen. Auf die Ausführungen zum OPS-Kode 9-61 zur P1 weiter oben wird verwiesen. P7 - Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen. Auf die diesbe-zügliche Stellungnahme zur P3 wird verwiesen.
	Änderungsvorschlag: Die neuen Behandlungsbereiche A3 bis A5 werden nicht übernommen. P1: - Abschnitt 1: Der Behandlungsbereich wird gemäß dem Vorschlag von DKG/LV/BÄK Psychosomatisch-psychotherapeutische Regel-behandlung genannt. - Abschnitte 2 und 3: Die Vorschläge von DKG/LV/BÄK werden bis auf nachfolgendes übernommen: Die Streichung des Codes 9-61, wie von der BÄK vorgeschlagen, wird übernommen. P3 - Alle Abschnitte: Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen. - Abschnitt 2: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK in Abschnitt 2 auf die OPS-Kodes, statt wie vom GKV-SV/PatV die Berufsgruppen gemäß § 5 zu verweisen soll übernommen werden. Dies ohne den OPS-Kode 9-626 zu übernehmen. - Abschnitt 3: Der der Vorschlag von DKG/LV/BÄK wird übernommen (ohne den Kode 9-626). P4 - Abschnitt 2: Der Vorschlag von GKV-SV/PatV wird übernommen - Abschnitt 3: Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/BÄK wird übernommen. P5 - Der Behandlungsbereich wird wie von der BÄK vorgeschlagen übernommen.

	- Abschnitt 1: Der Vorschlag zur Benennung von DKG/LV/BÄK in Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär wird übernommen. Auf die diesbezügliche Stellungnahme zur P1 und unter § 3 Abs. 1 wird verwiesen. - Abschnitte 2 und 3: Die Formulierung der BÄK wird übernommen. Auf die Ausführungen zum OPS-Kode 9-61 zur P1 weiter oben wird verwiesen. P6 - Abschnitt 1: Der Vorschlag zur Benennung von DKG/LV/BÄK in Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär wird übernommen. - Abschnitte 2 und 3: Die Formulierung der BÄK wird übernommen. P7 - Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen.

Hinweis: *Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.*

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: *Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.*

Anlage

OPS-Zusatzcode 9-64X Intensivierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei Erwachsenen

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

OPS 2027

Vorschlagsformular OPS Version 2027

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung, z. B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien, ist nicht gestattet.

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß untenstehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:
   ops2027-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.
   Beispiel: ops2027-komplexkodefruehreha.docx
4. Senden Sie Ihren Vorschlag möglichst zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2026** an vorschlagsverfahren@bfarm.de. Nur rechtzeitig eingegangene Vorschläge gelangen in das Abstimmungsverfahren.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0228 99307-4945, klassi@bfarm.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß Verfahrensordnung für die Festlegung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) (VerfO-ICD-OPS) gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) durchgeführt.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS.
Gemäß § 3 Absatz 1 VerfO-ICD-OPS können Vorschläge von jedem eingereicht werden. Vorzugsweise sollten die Vorschläge **durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände sollten ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (AWMF-Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) abstimmen und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einreichen (§ 3 Absatz 3 VerfO-ICD-OPS). Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht weiterbearbeitet und folglich auch nicht berücksichtigt werden.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter I. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das BfArM führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

Einräumung der Nutzungsrechte und Erklärung zum Datenschutz

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem BfArM das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.
Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie auf unseren Internetseiten (www.bfarm.de) unter Datenschutzerklärung.

Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

OPS 2027

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

I. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Kontaktdaten	Angaben der verantwortlichen Person
Organisation*	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGPM
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	dgpm.de
Anrede (inkl. Titel)*	Prof. Dr.
Name*	Friederich
Vorname*	Hans-Christoph
Straße und Hausnummer*	Robert-Koch-Platz 4
PLZ*	10115
Ort*	Berlin
E-Mail*	Hans-Christoph.Friederich@med.uni-heidelberg.de
Telefon*	06221 56-8649

Einräumung der Nutzungsrechte

☒ * Ich als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
„Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem BfArM werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich."

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

☒ * Ich willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt I. genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z. B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.

☒ Ich willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt I. genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Der Widerruf kann über das Funktionspostfach klassi@bfarm.de erfolgen.
Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

OPS 2027

II. Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner (wenn nicht mit I. identisch)

Kontaktdaten	Angaben der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners
Organisation*	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGPM
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	dgpm.de
Anrede (inkl. Titel)*	Prof. Dr.
Name*	Teufel
Vorname*	Martin
Straße und Hausnummer*	Robert-Koch-Platz 4
PLZ*	10115
Ort*	Berlin
E-Mail*	martin.teufel@lvr.de
Telefon*	0201 7227501

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

☒ * Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt II. genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z. B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.

☒ Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt II. genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.
Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie einwilligen, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag erst ab Seite 4 veröffentlicht.

Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

OPS 2027

Vorschlag OPS Version 2027

Bitte beachten Sie: Wurde die Einwilligung zur Veröffentlichung der personenbezogenen Daten nicht gegeben, so wird erst ab hier (Seite 4) veröffentlicht.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Kurzbeschreibung*

Prägnante Kurzbeschreibung des Vorschlags (maximal 85 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Kurzbeschreibung
Zusatzkode zu 9-634, der intensivierte Therapie abbildet (min 6 Therapieeinheiten)

2. Mitwirkung der Fachverbände*

Stellungnahme(n) bitte als gesonderte Datei(en) mit dem Vorschlag einreichen, s. a. **Hinweise** am Anfang des Formulars. Bitte nur **eine** der beiden nachfolgenden Checkboxen anhaken.

☐ Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.

☐ Dem BfArM werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte nur entsprechende Fachverbände auflisten, deren schriftliche Erklärungen zusammen mit dem Vorschlag übersendet werden:

Fachverbände mit schriftlicher Unterstützung
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen (VPKD), Chefärztliche Konferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser (CPKA)

3. Medizinprodukte*

Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Medizinprodukte charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Medizinprodukt benötigt bzw. eingesetzt wird.

☒ Nein

☐ Ja

a. Name Medizinprodukt

Name des Medizinproduktes und des Herstellers, ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.

Medizinprodukt

b. CE-Zertifizierung

Datum der letzten CE-Zertifizierung. Es wird darum gebeten, die CE-Zertifizierung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen.

CE-Zertifizierung

c. Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

Es wird darum gebeten, die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen.

Zweckbestimmung

4. Arzneimittel*

Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Arzneimittel charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Arzneimittel benötigt bzw. eingesetzt wird.

☒ Nein

☐ Ja

a. Name Arzneimittel

Name des Arzneimittels und des Herstellers, ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.

Arzneimittel

b. Datum Arzneimittelzulassung

Datum der letzten Arzneimittelzulassung, Name der erteilenden Institution und Anwendungsgebiet laut Fachinformation. Es wird darum gebeten, die Fachinformation zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen.

Arzneimittelzulassung

OPS 2027

5. Inhaltliche Beschreibung*

Inhaltliche Beschreibung der klassifikatorischen Änderungen (ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur)

Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags

9-64x Intensivierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei Erwachsenen

Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er kann nur in Kombination mit der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634) angegeben werden.

Dieser Kode ist zu verwenden, wenn die durchgeführten ärztlichen, psychologischen, und/oder spezialtherapeutischen Verfahren (Einzel- und Gruppentherapie) mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch Vertreter der Berufsgruppen gemäß der Kodes 9-626 bzw. 9-634 umfassen.

Für die Kodierung sind die für den Primärkode erbrachten Therapieeinheiten mit der Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten - unabhängig ob in Einzel- oder Gruppentherapie - zu addieren. Für die Codierung des OPS-Codes 9-634 sind 3 Therapieeinheiten pro Woche zu erbringen. Diese 3 Therapieeinheiten sind bei der Berechnung der Therapieeinheiten pro Woche für den vorliegenden OPS-Code erneut zu berücksichtigen.

Bei der Ermittlung der Anzahl der Therapieeinheiten sind die Vorgaben des Kodes 9-649 anzuwenden und gelten gleichermaßen auch für durchgeführte Gruppentherapien durch Spezialtherapeuten sowie Einzel- und Gruppentherapien durch Pflegefachpersonen.

Bei einer Gruppentherapie mit 13 bis 18 Patienten durch Mitglieder der Berufsgruppen Pflegefachpersonen und Spezialtherapeuten sind mindestens 2 Mitarbeitenden erforderlich.

6. Problembeschreibung und weitere Angaben

a. Problembeschreibung*

Erläuterung der gewünschten Änderung

Problembeschreibung

Im aktuell gültigen OPS System wird die intensivierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung unzureichend abgebildet. Insbesondere therapeutische Dosen von mindestens 6 Therapieeinheiten pro Woche können nicht zielführend abgebildet werden. Daraus wächst die dringende Notwendigkeit, einen neuen Code (als Zusatzcode zu 9-634) zu entwickeln. Insbesondere ist dies auch unabdingbar, da die Richtlinie zur Personalausstattung (PPP-RL) eine derartige Entwicklung notwendig macht und fordert.

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) definiert die Ausstattung der stationären Einrichtungen. Der GBA hat eine Entwurfsfassung zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027 erarbeitet. Dezidiert ist sind Behandlungsbereiche, wie sie der hier vorgeschlagene Code abbildet, in der Entwurfsfassung der Richtlinie vorgeschlagen (Behandlungsbereiche P3 und P5). Die DGPM untstützt diesen Vorschlag des GBA und fordert ebenso die Umsetzung. Personalausstattungsrichtilinie (PPP-RL) und Prozedurenerfassung (OPS 2027) müssen hier kongruent Strukturen abbilden, weshalb der vorgschlagene Code aus Sicht der DGPM unabdingbar ist.

Der vorgeschlagene OPS Code soll dazu dienen in der Routinedokumentation, ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand, der Entwurfsfassung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027 entsprechen zu können.

Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

OPS 2027

b. Weiterentwicklung Entgeltsysteme*

Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant?

Relevanz Entgeltsysteme
Der vorgeschlagene OPS Code hat zwar keinen direkten Einfluss auf Entgeldsysteme, ist jedoch zwingend erforderlich, um die in der PPP-RL vorgeschlagenen Behandlungsbereiche P3 und P5 abbilden zu können (siehe 6.a.).

c. Verbreitung des Verfahrens*

- ☐ Standard *(z. B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)*
- ☐ Etabliert *(z. B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)*
- ☐ In der Evaluation *(z. B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)*
- ☐ Experimentell *(z. B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)*
- ☐ Unbekannt

d. Leitlinien, Literatur, Studienregister

Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

Leitlinien, Literatur, Studienregister

e. Kosten*

Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Kosten
Kosten werden keine anfallen, da Leistungen nicht verändert werden. Vielmehr dient der Code dazu, auch bisher erbrachte Leistungen abbildbar zu machen. Der Code kann idealerweise sogar helfen Bürokratie abzubauen, da er aus routinemäßig erhobenen Daten generiert werden soll.

f. Kostenunterschiede*

Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern)

Kostenunterschiede
siehe e.

g. Fallzahl*

Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt

Fallzahl
siehe e.

h. Weiterentwicklung externer Qualitätssicherung*

Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

Relevanz Qualitätssicherung
Neben der oben beschriebenen Notwendigkeit, einen entsprechenden Code zu entwicklen, der den Maßgaben der PPP-RL gerecht wird, dient der Code indirekt zu Qualitätssicherung. Erbrachte Leistungen können so besser gemessen und gesichert werden.

7. Bisherige Kodierung des Verfahrens

Bitte nennen Sie, falls möglich, die Kodes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind.

Bisherige Kodierung
Bisher findet der Code 9-634 Anwendung, der allerdings die intensivierte Behandlung nicht abbildet, sondern als "Auffangbecken" dient und für die avisierte Weiterentwicklung der PPP-RL nicht zureichend ist..

8. Sonstiges

Zum Beispiel Kommentare, Anregungen o. Ä. (Literaturangaben bitte ausschließlich unter Punkt 6.d aufführen)

Sonstiges

Gemeinsamer Bundesausschuss

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027

Datum	**10. März 2026**
Stellungnahme von	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Hinweise:

- *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.*
- *Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.*

Vielen Dank!

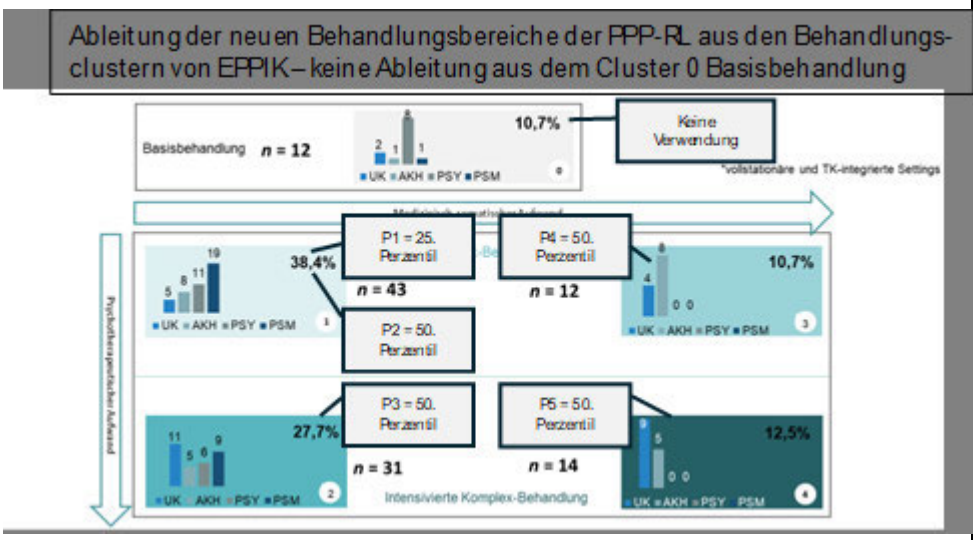
1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Sehr geehrte Damen und Herren, Das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) dankt für die Möglichkeit zum Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL Stellung nehmen zu können. Das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) schließt sich inhaltlich der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) an. Die Stellungnahme zu den spezifischen Aspekten ist inhaltsgleich mit der DGPM. Es ist sehr erfreulich, dass die Mitglieder des UA QS des G-BA den Vorschlägen der Fachgesellschaft zu neuen Behandlungsbereichen weitgehend folgen konnten. Damit würdigt der UA die mit der repräsentativen Ist-Standerhebung in psychosomatischen Einrichtungen im Rahmen der EPPIK-Studie empirisch ermittelte valide Bemessungsgrundlage für Personal-mindestvorgaben und die von der DGPM ausgearbeiteten und mit ihren psychosomatischen Partnerverbänden konsentierten Vorschläge für eine Anpassung der psychosomatischen Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben der PPP-RL. Die Personalvorgaben für die Behandlungsbereiche P2 - P5 sind dabei ambitioniert, werden aber eine positive Auswirkung auf die Versorgungsqualität im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und deren Weiterentwicklung haben. Die Behandlungsbereiche differenzieren dabei die nach Behandlungsart und -intensität notwendigen unterschiedliche Aufwände, die sich bei teilweise gleicher Gesamtpersonalzahl in sehr unterschiedlichen Gewichtungen einzelner Berufsgruppen niederschlagen. Daher sind alle empirisch abgeleiteten Behandlungsbereiche von großer Bedeutung, gerade auch der Behandlungsbereich P5. Mit der Einführung neuer Behandlungsbereiche, auf die sich die Kliniken einstellen müssen, ist der Wunsch auf Einräumung eines Übergangszeitraums von 3 Jahren ohne Sanktionen zur Beobachtung der Auswirkungen der neuen Behandlungsbereiche wie für Psychiatrie und KJPP verbunden. Die Übernahme der neuen psychosomatischen Behandlungsbereiche für die Erwachsenen-psychiatrie ist weder aus Sicht der Psychosomatik noch aus Sicht der Psychiatrie nachvollziehbar, ebenso wie die Benennung des Behandlungsbereiches P1 als Basisbehandlung seitens des GKV-SV. Hierzu werden wir nachfolgend ausführlich Stellung nehmen und hoffen damit Missverständnisse und Fehlinterpretationen, wie sie angesichts der komplexen Änderungs-vorschlägen ja vorkommen, ausräumen zu können. Im Folgenden werden wir im Einzelnen auf die dissenten Änderungsvorschläge eingehen, die den Versorgungsbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie betreffen.

Hinweis: *Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.*

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge ***Hinweis:*** *Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.*
§ 3 Absatz 1	Stellungnahme mit Begründung: Die Vorschläge des GKV-SV, teils durch PatV und BPtK unterstützt, - der Umbenennung des Behandlungsbereich P1 von „Regelbehandlung“ in „Basisbehandlung“, - zur Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche P2-P4 sowie P7 als A3 bis A5 sowie A8 und - den Behandlungsbereich P5 nicht zu übernehmen werden entschieden abgelehnt. Die Begründungen, auf die diese Vorschläge gestützt werden, beruhen entweder auf Missverständnissen oder sind fehlerhaft. *Zum Vorschlag des GKV-SV - der Umbenennung des Behandlungsbereich P1 von „Regelbehandlung“ in „Basisbehandlung“* Die Vorschläge der Behandlungsbereiche P1-P7 der psychosomatischen Fachverbände beziehen sich auf die Ergebnisse des Teilprojektes 2 (Psychosomatik) der EPPIK-Studie („EPPIK“), der Ist-Standerhebung in der Psychosomatik. Die Minutenwerte sind also Ergebnis empirischer Ist-Daten aus der Versorgung. In diesem Teilprojekt erfolgte für die Psychosomatik eine empirische Überprüfung des Plattformmodells (eines Strukturmodells zur Abschätzung des Behandlungsaufwands unter Berücksichtigung von Bedarfs- und Behandlungsclustern) entsprechend der Intensität der therapeutischen Leistungen sowie dem Aufwand der somatisch-medizinischen Versorgung. Daraus ergaben sich vier Behandlungscluster (normaler vs. erhöhter somatischer Aufwand sowie Komplex- vs. intensivierte Komplexbehandlung) und eine Kategorie ‚Basisbehandlung‘ (Cluster 0). **Die Mindestvorgabe der P1 wurde aus dem „Cluster“ 1 von EPPIK abgeleitet**, der in der Studie als psychosomatische Komplexbehandlung und nicht als Basisbehandlung beschrieben wurde. Psychosomatische Komplexbehandlung ist die Bezeichnung für den multiprofessionellen (teil-)stationären Behandlungsprozess, der kennzeichnend für psychosomatische Behandlung ist. In diesem Cluster 1 wurden 38,4% der untersuchten psychosomatischen Kliniken und Abteilungen eingeteilt (siehe Abbildung unten). Weil sich in diesem „Cluster“ auch die größte Anzahl Fachkliniken befand, ist der Anteil der darin abgebildeten Fälle und Pflegetage der Studie noch höher (wie von der DKG hervorgehoben). Diese Personalausstattung kommt also in der Mehrheit der Fälle in der Psychosomatik – in der „Regel“ – zur Anwendung.



Grafik: Verteilung der Anzahl Abteilungen auf Cluster 0 bis Cluster 4 in der Adaption des Plattformmodells zur Abschätzung des Behandlungsaufwands im Teilprojekt 2 (Psychosomatik) der EPPIK-Studie

Die Bezeichnung „Regelbehandlung“ ist inhaltlich daher mindestens zutreffend. Auch wird die Bezeichnung „Regelbehandlung“ der Ausstattung des Behandlungssettings gerecht, weil der personell schlechter ausgestattete und in EPPIK als „Basisbehandlung“ bezeichnete Cluster eben **nicht** dafür herangezogen wurde (siehe oben).

Anders als in den TrGr unter 2.2.1 auf S.5 vom GKV-SV dargestellt sind also die Mindestvorgaben der P1 nicht aus dem Cluster 0 abgeleitet, sondern aus dem Cluster 1 der EPPIK-Studie. Die vom GKV-SV abgebildete Grafik des GKV-SV in den Tragenden Gründen auf S. 6 wird inhaltlich falsch eingeordnet. Auch wenn nur 10,7% der Settings in P1 abgebildet sind, so sagt dies nichts über die in diesem Behandlungssetting abgebildete Anzahl der Fälle und Pflegetage aus. Im Cluster 1 sind 38,7% der Settings und weitaus mehr Fälle und Pflegetage abgebildet, weil er eine hohe Anzahl größerer Kliniken und Abteilungen enthält. Der Anteil Betten und Fälle in der P1 beträgt daher mindestens 25% der Gesamtfälle in EPPIK. Das Abstellen des GKV-SV auf S. 5 der TrGr auf 10,7% der Anzahl Settings erweckt fälschlicherweise den Eindruck, es handele sich um einen sehr geringen Anteil des Versorgungsgeschehens. Es handelt sich in der fachlichen Einschätzung – anders als vom GKV-SV dargestellt – eben nicht um eine Behandlungsform, die eine Ausnahme darstellen sollte, sondern um den mengenmäßig größten Anteil der in den Settings abgebildeten Patienten und Fälle.

Die Behandlungsbereiche P2-P5 bilden Sonderformen für kleinere Fallgruppen, also intensivierte Komplexbehandlung, die integrierte Komplexbehandlung, usw. ab. Die Bezeichnung als „Basisbehandlung“ würde suggerieren, dass nur das Mindeste gemacht wird und wie es der GKV-SV in den TrGr ausführt eine Ausnahme darstellen sollte. Das wird dem Ambitionsniveau dieses Behandlungsbereichs und der Arbeit der zahlreichen Kliniken und Abteilungen inhaltlich nicht gerecht. Deshalb zur Klarstellung:

	1. **Die Vorgaben der P1 sind ambitioniert.** Aus der oben abgebildeten Cluster-Einteilung der Kliniken und Abteilungen wurde aus Cluster 1 (38,4%, n=43) die Mindestvorgaben der P1 und P2 abgeleitet. Die Minutenwerte der P1 sind die Minutenwerte aller Berufsgruppen im 25% Perzentil (1. Quartil) aller Kliniken. Das heißt 24,9% aller Kliniken dieses größten Clusters der Psychosomatik erfüllen diese Vorgaben noch nicht und müssen ihr Personal entsprechend anheben. Das Cluster 0 wurde nicht für die Formulierung herangezogen. Die Kliniken in Cluster 0 werden ihre Personalausstattung ebenfalls anpassen müssen, um P1 oder P2 zu erreichen. Bei Annahme des vorliegenden Vorschlags werden also zahlreiche psychosomatische Kliniken und Abteilungen mit einer Anhebung der Mindestpersonalausstattung konfrontiert sein. 2. **Der Vorschlag des GKV-SV ist nicht als ein Vorschlag zur Qualitätssicherung im Sinne der PPP-RL interpretierbar**. Das Fachgebiet Akutpsychosomatik umfasst heute ca. 15.000 Betten und Plätze in Deutschland. In einer gegenläufigen Entwicklungsdynamik zur Psychiatrie sind 2/3 davon in den letzten 20 Jahren entstanden. Die Psychosomatik ist ein bedarfsgemäß wachsendes Fach mit funktionierenden Strukturen und hoher Inanspruchnahme. Das Behandlungsziel ist aufgrund der störungs- und kontextspezifischen Behandlung stärker kurativ ausgerichtet. Die (teil-)stationäre multimodale (intensivierte) psychosomatische Komplexbehandlung ist bei schweren und komplizierten psychosomatischen Erkrankungen mit spezifischen Indikationskriterien häufig initial alternativlos und nicht ambulantisierbar. Komplexe ambulante Behandlungsstrukturen können stationäre Behandlungen verkürzen, aber nur bis zu einer für eine kurative Wirksamkeit kritischen Verweildauer. **Anders als in der Erwachsenenpsychiatrie, gibt es in der Psychosomatik keine stationären Strukturen, die ambulantisiert werden können oder gar müssten. Ein wesentliches Ergebnis von EPPIK war, dass die Patienten aller Behandlungscluster der Studie nach dem HoNoS-Summenscore etwa gleich schwer krank sind** (damit auch alle Patienten von P1 bis P7) und die Krankheitslast derjenigen internationaler Vergleichsstudien von stationär behandelten psychisch Erkrankten Menschen entspricht. **Anders gesagt: die nach wissenschaftlich Methoden gemessene Krankheitslast der Menschen in psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland in der bisher größten und repräsentativen Studie (EPPIK) entspricht der Krankheitslast in Psychiatrien (z.B. Schweiz[1]), (siehe Grafik unten).** Das Fachgebiet Psychosomatik sieht sich häufig mit Unkenntnis über die unterschiedlichen Strukturen von Psychiatrie und

[1] z.B. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Krankenhäusern ANQ (2014). Nationaler Vergleichsbericht (Schweiz): Stationäre Psychiatrie Erwachsene: Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene (Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Maßnahmen“). Version 1.1., S. 61.

Psychosomatik in den Behandlungsmitteln, Behandlungszielen und Qualifikationen der Berufsgruppen, der Fallschwere der Patienten und insbesondere auch der sich stark unterscheidenden Anforderungen an die Facharztqualifikation konfrontiert. Der Vorschlag, weite Teile der Psychosomatik als „Basisbehandlung“ zu bezeichnen, kann in diesem Zusammenhang gesehen werden.

		HoNOS Summenscore		
	N	25. Perzentil	Median	75. Perzentil
Behandlungscluster 1	42	14,79	16,58	19,20
Behandlungscluster 2	29	13,91	16,57	18,44
Behandlungscluster 3	11	12,87	14,19	17,12
Behandlungscluster 4	14	13,50	16,48	20,15

HoNoS Summenscore der 4 für die Formulierung der Behandlungsbereiche P1 bis P7 herangezogenen Cluster aus EPPIK

3. Auch wenn künftig für ca. ¾ aller in der EPPIK-Studie abgebildeten Fälle Behandlungsbereichen zugeordnet werden, in denen eine Therapiedosis von mindestens 3 TE durch Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen als Voraussetzung zur Eingruppierung erbracht werden müssen, kann dennoch nicht für alle Bereiche der Psychosomatik ein solches Leistungsniveau für die Eingruppierung empfohlen werden. Dieses Leistungsniveau ist nicht in allen Behandlungskonstellationen sinnvoll. In den Fachgebieten Psychiatrie und Kinder-Jugend-Psychiatrie ist der Leistungsbezug nicht üblicherweise ein Eingruppierungskriterium. Die Ausführungen des GKV-SV in den TrGr auf S. 5 insinuieren, dass ein geringeres Niveau als 3 TE einen Mangel darstellt und „eine Ausnahme darstellen sollte“. Für diese Behauptung besteht keine Evidenz und sie kann von wissenschaftlicher Seite auch nicht bestätigt werden.

Zum Vorschlag des GKV-SV zur Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche P2-P4 sowie P7 als A3 bis A5 sowie A8

Das gesamte Teilprojekt Psychosomatik der EPPIK-Studie untersuchte ausschließlich psychosomatisch-psychotherapeutische Settings in Universitätskliniken, Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern, die gleichzeitig eine Weiterbildungsermächtigung für den Facharzt für Psychosomatische Medizin hatten (Voraussetzung: Leitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin). Es ist schon von diesem Ansatz her nicht auf ein anderes Fachgebiet mit anderen Behandlungsmitteln, -methoden, -zielen und qualifikatorischen Voraussetzungen zu übertragen. Anders als für die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder-Jugend-Psychiatrie hat der Innovationsausschuss beim G-BA in seinem Beschluss vom 20.06.2025 festgestellt, dass die EPPIK-Studie für die Psychosomatik (und nur für diese) erstmalig eine empirische Datenbasis für die Personalbemessung liefert. Die Daten der Ist-Standerhebung seien eine gute Grundlage für Personalmindestvorgaben der behandelnden Berufsgruppen und könnten als Orientierung für eine sachgerechte

	Anpassung der derzeitigen Personalmindestvorgaben für die stationäre und teilstationäre psychosomatische Versorgung dienen. Es liegen keine vergleichbaren Daten aus der Erwachsenenpsychiatrie vor, so dass keine Aussagen darüber gemacht werden können, ob die Ergebnisse aus der Psychosomatik übertragbar sind. Aus der Kenntnis der Unterschiede der Versorgungssituation in beiden Fachgebieten ist jedoch stark davon auszugehen, dass eine Übertragung der Vorschläge für die Psychosomatik auf die Psychiatrie wenig sinnvoll ist. Dies zeigen letztlich auch die aus der Empirie der Ist-Standerhebung in der Psychosomatik abgeleiteten und stark von der Psychiatrie abweichenden Vorschläge für die Minutenwerte der neuen psychosomatischen Behandlungsbereiche P1 und P7. Auch bestehen keine Anhaltspunkte, mit denen man die Vorschläge für die Psychosomatik für eine Anwendung in der Psychiatrie „weiter-entwickeln“ könnte. Ein ähnlicher Versuch mit der Schaffung des Behandlungsbereichs A7 und A8, für den die Minutenwerte der bisherigen P2 und P4 aus der PPP-RL übernommen wurde, blieb ohne Erfolg. Die A7 wird von psychiatrischen Einrichtungen kaum angewendet. Jetzt schon eine Weiterentwicklung der Vorschläge der psychosomatischen Verbände, insbesondere eine Übertragung auf die Psychiatrie durchzuführen, noch bevor diese Vorschläge im eigentlichen Fachgebiet überhaupt eingeführt wurden, erscheint abwegig. Für die Psychiatrie liegt nahe, eine ähnliche Ist-Standerhebung durchzuführen, wie in der EPPIK-Studie für die Psychosomatik, um ein transparentes Bild über die Ausgangssituation zu erhalten. Darüber hinaus sind die Ausführungen des GKV-SV unzutreffend. Es gibt nicht regelhaft psychiatrische Fachabteilungen, die psychosomatische Leistungen anbieten, wie der GKV-SV auf S. 6 der TrGr. behauptet, wie auch die Befunde des IQTiG deutlich zeigen. Selbst in NRW – dem Land mit der geringsten Anzahl psychosomatischer Plätze je Einwohner in Deutschland – werden im Krankenhausplan eigene akutpsychosomatische Abteilungen ausgewiesen. Im Übrigen sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die psychosomatische Unterversorgung in NRW zu erheblichen Patientenströmen aus NRW in andere Bundesländer mit psychosomatischen akutstationären Strukturen führt (u.a. Niedersachsen, Baden-Württemberg, Hessen und Bayern) und daher sicher nicht als modellbildend für psychosomatische Versorgung in Deutschland herangezogen werden kann. Die Empfehlung der Übernahme der psychosomatischen Behandlungs-bereiche P2-P4 sowie P7 als A3 bis A5 sowie A8 ist aus diesem und allen o.g. Gründen mit dem Ziel der Qualitätssicherung der PPP-Richtlinie nicht in Einklang zu bringen. Die psychosomatischen Verbände legen auf Qualitätssicherung und fachliche Qualifikation (gesichert über den Facharztstandard) allerhöchsten Wert. *Zum Vorschlag von GKV-SV/PatV der Streichung des Behandlungsbereichs P5*

	Die EPPIK-Studie hat empirisch nachgewiesen, dass im stationären Setting die Aufwände der einzelnen Berufsgruppen in Abhängigkeit von der Intensität der psychotherapeutischen Behandlung und der Intensität der Mitbehandlung einer somatischen Komorbidität differieren und daher für die Personalbemessung zu differenzieren sind. In der P5 (Intensivierte integrierte Komplexbehandlung) sind die ärztlichen und pflegerischen Behandlungsminuten gegenüber der P4 ca. 15% erhöht. In dieser Unterscheidung spiegelt sich der höhere Therapieaufwand von Patient:innen, die neben einer integrierten somatischen Behandlung auch eine intensivierte psychotherapeutische Behandlung bedürfen. Die richtige Abbildung der Bandbreite somatisch integriert arbeitender Abteilungen stellt eine Herausforderung dar. Die P5 bildet die Versorgung von gleichzeitig körperlich und psychisch schwerst kranken Patient:innen ab. Die höheren Werte der P5 bilden trotzdem in einigen Fällen den hohe Personaleinsatz damit noch nicht ausreichend ab – höhere Minutenwerte wären eigentlich für eine leitliniengerechte Versorgung wünschenswert. Bei den Vorgaben handelt es sich jedoch um eine Mindestanforderung. **Würde man den Behandlungsbereich P5 streichen, würde für die Versorgung schwerstkranker Patienten auf jeden Fall zu geringe ärztliche und pflegerische Vorgaben resultieren.** Die Argumentation des GKV-SV in den TrGr unter 2.2.1 auf S.5 stellt auf das Gesamtpersonal von P4 und P5 ab. Weil P5 geringfügig weniger Gesamtpersonal vorhalte als P4, sei ein eigener Behandlungsbereich P5 nicht erforderlich. Das ist nicht nachvollziehbar. **Es kommt gerade auf die Differenzierung nach Berufsgruppen („Personalmix“) an, um die oben beschriebenen spezialisierten Behandlungssettings zu realisieren.** Die PPP-RL greift als zentralen Aspekt die Differenzierung nach Berufsgruppen auf. Sicherlich ist die Realisierung des Behandlungsbereichs P5 wegen des hohen Anteils an Ärzten und Pflegefachkräften teurer als dasjenige der P4.
	Änderungsvorschlag: Übernahme der Vorschläge der DKG und sich anschließender Verbände in allen Punkten.
§ 8 Abs. 3	Stellungnahme mit Begründung: Den Ausführungen der DKG in den TrGr S. 9 wird zugestimmt. Der DGPM ist nicht klar, auf welche „erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben“ mit der Einfügung verwiesen werden soll. Dies ist bisher nirgends verbindlich festgelegt. Es gibt derzeit keinen wissenschaftlich-fachlichen Konsens, mit welchen Qualifikationen welche Regelaufgaben der PPP-RL übernommen werden können. Welche fachliche Qualifikation muss z.B. vorgewiesen werden, wenn eine Pflegefachkraft die Regelaufgabe „Mitwirkung bei der Rehabilitations-planung“ aus der Berufsgruppe der Spezialtherapie übernimmt? Oder welche Qualifikation muss vorgewiesen werden, wenn ein

	Spezialtherapeut die Aufgabe „Mitwirkung bei der Gruppentherapie“ für eine Pflegefachkraft übernimmt? Weil es hierzu keine verbindlichen oder nachvollziehbaren Festlegungen gibt, entstehen die von der DKG beschriebenen Konflikte auf der Ortsebene in Prüfungen. Aktuell legen die Medizinischen Dienste (MD) häufig diese Anforderungen nach eigener Einschätzung einseitig fest. Die Festlegungen sind dann nicht nur von Bundesland zu Bundesland, bzw. MD zu MD unterschiedlich, sondern sie entbehren auch einer fachlichen Grundlage. Teilweise verfügen die MD der Länder auch über keine Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Der MD ist nicht befähigt und auch nirgends ermächtigt solche Festlegungen zu treffen. Die MDs sollten dringend von der Aufgabe entlastet werden. Es stellt sich grundsätzlich die Frage, ob es gesetzlich zulässig ist, dass solch weitreichenden inhaltlichen Festlegungen der PPP-Richtlinie durch den Medizinischen Dienst erfolgen können, oder ob dies noch in den Aufgabenbereich des G-BA fällt, bzw. die Richtlinie an dieser Stelle zu wenig bestimmt ist. Bevor kein gesicherter wissenschaftlich-fachlicher Prozess der Festlegung und Anerkennung von Qualifikationen zur Übernahme von Regelaufgaben anderer Berufsgruppen besteht, sollte keine entsprechende Einfügung mit Verweis darauf in der PPP-RL erfolgen. Mit der aktuellen Regelung kommt es trotz Personalmangels in der Versorgung psychisch kranker Menschen zu Fällen, in denen qualifizierte und erfahrene Kräfte von der Ausübung Ihres Berufs ausgeschlossen werden. Erschwerend kommt hinzu, dass die Regelaufgaben im Fachgebiet Psychosomatik für die Berufsgruppen Pflegefachkräfte, Spezialtherapie, Sozialarbeit aus Sicht der Fachgesellschaft unpassend sind und dringend überarbeitet werden müssen. Darauf hatte die DGPM schon in früheren Stellungnahmen wiederholt hingewiesen. Zur Diskussion stehen wir gerne zur Verfügung. Die beruflichen Qualifikationen, die für eine Berücksichtigung in eines der fünf Berufsgruppen nach § 5 für die Psychosomatik sind bis auf die Berufsgruppe der Spezialtherapie ausreichend festgelegt. Es ist aus Sicht der psychosomatischen Verbände grundsätzlich zweifelhaft, ob eine weitere Prüfungsebene erforderlich ist, um die fachliche Qualifikation zur Übernahme von Regelaufgaben anderer Berufsgruppen abzusichern. Die Minutenvorgaben der PPP-RL sind nicht mit einer eindeutigen Zuordnung von Regelaufgaben zu einzelnen Berufsgruppen erfolgt. Die bestehenden Anrechnungen dienen in der Praxis auch dazu, dass Therapiekonzepte durch flexibleren Einsatz der nach § 5 anerkannten Berufsgruppen an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst werden können, z.B. in Spezialsettings für Patienten mit Essstörungen oder somatoforme Störungen. Für die aktuell in Ermangelung einer klaren Regelung der PPP-RL erfolgenden Festlegungen zu Qualifikationen durch den MD, gibt es keine Evidenz. Diese Festlegungen bestimmen aber wesentlich, wie die PPP-RL sich in der Patientenversorgung auswirkt. Die PPP-RL regelt bereits sehr weitreichend und kleinteilig den Personaleinsatz in Psych-Kliniken. Festlegungen in dieser Detailtiefe gibt es sonst in keinem weiteren

	medizinischen Fachgebiet. Mit der Einfügung einer weiteren Prüfungsebene in der Anrechnung zwischen den anerkannten Berufsgruppen sind qualitative Verschlechterungen in der Behandlung denkbar. Dies vor dem Hintergrund eines weiter gesteigerten Prüfaufwands. Schon allein aus dieser Abwägung ist von der o.g. Einfügung abzusehen.
	Änderungsvorschlag: Der Änderungs-/ bzw. Ergänzungsvorschlag des GKV-SV „und die erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt.“ ist nicht zu übernehmen.
§ 8 Abs. 5	Stellungnahme mit Begründung: Stellungnahme wie oben zu § 8 Abs. 3
	Änderungsvorschlag: Der Änderungs-/ bzw. Ergänzungsvorschlag des GKV-SV „und die erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt.“ ist nicht zu übernehmen.
§ 10 Abs. 1 und Abs. 2	Stellungnahme mit Begründung: Den Ausführungen der BÄK und der DKG in den TrGr auf S. 16-18 wird zugestimmt.
	Änderungsvorschlag: Die von der BÄK und DKG vorgeschlagenen Änderungen in den Abs. 1 und Abs. 2 sollten übernommen werden.
§ 13 Abs. 5, Satz 1 und Abs. 6	Stellungnahme mit Begründung: Die Ausführungen des GKV-SV unter 2.9.2 auf S. 19 sind überzeugend. Die Wirkungen der Sanktionen auf Menge, Struktur und Qualität der Leistung muss erst beobachtet werden, bevor weitere Beschlüsse gefasst werden. Dies gilt insbesondere auch für den Bereich Psychosomatik, in dem in 2027 erstmals neue Mindestvorgaben gelten werden. Für die Psychosomatik wird vorgeschlagen einen ähnlich langen Beobachtungszeitraum vor der Einführung von Sanktionen einzuführen,

	wie den Bereichen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zugestanden wurde.
	Änderungsvorschläge: Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/BPtK zur Änderung der Frist nach Abs. 5, Satz 1 auf das Jahr 2028 sollte übernommen werden. Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/BPtK zur Änderung der Frist nach Abs. 6 auf den 30. Juni 2028 sollte übernommen werden.
§ 13 Abs. 5, Satz 3 und Satz 4	Stellungnahme mit Begründung: Zu Satz 3: Die von der DGPM in Abstimmung mit den psychosomatischen Verbänden vorgeschlagenen Minutenvorgaben in den neuen Behandlungsbereichen P1 bis P7 sind ambitioniert und sollen zu einer Verbesserung der Versorgung führen (siehe Stellungnahme zu § 3 Abs. 1). Eine sanktionsbewehrte Einführung sollte vorsichtig und unter Beobachtung ihrer Wirkung auf Menge, Struktur und Qualität der Leistung beobachtet werden. Es wird daher empfohlen die von DKG/LV/BÄK vorgeschlagene Untergrenze von 90% in Satz 3 zu übernehmen, um den Einrichtungen die benötigte Zeit zu geben, ihre Personalvorhaltung anzupassen. Ansonsten steigt das Risiko einer Einschränkung der Versorgung und/oder anderer unerwünschter Effekte, bevor die Auswirkungen beobachtet und bewertet werden konnten. Zu Satz 4: Für die Psychosomatik wird vor dem Hintergrund der ambitioniert formulierten Sanktionen dringend vorgeschlagen mit 3 Jahren sanktionsfreier Zeit einen Beobachtungszeitraum vor der Einführung von Sanktionen einzuführen. In Anbetracht der zu erwartenden guten Passung der neuen Mindestvorgaben sowie der bereits gesammelten Erfahrung, könnte der sanktionsfreie Beobachtungszeitraum somit um 2 Jahre im Vergleich zu den Fachgebieten Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gekürzt werden. Die Vorschläge der neuen Behandlungsbereiche P1 bis P7 beruhen auf sorgfältig erhobenen Daten und bilden die Versorgungssituation in Deutschland repräsentativ ab. Sie werden von der DGPM in Abstimmung mit allen maßgeblichen psychosomatischen Verbänden zur Übernahme empfohlen. Trotzdem kann nicht genau vorhergesagt werden, wie hoch die durch das IQTIG gemessenen Abweichungen im ersten Jahr nach der Einführung sein werden. Erst aus dieser Erhebung kann abgeleitet werden, wie lang der Anpassungszeitraum sein sollte, den die Einrichtungen des Fachgebiets Psychosomatik benötigen, um die Anpassung zu vollziehen.

	Sollte die erwartete hohe Passgenauigkeit der neuen Mindestvorgaben eintreten, kann ggf. eine kürzere sanktionsfreie Zeit beschlossen werden. Wenn keine sanktionsfreie Zeit für die Psychosomatik beschlossen wird, entfaltet die Richtlinie unmittelbar nach ihrer Einführung in 2027 eine hohe Wirkung in der Versorgung. Auch wegen des Ambitionsniveaus der neuen Mindestvorgaben – eine Anpassung der Personalvorhaltung der meisten Einrichtungen wird erfolgen müssen – besteht das Risiko von Einschränkungen der Versorgung, bzw. andersartigen unvorhersehbaren Verwerfungen. Dies kann ggf. auch unter den Übergangsregeln in § 16 geregelt werden.
	Änderungsvorschlag: Satz 3: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK zur Streichung des Satzteils „im Jahr 2026 und 95% im Jahr 2027“ wird übernommen. Satz 4 wird ergänzt „für die Fachgebiete Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und für das Fachgebiet Psychosomatik erfolgt kein Vergütungswegfall für die Jahre 2027 bis 2029.“
§ 15 Abs. 4 (neu)	Stellungnahme mit Begründung: Die auf S. 19 und 20 unter 2.10.1 in den TrGr vorgetragenen Bedenken der DKG werden geteilt. Vor dem Hintergrund der vermuteten tiefgreifenden Veränderungen und möglicherweise auch Verwerfungen in der Versorgung durch die sanktionsbewehrte Einführung der Mindestvorgaben ist eine zeitnahe Evaluation wichtig. Die psychosomatischen Verbände sprechen sich auch für eine kontinuierliche Beobachtung und Evaluation in der Einführungsphase der Sanktionen für alle Psych-Fachgebiete aus.
	Änderungsvorschlag: Der Vorschlag § 15 Abs. 4 durch DKG/PatV/LV wird übernommen.
§ 16 Abs. 1, Satz 1 und Satz 2, Nr. 3	Stellungnahme mit Begründung: Die Ausführungen unter 2.11.1 auf S. 21 der TrGr der DKG/BÄK wird unterstützt. Auf unsere Stellungnahme zu den möglichen Auswirkungen einer zu schnellen sanktionsbewehrten Einführung der neuen Mindestvorgaben in der Psychosomatik unter § 13 Abs. 5, Satz 3 und Satz 4 wird verwiesen. Die Einführung muss zur Vermeidung von Versorgungseinschränkungen oder sonstiger Verwerfungen in der Versorgung mit Vorsicht durchgeführt werden.
	Änderungsvorschlag: § 16 Abs. 1, Satz 1: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK die Erfüllung der Einhaltung der Mindestvorgaben nach § 6 auf 2031 zu ändern sollte übernommen werden.

	§ 16 Abs. 1, Satz 2, Nr. 3: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK den Erfüllungsgrad der Mindestvorgaben nach § 6 erst ab 2029 auf 95% festzulegen sollte übernommen werden.
§ 16 Abs. 6 (neu)	Stellungnahme mit Begründung: Der Vorschlag dieses neuen Absatz 6 ist abzulehnen. Wir verweisen auf unsere diesbezüglichen Ausführungen zu § 3 Abs. 1. Für den Vorschlag gibt es keine Evidenz, die Ausführungen des GKV-SV unter 2.11.3 auf S. 23 u. 24 der TrGr beruhen auf Missverständnissen. Die Vorschläge dienen auf jedem Fall nicht dem mit der PPP-RL verfolgten Ziel der Qualitätssicherung.
	Änderungsvorschlag: Der von GKV-SV und Pat-V vorgeschlagene neue § 16 Abs. 6 wird nicht übernommen.
Anlage 1, Minuten-werttabellen	Stellungnahme mit Begründung: Die Einfügung des Behandlungsbereichs P5 mit dessen Minutenwerten, wie von DKG und LV vorgeschlagen, soll übernommen werden. Auf unsere Stellungnahme zu § 3 Abs. 1 wird verwiesen.
	Änderungsvorschlag: Die Einfügung des Behandlungsbereichs P5 mit dessen Minutenwerten, wie von DKG und LV vorgeschlagen, wird übernommen.
Anlage 2, Eingruppierungs-kriterien	Stellungnahme mit Begründung: Die neuen Behandlungsbereiche A3 bis A5 sollen nicht übernommen werden. Auf unsere diesbezügliche Stellungnahme zu § 3 Abs. 1 wird verwiesen. P1: - Alle Abschnitte: Der Behandlungsbereich wird gemäß dem Vorschlag von DKG/LV/BÄK Psychosomatische-psychothera-peutische Regelbehandlung genannt. Die von GKV-SV/Pat-V vorgeschlagene Beschreibung in den Abschnitt 2 und 3 wird ebenfalls strikt abgelehnt. Die diesbezügliche inhaltliche Begründung des GKV-SV beruht auf Missverständnissen und Fehlinterpretationen. Folglich führt die Ableitung zu einer falschen Charakterisierung dieses größten und inhaltlich ambitioniert

	formulierten Behandlungsbereichs der Psychosomatik. Auf unsere diesbezügliche Stellungnahme in § 3 Abs. 1 wird verwiesen. - Abschnitte 2 und 3: Die Streichung des Codes 9-61 , wie von der BÄK vorgeschlagen, wird übernommen. Die OPS-Prozedur 9-61 ist für die hier beschriebenen Behandlungsbereiche ohne Bedeutung, da sie sich auf schwer psychiatrisch erkrankte Menschen, oft mit Selbst- und Fremdgefährdung, schweren Beeinträchtigungen des Denkens, Fühlens und Handels, für die haltgebende, Schutz und Sicherheit gebende Maßnahmen ganz im Vordergrund stehen, eine spezialisierte Psychotherapie aber nicht oder noch nicht indiziert ist, bezieht. Folgerichtig sind in dieser Prozedur unter den eingesetzten Methoden auch Einzel- und Gruppenpsychotherapie gar nicht erwähnt, sondern stattdessen supportive Einzelgespräche. P3 - Alle Abschnitte: Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen. Bisher konnte der OPS-Kode 9-62 für die Einstufung der bisher geltenden Behandlungsbereiche P2 und P4 gewählt werden. Da für die Einstufung in die bisher geltenden Behandlungsbereiche P1 und P3 der OPS-Kode 9-60 gewählt werden konnte, ist es derzeit möglich für eine im Krankenhausplan als Psychosomatik ausgewiesene Abteilung oder Klinik, die durch einen Facharzt für Psychiatrie geleitet wird, alle Behandlungsbereiche in der PPP-RL anzugeben. Rein fachlich ist dies abzulehnen. Die Krankenhausplanung leitet sich aus den Fachgebieten der Medizin ab. Schon in der Vorbereitung der EPPIK-Studie wurde deutlich, dass sich die Behandlungen in der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder-Jugend-Psychiatrie und der Psychosomatik grundlegend unterscheiden. Dies gilt für die Behandlungsstrukturen oder -settings, -methoden, -ziele und qualifikatorischen Voraussetzungen. Diese lassen sich nicht 1:1 in die Psychiatrie übertragen und nicht ohne entsprechende fachärztliche Leitung durchführen. Daher ist der Code 9-62 in den neuen Behandlungsbereichen nicht sachgerecht. Allerdings muss beachtet werden, dass derzeit ca. 35-40 von ca. 290 Akut-Abteilungen und Kliniken für Psychosomatik in Deutschland durch einen Facharzt für Psychiatrie geführt werden. Dies sind vorwiegend psychosomatische Abteilungen mit einem psychotherapeutischen Fokus und wenig somatischen Mitbehandlungsanteil. Die Psychiater in ltd. Position in solchen Kliniken haben sich in der Regel durch eine psychotherapeutische Zusatzausbildung oder langjährige praktische Tätigkeit in der Psychosomatik in manchen aber nicht allen Fällen genügend Wissen angeeignet, um psychosomatische Abteilungen zu leiten. Aus Sicht der psychosomatischen Verbände sollte diesen „Bestandsfällen“ im vorliegenden Entwurf durch Zulässigkeit des OPS-Kode 9-60 zur Eingruppierung in die P1 und P6 und die Zulässigkeit der Eingruppierung in die P2 mittels des OPS-Kodes 9-62 Rechnung getragen werden. Es würde sonst eine unbillige Härte darstellen diese Chefärzte durch die anstehende Änderung der PPP-RL für die

	psychosomatische Komplexbehandlung zu delegitimieren. Die psychosomatischen Verbände empfehlen jedoch dies als eine Übergangsregelung für bereits bestehende Chefarzt-Berufungen auszugestalten. Für die neuen Behandlungsbereiche P3, P4, P5 und P7 ist eine solche Regelung aus fachlichen Gründen strikt abzulehnen. Die Ausführungen der DKG unter 2.13 auf S. 30 sind unzutreffend. Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an einem Universitätsklinikum werden in Klinik, Forschung und Lehre von einem Facharzt/ einer Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie geleitet. - Abschnitt 2: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK in Abschnitt 2 auf die OPS-Kodes, statt wie vom GKV-SV/PatV die Berufsgruppen gemäß § 5 zu verweisen soll übernommen werden. Dies ohne den OPS-Kode 9-626 zu übernehmen. In den OPS Codes sind auch häufig in psychosomatischen Einrichtungen eingesetzte Medizinische Fachangestellte miteingeschlossen. Deren Einsatz zur Übernahme gewisser pflegerischer Tätigkeiten wird von den psychosomatischen Verbänden ausdrücklich befürwortet. Dies erleichtert die MD-QK-RL-Prüfungen. - Abschnitt 3: Die Vorschläge aller Stellung nehmenden Parteien sind für die psychosomatischen Verbände akzeptabel (unter Weglassung des OPS-Kode 9-626). Die genaue Festlegung des OPS-Zusatzkodes erfolgt durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Deshalb erscheint der Vorschlag von DKG/LV/BÄK nur auf einen „OPS-Zusatzkode“ zu verweisen praktikabler. Die DGPM hat einen den Vorstellungen von GKV-SV/PatV und DKG/LV entsprechenden Zusatzkode beim BfArM eingereicht, der dieser Stellungnahme als Anlage beigefügt ist. P4 - Abschnitt 2: In der Variante der BÄK wird der Vorschlag der psychosomatischen Verbände übernommen. Die Ergänzung des GKV-SV „integriert“ zu schreiben ist inhaltlich zutreffend. P5 - Der Behandlungsbereich wird wie von der BÄK vorgeschlagen übernommen. Auf die Ausführungen zum OPS-Kode 9-61 zur P1 weiter oben wird verwiesen. Auf die Ausführungen zur Notwendigkeit der Einführung des Behandlungsbereichs P5 unter § 3 Abs. 1 wird ebenfalls verwiesen. P6 - Abschnitt 1: Der Vorschlag zur Benennung von DKG/LV/BÄK in Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär wird übernommen. Auf die diesbezügliche Stellungnahme zur P1 und unter § 3 Abs. 1 wird verwiesen. - Abschnitte 2 und 3: Die Formulierung der BÄK wird übernommen. Auf die Ausführungen zum OPS-Kode 9-61 zur P1 weiter oben wird verwiesen.

	P7 - Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen. Auf die diesbezügliche Stellungnahme zur P3 wird verwiesen.
	Änderungsvorschlag: Die neuen Behandlungsbereiche A3 bis A5 werden nicht übernommen. P1: - Abschnitt 1: Der Behandlungsbereich wird gemäß dem Vorschlag von DKG/LV/BÄK Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung genannt. - Abschnitte 2 und 3: Die Vorschläge von DKG/LV/BÄK werden bis auf nachfolgendes übernommen: Die Streichung des Codes 9-61, wie von der BÄK vorgeschlagen, wird übernommen. P3 - Alle Abschnitte: Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen. - Abschnitt 2: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK in Abschnitt 2 auf die OPS-Kodes, statt wie vom GKV-SV/PatV die Berufsgruppen gemäß § 5 zu verweisen soll übernommen werden. Dies ohne den OPS-Kode 9-626 zu übernehmen. - Abschnitt 3: Der der Vorschlag von DKG/LV/BÄK wird übernommen (ohne den Kode 9-626). P4 - Abschnitt 2: Der Vorschlag von GKV-SV/PatV wird übernommen - Abschnitt 3: Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/BÄK wird übernommen. P5 - Der Behandlungsbereich wird wie von der BÄK vorgeschlagen übernommen. - Abschnitt 1: Der Vorschlag zur Benennung von DKG/LV/BÄK in Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär wird übernommen. Auf die diesbezügliche Stellungnahme zur P1 und unter § 3 Abs. 1 wird verwiesen. - Abschnitte 2 und 3: Die Formulierung der BÄK wird übernommen. Auf die Ausführungen zum OPS-Kode 9-61 zur P1 weiter oben wird verwiesen. P6 - Abschnitt 1: Der Vorschlag zur Benennung von DKG/LV/BÄK in Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär wird übernommen.

	- Abschnitte 2 und 3: Die Formulierung der BÄK wird übernommen. P7 - Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen.

Hinweis: *Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.*

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: *Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.*

Anlage

OPS-Zusatzcode 9-64X Intensivierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei Erwachsenen

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

OPS 2027

Vorschlagsformular OPS Version 2027

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung, z. B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien, ist nicht gestattet.

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß untenstehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:
   ops2027-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; kurzbezeichnungdesinhalts sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.
   Beispiel: ops2027-komplexkodefruehreha.docx
4. Senden Sie Ihren Vorschlag möglichst zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2026** an vorschlagsverfahren@bfarm.de. Nur rechtzeitig eingegangene Vorschläge gelangen in das Abstimmungsverfahren.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0228 99307-4945, klassi@bfarm.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß Verfahrensordnung für die Festlegung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) (VerfO-ICD-OPS) gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) durchgeführt.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS.
Gemäß § 3 Absatz 1 VerfO-ICD-OPS können Vorschläge von jedem eingereicht werden. Vorzugsweise sollten die Vorschläge **durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände sollten ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (AWMF-Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) abstimmen und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einreichen (§ 3 Absatz 3 VerfO-ICD-OPS). Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht weiterbearbeitet und folglich auch nicht berücksichtigt werden.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter I. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das BfArM führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

Einräumung der Nutzungsrechte und Erklärung zum Datenschutz

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem BfArM das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.
Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie auf unseren Internetseiten (www.bfarm.de) unter Datenschutzerklärung.

Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

OPS 2027

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

I. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Kontaktdaten	Angaben der verantwortlichen Person
Organisation*	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGPM
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	dgpm.de
Anrede (inkl. Titel)*	Prof. Dr.
Name*	Friederich
Vorname*	Hans-Christoph
Straße und Hausnummer*	Robert-Koch-Platz 4
PLZ*	10115
Ort*	Berlin
E-Mail*	Hans-Christoph.Friederich@med.uni-heidelberg.de
Telefon*	06221 56-8649

Einräumung der Nutzungsrechte

☒ * Ich als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
„Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem BfArM werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich."

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

☒ * Ich willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt I. genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z. B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.

☒ Ich willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt I. genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Der Widerruf kann über das Funktionspostfach klassi@bfarm.de erfolgen.
Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte

OPS 2027

II. Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner (wenn nicht mit I. identisch)

Kontaktdaten	Angaben der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners
Organisation*	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGPM
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	dgpm.de
Anrede (inkl. Titel)*	Prof. Dr.
Name*	Teufel
Vorname*	Martin
Straße und Hausnummer*	Robert-Koch-Platz 4
PLZ*	10115
Ort*	Berlin
E-Mail*	martin.teufel@lvr.de
Telefon*	0201 7227501

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

☒ * Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt II. genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z. B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.

☒ Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt II. genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.
Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie einwilligen, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag erst ab Seite 4 veröffentlicht.

Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

OPS 2027

Vorschlag OPS Version 2027

Bitte beachten Sie: Wurde die Einwilligung zur Veröffentlichung der personenbezogenen Daten nicht gegeben, so wird erst ab hier (Seite 4) veröffentlicht.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Kurzbeschreibung*

Prägnante Kurzbeschreibung des Vorschlags (maximal 85 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Kurzbeschreibung
Zusatzkode zu 9-634, der intensivierte Therapie abbildet (min 6 Therapieeinheiten)

2. Mitwirkung der Fachverbände*

Stellungnahme(n) bitte als gesonderte Datei(en) mit dem Vorschlag einreichen, s. a. **Hinweise** am Anfang des Formulars. Bitte nur **eine** der beiden nachfolgenden Checkboxen anhaken.

☐ Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.

☐ Dem BfArM werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte nur entsprechende Fachverbände auflisten, deren schriftliche Erklärungen zusammen mit dem Vorschlag übersendet werden:

Fachverbände mit schriftlicher Unterstützung
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen (VPKD), Chefärztliche Konferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser (CPKA)

3. Medizinprodukte*

Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Medizinprodukte charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Medizinprodukt benötigt bzw. eingesetzt wird.

☒ Nein

☐ Ja

a. Name Medizinprodukt

Name des Medizinproduktes und des Herstellers, ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.

Medizinprodukt

b. CE-Zertifizierung

Datum der letzten CE-Zertifizierung. Es wird darum gebeten, die CE-Zertifizierung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen.

CE-Zertifizierung

c. Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

Es wird darum gebeten, die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen.

Zweckbestimmung

4. Arzneimittel*

Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Arzneimittel charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Arzneimittel benötigt bzw. eingesetzt wird.

☒ Nein

☐ Ja

a. Name Arzneimittel

Name des Arzneimittels und des Herstellers, ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.

Arzneimittel

b. Datum Arzneimittelzulassung

Datum der letzten Arzneimittelzulassung, Name der erteilenden Institution und Anwendungsgebiet laut Fachinformation. Es wird darum gebeten, die Fachinformation zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen.

Arzneimittelzulassung

OPS 2027

5. Inhaltliche Beschreibung*

Inhaltliche Beschreibung der klassifikatorischen Änderungen (ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur)

Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags

9-64x Intensivierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei Erwachsenen

Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er kann nur in Kombination mit der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634) angegeben werden.

Dieser Kode ist zu verwenden, wenn die durchgeführten ärztlichen, psychologischen, und/oder spezialtherapeutischen Verfahren (Einzel- und Gruppentherapie) mindestens sechs Therapieeinheiten pro Woche durch Vertreter der Berufsgruppen gemäß der Kodes 9-626 bzw. 9-634 umfassen.

Für die Kodierung sind die für den Primärkode erbrachten Therapieeinheiten mit der Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten - unabhängig ob in Einzel- oder Gruppentherapie - zu addieren. Für die Codierung des OPS-Codes 9-634 sind 3 Therapieeinheiten pro Woche zu erbringen. Diese 3 Therapieeinheiten sind bei der Berechnung der Therapieeinheiten pro Woche für den vorliegenden OPS-Code erneut zu berücksichtigen.

Bei der Ermittlung der Anzahl der Therapieeinheiten sind die Vorgaben des Kodes 9-649 anzuwenden und gelten gleichermaßen auch für durchgeführte Gruppentherapien durch Spezialtherapeuten sowie Einzel- und Gruppentherapien durch Pflegefachpersonen.

Bei einer Gruppentherapie mit 13 bis 18 Patienten durch Mitglieder der Berufsgruppen Pflegefachpersonen und Spezialtherapeuten sind mindestens 2 Mitarbeitenden erforderlich.

6. Problembeschreibung und weitere Angaben

a. Problembeschreibung*

Erläuterung der gewünschten Änderung

Problembeschreibung

Im aktuell gültigen OPS System wird die intensivierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung unzureichend abgebildet. Insbesondere therapeutische Dosen von mindestens 6 Therapieeinheiten pro Woche können nicht zielführend abgebildet werden. Daraus wächst die dringende Notwendigkeit, einen neuen Code (als Zusatzcode zu 9-634) zu entwickeln. Insbesondere ist dies auch unabdingbar, da die Richtlinie zur Personalausstattung (PPP-RL) eine derartige Entwicklung notwendig macht und fordert.

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) definiert die Ausstattung der stationären Einrichtungen. Der GBA hat eine Entwurfsfassung zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027 erarbeitet. Dezidiert ist sind Behandlungsbereiche, wie sie der hier vorgeschlagene Code abbildet, in der Entwurfsfassung der Richtlinie vorgeschlagen (Behandlungsbereiche P3 und P5). Die DGPM untstützt diesen Vorschlag des GBA und fordert ebenso die Umsetzung. Personalausstattungsrichtilinie (PPP-RL) und Prozedurenerfassung (OPS 2027) müssen hier kongruent Strukturen abbilden, weshalb der vorgschlagene Code aus Sicht der DGPM unabdingbar ist.

Der vorgeschlagene OPS Code soll dazu dienen in der Routinedokumentation, ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand, der Entwurfsfassung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027 entsprechen zu können.

Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

OPS 2027

b. Weiterentwicklung Entgeltsysteme*

Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant?

Relevanz Entgeltsysteme
Der vorgeschlagene OPS Code hat zwar keinen direkten Einfluss auf Entgeldsysteme, ist jedoch zwingend erforderlich, um die in der PPP-RL vorgeschlagenen Behandlungsbereiche P3 und P5 abbilden zu können (siehe 6.a.).

c. Verbreitung des Verfahrens*

- ☐ Standard *(z. B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)*
- ☐ Etabliert *(z. B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)*
- ☐ In der Evaluation *(z. B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)*
- ☐ Experimentell *(z. B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)*
- ☐ Unbekannt

d. Leitlinien, Literatur, Studienregister

Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

Leitlinien, Literatur, Studienregister

e. Kosten*

Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Kosten
Kosten werden keine anfallen, da Leistungen nicht verändert werden. Vielmehr dient der Code dazu, auch bisher erbrachte Leistungen abbildbar zu machen. Der Code kann idealerweise sogar helfen Bürokratie abzubauen, da er aus routinemäßig erhobenen Daten generiert werden soll.

f. Kostenunterschiede*

Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern)

Kostenunterschiede
siehe e.

g. Fallzahl*

Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt

Fallzahl
siehe e.

h. Weiterentwicklung externer Qualitätssicherung*

Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

Relevanz Qualitätssicherung
Neben der oben beschriebenen Notwendigkeit, einen entsprechenden Code zu entwicklen, der den Maßgaben der PPP-RL gerecht wird, dient der Code indirekt zu Qualitätssicherung. Erbrachte Leistungen können so besser gemessen und gesichert werden.

7. Bisherige Kodierung des Verfahrens

Bitte nennen Sie, falls möglich, die Kodes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind.

Bisherige Kodierung
Bisher findet der Code 9-634 Anwendung, der allerdings die intensivierte Behandlung nicht abbildet, sondern als "Auffangbecken" dient und für die avisierte Weiterentwicklung der PPP-RL nicht zureichend ist..

8. Sonstiges

Zum Beispiel Kommentare, Anregungen o. Ä. (Literaturangaben bitte ausschließlich unter Punkt 6.d aufführen)

Sonstiges

Gemeinsamer Bundesausschuss

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027

Datum	11.03.2026
Stellungnahme von	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft

Hinweise:

- *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.*
- *Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.*

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Einleitende Stellungnahme Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di unterstützt die kontinuierliche Weiterentwicklung der Richtlinie zur Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen stationären Einrichtungen (PPP-RL), wie sie in § 1 Abs. 3 festgelegt ist. Verbindliche Personalvorgaben sind eine grundlegende Voraussetzung, um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen und zugleich dem bestehenden Fachkräftemangel in der stationären psychiatrischen Versorgung wirksam zu begegnen. Eine aktuelle ver.di-Erhebung zur Umsetzung der PPP-RL in psychiatrischen Einrichtungen mit über 1900 Betten auf rund 90 Stationen zeigt weiterhin erhebliche Defizite bei der Personalausstattung. Im Mittel der letzten Jahre lag der Umsetzungsgrad bei Pflegefachpersonen lediglich bei rund 72 Prozent. Gleichzeitig wird deutlich, dass rechnerische Erfüllungsgrade der Richtlinie teilweise nur durch Verschiebungen zwischen Berufsgruppen erreicht werden. Dies weist auf ein strukturelles Problem der Richtlinie hin, da Unterbesetzungen in zentralen Versorgungsbereichen, insbesondere in der Pflege, durch Übererfüllungen in anderen Bereichen kompensiert werden können. Darüber hinaus führen die anhaltende Kombination aus hoher Arbeitsbelastung, personeller Unterbesetzung sowie kurzfristigen Änderungen von Dienst- und Einsatzplänen zu erheblichen Belastungen für Beschäftigte aller beteiligten Berufsgruppen und Tätigkeitsbereiche. Diese Faktoren tragen maßgeblich dazu bei, dass es schwierig ist, ausreichend Auszubildende und neue Fachkräfte zu gewinnen und qualifiziertes Personal langfristig im System zu halten. Vor diesem Hintergrund leisten klare Vorgaben zur Personalausstattung nicht nur einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, leitlinienorientierten Behandlung. Sie tragen auch dazu bei, die beteiligten Berufsgruppen aufzuwerten und die Beschäftigten zu entlasten, die trotz herausfordernder Rahmenbedingungen die Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleisten. Besonders wichtig ist vor diesem Hintergrund der monatliche Stationsbezug der Personalausstattung. Nur die stationsbezogene Betrachtung auf monatlicher Basis stellt sicher, dass personelle Defizite nicht durch kurzfristige Verschiebungen von Personal zwischen Stationen ausgeglichen werden und sogenannte „Verschiebebahnhöfe“ verhindert werden. Die transparente und stationsbezogene Erfassung der Personalausstattung ist essenziell, um die tatsächliche Personalsituation in den Stationen sichtbar zu machen und strukturelle Unterbesetzungen abzubilden und schlussendlich auch effektiv zu verhindern. Das weitere Hinauszögern der vollen Umsetzung der PPP-RL durch die weitere Ausdehnung der Übergangsfristen wird von ver.di grundsätzlich abgelehnt. Die PPP-RL wurde eingeführt, um Mindeststandards für die Personalausstattung festzulegen und damit einhergehend die Qualität der Versorgung in den psychiatrischen Krankenhäusern zu sichern. Die Erweiterung der bestehenden Übergangsregelungen verzögert die von der Richtlinie angestrebte Wirkung und führt im Endeffekt zu einem Fortbestehen der Belastungssituation für die Beschäftigten und die Patient*innen in den Einrichtungen. ver.di setzt sich deshalb dafür ein, dass die PPP-RL möglichst zeitnah zur vollständigen Anwendung kommt. Die Möglichkeit unterschiedliche Berufsgruppen bei der Personalausstattung anzurechnen, wird grundsätzlich begrüßt, da dies zu einem flexibleren und Personaleinsatz beitragen kann. Dabei

muss aber sichergestellt werden, dass der Approbationsvorbehalt und die Fachkunde gewahrt bleiben. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit der Anrechnung anderer Berufsgruppen klar begrenzt bleiben und bestimmte Ausmaße nicht überschreiten. Nur so kann eine fachlich angemessene Versorgung gewährleistet werden und ein strukturelles Absinken der bestehenden Qualifikationsstandards verhindert werden.

Kritisch bewertet wird, dass durch den Wegfall der stichprobenbezogenen Überprüfung der Einhaltung der Personalvorgaben ein wirksamer Kontrollmechanismus für die Einhaltung der Personalvorgaben weggefallen ist. Die tatsächliche Einhaltung der Personalvorgaben ist damit nur unzureichend überprüfbar.

Die Anlagen 1 und 4 sind in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung nicht mehr zeitgemäß und bilden die heutige Versorgungsrealität nicht mehr adäquat ab. Insbesondere die Definition der Regelaufgaben, welche die steigenden Anforderungen an das Pflegefachpersonal in den letzten Jahren sowie die Erweiterung des Berufsbildes durch Fachweiterbildungen, akademische Pflegequalifikationen und zusätzliche Funktionen wie Praxisanleitung oder pflegerische Expertenrollen nicht ausreichend widerspiegelt, muss dringend aktualisiert werden. Dasselbe gilt für die Minutenwerttabellen in Anlage 1.

Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass die derzeitigen Minutenwerte in vielen Bereichen nicht ausreichen, um eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. Eine evidenzbasierte Anpassung der Minutenwerte sollte daher nicht allein auf den aktuell beobachteten Ist-Daten beruhen, sondern sich an den fachlichen Anforderungen einer qualitativ hochwertigen Versorgung orientieren. Eine Orientierung ausschließlich am gegenwärtigen Versorgungsniveau birgt die Gefahr, bestehende strukturelle Unterversorgung zu verstetigen.

Vor diesem Hintergrund fordert ver.di die Parteien in der Gemeinsamen Selbstverwaltung dazu auf, entsprechende Vorschläge für eine evidenzbasierte Aktualisierung der beiden Anlagen zu unterbreiten.

Hinweis: *Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.*

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge ***Hinweis:*** *Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.*
§ 3, Abs. 1, 2 Behandlungs-bereiche	Stellungnahme mit Begründung: ver.di begrüßt die § 3 Abs. 1 von der Seite GKV-SV/PatV vorgeschlagene Änderung der Begrifflichkeit **Eingruppierungsempfehlungen** in **Eingruppierungskriterien**, da so der verbindliche Charakter der Regelung gestärkt wird. Zur Änderung der Behandlungsbereiche P1 und P6: Für die Behandlungsbereiche P1 und P6 spricht sich ver.di für die Nutzung des Begriffs **Basisbehandlung** aus. Der Begriff **Regelbehandlung** würde aus Sicht von ver.di eine Behandlung mit wenigen Therapieansätzen als „Regel" zementieren. Es muss klar sein, dass darüber hinaus noch andere Ansätze zulässig sind und genug Therapie für eine gute Versorgungsqualität stattfinden kann. Wichtig ist, dass es auch in der Psychiatrie genügend psychotherapeutische Behandlung gibt und so unterschiedliche Versorgungsniveaus vermieden werden.
	Änderungsvorschlag Dem Vorschlag von GKV-SV/PatV zur Umbenennung von **Eingruppierungsempfehlungen** zu **Eingruppierungskriterien** wird zugestimmt. Dem Vorschlag von GKV-SV/BPtK zur Benennung der Behandlungsbereiche P1 und P6 wird gefolgt.
§ 6, Abs. 4 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung	Stellungnahme mit Begründung: Die Verteilung der Berechnungsgrundlage über alle Behandlungsbereiche ist abzulehnen, da so die Mindestpersonalausstattung in den einzelnen Behandlungsbereichen regelhaft unterschritten werden kann, wenn diese an anderer Stelle ausgeglichen werden können. Dies kann zu einer kontinuierlichen Überlastung des Personals in den betroffenen Behandlungsbereichen und zu einem Absinken der Versorgungsqualität führen. Nur eine stationsgenaue Personalbemessung kann sicherstellen, dass auch eine bedarfsgerechte Personalausstattung in allen Behandlungsbereichen vorliegt. Der Änderungsvorschlag von **DKG/PatV** untergräbt dieses Prinzip, weshalb ver.di diesen Vorschlag entschieden ablehnt.

	Änderungsvorschlag: Keine Änderungen
§ 8 Abs. 3, 5, 7 Anrechnungen von Berufsgruppen	Stellungnahme mit Begründung: ver.di hält den Änderungsvorschlag zu § 8 Abs. 3 Satz 1 durch die Seite **GKV-SV/BPtK** für nicht zielführend, da aus unserer Sicht bereits die derzeitige Definition der Regelaufgaben mangelhaft ist. Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie die erforderliche fachliche Qualifikation in jedem Einzelfall nachzuweisen wäre, ohne einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand zu schaffen. Abgelehnt wird der von **DKG/LV** vorgebrachte Vorschlag zur Streichung der Befristungsregelung in § 8 Abs. 3 Satz 3 für die Anrechnung der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f. Die Berufsgruppen b, d, und f künftig regelhaft durch die Berufsgruppe c zu ersetzen läuft einer wirtschaftlichen Versorgung zuwider. Derzeit besteht keine Rückzahlungsverpflichtung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln aus dem Personalbudget. Daraus ergibt sich das Risiko, dass die konstante Anrechnung der Berufsgruppe c zur Budgeterhöhung führt, ohne dass ein Zusatznutzen für die Versorgung der Patient*innen erreicht wird. ver.di spricht sich deshalb dafür aus, dass der G-BA bis zum 31. Dezember 2027 nochmals über die künftige Ausgestaltung der Anrechnungsregel berät und bis zum benannten Datum einen entsprechenden Beschluss fällt. Bei der Anrechnung von Berufsgruppen muss der Approbationsvorbehalt sowie die jeweils erforderliche Fachkunde konsequent gewahrt bleiben. Tätigkeiten, die aufgrund ihrer Komplexität oder rechtlichen Rahmenbedingungen approbations- und fachkundepflichtig sind, dürfen nicht durch andere Berufsgruppen ersetzt werden. Die Anrechnungsmöglichkeiten dürfen daher nicht zu einer faktischen Substitution qualifizierter Tätigkeiten führen. Dies gilt ausdrücklich für alle beteiligten Berufsgruppen im multiprofessionellen Team. Die im Entwurf vorgesehenen erweiterten Möglichkeiten zur Anrechnung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf andere Berufsgruppen werden kritisch bewertet. Eine Ausweitung der Anrechnungsfähigkeit kann dazu führen, dass psychotherapeutische Fachkompetenz verstärkt für Tätigkeiten anderer Berufsgruppen eingesetzt wird, ohne dass gleichzeitig eine ausreichende personelle Ausstattung für psychotherapeutische Aufgaben gewährleistet ist. Die bestehende Möglichkeit der gegenseitigen Anrechnung zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird hingegen als ausreichend angesehen, um eine flexible Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team zu ermöglichen.

	Bezüglich der Anrechnungsfähigkeit von Pflegehilfskräften im Nachtdienst spricht sich ver.di entschieden gegen eine Verlängerung der Frist auf 2027 aus, wie sie durch die Seite **DKG/LV/BÄK** vorgeschlagen wird. ver.di fordert stattdessen eine bedarfsgerechte Personalausstattung in der Nacht für alle Behandlungsbereiche ein. Bei der Ermittlung des Personalbedarfs im Nachtdienst müssen neben strukturellen Kennzahlen auch weitere Kriterien wie Patient*innenstruktur, Behandlungsintensität sowie sicherheitsrelevante Aspekte der Versorgung berücksichtigt werden.
	Änderungsvorschlag: Keine Änderungen
§ 9, Abs. 3 Weitere Qualitätsempfehlungen	Stellungnahme mit Begründung: ver.di unterstützt den Vorschlag von BPtK/PatV, da die Regelung dazu beiträgt, ein Mindestmaß an therapeutischer Behandlung überprüfbar sicherzustellen.
	Änderungsvorschlag: Dem Vorschlag von BPtK/PatV wird gefolgt.
§ 10, Abs. 1, 2, 3 Ausnahme-tatbestände	Stellungnahme mit Begründung: Mit dem Änderungsvorschlag in § 10 Abs. 1 streben **DKG/LV/BÄK** eine Aufweichung der verbindlichen Mindestvorgaben an. Diese Aufweichung wird von ver.di entschieden abgelehnt. Die Nicht-Nachbesetzung von offenen Stellen rechtfertigt keinen Ausnahmetatbestand. Die Besetzung von offenen Stellen ist eine Kernaufgabe des Personalmanagements auf Arbeitgeberseite. Unbesetzte Stellen als Ausnahmetatbestand aufzuführen, würde die gesamte PPP-RL ad absurdum führen, weil sie die Arbeitgeberseite aus ihrer Verantwortung für die Durchführung einer funktionierenden Personalplanung entlassen würden. Die Herabsetzung von Personalausfällen auf 10 Prozent ist ebenfalls nicht sachgerecht. Die Personalplanung muss so ausgestaltet sein, dass Ausfälle durch Krankheit bis zu einem bestimmten Maß durch entsprechende Maßnahmen des Personalmanagements abzufedern sind, zumal in den Budgetverhandlungen Aufschläge für Ausfallquoten

	einkalkuliert werden. Entsprechende Ausfallkonzepte sind vom Arbeitgeber sicherzustellen. Die Streichung des Wortes „gravierend“ unter 3. wird ebenfalls abgelehnt, da dies zu einer inflationären Nutzung des betroffenen Ausnahmetatbestandes führen könnte. Die Folgeanpassung in Abs. 2 wird aus den oben genannten Gründen ebenfalls abgelehnt.
	Änderungsvorschläge: Keine Änderungen
§ 11 Abs. 8, 12 Nachweisverfahren	Stellungnahme mit Begründung: ver.di unterstützt die in Abs. 8 von DKG/PatV/LV vorgeschlagene Fristverlängerung um 14 Tage bis zum 15. März des Folgejahres. Der Wunsch zum Fortbesehen einer schriftlichen Erinnerung von DKG/PatV/LV erscheint aus der Sicht von ver.di sachgerecht.
	Änderungsvorschläge: Den Änderungsvorschlägen von DKG/PatV/LV wird gefolgt.
§ 13 Abs. 5, 6, 8 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben	Stellungnahme mit Begründung: Der Änderungsvorschlag von **DKG/LV/BÄK** wird von ver.di abgelehnt, da er einer Herabsenkung der Mindestpersonalanforderungen in den Jahren 2027/2028 auf 90 Prozent Umsetzungsgrad entspricht. Die durch **GKV-SV/PatV/BPtK** vorgeschlagene Verlängerung der Übergangsfrist ist aus Sicht von ver.di ebenfalls abzulehnen. Das Argument, dass bis zum ursprünglich vorgesehen Zeitpunkt des Beginns der Beratungen über weitergehende Sanktionsregelungen durch den G-BA noch keine gesicherten Erkenntnisse über die Auswirkungen der aktuellen Sanktionen vorliegen werden, steht aus der Sicht von ver.di der wie ursprünglich vorgesehenen Umsetzung der Richtlinie nicht entgegen. ver.di fordert, dass der Wegfall des Vergütungsanspruchs – wie vorgesehen – ab dem Jahr 2028 auf der Basis eines Umsetzungsgrades von 100 Prozent kalkuliert wird. Der Vorschlag von **GKV-SV/PatV/BPtK** die vorgesehene Frist für die Beschlussfassung auf den 30. Juni 2028 zu verschieben ist vor diesem Hintergrund ebenfalls abzulehnen.
	Änderungsvorschläge: Keine Änderungen.

	Die bisherige Regelung, nachdem der G-BA spätestens bis zum 31. Oktober 2027 eine Entscheidung über weitergehende Sanktionsregelungen trifft, soll bestehen bleiben. Eine Verlängerung der vorgesehenen Regelungen für den Geltungsbereich der Jahre 2026 und 2027 auf 2028 wird ebenfalls abgelehnt.
§ 15 Abs. 4 (NEU) Evaluation der Richtlinie	Stellungnahme mit Begründung: ver.di unterstützt die Ergänzung Präzisierung der Evaluationsvorschrift durch den Vorschlag von DKG/PatV/LV, weil so sichergestellt wird, dass alle wichtigen Aspekte im Rahmen der Evaluation aufgenommen werden.
	Änderungsvorschläge: Dem Vorschlag von DKG/PatV/LV wird gefolgt.
§ 16 Abs. 1, 5, 6, 7, 8 Übergangsregeln	Stellungnahme mit Begründung: Die in Abs. 1 von DKG/LV/BÄK geforderte Verschiebung des vollständigen Inkrafttretens der Mindestvorgaben lehnt ver.di strikt ab. Das Verschieben der Mindestvorgaben würde nachteilige Effekte für die Beschäftigten der betroffenen Einrichtungen sowie für die leitliniengerechte Versorgung der Patient*innen mit sich bringen. Die in Abs. 5 von DKG/LV geforderte ersatzlose Streichung der Erfassung der Regelaufgaben über die OPS-Kodes lehnt ver.di ab, weil sie insbesondere bei der Anrechnung von Berufsgruppen eine wichtige Rolle spielt, da in diesem Rahmen keine Dokumentation der Regelaufgaben erfolgt. Die in Abs. 6 vorgeschlagene Ergänzung durch GKV-SV/PatV wird abgelehnt, da sich psychosomatische Logiken nicht ohne weiteres auf die Psychiatrie übertragen lassen.
	Änderungsvorschläge: ver.di fordert, die Regelaufgaben neu zu definieren und zu aktualisieren. Im Anschluss ist die Regelung so anzupassen, dass bei der Anrechnung von Berufsgruppen die Erfüllung der Regelaufgaben zu dokumentieren ist. Wenn dies der Fall ist, kann die Dokumentation der Regelaufgaben über die OPS-Codes gestrichen werden.

Anlage 1 Minutenwert tabellen	Stellungnahme mit Begründung: Die Anpassung der Minutenwerte im vorliegenden Entwurf beruht mehrheitlich auf der Veränderung der Behandlungsbereiche. Die einzelnen Änderungen erscheinen sachgerecht. ver.di fordert darüber hinaus, dass die größtenteils aus den 90er Jahren stammenden Minutenwerte evidenzbasiert, aktualisiert werden müssen, sodass sie auch die tatsächlichen heutigen Anforderungen widerspiegeln. Faktoren wie beispielsweise der gestiegene Dokumentationsaufwand werden von der derzeitigen Tabelle nur unzureichend widergespiegelt. Darüber hinaus sind zusätzliche Anforderungen zu berücksichtigen, die sich aus der Umsetzung pflegerischer Expertenstandards sowie aus gesetzlichen und strukturellen Veränderungen ergeben, etwa im Zusammenhang mit sozialrechtlichen Antragsverfahren, der generalistischen Pflegeausbildung oder landesrechtlichen Vorgaben der PsychKG.
	Änderungsvorschlag: Keine Änderungen.
Anlage 4 Regelaufgaben	ver.di spricht sich für die Aufnahme von Regelaufgaben für Leitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Anlage 4 Nummer 3 der PPP-RL aus. Das bereits in vielen Kliniken bestehende Aufgabenprofil benötigt eine entsprechende Abbildung in der PPP-RL. Zu diesen gehören: **cc. Regelaufgaben der leitenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** 1. Stationsbezogene Tätigkeiten - Visiten der leitenden Psychotherapeut*innen - Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team – Begleitung und Kontrolle von Diagnostik und Therapie der psychischen Erkrankung – Aktive Beteiligung an Psychotherapien (Einzel, Familie, Gruppe) – Gesamtbehandlungsplan in Bezug auf die psychische Erkrankung, einschließlich Spezialtherapien, Therapieplanung – Akten- und Dokumentationskontrolle – Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppe 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 im Rahmen der stationären Weiterbildung – Qualitätssicherungsaufgaben 3. Außenkontakte – Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung der Zusammenarbeit in der psychiatrischen Versorgung

Hinweis: *Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.*

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: *Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.*

Deutsche Gesellschaft
für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

Schriftliche Stellungnahme zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027

Datum	11.03.2026
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Wir begrüßen die zum 01.01.2026 in Kraft getretenen Anpassungen der PPP-RL, in denen viele Forderungen der Fachverbände umgesetzt wurden, darunter der Wegfall von Stationsbezug und quartalsbezogenen Nachweisen der Erfüllung der Untergrenzen. Wir plädieren sehr dafür, dass nunmehr, nach der doch sehr umfassenden Revision im letzten Jahr und der „Scharfstellung" der Sanktionen, zuerst einmal die Folgen analysiert werden, bevor wiederum Neuregelungen, insbesondere solche mit erhöhtem Bürokratieaufwand, eingeführt werden. Auch sollte ein Prozess der Verständigung darüber in Gang kommen, was unter Qualität und was unter Gefährdung von Patienten durch Strukturqualitätsmerkmale verstanden wird. Wir sehen die Gefahr, dass das eigentliche Ziel der PPP-RL immer weiter aus den Augen verloren wird. Gleichzeitig ist in der Praxis festzustellen, dass die PPP-RL als Personalbemessungsinstrument missverstanden wird. In Zeiten einer hochprekären Situation sowohl für die Krankenhäuser wie für die Kostenträger erscheint es angemessen, sich über die zentralen Inhalte und Ziele der PPP-RL zu verständigen, bevor kleinteilige neue Regelungen vorgesehen werden. Die weitere Entwicklung sollte generell eine umfassendere Neuorientierung hin zu globalen Budgets und einer Flexibilisierung der Versorgung enthalten. Aktuell werden noch eine deutlich engmaschigere Kontrolle und Nachweise verlangt, die keinen Bezug zur wirklichen Qualität der Versorgung haben.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge
§ 3	Stellungnahme mit Begründung: Hier enthalten wir uns einer Stellungnahme, da die Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPP) nicht betroffen sind.
	Änderungsvorschlag: entfällt
§ 8 Abs. 3	Stellungnahme mit Begründung: Wir halten eine Anrechnung der Fachkräfte der Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 für sinnvoll.
	Änderungsvorschlag:
§ 8 Abs. 5	Stellungnahme mit Begründung: Zur Vermeidung höheren Dokumentationsaufwandes: Es obliegt der Verantwortung der jeweiligen Leitungskräfte zu entscheiden, inwieweit Regelaufgaben an andere Berufsgruppen delegiert werden können, und der Aufsicht der jeweiligen Leitung, ob diese Aufgaben qualifiziert ausgeführt werden.
	Änderungsvorschlag: keine Übernahme des Änderungsvorschlags (analog DKG/LV)
§ 8 Abs. 7	Stellungnahme mit Begründung: Die Erfassung der Nachdienstsituation ist, wie anhand der Daten des IQTIG deutlich, in der KJPP bisher noch nicht befriedigend gelöst. Belastungserprobungen, wenn z.B. die Patient:innen am Wochenende einzelne Nächte zu Hause verbringen, werden nicht ausreichend abgebildet. Dies hat jedoch Auswirkungen auf die Belegung und damit auf das erforderliche Personal. Die DGKJP hat darauf in der letzten Anhörung 2025 hingewiesen. Damit dies bei zukünftigen Berechnungen einfließen kann, sollte hier eine Neuregelung erfolgen; für diese wird ausreichend Zeit benötigt. Selbstverständlich muss die Bezugsgröße für die Anrechnung von Pflegehilfskräften im Nachtdienst definiert sein. Daher ist dem Vorschlag von GKV-SV/PatV/BÄK zu folgen, dies zu konkretisieren.

	Änderungsvorschlag: Bei der tatsächlichen Personalausstattung im Nachdienst ist befristet bis zum 31. Dezember **2027** eine Anrechnung von Pflegehilfskräften […]. **Dabei entspricht die Bezugsgröße VKS-Mind der Mindestvorgabe für den Nachtdienst für das gesamte Quartal. Diese ergibt sich aus der Anzahl der Nächte im Quartal multipliziert mit der Mindestvorgabe für den pflegerischen Nachtdienst in VKS je Nacht.**
§ 9 Abs. 2	Stellungnahme mit Begründung: Es ist nicht einzusehen, weshalb innerhalb der PPP-RL eine neue Qualitätskategorie definiert werden sollte. Das ginge an dem Ziel der „Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (PPP-RL)“ vorbei. Zu den Zahlenangaben, nämlich dass Patient:innen in der KJPP mit einer Verweildauer von mehr als 7 Tagen für eine ausreichende Versorgung mindestens 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche erhalten sollen, ist festzustellen, dass es keinerlei Evidenz für diese Zahlenwerte gibt. Zudem geht es an der Realität in der KJPP vorbei, wo gerade milieutherapeutische Elemente die stationäre Behandlung rechtfertigen und nicht die „Dosis“ an Einzeltherapie, die ja auch ambulant möglich wäre. Zudem sind in der KJPP für bestimmte Störungsbilder Gruppeninterventionen auch deutlich effektiver bzw. therapeutisch angezeigt. Insofern ist die Festschreibung einer Mindestmenge an „Einzeltherapie“ fachlich überhaupt nicht nachvollziehbar. Unabhängig davon wird dadurch der Bürokratieaufwand weiter erhöht, da der Fokus auf eine Einzelleistung gelegt wird, nicht aber auf das therapeutische Konzept als Ganzes mit einer entsprechenden – auch milieutherapeutischen – Ausstattung mit Personal. In der KJPP ist z.B. die mögliche Beziehungsgestaltung im Rahmen von Bezugstherapeuten gerade auch bezogen auf den Pflege- und Erziehungsdienst (PED) wichtig; moderne Stationskonzepte beziehen multiple Berufsgruppen in psychotherapeutische Interventionen ein u.a.m. Zudem bedarf es bei den schwer erkrankten Patient:innen in der stationären KJPP spezifischer Therapieplanungen, die z.T. aufgrund der komplexen und komorbide vorliegenden psychischen Störungen eben keine Einzeltherapie allein vorsehen können. Anders gesagt suggeriert der Vorschlag, dass stationäre Behandlung in der KJPP Richtlinienpsychotherapie in einem Krankenhausgebäude darstellen würde, was sowohl falsch ist, als auch eben an der Realität vorbeigeht, da entsprechend dem Grundsatz ambulant vor stationär eben diejenigen Patienten stationär behandelt werden, bei denen eine ambulante Richtlinientherapie nicht ausreicht oder nicht zum Therapieerfolg geführt hat. Insofern stellt der Vorschlag einen massiven bürokratischen Eingriff in die Therapieplanung dar, der mit Qualität

	nichts wirklich zu tun hat, sondern eher berufspolitisch motiviert zu sein scheint.
	Änderungsvorschlag: Keine Übernahme des Vorschlags von BPtK/PatV.
§ 10 Abs. 1 Nr. 1.	Stellungnahme mit Begründung: Aufgrund der geringeren Stationsgrößen werden v.a. in der KJPP Grenzen prozentual schneller als z.B. im Bereich der Psychiatrie erreicht. Insofern sind durch Krankheitsausfälle, auch u.a. durch Beschäftigungsverbote in der Schwangerschaft, 10 Prozent Ausfälle rasch überschritten. Bereits 10 Prozent-Ausfälle gehen mit erheblichen Notwendigkeiten von Vertretungsbeschaffung in den kleinen Teams der KJPP einher. Daher plädieren wir für die Übernahme des Vorschlags DKG/LV/BÄK. In der KJPP sind multiprofessionelle Teams konstitutiv für die Behandlungsqualität. Insofern ist der Bezug auf alle Berufsgruppen zu begrüßen. Gleichzeitig sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass nach dem ureigensten Zweck der PPP-RL bisher kein ausreichender Konsens dahingehend besteht, was im Eigentlichen eine für die Patient:innen gefährliche Unterschreitung eines bestimmten Personalschlüssels wirklich bedeutet.
	Änderungsvorschlag: Die Krankenhäuser können von den verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung abweichen 1. bei **kurzfristigen Personalausfällen**, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (**mehr als 10 Prozent in einer der Berufsgruppen gemäß § 5**) hinausgehen […]
§ 10 Abs. 1 Nr. 2.	Stellungnahme mit Begründung: 105 Prozent mehr Belegung können schon ausreichen, um die Personalkapazitäten zu überfordern, zumal Patient:innen mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung nicht unkompliziert abgewiesen werden können.
	Änderungsvorschlag: […] mehr als **105** Prozent des Umfangs des Vorjahres […]
§ 10 Abs. 1 Nr. 3.	Stellungnahme mit Begründung: Das „gravierend“ ist zu streichen, um Diskussionen dazu, was darunter zu verstehen ist, zu vermeiden.

	Änderungsvorschlag: […] **bei strukturellen oder organisatorischen Veränderungen** in der Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 […]
§ 10 Abs. 2	Stellungnahme mit Begründung: Die Änderung DKG/BÄK ist eine Folgeänderung aus § 10 Abs. 1 Nr 1. Daher ist dies aus unserer Sicht ebenfalls zu übernehmen.
	Änderungsvorschlag: Der Ausnahmetatbestand nach Absatz 1 Nummer 1 bezieht sich auf das **jeweilige** Personal **einer Berufsgruppe gemäß § 5** der jeweiligen differenzierten Einrichtung. **Die Eirichtung kann von den verbindlichen Mindestvorgaben der jeweiligen Berufsgruppe gemäß § 5, für die der Personalausfall geltend gemacht wurde, abweichen. Die Mindestvorgaben der anderen Berufsgruppen sind zu erfüllen.**
§ 13	Stellungnahme mit Begründung: Bei den neu in Kraft tretenden Sanktionen sind die Folgen noch nicht absehbar. Daher plädieren wir dafür, dass hier zuerst die Folgen beobachtet werden, bevor jetzt neue Regelungen für Jahre festgeschrieben werden. Insofern unterstützen wir hier die Vorschläge der DKG/LV/BÄK.
	Änderungsvorschlag:
§ 15 Abs. 4	Stellungnahme mit Begründung: Als Wissenschaftliche Fachgesellschaft unterstützen wir den Vorschlag einer Evaluation, die nach Möglichkeit alle verfügbaren Daten nutzen soll, um Auswirkungen auf die Versorgung zu erfassen. Hierbei wäre es gut, parallel auch Veränderungen im ambulanten Bereich in den Blick zu nehmen.
	Änderungsvorschlag: **Der G-BA lässt die Auswirkungen des Inkrafttretens der Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absatz 5 auf die Versorgung in Deutschland evaluieren. Dabei sind auch die strukturellen, organisatorischen und personellen Veränderungen in den Krankenhäusern zu untersuchen. Der G-BA wird die Evaluation so beauftragen, dass ein schriftlicher Abschlussbericht bis spätestens 31. Dezember 2028 vorliegt.**

§ 16 Abs. 5	Stellungnahme mit Begründung: Bei den neu in Kraft tretenden Sanktionen sind die Folgen noch nicht absehbar. Daher plädieren wir für eine Fristaufschiebung und unterstützen insofern hier die Vorschläge der GKV-SV/PatV/BÄK/BPtK.
	Änderungsvorschlag:
Anlage 1, Nr. 2.	Stellungnahme mit Begründung: Erhöhung der Minutenwerte für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen: Derzeit ist noch nicht klar, wie viele Kliniken aufgrund einer temporären Unterschreitung von Mindestwerten in einzelnen Berufsgruppen von Sanktionen betroffen sein werden. Bevor nun für einzelne Berufsgruppen Änderungen in den Soll-Minutenwerten (zudem ohne hinreichende Rationale) vorgesehen werden, sollte abgewartet werden, inwieweit Sanktionen eintreten, bzw. wie viele Unterschreitungen es in der Zukunft gibt. Es sei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass z.T. Tarifverträge in diesem Jahr eine Reduktion der Wochenarbeitszeit vorsehen. Auch dies ist zu berücksichtigen. Zudem ist nicht nachvollziehbar, warum im Sinne einer besseren Versorgung nur diese beiden Berufsgruppen berücksichtigt werden sollten. Nachdem die Vorgaben der PPP-RL nur die prinzipiellen Vorgaben der Psych-PV übernommen haben, die durchaus fachlich in manchen Kategorien als veraltet gelten können, wäre es eher an der Zeit, generell die Minutenwerte für alle Berufsgruppen zu diskutieren. Wir sehen diesen Vorschlag von BPtK/PatV zur Erhöhung der Minutenwerte im Zusammenhang mit der Forderung zu § 9 Abs. 2. Auch im Sinne unserer o.g. Stellungnahme lehnen wir die Erhöhung der Minutenwerte in dieser Form und zum jetzigen Zeitpunkt ab.
	Änderungsvorschlag:
Anlage 2, KJ. Kinder und Jugend-psychiatrie KJ1, KJ2, KJ3	Stellungnahme mit Begründung: Bei den Angaben zu 1. Behandlungsbereichen, 2 Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen sowie 3. Einstufung hat sich aus unserer Sicht in den letzten Jahren ein Missverständnis in Bezug auf die Altersgrenze eingeschlichen. Derzeit steht hier durchgehend „bis zum 14. Lebensjahr“ bzw. „ab dem 14. Lebensjahr“. In den „Tragenden Gründen“ zum Erfassungsjahr 2025 ist unter 2.1.6. Zu Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen (S.4) zu lesen: „Das Verfahren, wie die Zuordnung der Routinedaten zu den Behandlungsbereichen der PPP-RL grundsätzlich erfolgt, bleibt unverändert: Die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungsbereiche erfolgt primär auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des Kapitels 9 des OPS in den Routinedaten. In den Eingruppierungs-empfehlungen sind den einzelnen Behandlungsbereichen die

	entsprechenden OPS-Kodes sowie die Merkmale Alter (< 14 Jahre und ≥ 14 in der KJP […] zugeordnet.“ Hier ist also der **14. Geburtstag** maßgeblich. Damit handelt es sich um das **vollendete 14. Lebensjahr**. Das 14. Lebensjahr selbst beginnt am 13. Geburtstag. Wenn unter KJ1 Leistungen bis zum 14. Lebensjahr fallen, so gelten nun unter KJ2 und KJ3 13jährige Kinder bereits als Jugendliche und Heranwachsende. Nach dem Jugendschutzgesetz (JuSchG) § 1 sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind, und Jugendliche Personen, die 14, aber noch nicht 18 Jahre alt sind. Diese Begriffsbestimmung wird in§ 7 SGB VIII aufgegriffen. Wir setzen uns daher dafür ein, diese Altersgrenze auch in der PPP-RL wieder klar zu definieren.
	Änderungsvorschlag: Unter 1. Behandlungsbereiche, 2. Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen sowie 3. Einstufung ist **durchgehend** von **Vorschulkindern und Schulindern bis zum <u>vollendeten</u> 14. Lebensjahr** bzw. von **Jugendlichen und Heranwachsenden ab dem <u>vollendeten</u> 14. Lebensjahr** zu sprechen.
	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:

3. Literaturverzeichnis

Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Änderungen zum Erfassungsjahr 2025 Vom 20. Juni 2024. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10699/2024-06-20_PPP-RL_Aenderung-EJ-2025_TrG.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027

Datum	11.03.2026
Stellungnahme von	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V.

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Leider lässt die überarbeitete Fassung der PPP RL keinerlei Übernahme unserer Anregungen erkennen. Wir verweisen deshalb auf unsere letzte Stellungnahme, in der wir ausführlich Vorschläge gemacht hatten. Die nun auch für die Psychosomatik übernommenen Regelaufgaben aus der lange veralteten PsychPV bilden die aktuellen Tätigkeiten unserer Berufsgruppen in keiner Weise zeitgemäß ab.
Auf die unterschiedlichen Definitionen des Begriffs „Spezialtherapien“ in OPS (dort umfasst er neben fachtherapeutischen Berufsgruppen auch die Sozialarbeiter*innen) und PPP RL hatten wir bereits hingewiesen und darum gebeten, den Begriff aufzugeben zugunsten einer Nennung der einzelnen Therapie. Dieses Anliegen formulieren auch die Ergotherapeut*innen, u.a. in einem offenen Brief (https://www.dve.info/application/files/7217/5429/4573/2025_08_Offener_Brief_des_DVE_zur_PPP-RL.pdf).
Aufgrund der erneuten Anhebung der Minutenwerte in den Bereichen a)-c), regen wir auch eine entsprechende zeitgemäße Anhebung der Minutenwerte im Bereich der Gruppe d) an.
Obwohl die Beratung durch eine Kollegin in den vorgenommenen Änderungen, insbesondere für die Psychosomatik, nicht erkennbar ist, stehen wir gerne weiter für Fragen zur Verfügung oder vermitteln Expert*innen.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge ***Hinweis:*** *Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.*
§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen (3)	Stellungnahme mit Begründung: **Wir sprechen uns dafür aus, die einseitige Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f schnellstmöglich auslaufen zu lassen.** Es sind auch ohne diese Maßnahme genügend Anrechnungsmöglichkeiten vorhanden. Anrechnungsmöglichkeiten verschiedener Berufsgruppen sollten grundsätzlich gegenseitig bestehen.
	Änderungsvorschlag: 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… Bis zum 31. Dezember 2026 ist eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f möglich.
Anlage 4 Regelaufgaben	Stellungnahme mit Begründung: Zeitgemäße Überarbeitung unter Mitwirkung der betreffenden Berufsgruppen.
	Änderungsvorschlag: s. unsere letzte Stellungnahme.

Gemeinsamer Bundesausschuss

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 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.

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-augsburg.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/038-020l_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-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

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.)*
§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 Personalanhaltszahlen 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 Minuten-wertetabellen	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/038-020l_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

Gemeinsamer Bundesausschuss

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027

Datum	[11.03.2026]
Stellungnahme von	[Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.]

Hinweise:

- *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.*
- *Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.*

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die DGPPN begrüßt Anpassungen der PPP-RL, die den Kliniken vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels mehr Flexibilität in der Personalsteuerung erlauben. Ebenso sind Änderungen begrüßenswert, die dazu beitragen können, dass bestehende Ausnahmetatbestände besser abgebildet werden und der Dokumentationsaufwand für das Nachweisverfahren reduziert wird. Auch großzügigere Fristen für Kliniken zur Anpassung an die Vorgaben sind sinnvoll und eine Evaluation der Auswirkungen der Umsetzung der Sanktionen auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dringend notwendig.

Hinweis: *Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.*

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge ***Hinweis:*** *Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.*
§ 3, Absatz 1, sowie die daraus folgenden Anpassungen in Anlage 1	Stellungnahme mit Begründung: <u>Behandlungsbereich A: Allgemeine Psychiatrie</u> Die DGPPN sieht keine Notwendigkeit und keinen Vorteil darin, den Behandlungsbereich A7 zu streichen und dafür die Bereiche A3 bis A5 einzuführen. Eine Auffächerung in Behandlungsbereiche A3 und A5 wird als nicht sinnvoll erachtet. Hier wäre vor allem die Kürzung der Minutenwerte für Pflegefachpersonen über A3 bis A5 im Vergleich zu A7, wie aus Anlage 1 hervorgeht, besonders kritisch zu sehen, da diese nicht zur Steigerung und gar zu einer Gefährdung der Patientensicherheit beitragen könnte. Zu den Minutenwerten in der Anlage 1: Zur Gewährleistung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen und leitliniengerechten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung psychisch kranker Menschen wäre eine Anhebung der Minutenwerte für Ärzte und Psychologen, zwingend erforderlich. Da die PPP-RL aber lediglich Mindestanforderungen definiert, deren Nicht-Erreichung Sanktionen mit sich bringt, ist der Vorschlag der BPtK/PatV die Minutenwerte innerhalb der PPP-RL anzuheben, nicht zielführend. Vielmehr bedarf es aus Sicht der DGPPN eines Personalbemessungsinstruments, welches für die verschiedenen Berufsgruppen Minutenwerte aufweist, die oberhalb der PPP-RL liegen sollten.
	Änderungsvorschlag: Die DGPPN schließt sich der Position der DKG bzw. DGK/BÄK an und plädiert für keine Übernahme.
§ 8	Stellungnahme mit Begründung: Aufgrund der immer schwieriger werdenden Rekrutierung von Fachkräften und der zunehmend enger werdenden Finanzierung durch die Kostenträger ist es aus Sicht der DGPPN sinnvoll, den Kliniken mehr Flexibilität in der Personalsteuerung zu ermöglichen, um Personal nach Verfügbarkeit akquirieren zu können. Insbesondere die breite Anrechenbarkeit von psychologischen Mitarbeitenden auf die anderen therapeutischen Gruppen ist zweckmäßig. Die Entfristung der gegenseitigen Anrechenbarkeit von Psychotherapeuten auf die anderen nichtärztlichen Berufsgruppen ist sinnvoll.

	Der vom GKV-SV geforderte Einführung der Nachweispflicht der Qualifikation erscheint uns als wenig zielführend, da es sich um Fachkräfte handelt, die oftmals die Regelaufgaben implizit erlernt oder sich angeeignet haben. Bei den Regelungen zur Personalausstattung im Nachtdienst in Absatz 7 befürwortet die DGPPN den Vorschlag von DKG/LV/BÄK zu einer um ein Jahr verlängerten Anrechnungsmöglichkeit bis 2027.
	Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlages der DKG/LV in Absatz 3, Satz 1, und Absatz 5; Übernahme der Vorschläge der BÄK in Absatz 3, Sätze 2 bis 5; Übernahme des Vorschlags von DKG/LV/BÄK in Absatz 7, Satz 1.
§ 9, Absatz 3	Stellungnahme mit Begründung: Die Forderung einer Mindest-Psychotherapiedauer von 50 min für jeden Patienten (pro Woche) bei gleichzeitigem Nachweis anhand von 25-minütigen Therapieeinheiten (TE) ist für bestimmte Gruppen psychiatrischer Patienten, insbesondere bei Demenzerkrankungen, schweren Manien, schweren stuporösen Zustandsbildern bei Depression, oder bei akuten schizophrenen Patienten in dieser Pauschalität abzulehnen. Die Erfassung der Therapie-Intensität anhand von Therapieeinheiten in einem 25-Minutenraster ist bei den meisten schwer erkrankten Patienten in der Kategorie A2 nicht sinnvoll.
	Änderungsvorschlag: Keine Übernahme, wie von GKV-SV, DKG, LV und BÄK vorgeschlagen.
§ 10, Absatz 1, Nummer 1 bis 3	Stellungnahme mit Begründung: Die DGPPN schließt sich in Absatz 1, Nummer 1 bis 3 den Vorschlägen von DKG/LV/BÄK an. Ein Ausnahmetatbestand soll in Zukunft geltend gemacht werden können, wenn ein Personalausfall mehr als 10 % des vorzuhaltenden Personals in der jeweiligen Berufsgruppe betrifft und es soll die Einschränkung „krankheitsbedingt“ entfallen (Nummer 1). Somit kann auch bei anderen, strukturellen Problemen, wie z. B. bei einer langen Nachbesetzungszeit oder bei saisonal bedingten Abwesenheiten, der Ausnahmetatbestand geltend gemacht werden. Dies ermöglicht in Zeiten des Fachkräftemangels und gerade für kleinere Einrichtungen, dass bestehende Ausnahmetatbestände besser abgebildet werden können. Auch niedrigere Schwellenwerte (Nummer 2) sowie die Streichung der Einschränkung „gravierend“ (Nummer 3) sind förderlich für die Anwendung von Ausnahmetatbeständen und damit aus Sicht der DGPPN zu begrüßen.
Absatz 2	Die DGPPN schließt sich ferner in Absatz 2 den Vorschlägen von DKG/BÄK bzw. DKG/LV/BÄK an. Diese Änderungen könnten dazu beitragen, den hohen Dokumentationsaufwand für das Nachweisverfahren zu reduzieren, der

	in der Vergangenheit dazu geführt hat, dass Kliniken von der Nutzung des Ausnahmetatbestandes absahen.
	Änderungsvorschlag: Übernahme der Position der DKG/LV/BÄK bzw. DKG/BÄK.
§ 13, Absatz 5, 6 und 8	Stellungnahme mit Begründung: Bei den neu in Kraft tretenden Sanktionen sind die Folgen noch nicht absehbar. Daher plädieren wir dafür, dass hier zuerst die Folgen beobachtet werden, bevor jetzt neue Regelungen für Jahre festgeschrieben werden. Insofern unterstützen wir hier die Vorschläge der DKG/LV/BÄK.
	Änderungsvorschlag: Übernahme der Position der DKG/LV/BÄK.
§ 15	Stellungnahme mit Begründung: Die DGPPN unterstützt den Vorschlag von DKG/PatV/LV zur Evaluation der Auswirkungen des Inkrafttretens der Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absatz 5 auf die Versorgung in Deutschland. Der G-BA ist als Normgeber verpflichtet, die Auswirkungen seiner Regelungen zu beobachten und ggf. erforderliche Anpassungen vorzunehmen. Aktuell sind die Auswirkungen, die sich aus der Beendigung des Aussetzens der Sanktionen ergeben, nicht abschätzbar. Entsprechend ist eine Evaluation der Auswirkungen der Umsetzung der Sanktionen auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dringend notwendig, um bei einer Verschlechterung der Versorgungslage zeitnah nötige Anpassungen einleiten zu können. Hierbei muss jedoch angemerkt werden, dass die negativen Folgen nachhaltig sein können und auch bei einer Nachjustierung langfristig eine Verschlechterung der Versorgung zu befürchten ist.
	Änderungsvorschlag: Übernahme der Position von DKG/PatV/LV.
§ 16 Absatz 1	Stellungnahme mit Begründung: Die DGPPN unterstützt die Vorschläge von DKG/LV/BÄK. Die Verschiebungen auf 2029 statt 2027 sowie auf 2031 statt 2029 wie von DKG/LV/BÄK vorgeschlagen ist äußerst sinnvoll, da damit den Einrichtungen mehr Zeit für die Anpassungen an die Vorgaben gegeben wird. Vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels ist zu befürchten, dass Kliniken bei strafferen Zeitvorgaben stärker in Bedrängnis geraten werden.

	Änderungsvorschlag: Übernahme der Positionen von DKG/LV/BÄK.

Hinweis: *Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.*

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: *Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.*

N/A

Aktion Psychisch Kranke e.V.

Stellungnahme

Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zum Erfassungsjahr 2027

Datum	**11.03.2026**
Stellungnahme von	Aktion Psychisch Kranke e. V.

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) begrüßt die kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung der G-BA Richlinie grundsätzlich. Gebotene Bestandteile einer lernenden Personalrichtlinie sind regelhafte Auswertungen und Evaluationen zur Umsetzung der Richtlinie. Die Folgen von Sanktionen und der Aufwand und Wirksamkeit von Dokumentationspflichten bzw. die Fragestellung wie Transparenz ohne bürokratische Überladung zu schaffen ist, sollten dabei ein besonderer Fokus sein. Die weitere Entwicklung sollte generell eine umfassendere Neuorientierung hin zu einer weiteren Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung enthalten. Aktuell werden teilweise noch kleinteilige Kontrolle und Nachweise verlangt, die keinen unbedingten Beitrag zur Weiterentwicklung der Richtlinie und der Versorgung leisten.

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge
§ 3 Behandlungs-bereiche	Stellungnahme mit Begründung: Der Vorschlag der GKV-SV/PatV, BPTK in der Allgemeinen Psychiatrie die Bereiche A3 – A5 aufzunehmen wird gefolgt. Die in der Versorgungsrealität existierenden Fachabteilungen mit integrierten Versorgungsstrukturen halten psychiatrische und psychosomatische Leistungen für Erwachsene und auch die Pflichtversorgung für Notfälle und Unterbringung vor.

	Entsprechend notwendig ist für diese Krankenhäuser die Aufnahme der psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung im Behandlungsbereich A. Psychosomatische Akutkrankenhäuser sollten wie andere Krankenhäuser die Akut- und Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten in allen Stadien der Erkrankung (inkl. Suizidalität) jederzeit (24/7) sicherstellen. Dies sollte aus Sicht der APK auch zukunftsweisend sein und Kriterium für die Aufnahme in Krankenhauspläne sein. Die rein elektive stationäre und vorrangig rehabilitative Versorgung psychosomatischer Patientinnen und Patienten ohne regionale Versorgungsverpflichtung ist psychosomatischen Reha-Kliniken vorbehalten. In Bezug auf den zusammenfassenden Behandlungsbereich A5 wird der Argumentation der GKV-SV gefolgt.
	Änderungsvorschlag: Zustimmung zum Änderungsvorschlag vom GKV-SV, in dem Behandlungsbereich A die Bereiche A3 – A5 zu integrieren.
§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen Abs. 5	Stellungnahme mit Begründung: Fachkräfte der Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit sie Regelaufgaben der jeweils anderen Berufsgruppen qualifiziert übernehmen können. Die Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (§ 5 Absatz 1 Buchstabe c und Absatz 2 Buchstabe c) auf andere nicht-ärztliche Berufsgruppen sollte bis 2031 verlängert werden, um die Umstellungsphase entsprechend flexibel begleiten zu können und längerfristige Erfahrungen mit dem entsprechenden Skill- und Methodenmix sammeln zu können.
	Änderungsvorschlag: Anrechnungsmöglichkeiten PT verlängern bis 2031.
Abs. 7	Dem Vorschlag, die unterstützende Maßnahme der Zulassung von Pflegehilfskräfte im Nachtdienst zu verlängern, um so verlässlichere Daten zur Bewertung und Einschätzung und insbesondere vor der geplanten Überarbeitung der Mindestvorgaben im Nachtdienst, zu erlangen, wird zugestimmt.
§ 9 Weitere Qualitäts-empfehlungen	Stellungnahme mit Begründung: In diesem Zusammenhang eine Qualitätsvorgabe zur Vorhaltung von Psychotherapie zu verankern, ist nicht erforderlich. Die Vorgabe bezüglich der Zeitwerte in den Mindestvorgaben reichen hier aus. Die Dosierung und Ausgestaltung sind bei jeder Patientin und jedem Patient im Einzelfall bedarfsgerecht festzulegen. In den tragenden Gründen zur

	Erstfassung der PPP-RL, in der die 50 Minuten bzw. 2 x 25 Minuten aufgenommen sind, wurde zudem angeführt, dass die 25 Minuten auf kleinere Gesprächseinheiten aufgeteilt erfolgen können. Rahmenbedingungen und die Ausgestaltung psychotherapeutischer Leistungen in der Klinik sind nicht mit den Rahmenbedingungen der G-BA Richtlinie zur ambulanten Psychotherapie zu vergleichen. Art und Ausgestaltung und die Einbettung in milieutherapeutische Settings variiert von Patientin zu Patient.
	Änderungsvorschlag: Keine Änderung.
§ 10 Ausnahme-tatbestände Abs. 1	Stellungnahme mit Begründung: Der belegten Einschätzung, dass der Ausnahmetatbestand mit einem niedrigeren Schwellenwert von 105 % die tatsächliche Dynamik im Versorgungsgeschehen besser abbildet und den Krankenhäusern in Fällen von einer erhöhten Anzahl von Patientinnen und Patienten gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme entgegenkommt, ist zuzustimmen.
	Änderungsvorschlag: Überschreitung Schwellenwert auf 105 % festlegen.
§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben Abs. 5	Hier wird auf die Ausführungen zu den Übergangsregelungen verwiesen.
§ 15 Evaluation der Richtlinie	Stellungnahme mit Begründung: Dem Vorschlag der DKG, die Auswirkungen des Inkrafttretens der Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absatz 5 auf die Versorgung in Deutschland zu evaluieren, ist zuzustimmen. Dabei sind auch diese zu untersuchen. Im Sinne einer lernenden Richtlinie, sollten dieser zentrale Bestandteil der Richtlinie in Bezug auf strukturelle, organisatorische und personelle Veränderungen in den Krankenhäusern ausgewertet werden. Der Abschlussbericht sollte bis zum 31. Dezember 2028 vorliegen.
	Änderungsvorschlag: Zustimmung Vorschlag DKG.

Zu § 16 Übergangs-regelungen Abs. 1	Stellungnahme mit Begründung: Die vorhandene Datenlage und Berichterstattung weist auf umfangreiche Probleme in der Umsetzung der PPP-RL hin. Die Ursachen sind vielfältig, gleichwohl sieht die APK, dass der Zeitfaktor bei solch weitreichenden Umstellungsprozessen und Entwicklungen in der Personalakquise stärkere Berücksichtigung finden muss. Im Sinne der verlässlichen Planbarkeit unterstützen wir den Vorschlag der DKG, die vollumfängliche Umsetzung erst 2031 zu erreichen und bis 2028 bei einem Umsetzungsgrad von 90 % zu bleiben. Auch wäre damit der Raum gegeben, die begonnenen Prozesse der Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung parallel weiter fortschreiben zu können. Zudem stände dem G-BA mehr Zeit zur Verfügung, sich mit den Auswirkungen des Inkrafttretens der Sanktionen im Jahr 2026 zu befassen und die weiteren Perspektiven zu erörtern. Daher wäre eine Anpassung des Zeitplans bei gleichzeitigem Inkrafttreten der Sanktionen nach § 13 PPP-RL ein realistischer Weg.
	Änderungsvorschlag: Änderung Zeitplan wie angeführt.
Zu § 16 Übergangs-regelungen Abs. 5	Stellungahme zur Begründung: Die Erfassung der Regelaufgaben über OPS-Kodes sollte gestrichen werden. Die wenigen Erkenntnisse, die aus dieser Form der Datenerhebung abgeleitet werden können, rechtfertigen nicht den Aufwand. Durch den vorgegeben begrenzten und in sich nicht konsistent praxisnahen OPS-Katalog ist zudem zwangsläufig eine Reduktion bzw. Limitation der Transparenz zum Leistungsgeschehen gegeben.
	Änderungsvorschlag: Streichung Erfassung Regelaufgaben über OPS-Kodes.

.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027

Datum	[11.03.2026]
Stellungnahme von	DGPT (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.)

Hinweise:

- *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.*
- *Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.*

Vielen Dank!

Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V sowie 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Buchstabe a VerfO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)

Hier: Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zum Erfassungsjahr 2027

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
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 06.02.2026) 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 sind alle Bestrebungen, die den bürokratischen Aufwand verschlanken, zu begrüßen. 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 bestätigt sich, dass die genannten Untergrenzen in der PPP-RL als Obergrenzen in den Verhandlungen der Kliniken mit den Kassen gehandelt werden.** **Wir begrüßen sehr, dass die Studienergebnisse der EPPIK-Studie in dem vorliegenden Änderungsvorschlag ihren Niederschlag finden und eine weitere Differenzierung der Pauschalen P1/P2 sowie P3/P4 vorgeschlagen ist.** **Nicht nachvollziehen können wir, warum das Ergebnis (Einteilung in 7 Behandlungsbereiche) des Teils der Studie, der ausschließlich an Psychosomatischen Häusern durchgeführt wurde, vollständig in die psychiatrischen Anwendungsbereiche gespiegelt werden soll. Wir schließen uns hier den Ausführungen der DKG (Tragende Gründe, Seite 4, 2.2.1) an. Psychosomatik und Psychiatrie haben unterschiedliche Anwendungsbereiche neben den bestehenden Überschneidungen und dies sollte sich auch in der Differenzierung der Behandlungsbereiche ausdrücken.** Des Weiteren plädieren wir weiterhin für eine Aussetzung der Sanktionszahlen. In Folge des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 10.4.2025 in Leipzig (Verhandlung Land Ba-Wü/AOK Ba-Wü) besteht für viele Kliniken eine objektive Unmöglichkeit, das Personal nach PPP-RL vorzuhalten, ohne dabei erhebliche Verluste zu machen, aufgrund der Tatsache, dass die Umsetzung der Vorgaben des G-BA nur die einmalige Finanzierung zusätzlichen Personals zu tarifbedingten Kosten vorsieht. Genau diese Interpretation von § 3 Abs. 3 Punkt 5 der BPlfV führt zu einer eklatanten Tarifschere, da Bestandspersonal dieser Logik folgend nicht ausfinanziert wird, dennoch aber die Vorgaben der PPP-RL zu erfüllen sind. Generell sollte auf eine ausreichende Übergangszeitraum geachtet werden. Im Einzelnen nehmen wir wie folgt zu den Punkten Stellung:

***Hinweis:** Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.*

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge ***Hinweis:*** *Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.*
§ 3 (1) A	Stellungnahme mit Begründung: Wir plädieren für „keine Übernahme“ der Veränderung A3-A5. Wir stimmen der Stellungnahme der DKG zu, unterstützen die Begründung in den Tragenden Gründen. Eine Anpassung der A7 als Pendant zur bisherigen Komplexbehandlung erscheint sinnvoll, eine Ausweitung der Differenzierung wie in der Psychosomatik sollte der Psychosomatischen Medizin vorbehalten sein.
	Änderungsvorschlag: Wie von der BÄK/DKG vorgeschlagen: A1-A6 wie bisher, A7 Psychosomatisch-Psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung A8 wie bisher
§ 3 (1) P	Stellungnahme mit Begründung: Wir begrüßen die Differenzierung in 7 Behandlungsbereiche wie von der DGPM vorgeschlagen als Ergebnis der EPPIK Studie . Die Umbenennung der Regelbehandlung in Basisbehandlung lehnen wir ab, suggeriert es doch eine „minderwertige“ Behandlung. Häufig liegen die Gründe für das Nicht-Erreichen einer P2 und höher in kurzzeitigen und kurzfristigen Ausfällen des Therapie-Einheiten generierenden Personals, was die Therapie in einer multimodalen Therapie mit sehr vielen an der Therapie beteiligten Personen nicht auf ein Minimum reduziert, sondern weiterhin einer Regelbehandlung entspricht.
	Änderungsvorschlag: Wie von der DKG und BÄK empfohlen! (S. 6 Änderungsvorschläge) P1 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
§ 3 (2) und § 6 (3)	Stellungnahme mit Begründung: Aus unserer Sicht kann es bei „Eingruppierungsempfehlungen“ bleiben, wie von der DKG empfohlen.

	Änderungsvorschlag Übernahme des Vorschlags der DKG: „Eingruppierungsempfehlung“
§ 6 (4)	Stellungnahme mit Begründung: Wir unterstützen den Vorschlag der DKG/PatV „in allen Behandlungsbereichen“ statt „in den Behandlungsbereichen“ Die Formulierung ist genauer.
	Änderungsvorschlag Übernahme des Vorschlags der DKG/PatV: „in allen Behandlungsbereichen“:
§ 8 (3) und (5)	Stellungnahme mit Begründung: Aufgrund der Tatsache, dass die zusätzliche Überprüfung der fachlichen Qualifikation einen nicht unerheblichen Bürokratieaufwand mit sich bringt und die Kriterien hierfür völlig unklar sind, lehnen wir diesen Vorschlag ab. Das Personal in der Psychiatrie und Psychosomatik arbeitet in multimodalen Settings auf vielen Ebenen miteinander und ergänzt sich gegenseitig.
	Änderungsvorschlag: Wir befürworten den Vorschlag der DKG/LV „keine Übernahme“
§ 8 (3)	Anrechenbarkeit der Berufsgruppen Stellungnahme mit Begründung: Auf den ersten Blick erschließt sich nicht, warum Berufsgruppe c auf b, d und f angerechnet werden könnten. Bei genauerem Hinsehen gibt es aber natürlich viele PsychologInnen, die in Beratungsstellen tätig waren, oder andere therapeutische Ausbildungen haben und deshalb sehr wohl Regelaufgaben von SozialarbeiterInnen oder SpezialtherapeutInnen übernehmen können – bei entsprechender Qualifikation ist also eine Anrechenbarkeit sinnvoll. Deshalb ist eine generelle Anrechenbarkeit auch über den Zeitraum von 2026 hinaus sinnvoll zur Flexibilisierung gerade bei Häusern mit einem kleineren Personalpool. Eine Entfristung der Anrechenbarkeit scheint uns genau wie von der BÄK und DKG in den Tragenden Gründen dargelegt geboten.
	Änderungsvorschlag: Übernahme der Vorschläge der DKG
§ 8 (7)	Stellungnahme mit Begründung: Wir befürworten den Vorschlag der DKG/LV/BÄK „bis 2027“ „keine Übernahme“ was die Beschreibung der Bezugsgröße betrifft, da das wiederum nicht zur Entlastung, sondern eher zur Belastung der Bürokratie führt.
	Änderungsvorschlag Übernahme des Vorschlags der DKG/LV/BÄK
§ 9 (2) Weitere Qualitätsempfehlungen	Stellungnahme mit Begründung: Die Vorgabe, dass Pat eine ausreichend psychotherapeutische Versorgung pro Behandlungswoche erhalten, ist begrüßenswert, der Vorschlag der BPtK in diesem Sinne nachvollziehbar. Die Anzahl der Therapieeinheiten wird jedoch an

	anderer Stelle über die Komplexziffern geregelt, so dass uns eine zusätzliche Vorgabe in der PPP-RL überflüssig erscheint.
	Änderungsvorschlag Keine Übernahme
§ 10 (1) und (2) Ausnahmetatbestände	Stellungnahme und Begründung: Den Tragenden Gründen der BÄK und DKG auf S. 16-18 folgen wir.
	Änderungsvorschlag: Die Vorschläge von DKG/LV/BÄK sollen in Abs 1 und 2 übernommen werden.
§11 (7) (12) Nachweisverfahren	Stellungsnahme und Begründung Wir folgen dem Vorschlag der DKG/PatV/LV.
	Änderungsvorschlag: „bis zum 15. März“ sowie „schriftlich“
§13 (5) S. 1 und (6) Folgen bei Nichteinhaltung	Stellungnahme und Begründung Für die Psychosomatik werden in 2027 neue Mindestvorgaben gelten, weshalb wir für eine ebenso langen Beobachtungszeitraum plädieren wie er den Bereichen der (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie zugestanden wurde.
	Änderungsvorschlag Der Vorschlag des GKV-SV/Pat V/BPtK in Absatz 5 bis 2028 bzw. in Abs 6 bis 30. Juni 2028 sollte übernommen werden.
§ 13 (5) S. 3 und 4	Stellungnahme mit Begründung Zu Satz 3: Um Erfahrungen mit den neuen Behandlungsbereichen zu sammeln und die Umsetzung zu beobachten ist es notwendig, die Umsetzung nicht durch verfrühte Sanktionen zu gefährden. Zu Satz 4: aus ebendiesen Gründen (neue Behandlungsbereiche, mit deren Umsetzung Erfahrungen gesammelt werden müssen) schlagen wir vor, eine möglichst lange sanktionsfreie Zeit vorzusehen und diese auf mindestens 3 Jahre auszuweiten.
	Änderungsvorschläge Satz 3: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK zur Streichung „im Jahr 2026 und 95% im Jahr 2027“ soll übernommen werden. Satz 4: Wir schlagen vor, dass der Satz wie foglt ergänzt wird: „für die Fachgebiete der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und für das Fachgebiet Psychosomatik erfolgt kein Vergütungswegfall für die Jahre 2027 und 2029“
§ 15 (4) neu Evaluation der Richtlinie	Stellungnahme mit Begründung Wir befürworten die Tragenden Gründe ausgeführt durch die DKG. Die Evaluation der Folgen der Sanktionierung erscheint uns besonders wichtig vor dem Hintergrund des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 10.04.2025. Gerade die Folgen von Ausfällen in kleineren Berufsgruppen scheinen für manche Krankenhäuser kaum aufzufangen zu sein und es ist zeitnah zu evaluieren, wie

	sich die sanktionsbewehrte Einführung der Mindestvorgaben für die Psych-Fachgebiete auswirkt.
	Änderungsvorschlag: Der Vorschlag für einen neuen Absatz 4 durch die DKG/PatV/LV soll übernommen werden.
§ 16 (1) und (2)	Übergangsregelungen Stellungnahme und Begründung Wir folgen der Begründung durch die DKG/BÄK – die Folgen für die Versorgung von psychiatrisch und psychosomatisch erkrankten Menschen sollte mit aller Vorsicht und Behutsamkeit im Blick behalten werden!
	Änderungsvorschlag: Die Vorschläge der DKG/LV/BÄK (Mindestvorgaben müssen „ab 2031“ umgesetzt werden sowie die Übergangsfrist für den Umsetzungsgrad von 95% ab „2029“) sollen übernommen werden.
§ 16 (6) neu	Übergangsregelungen Wir folgen den Ausführungen der DKG
	Änderungsvorschlag: Eine Übernahme des Vorschlags zu einem neuen Absatz 6 soll nicht erfolgen, wie von der DKG/LV gefordert.
Anlage 1, Minutenwerttabellen	Zu Nummer 1 und 2: Die Stärkung des therapeutischen Personals durch eine ausreichende personelle Ausstattung wie von der BPtK vorgeschlagen ist für uns nachzuvollziehen. Von der DKG wird auf eine mangelnde Datengrundlage hingewiesen – hier wäre unter Umständen weitere Forschung notwendig. Grundsätzlich ist aber davon auszugehen, dass in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken die Anzahl der Minutenwerte für Psycholog:innen unterrepräsentiert ist: Bis 2032 sind dort vielfach Psychotherapeut:innen in Ausbildung als Psycholog:innen angestellt. Diese werden jedoch großteils nicht in die Therapieeinheiten und OPS-Kodes einberechnet und sind deshalb in den Ist-Stand-Erhebungen nicht repräsentiert. Deshalb ist zu vermuten, dass auf diesen Erhebungen basierende Planungen nach dem Auslaufen des bisherigen Ausbildungssystems zu einer Unterschätzung der benötigten Minutenwerte für Psychologische Psychotherapeut:innen und Psychotherapeut:innen in Weiterbildung führen. Dies könnte eine Erhöhung der Minutenwerte im Bereich der Psychologen rechtfertigen.
	Änderungsvorschläge Im Bereich der Minutenwerte für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche sollen die Vorschläge der BPtK in Bezug auf die Minutenwerte übernommen werden. Eine Eins-zu-eins-Übernahme der P1-P7 aus der Psychosomatik in die Psychiatrie lehnen wir wie oben genannt ab.
	Änderungsvorschlag: Die Einfügung des Behandlungsbereichs P5 mit dessen Minutenwerten wie von DKG/LV vorgeschlagen soll übernommen werden.

Anlage 2, Eingruppierungskriterien	Stellungnahme und Begründung Wie in § 3 ausgeführt, ist aus unserer Sicht eine Eins-zu-eins-Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche in die Psychiatrie keinen Sinn. Deshalb sollten die neuen Behandlungsbereiche A3 – A5 nicht übernommen werden. P1: Wir folgen dem Vorschlag von DKG/LV/BÄK und deren Begründung. Es soll weiterhin Regelbehandlung genannt werden (siehe oben); die vom GKV-SV vorgeschlagene Beschreibung lehnen wir ab. Speziell zu Abschnitt 2 und 3: Wir können der Argumentation der BÄK, den OPS-Kode 9-61 zu streichen, folgen. P3: Bisher konnte der OPS-Kode 9-62 für die Einstufung der bisher geltenden Behandlungsbereiche P2 und P4 gewählt werden. Dadurch ist es möglich, dass eine psychosomatische Abteilung durch einen Facharzt für Psychiatrie geleitet werden kann, was aus fachlichen Gründen schwer nachvollziehbar ist, da sich die Krankenhausplanung ja direkt auf die Fachbereiche bezieht und deshalb die entsprechenden Fachärzte vorzuhalten wären. Wie in der EPPIK-Studie deutlich wurde, unterscheiden sich die Behandlungen in der Psychiatrie und Psychosomatik grundlegend. Deshalb plädieren wir dafür, die OPS-Kodes 9-62 und 9-626 aus inhaltlichen und fachlichen Gründen zu streichen. Speziell zu Abschnitt 2: Wir folgen der Begründung der DKG/LV/BÄK in Bezug auf die OPS-Kodes. P4: Zu Abschnitt 2: Wir folgen den Begründungen der BÄK, die die Vorschläge der psychosomatischen Verbände übernommen hat. Dem Vorschlag des GKV-SV, „integriert“ zu schreiben, ist inhaltlich zu folgen. P5: Hier folgen wir den Ausführungen der BÄK und unterstützen die Übernahme dieses Behandlungsbereichs. P6: Zu Abschnitt 1: Wie in der Stellungnahme zu § 3 genannt, übernehmen wir den Vorschlag der DKG/LV/BÄK und lehnen den Begriff der Basisbehandlung ab. Zu Abschnitt 2 und 3: Wir folgen der Formulierung der BÄK. P7: Wir folgen der Begründung der DKG und BÄK

	Änderungsvorschlag P1: Abschnitt 1: Vorschlag DKG/LV/BÄK „Psychosomatische-Psychotherapeutische Regelbehandlung“ soll übernommen werden. Abschnitte 2 und 3: Vorschläge der DKG/LV/BÄK sollen übernommen werden. Die Streichung des Kodes 9-61 wie von der BÄK vorgeschlagen soll übernommen werden. P3: Die Kodes 9-62 und 9-626 sind zu streichen Vorschlag von DKG/LV/BÄK in Abschnitt 2 und 3 soll übernommen werden. P4: Abschnitt 2 und 3: Die Vorschläge von GKV-SV/PatV und BÄK sollen übernommen werden. P5: Der Behandlungsbereich soll übernommen werden wie von der BÄK vorgeschlagen. P6: Abschnitt 1: Der Vorschlag der DKG/LV/BÄK zur Benennung, „Psychosomatisch-Psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär“, soll übernommen werden. Abschnitte 2 und 3: Die Formulierungsvorschläge der BÄK sollen übernommen werden. P7: Die OPS-Kodes 9-62 und 9-626 können gestrichen werden.

Hinweis: *Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.*

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: *Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.*

Gemeinsamer Bundesausschuss

Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zu den Vorschlägen zur Änderung der PPP-RL zum Erfassungsjahr 2027

Datum	11.03.2026
Stellungnahme von	DFPP

Hinweise:

- *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.*
- *Vor dem Hintergrund der Veröffentlichung Ihrer Stellungnahme auf den Internetseiten des G-BA bitten wir Sie zudem, zur Vermeidung von möglichen Verstößen gegen Urheberrechte in Ihrer Stellungnahme auf Abbildungen, Diagramme oder sonstige etwaig urheberrechtlich geschützte Darstellungen gänzlich zu verzichten.*

Vielen Dank!

1. Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Minutenwerte Pflege in den P-Gruppen: Mit Staunen nimmt die DFPP die Vorschläge der drastischen Absenkung der Pflegeminuten bei P1 (von 476 auf 220 min) und bei P2 (von 509 auf 250 min) pro Patienten und Woche zur Kenntnis. Der DFPP ist unverständlich, wie mit diesen Minutenwerten welche Patienten behandelt werden sollen. Bei 220 oder 250 min kann auf einer 18-Betten-Station die Tagespräsenzzeit (7 x 14 Std.) nicht abgedeckt werden, d.h. Patienten wären mehrere Stunden am Tag ohne pflegerische Präsenz und somit ohne Versorgung auf der Station. Damit ist angemessene Sicherheit und Behandlung von krankenhausbehandlungsbedürftigen Patienten nicht möglich. Die DFPP geht davon aus, dass diesen Vorschlägen grobe Fehler zugrunde liegen und bitten um entsprechende Korrektur. Werte wie 583 Minuten für vollstationäre Patienten erlauben allenfalls eine 14/7-Präsenz, aber kaum therapeutische oder therapiefördernde Angebote oder Hilfen bei akuten Situationen und Krisen. Das Niveau bewegt sich dadurch in Richtung Rehabilitation, weit weg von Krankenhausbedürftigkeit.
Verabschiedung des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung der Pflege (BEEP): dieses Gesetz sieht die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen vor. Es unterstreicht die Notwendigkeit die pflegerischen Regelaufgaben zu erweitern, wie seit Jahren von der DFPP gefordert.
Bedarf zur Aufnahme: **Genesungsbegleitung muss auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ermöglicht werden.** Sie ist in der KJP gleichermaßen wirksam wie in der Erwachsenenpsychiatrie und unterstützt Familien und Patienten durch individuelle, tragfähige Begleitung, fördert soziale Integration, Resilienz und Lebensqualität, reduziert Rückfälle und verlängert stationäre Abstinenz durch begleitete Alltagsstruktur, Therapiebeteiligung und ressourcenorientierte Unterstützung.

Hinweis: *Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.*

2. Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z. B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge ***Hinweis:*** *Falls Literaturstellen zitiert werden, bitten wir Sie diese eindeutig zu benennen.*
Seite 5 §3 Behandlungsbereiche	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP stimmt der Ausführung der **Eingruppierungsempfehlungen**: der DKG sowie im Verlauf der DKG/BÄK zu. Die vorgeschlagenen neuen Behandlungsbereiche A3, A4, A5 ergeben keinen Mehrwert in der Personalvorhaltung, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Die in **Anlage 1** für die vorgeschlagenen neuen Gruppen A3 - A5 vorgeschlagenen Minutenwerte sind so gering kalkuliert, dass eine sichere Patientenversorgung nicht gewährleistet werden kann. Wenn die Minutenwerte der Pflege so gering sind, dass nicht mehr als ein Concierge-Dienst übrigbleibt, muss man die Frage stellen, ob es sich noch um eine Krankenhausbehandlung nach §39 SGB V handelt. Hier ist formuliert: „Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; […].“ Es geht also im personellen Bereich um die insbesondere ärztliche Behandlung und Krankenpflege. Die DFPP lehnt die Vorgabe der therapeutischen Leistungserbringung von mindestens 6 Therapieeinheiten über alle Berufsgruppen hinweg ab, mit Bezugnahme auf den OPS-Kode 9-634.
	Änderungsvorschlag: Die Gruppierungen A3, A4, A5 streichen bzw. nicht aufnehmen.
Seite 6 Behandlungsbereiche Plus zugehörige Minutenwerte (Anlage 1)	Stellungnahme mit Begründung: P1, P2, P3 teilstationär → Die drastische Reduzierung der Pflege-Minuten in den P-Gruppen, insbesondere bei P1 (von 476 auf 220 Minuten) und P2 (von 509 auf 250 Minuten) pro Patient und Woche, ist qualitativ unverständlich. Mit diesen Minutenwerten kann auf einer 18-Betten-Station die notwendige Präsenzzeit nicht abgedeckt werden, sodass Patienten mehrere Stunden täglich ohne pflegerischen Bezug bzw. Betreuung wären. Dies gefährdet die Sicherheit und Versorgung der Patienten und macht eine adäquate Behandlung unmöglich. Wir gehen davon aus, dass diesen Vorschlägen Fehler zugrunde liegen, und bitten um Korrektur. Werte wie 583 Minuten für vollstationäre

	Patienten bieten lediglich eine minimale Präsenz und erlauben keine therapeutischen oder akuten Interventionen – das Niveau entspricht eher der Rehabilitation als einer adäquaten Krankenhausversorgung. P3 (neu vollstationär) 614 Minuten → (sofern Behandlungsbereich bestehen bleibt) Anpassung auf A1 856 Minuten P4 (neu vollstationär) 583 Minuten → (sofern Behandlungsbereich bestehen bleibt) Anpassung auf A1 856 Minuten P5 (DKG/LV) 677 Minuten → (sofern Behandlungsbereich bestehen bleibt) Anpassung auf A1 856 Minuten P6 (teilstationär) 200 Minuten → (sofern Behandlungsbereich bestehen bleibt) Anpassung auf A6 329 Minuten P7 (teilstationär) 250 Minuten → (sofern Behandlungsbereich bestehen bleibt) Anpassung auf A6 329 Minuten
	Änderungsvorschlag: P3 (neu vollstationär) 614 Minuten → **Anpassung auf A1 856 Minuten** P7 (teilstationär) 250 Minuten → **Anpassung auf A6 329 Minuten** Die DFPP fordert eine Anpassung der Minutenwerte an die tatsächlichen Bedarfe der Patienten, insbesondere eine Erhöhung für P3 und P7, um die Qualität und Sicherheit der Versorgung zu gewährleisten. Die DFPP sieht bezüglich der Bedarfe der Patienten hinsichtlich psychosomatischer pflegerischer Arbeit keine Mengenunterschiede zur psychiatrischen pflegerischen Arbeit in der Allgemeinpsychiatrie. Die Differenzierung der erforderlichen Minutenwerte zur Mindestpersonalausstattung entspricht nicht dem Versorgungsauftrag.
Seite 8 §6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP stimmt der Ausführung der **Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung**: der DKG zu: ➔ **Eingruppierungsempfehlungen (3)** ➔ **(4) in allen Behandlungsbereichen zusammen**

Seite 11 §8 Anrechnung von Berufsgruppen	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP lehnt eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppe b, d und f → ab. Die Berufsgruppe c verfügt über keine pflegerischen Kompetenzen im Sinne der Vorbehaltsaufgaben hinsichtlich Pflegeprozessgestaltung. Hingegen kann die Berufsgruppe b Kompetenzen der Berufsgruppe c über Weiterbildungsformate qualifiziert erwerben. Die DFPP sieht eine Gefährdung der Patient:innen, wenn angenommen wird, das komplexe psychiatrische/psychosomatische Pflege von Berufsgruppen ohne Kompetenz und Qualifikation übernommen und ausgeübt wird. Eine weitere Verlängerung der Übergangsfrist zur Anrechnung der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f über den 30. Juni 2026 hinaus, lehnt die DFPP aus den oben genannten Gründen ab.
	Änderungsvorschlag: Eine anteilige Anrechnung von Berufsgruppe b auf die Berufsgruppen c und d ist möglich, bezogen auf definierte therapeutische Aufgaben und nachweisbar absolvierte Qualifikationen.
Seite 12 § 9, neuer Abs. 3 Weitere Qualitätsmerkmale	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP lehnt den Vorschlag der BPtK und PatV ab, 50 min Einzelpsychotherapie pro Woche in der EP und 100 min in der KJP als Qualitätsmerkmal festzulegen. Die richtigen Zeitpunkte und Häufigkeiten/Dauern von Einzelpsychotherapie müssen einzelfallbezogen und indikationsgeleitet im interprofessionell abgestimmten Behandlungsplan festgelegt werden, wie alle anderen Behandlungsangebote auch.
Seite 13 §10 Ausnahmetatbestand	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP blickt kritisch auf die alten wie neuen Formulierungen der Ausnahmetatbestände hinsichtlich realer Machbarkeit sowie gleichbleibender qualitativer Versorgungssicherstellung.
	Änderungsvorschlag: Die DFPP schlägt vor, keine verbindlichen Prozentsätze festzuhalten. Alternativ sollten die Prozentsätze bereits bei niederschwelligen Vorkommnissen greifen um Belastungssituationen vorzubeugen. Im Sinne einer Vorhaltung „Schwankungsreserve“, schlägt die DFPP eine Personalmehrvorhaltung vor, welche Belastungssituationen und somit Versorgungsschwankungen und Sanktionen vorbeugt. Retroperspektiv angepasst auf Ausnahmetatbestände der letzten 12-18 Monate. Darüber hinaus schlägt die DFPP vor: Die Prozentsätze zur Erfüllung auf das Kalenderjahr zu beziehen. Dadurch sind die

	Abweichungsmöglichkeiten flexibel und eine bedarfsgerechte Steuerung wird ermöglicht.
Seite 11 §8 Absatz (5)	Die DFPP unterstützt den Vorschlag des GKV-SV/BPtK
Seite 11 §8 Absatz (7)	Aus Qualitätssicherungsaspekten und Anerkennung der realen Bedingungen vor Ort unterstützt die DFPP den Vorschlag der DKG/LV/BÄK eine Befristung bis zum 31.12.2027 vorzunehmen und gleichwohl unterstützt die DFPP den Vorschlag des GKV-SV/PatV/BÄK die Bezugsgröße auf das VKS-Mind der Mindesvorgabe für den Nachtdienst für das gesamte Quartal zu beziehen.
Seite 20 §15 Evaluation der Richtlinie	Stellungnahme mit Begründung: Die DFPP stimmt unter (3) formulierten Vorschlag der DKG/PatV/LV zu.
	Änderungsvorschlag: Eine Beauftragung zur Evaluation der Richtlinie zum 31.12.2028 sollte unter Einbezug des BEEP bereits zum 31.12.2027 erfolgen oder es sollte aufgenommen werden, dass jeweils aktuelle Ausformulierung des BEEP in Entgeltverhandlungen Berücksichtigung finden müssen.

Hinweis: *Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.*

3. Ggf. Literaturverzeichnis

Hinweis: *Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.*

Literatur hinsichtlich **Steigende krankheitsbedingte Ausfälle – insbesondere durch psychische Belastungen**

Personalverfügbarkeit und strukturelle Schwankungen

https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/57370/data/0114eed547a91f626b09d8265310d1e5/dak-psychreport-ergebnis-praesentation.pdf

Psychische Fehlzeiten im Unternehmen: Ursachen, Zahlen, Lösungsansätze - Impulse

DAK-Psychreport 2024: Fehlzeiten durch Depressionen | Sozialwesen | Haufe

Fehlzeiten bei Pflegekräften in Mecklenburg-Vorpommern auf hohem Niveau | Die Techniker - Presse & Politik

Psychreport 2025: Pflegekräfte fehlen oft psychisch bedingt

https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/18bf2a18f74fba26064758d22df722cebf476223/20230628_Positionspapier_PPP-RL_Langversion_web.pdf

Fluktuationsrate für Pflegepersonal in Deutschland (2025)

Fachkräftemangel Krankenhaus 2025: Ursachen & Maßnahmen

Von: Deutscher Verband für Physiotherapie e.V.
An: Anfragen und Stn PPP-RL
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der PPP-RL
Datum: Mittwoch, 4. März 2026 09:43:06
Anlagen: image002.png
image003.png

ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter [redacted]

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit der Abgabe einer Stellungnahme.

Der Deutsche Verband für Physiotherapie e.V. verzichtet diesmal darauf eine Stellungnahme abzugeben.

Mit freundlichen Grüßen

[redacted]
Sekretariat

Deutscher Verband für Physiotherapie e.V.
Bonner Strasse 143
50968 Köln
Telefon: +49 (0)221 981027-0

E-Mail: info@physio-deutschland.de
Web: www.physio-deutschland.de

Von: Anfragen und Stn PPP-RL <PPP-RL@g-ba.de>
Gesendet: Mittwoch, 11. Februar 2026 13:02
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. [redacted]
Stv. Abteilungsleiterin

i. A. [redacted]
Referentin
Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

[redacted]
PPP-RL@g-ba.de
www.g-ba.de

LinkedIn • Instagram • Bluesky

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.

Die Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

BfDI | Postfach 1468 | 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung

ausschließlich per E-Mail an:
PPP-RL@g-ba.de

Ihr Kontakt:
Herr Oster
Telefon: [redacted]
E-Mail: BS4@bfdi.bund.de

Aktenz.: BS4-315/072#1591
(bitte immer angeben)
Dok.: 25944/2026

Anlage:

Bonn, 06.03.2026

Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zum Erfassungsjahr 2027

Sehr geehrte Frau [redacted],
sehr geehrte Frau [redacted]
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu o. g. Beschlussentwurf. Ich sehe in dieser Angelegenheit von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

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. Anhörung

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

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
1	Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)	4. März 2026	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
2	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	5. März 2026	Stellungnahme
3	Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	6. März 2026	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
4	Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	9. März 2026	Stellungnahme
5	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	11. März 2026	Stellungnahme
6	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	11. März 2026	Stellungnahme
7	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	11. März 2026	Stellungnahme
8	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	11. März 2026	Stellungnahme
9	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	11. März 2026	Stellungnahme
10	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	11. März 2026	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
11	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	11. März 2026	Stellungnahme
12	Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	11. März 2026	Stellungnahme
13	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)	11. März 2026	Stellungnahme
14	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)	11. März 2026	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am **26. März 2026** vorbereitet und durch den Unterausschuss QS in seiner Sitzung am **6. Mai 2026** durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
2	**Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), 05.03.2026**		
2.1	DVE	Allgemeine Anmerkung Die fortgesetzte Nutzung des Begriffs der Spezialtherapeuten ist nicht nachvollziehbar, irreführend und unbegründet. Uns ist bewusst, dass der Begriff der Spezialtherapeuten seit	DKG: Kenntnisnahme. Eine Umbenennung der Berufsgruppen der PPP-RL ist nicht Gegenstand der aktuellen Richtlinienänderungen. Mit der Erstfassung der PPP-RL wurde die Berufsgruppe der Ergotherapeuten/innen aus der Psych-PV in die neue Berufsgruppe der Spezialtherapeuten/innen überführt, um das breite Spektrum the-

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Beginn der PPP-RL Verwendung findet und wir haben die Begriffswahl bereits seit Beginn thematisiert und kritisiert. Unter anderem in unserem offenen Brief haben wir die Gründe ausführlich dargelegt: https://www.dve.info/application/files/7217/5429/4573/2025_08_Offener_Brief_des_DVE_zur_PPP-RL.pdf. Selbst wenn sich über die Qualität und die mitschwingende Bewertung des Begriffes streiten lässt, ist es in der PPP-RL so, dass der Begriff der Spezialtherapeuten ganz anders genutzt wird als im OPS. Im OPS (und hier nur Bereich der psychiatrischen Komplexleistungen, in der Somatik findet der Begriff keine Verwendung!) umfasst er sämtliche fachtherapeutische und pädagogische Berufsgruppen aber auch die Sozialarbeiter:innen - in der PPP-RL dient er als Oberbegriff von Ergotherapie und Künstlerischen Therapien (und einigen weiteren „kleineren ungenannten Sonderformen“). Ergotherapie und Künstlerische Therapien, werden im Gegensatz zur Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder auch Sozialer Arbeit nicht mehr einzeln benannt, sondern als Konglomerat neben diesen behandelt. Ergotherapie und Künstlerische Therapien sind damit (anders als die anderen) in ihrer Eigenständigkeit nicht mehr erkennbar und unsichtbar. Dabei ist die inhaltliche Schnittmenge zwischen Ergotherapie und Künstlerischen Therapien nicht größer als die zu den anderen therapeutisch-pädagogischen Berufen, der Pflege oder der Sozialen Arbeit. Wäre eine echte analoge Nutzung des Begriffs der Spezialtherapeuten wie im OPS in der	rapeutischer Angebote in Psychiatrie und Psychosomatik abzubilden. Je nach Behandlungsschwerpunkt können z. B. Musik-, Kunst- und Kreativtherapeuten verstärkt in den Einrichtungen eingesetzt werden. Eine Konzentration auf eine einzelne Berufsgruppe in diesem Zusammenhang widerspricht einem zeitgemäßen multimodalen Behandlungsansatz. GKV-SV/DPR: Kenntnisnahme. Die Bezeichnung und die inhaltliche Ausgestaltung der Berufsgruppen werden vorliegend nicht geändert. Sie sind somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens. PatV: Die Hinweise zu der Begrifflichkeit „Spezialtherapeuten“ werden zur Kenntnis genommen. Die PatV hält eine Ausdifferenzierung der Berufsgruppen für die PPP-RL nicht für zielführend. Die PPP-RL ist ein Instrument zur Festlegung von Mindestpersonalvorgaben und kein Abbild der gesamten therapeutischen Differenzierung. Eine weitere Ausdifferenzierung innerhalb der Spezialtherapeuten würde die Steuerung unnötig verkomplizieren, ohne einen nachweisbaren Zusatznutzen für die Versorgungsqualität zu schaffen. BÄK: In der Referenztabelle A 8 sind die einzelnen Qualifikationen der Ergotherapeuten, Künstlerischen Therapeuten etc. sehr wohl weiterhin je differenzierter Einrichtung zu benennen. Es geht in der PPP-RL nicht um berufliche Besonderheiten, sondern

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		PPP-RL umgesetzt/umsetzbar, wäre das aus unserer Sicht zwar aufgrund der in unseren Berufsgruppen deutlich wahrgenommenen negativen Konnotation immer noch unerfreulich, aber zumindest schlüssig. Aktuell betrifft es aber explizit die Ergotherapie und die Künstlerischen Therapie – das ist nicht angemessen und muss entsprechend geändert werden! Wir bitten um Verständnis für unsere Nachdrücklichkeit und Beharrlichkeit bei diesem Thema.	schlicht um pragmatische Lösungen zur Zählung des Personals, wobei die Zusammensetzung der Berufsgruppen je nach Konzept der Einrichtungen stark variieren kann.
2.2	DVE	Die Beschreibung der Regelaufgaben ist seit langem stark überarbeitungsbedürftig, auch werden Inhalte und Begrifflichkeiten aus den 90er Jahren unreflektiert fortgeschrieben. Die in dieser Aktualisierung erfolgten Ansätze sind nicht zielführend und inkonsistent. Im Zusammenhang mit der Zusammenfassung der Fachberufe in einer Gruppe ist die Überarbeitung unumgänglich. Diese Überarbeitung benötigt zudem die Expertise der beteiligten Berufsgruppen und kann nicht ohne diese sachgerecht formuliert werden. S.a. Stellungnahme zu Anlage 4 auf der nächsten Seite.	DKG/DPR: Kenntnisnahme. Eine inhaltliche Überarbeitung der Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL ist nicht Gegenstand der aktuellen Weiterentwicklung der PPP-RL. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Regelaufgaben in Anlage 4 werden vorliegend inhaltlich nicht geändert. Die vorgenommene Änderung für die Psychosomatik – die zusammenfassende Darstellung der Regelaufgaben der Spezialtherapeuten und Bewegungstherapeuten - – ist redaktioneller Art und erfolgt analog zur Zusammenlegung der beiden Berufsgruppen in § 5 mit Beschluss gemäß 18. Juni 2025. PatV: Wir teilen die Auffassung, dass mittelfristig die Regelaufgaben überarbeitet werden sollten.
2.3	DVE	Insbesondere vor dem Hintergrund der erneuten Anhebung der Minutenwerte in den Bereichen a)-c), ist eine Anhebung der Minutenwerte auch im Bereich der Gruppe d) dringend	DKG/GKV-SV/DPR: Kenntnisnahme. PatV: Für eine Anhebung der Minutenwerte der Berufsgruppe „d“ liegt zurzeit keine hinreichende Evidenz vor.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		notwendig. Eine Anpassung der Minutenwerte der Ergotherapie (wie auch der anderen Fachberufe im Bereich Therapie, Pädagogik und Sozialer Arbeit) ist 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 leitliniengerechte Therapie ist so nicht möglich, der Stand aus der PsychPV aus den 90er Jahren ist lange überholt.	
2.4	DVE	§ 8 (3) Entfristung der Anrechnung von c) auf d) etc. Gegen eine Entfristung sprechen wir uns nachdrücklich aus, solange es sich um eine einseitige Anrechnungsmöglichkeit handelt. Diese ist fachlich-inhaltlich nicht begründbar.	DKG: Kenntnisnahme. 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 Psychologen/Psychotherapeuten können so weiterhin berücksichtigt werden. GKV-SV: Kenntnisnahme und teilweise Zustimmung. Die Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f ist aufgrund der gegebenen Übernahmemöglichkeit von Aufgaben der zuletzt genannten Berufsgruppen fachlich zu vertreten. Mit unserem Vorschlag wird die Anrechnungsmöglichkeit zeitlich befristet verlängert, damit die Krankenhäuser mehr Zeit und mehr

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			Flexibilität haben zur Erfüllung der Mindestvorgaben. PatV: Die Stellungnahme wird als Unterstützung der Position von GKV/PatV/BPtK/DPR verstanden, die Anrechnung bis zum 31.12.2027 zu verlängern. Dank und Kenntnisnahme. BPtK: Eine gegenseitige Anrechenbarkeit von Psychotherapeut*innen und Ergotherapeut*innen ist aufgrund der unterschiedlichen Qualifikation und Kompetenzen nicht sachgerecht. DPR: Kenntnisnahme.
2.5	DVE	§ 9 (3) Weitere Qualitätsempfehlungen Kommentar: Uns irritiert diese Spezifizierung/Verortung an dieser Stelle, wäre es nicht (sofern Einigkeit dazu hergestellt wird) eine Fußnote in den Minutentabellen?	DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Es geht um eine Beschreibung von Qualitätsempfehlungen, die nur im § 9 zu verorten ist. Eine Fußnote in der Anlage 1 hätte eine andere Funktion. BPtK: In die Minutenwertetabellen in Anlage 1 fließen alle Regelaufgaben der jeweiligen Berufsgruppe pro Woche und Patient ein. Eine gesonderte Ausweisung der Minuten für Psychotherapie an dieser Stelle ist nicht vorgesehen. Zudem handelt es sich bei dem formulierten Qualitätsziel nicht um eine Mindestvorgabe, sondern um eine Empfehlung, die – im Gegensatz zu den Mindestvorgaben in Anlage 1 - nicht sanktionsbewehrt ist. DPR: 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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
2.6	DVE	Anlage 4 Regelaufgaben Abschnitt 4 / Gruppe d neu Die Regelaufgaben der Gruppe d sind aufgrund der Zusammenführung und nicht mehr zeitgemäßer Inhalte neu zu gestalten. Die aktuell willkürliche Zweiteilung (Ergotherapie/Künstlerische Therapien/…– Bewegungstherapie) im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder-/Jugendpsychiatrie nach der Zusammenführung der Berufsgruppen in der Gruppe d) bleibt fragwürdig und der Versuch der gemeinsamen Darstellung im Bereich der Psychosomatik enthält weiterhin Fehlzuordnungen. Die Leistungen der Ergotherapie und der Künstlerischen Therapien, die früher durch die Gruppenüberschrift gesetzt waren, sind nicht mehr erkennbar. Entsprechend ist es unbedingt notwendig, eine koordinierte und mit den beteiligten Berufsgruppen abgestimmte Überarbeitung vorzunehmen. Flickwerk führt hier nicht weiter. Insbesondere da in fast allen anderen Bereichen bereits eine inhaltliche Überarbeitung und Aktualisierung der Beschreibung der Regelaufgaben erfolgt ist, ist es nicht nachvollziehbar, warum dies hier nicht fachgerecht umgesetzt wird. Änderungsvorschlag: In Abstimmung mit den Berufsgruppen zu erarbeiten. Anregungen seitens des DVE lagen bereits mehrfach vor. Es besteht weiterhin die Bereitschaft hier Expertise einzubringen	DKG: Kenntnisnahme. Eine inhaltliche Überarbeitung der Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL ist nicht Gegenstand der aktuellen Weiterentwicklung der PPP-RL. Die Zusammenführung der Regelaufgaben für Einrichtungen der Psychosomatik folgt dem Beschluss vom 18.06.2025, bei der die Berufsgruppen der Spezialtherapie, der Bewegungs- und Physiotherapie zusammengeführt wurden. Die folgerichtige Zusammenführung der Regelaufgaben dieser Berufsgruppen wurde im vergangenen Jahr nur für Einrichtungen der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie umgesetzt. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Regelaufgaben in Anlage 4 werden vorliegend inhaltlich nicht geändert. Die vorgenommene Änderung für die Psychosomatik – die zusammenfassende Darstellung der Regelaufgaben der Spezialtherapeuten und Bewegungstherapeuten -– ist redaktioneller Art und erfolgt analog zur Zusammenlegung der beiden Berufsgruppen in § 5 mit Beschluss gemäß 18. Juni 2025. Gleichwohl bedankt sich der GKV-SV ausdrücklich für das wiederholt vorgebrachte Angebot der DVE, fachliche Expertise bei der Weiterentwicklung der PPP-RL einzubringen und kommt zu gegebener Zeit sehr gerne darauf zurück. PatV/BÄK: Eine Überarbeitung der Regelaufgaben sollte mittelfristig unter Einbezug von fachlicher Expertise erfolgen. BÄK: In der Tat besteht hier ein formaler Widerspruch. Andererseits

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		und/oder Expert:innen zu vermitteln.	wäre es nicht sinnvoll jegliche Spezifika der beruflichen Qualifikation aus der PPP-RL zu entfernen. Es verwundert, dass die höhere Bedeutung der Berufsgruppen der Spezialtherapeuten in der Psychosomatik, wie mit dem Änderungsvorschlag für 2027 vorgelegt (deren Leistungen sofern sie zu mehr als 6 Therapieeinheiten pro Woche gereichen, führen zu einer höheren Eingruppierung der Patienten), hier nicht gewürdigt wird. DPR: Der Vorschlag betrifft nicht den zur Stellungnahme vorgelegten Beschlussentwurf, der Änderungsvorschlag passt nicht zu den Änderungen in der Anlage 4.
4	**Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK), 09.03.2026**		
4.1	BDK	<u>Allgemeine Anmerkung</u> Die Bundesdirektorenkonferenz begrüßt die Anpassung der PPP-RL und die Ausrichtung auf zukünftige Herausforderungen, insbesondere vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels. Im Zentrum der PPP-RL stehen nach wie vor die Personal-*Mindest*-Anforderungen, die Patientinnen und Patienten-Gefährdungen verhindern. Vor diesem Hintergrund sind die zeitlich unbefristete Anrechenbarkeit von Psychotherapeuten auch in die Berufsgruppen der Pflege, Spezialtherapien und Sozialarbeiter eine zukunftsweisende Änderung.	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die befristete Anrechnung der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f soll den Einrichtungen mehr Zeit für die Erfüllung der Mindestvorgaben geben. Eine generelle Anrechenbarkeit, wie sie durch die Entfristung gegeben wäre, ist jedoch abzulehnen, da sie der Bedeutung und dem Stellenwert der Berufsgruppen, auf die die Anrechnung erfolgt, nicht gerecht werden. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Aus inhaltlichen Gründen und im Zuge der allseits geforderten Entbürokratisierung sollte aus unserer Sicht nicht noch weitere Behandlungsbereiche geschaffen werden, die z.T. deutlich abgesenkte Pflegeminuten enthalten, aus denen eine Gefährdung von Patientinnen und Patienten resultieren wird. Grundsätzlich sehen wir die Differenzierung zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Bereichen nicht zielführend, da es sich bei beiden Behandlungsbereichen um die voll- bzw. teilstationäre Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen handelt. Insbesondere an dieser Stelle sei auf unsere Stellungnahme aus dem Dezember 2025 verwiesen.	PatV: Kenntnisnahme. DPR: Dank und Zustimmung. GKV-SV: Die vorgesehene Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche in die Psychiatrie verringert die bisher vorhandene formale Trennung dieser beiden Fachgebiete.
4.2	BDK	<u>§ 3 (Behandlungsbereiche) einschl. Anlage 1 und 2</u> Der mit Abstand größte Änderungsvorschlag ist die Einführung von 5 anstatt 2 psychosomatischen vollstationären Behandlungsbereichen (P1 bis P5) und der Vorschlag eines Übertrags in parallele Behandlungsbereiche der Allgemeinpsychiatrie (A3-A5). In den neu eingeführten Bereichen stehen deutlich abgesenkten Pflegeminuten (A1 ggü. A3 von 856 auf 250, dagegen hat A7 noch 614 Min.) moderat erhöhten ärztlichen und psychologischen Minuten gegenüber. Dies entspricht aus	DPR: Dank und Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme. Der G-BA hat gemäß § 14 Abs. 2 PPP-RL die Aufgabe, eine Prüfung und ggf. Überarbeitung der Mindestvorgaben für psychosomatische Einrichtungen vorzunehmen. Mit dem Teilprojekt 2 der EPPIK-Studie liegen erstmals Ergebnisse vor, die dem G-BA einen Einblick in die Personalausstattung psychosomatischer Kliniken und Fachabteilungen ermöglichen. Der auf Basis dieser Ergebnisse beruhende Anpassungsvorschlag zur Erweiterung der psychosomatischen Behandlungsbereiche inkl. Änderungen in

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		unserer Sicht nicht der Intention der Abwendung von Gefährdungen für Patientinnen und Patienten als eine Kernaufgabe einer Personalmindestanforderung, geschweige denn einer Qualitätssicherung. Insbesondere der Vorschlag des GKV-SV, der PatV und der BPtK zur Reduktion der Pflegeminuten für schwerkranke, d.h. stationär behandlungsbedürftige, Patientinnen und Patienten ist nicht sinnvoll und potenziell gefährdend. Hier wird die Durchführung einer qualitativ indizierten Psychotherapie mit einer inhaltlich nicht begründbaren erheblichen Pflegereduktion verknüpft. Vielmehr wäre bei einer weniger hohen Intensität seitens der pflegerischen Versorgung die Prüfung eines ressourcensparenden teilstationären Behandlungssettings indiziert.	den Minutenwerten und Eingruppierungsempfehlungen wird gut hergeleitet und angesichts des Spektrums unterschiedlicher Behandlungssettings als notwendig erachtet. GKV-SV: Kenntnisnahme. Mit der vorgesehenen Übernahme der neuen Behandlungsbereiche der Psychosomatik auch in der Psychiatrie werden die Minutenwerte in Abhängigkeit des Schweregrads der somatischen Erkrankung sowie nach Therapieintensität differenziert. Es finden sich deshalb insbesondere für die Pflege sowohl niedrigere als auch höhere Minutenwerte. PatV: Die Herleitung der Minutenwerte für die psychosomatischen Behandlungsbereiche ergibt sich aus der EPPIK-Studie und unter Berücksichtigung der 2025 eingebrachten Stellungnahmen aus dem Bereich der Psychosomatik. Die PatV wird die Stellungnahme hinsichtlich der Pflegeminuten noch einmal prüfen. Die Ablehnung der Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in P wird zur Kenntnis genommen. Die PatV teilt die Stellungnahme, dass die Bereiche in A und P nicht voneinander abweichen sollten. Kern der Begründung für die Erhöhung der Minutenwerte in den Bereichen A1, A2, S1, S2, S6, G1, G2, G6, KJ1, KJ2 und KJ6 ist, das Ziel zu erreichen, das in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-RL formuliert wurde und schon seinerzeit zu einer Veränderung einiger Minutenwerte gegenüber denen der Psych-PV geführt hatte: „Für alle Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			und Psychosomatik wird 50 Minuten Einzelpsychotherapie (Anpassung siehe Tabelle 1) als Mindestvorgabe festgesetzt, diese kann auch in 2x 25 Minuten geleistet werden. Diese Psychotherapiedosis gilt für alle Behandlungsbereiche inklusive der Intensivbehandlungsbereiche und der Gerontopsychiatrie. Nach heutigem Wissensstand ist Psychotherapie bei den entsprechenden Erkrankungen auch im höheren und hohen Lebensalter indiziert. Zudem liegt es in der fachlichen Verantwortung der Klinik und der Behandelnden, die psychotherapeutische Behandlung so zu gestalten, dass sie auch den besonderen Bedürfnissen und Bedarfen der Patientinnen und Patienten, die als Intensivpatientinnen und -patienten in A2, S2 oder G2 eingestuft werden, gerecht wird. Darüber hinaus erfordert eine Behandlung, die auf die Prävention und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ausgerichtet ist, ausreichende psychotherapeutische Ressourcen, die im Rahmen des Beziehungsaufbaus und von Deeskalationsstrategien eingesetzt werden können“ (TrGr, S. 29). Die vorliegenden Daten zeigen, dass dieses Ziel regelhaft bei weitem nicht erreicht wird. Aus diesem Grund sollen die Minutenwerte für die psychotherapeutischen Berufsgruppe entsprechend angepasst werden.
		Die weitere Differenzierung in A3 bis A5 und analog P3 bis P5 ist aus unserer Sicht grundsätzlich **nicht** zielführend. Auch die aus der EPPIK-II-Studie abgeleiteten differenzierten Psychosomatik-Behandlungsbereiche zeigen nur die aus dem Ist-System errechneten Werte, ohne die realen Bedarfe neu zu ermitteln und damit eine unabhängige Schätzung der tatsächlichen Minuten zu ermöglichen. An dieser Stelle sei nochmals	GKV-SV: Kenntnisnahme.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		auf die Stellungnahme der Bundesdirektorenkonferenz vom Dezember 2025 verwiesen. Wir befürworten jedoch die Steigerung der Minuten im Bereich der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsgruppen, welche seitens BPtK und PatV für die Bereiche A1, A2, S1, S2, S6, G1, G2, G6, KJ1, KJ2 und KJ6 vorgeschlagen sind. Den heutigen kurzen Liegedauern und der erhöhten Inanspruchnahme entsprechend, ist dies aus unserer Sicht ein sinnvoller Änderungsvorschlag, der sowohl die Sicherheit als auch die Behandlungsqualität stabilisiert. Allerdings kann die in den tragenden Gründen durch die BPtK und PatV angeführte Begründung auf Boden eines pauschalen regelhaften 50-min-Kontaktes pro Woche und Patient/in nicht die Grundlage sein, da die Heterogenität der Patientinnen und Patienten dieser Forderung entgegensteht (siehe §9). Insgesamt ist zu betonen, dass auch schwer psychisch erkrankte Menschen mit einer Indikation für eine hohe Pflege-Intensität (z.B. bei der 1:1 Betreuung zur Prävention von Zwangsmaßnahmen) von psychotherapeutischen Gesprächen durch Ärzte und Psychologen profitieren.	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Eine Erhöhung der Mindestvorgaben einzelner Berufsgruppen erschwert den Ansatz eines bedarfsorientierten, alle Berufsgruppen gleichermaßen berücksichtigenden Personaleinsatzes in den Einrichtungen. Ziel sollte eher die Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit in den Behandlungsteams sein, als singuläre Berufsgruppen herauszustellen. Dies sichert den Kliniken die Möglichkeit, ihr vorhandenes und notwendiges Personal individuell zu steuern. Die PPP-RL legt lediglich Mindestvorgaben fest. Sofern in den Therapiekonzepten oder aufgrund kürzerer Liegezeiten / höherer Inanspruchnahme größere psychotherapeutische Anteile vorgesehen sind, ist dies für Kliniken entsprechend möglich. BPtK: Dank für die Unterstützung der Erhöhung der Minutenwerte von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in den Behandlungsbereichen der Psychiatrie. Die BPtK stimmt vollkommen zu, dass auch Patient*innen, die im Intensivbehandlungsbereich eingestuft werden, von psychotherapeutischen Gesprächen profitieren, weshalb auch in A2 eine Erhöhung der Minutenwerte der Berufsgruppen a) und c) vorgeschlagen wird. Der BPtK ist bewusst, dass insbesondere bei Patienten aus den Intensivbehandlungsbereichen auch kürzere psychotherapeutische Gespräche erbracht werden, die nicht über

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Änderungsvorschlag: Wir lehnen die vorgeschlagene Aufsplitterung der P-Kategorien ebenso wie die der A-Kategorien ab (Ablehnung der Einführung P3 und P4, die ihrerseits von den anderen Verbänden gefordert, im Falle der Ablehnung von P5, wie durch den GKV-Spitzenverband gefordert, sowie die Ablehnung der Bereiche A3 bis A5, wie seitens der DKG vertreten). Die Bereiche in A und P sollten nicht voneinander abweichen, da es nur psychische Erkrankungen gibt, keine psychiatrischen oder psychosomatischen und keine Notwendigkeit einer Differenzierung zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungsbildern sichtbar ist. Die Bundesdirektorenkonferenz unterstützt den Vorschlag einer Erhöhung der ärztlichen und psychotherapeutischen Minuten in den oben genannten Bereichen, ohne sich jedoch der Begründung der BPtK anzuschließen (siehe § 9).	Routinedaten erfasst werden können. Bei der Interpretation der Daten aus den Intensivbehandlungsbereichen muss dies deshalb berücksichtigt werden. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die vorgesehene Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche in die Psychiatrie verringert die bisher vorhandene formale Trennung dieser beiden Fachgebiete. BÄK: Es besteht weiterhin der mögliche Zugang zu den Psychosomatik-Bereichen P1 bis P3 (nach DKG-Vorschlag incl. P5) durch die Erwachsenenpsychiatrie, die solche Stationen vorhält. Daneben sieht der Entwurf die Existenz hoch spezialisierter, ausschließlich von Ärzten für psychosomatische Medizin geleiteten psychosomatischen Einheiten vor, die dann weiterhin ausschließlich über den OPS definiert werden. Der Entwurf trägt insofern der Existenz regelhafter schwerer somatischer Komorbidität bzw. psychosomatischer Morbidität im Fachgebiet Rechnung, dem wird auch durch höhere Minutenwerte aller Berufsgruppen incl. der Pflege nachgekommen.
4.3	BDK	§ 6 Abs. 4 (abweichende Anzahl der Behandlungstage) Aufgrund von naturgemäß auftretenden Belegungsschwankungen in den verschiedenen Schweregraden von Erkrankungen und deren Behandlung ist es wenig sinnvoll, die Belegungsschwankungen in den jeweiligen Behandlungsbereichen einzeln zu Grunde zu legen. Eine Summe der Behandlungstage	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Beibehaltung der bisherigen Korridorregelung ermöglicht eine für die Patientensicherheit ausreichende Personalausstattung auch bei kurzfristigen Belegungsschwankungen. Durch die vorgeschlagene Änderung würde die Berechnungslogik substanziell umgestellt, von der differenzierten Erfassung der

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		in allen Bereichen ist eine legitime Vereinfachung, insbesondere vor dem Hintergrund der oftmals angeführten Entbürokratisierung. <u>Änderungsvorschlag:</u> Übernahme des Vorschlages der DKG/PatV	Behandlungstage der einzelnen Behandlungsbereiche hin zu einer Erfassung der Behandlungstage über **alle Behandlungsbereiche zusammen**. Im Ergebnis würde sich z. B. eine erhebliche Zunahme an Patientinnen und Patienten mit intensivem Behandlungsbedarf nicht mehr auf die Personalausstattung auswirken. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt. DPR: Dank und Zustimmung.
4.4	BDK	<u>§ 8 (Anrechnung von Berufsgruppen)</u> Aufgrund der immer schwieriger werdenden Rekrutierung von Fachkräften und den begrenzten ökonomischen Ressourcen (i.d.R. wird seitens der Kostenträger den Krankenhäusern nur die Finanzierung von Mindestpersonalanforderungen zur Verfügung gestellt) ist es aus unserer Sicht sinnvoll, den Krankenhäusern die eng begrenzten Freiheiten in der Personalsteuerung weiterhin zu ermöglichen, um im Ermessen der Krankenhäuser das Personal nach Verfügbarkeit einsetzen zu können. Insbesondere die Anrechenbarkeit von psychologischen Mitarbeitenden nicht nur auf die Berufsgruppe der Ärzte, sondern auch auf die anderen therapeutischen Gruppen, erscheint sinnvoll und zweckmäßig. Hierbei ist zudem die Entfristung der gegenseitigen Anrechnung von Psychotherapeuten und den anderen nichtärztlichen Berufsgruppen vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und im Sinne eines flexiblen indikationsgerechten	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Möglichkeit zur Anrechnung von Psychologen/Psychotherapeuten auf andere therapeutische Berufsgruppen hat sich bewährt und trägt einen essenziellen Teil zum individuellen Personaleinsatz der Krankenhäuser bei. Um den Kliniken auch zukünftig bedarfsorientierte Gestaltungsräume zur Umsetzung ihrer Behandlungskonzepte zu ermöglichen, kann die Anrechnung jener therapeutischen Berufsgruppen auf das psychologisch-psychotherapeutische Personal einen weiteren wichtigen Baustein bieten. Wie die BDK ausführt, handelt es sich bei Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL um Fachkräfte, also hoch qualifiziertes Personal. Die weiteren Regelungen in § 8 Abs. 2 bis 4 stellen sicher, dass eine willkürliche Anrechnung / Austausch der Berufsgruppen nicht möglich wird, zumal Krankenhäuser zur Vermeidung haftungsrechtlicher Risiken sicherstellen, dass die Patientenversorgung ausschließlich durch Personal mit der jeweils erforderlichen fachlichen Qualifikation erfolgt. Darüber hinaus ist die Anrechnung von nicht in § 5 genannten Berufsgruppen ein wichtiges Element der PPP-RL.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Einsatzes sehr sinnvoll.	Erst dadurch wird ein bedarfsorientierter Personaleinsatz entsprechend der Behandlungskonzepte der Einrichtungen ermöglicht, die die sehr heterogene Versorgungslandschaft auszeichnet. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die befristete Anrechnung der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f soll den Einrichtungen mehr Zeit für die Erfüllung der Mindestvorgaben geben. Eine generelle Anrechenbarkeit, wie sie durch die Entfristung gegeben wäre, ist jedoch abzulehnen, da sie der Bedeutung und dem Stellenwert der Berufsgruppen, auf die die Anrechnung erfolgt, nicht gerecht werden. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt. PatV: Wenn die Unterscheidung von Berufsgruppen im Sinne von Qualitätssicherung erforderlich ist, dann müssen die Anrechnungen der Berufsgruppen untereinander Grenzen finden, die im Sinne einer Orientierung an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten zu ziehen sind. Mit zunehmender Spezialisierung in den Ausbildungen, insbesondere im Bereich der Ausbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, aber auch im Bereich der Pflege müssen Grenzen der gegenseitigen Anrechnungen immer wieder neu bestimmt werden. Daher trägt die PatV die Entfristung der Anrechnung der Berufsgruppen von c auf die Berufsgruppen b, d und f nicht mit. DPR: Dank und Zustimmung zum 1. Teil des Vorschlags, eine Entfristung der Anrechenbarkeit von c) auf b) über den 31.12.2027 wird

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Die vom GKV-SV geforderte Einführung der Nachweispflicht der Qualifikation erscheint uns als wenig zielführend, da es sich um Fachkräfte handelt, die oftmals die Regelaufgaben implizit erlernt oder sich angeeignet haben. Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlages der DKG/LV in Absatz 3, Satz 1 und Absatz 5 und Übernahme der Vorschläge der BÄK in Absatz 3, Sätze 2 bis 5.	abgelehnt (insbesondere aufgrund der möglichen Entwicklungen durch das Befugniserweiterungs- und Entbürokratisierungsgesetz, BEEP). GKV-SV: Die PPP-RL bietet inzwischen ausreichend Flexibilität. Damit diese Flexibilität jedoch nicht beliebig wird, stellt die vorgesehene Ergänzung in § 8 Abs. 3 und 5 sicher, dass Fremd- und Hilfspersonal sowie die Berufsgruppen der PPP-RL nur dann Regelaufgaben der Berufsgruppen übernehmen dürfen, wenn eine entsprechende Qualifikation dafür vorliegt. Diese Klarstellung ist im Sinne der Qualitätssicherung unabdingbar. Der Vorschlag, die Ergänzung nicht zu übernehmen, wird deshalb abgelehnt. Mit der Klarstellung wird keine entsprechende Nachweispflicht eingeführt. Um eine Dokumentationsentlastung zu schaffen, wurde bereits mit Beschluss vom 18. Juni 2025 darauf verzichtet, die Krankenhäuser erläutern zu lassen, welche konkreten Regelaufgaben durch das angerechnete Personal übernommen wurden. PatV: Zur Frage der Nachweispflicht der Qualifikation hat sich die PatV bisher nicht geäußert. Sie nimmt die Empfehlung der Stellungnahme daher zur Prüfung mit.
4.5	BDK	§ 9 Abs. 3 (Weitere Qualitätsempfehlungen) Die BDK spricht sich seit Jahren gegen die strukturierte Erhebung von Therapieeinheiten mit einem Raster von 25 Minuten als Bemessungsgrundlage der Therapieintensität aus, da dies	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Es handelt sich hier um die Übernahme der Begründung der

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		vor allem bei schwer kranken Patientinnen und Patienten (z.B. im Behandlungsbereich A2) weder durchführbar, noch sinnvoll ist. Die pauschale Forderung der BPtK nach einer generellen Mindest-Psychotherapiedauer von 50 min für jeden Pat. (pro Woche) ist nicht indiziert (z.B. bei Pat. mit schweren Demenzerkrankungen, schweren Manien, schweren stuporösen Zustandsbildern, bei akuten schizophrenen Pat u.a.) und deshalb abzulehnen. Entsprechend der Leitlinien ist Psychotherapie bei Pat. z.B. auf Akutstationen grundsätzlich aber in höherem Umfang indiziert, als aktuell mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen geleistet werden kann. Dies kommt in den vorgeschlagenen Erhöhungen der Minutenwerte zum Ausdruck, darf jedoch nicht mit einer Reduktion der Pflegeminuten einhergehen (s. Stellungnahme zu § 3). <u>Änderungsvorschlag:</u> Keine Übernahme, wie von GKV-SV, DKG, LV und BÄK vorgeschlagen	Minutenwerte der Erstfassung der PPP-RL zur Erhöhung der Minutenwerte gegenüber der Psych-PV. Da das Ziel der PPP-RL nach Auswertung vorliegender Daten bisher regelhaft nicht erreicht werden konnte, sollen die Minutenwerte erneut angepasst werden, um das in den Tragenden Gründen (S. 29) zur Erstfassung genannte Ziel nun erreichen zu können. BPtK: Die in § 9 formulierte Qualitätsempfehlung von mind. 50 Minten Einzelpsychotherapie pro Woche bezieht sich auf das in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Richtlinie formulierte Ziel von insgesamt 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche und Patient in allen Behandlungsbereichen. Wie in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-Richtlinie ausgeführt, können die 50 Minuten auch auf mehrere und dafür kürzere Einheiten aufgeteilt werden. Eine Erfassung auf der Basis von Routinedaten ist aktuell allerdings nur als 25-Minuten Einheiten möglich. Der BPtK ist bewusst, dass insbesondere bei Patienten aus den Intensivbehandlungsbereichen auch kürzere psychotherapeutische Gespräche erbracht werden, die nicht über Routinedaten erfasst werden können. Bei der Interpretation der Daten aus den Intensivbehandlungsbereichen muss dies deshalb berücksichtigt werden. DPR: Dank und Zustimmung zum 1. Teil des Vorschlags, eine Entfristung der Anrechenbarkeit von c) auf b) über den 31.12.2027 wird abgelehnt (insbesondere aufgrund der möglichen Entwicklungen durch das BEEP).

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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
4.6	BDK	§ 15 (Evaluation der Richtlinie) Der von der DKG/PatV/LV eingebrachte Vorschlag zur Evaluation ist aus Sicht der Bundesdirektorenkonferenz sehr lohnenswert, da aus den bisherigen Evaluationen die Auswirkungen – insbesondere nach Beendigung des Aussetzens der Sanktionen – nicht abschätzbar sind. Ohne eine Evaluation ist im Falle einer – zu erwartenden – negativen Folge für die Krankenhäuser, hier v.a. der akutversorgenden Kliniken, möglicherweise ein irreparabler Schaden abzusehen, der die Versorgungssituation, insbesondere die Notfallversorgung, nachhaltig und langfristig gefährdet. Änderungsvorschlag: Wie von DKG/PatV/LV vorgeschlagen	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Gemäß § 15 PPP-RL erfolgt bereits eine umfassende Evaluation. Themen sind die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, Zielerreichung, unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse. Damit werden auch die Auswirkungen der Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben abgedeckt. PatV: Dank für die Unterstützung der Position.
4.7	BDK	§ 16 (Übergangsregelungen) Die Verschiebung der Mindestvorgaben in Höhe von 95 % ab dem 01.01.2029 statt dem 01.01.2027 und von 100 % ab dem 01.01.2031 statt dem 01.01.2029 wie von der DKG/LV/BÄK vorgeschlagen ist äußerst sinnvoll. Damit können insbesondere die Krankenhäuser Zeit gewinnen für längerfristige Anpassungen, die eine (Pflicht-)Versorgung mit geringerer Personalausstattung leisten, weil es ihnen in einem von Fachkräftemangel geprägten Arbeitsmarkt nicht immer rechtzeitig gelingt, ausreichend Fachkräfte zu rekrutieren. Änderungsvorschlag:	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. DPR/PatV: Die PatV und der DPR teilen nicht die Auffassung, dass das Ende der Übergangsregelung auf das Jahr 2031 verschoben werden sollte. Die Übergangsfristen für die Nichterfüllung sind bereits mehrfach verschoben worden.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Wie von DKG/LV/BÄK vorgeschlagen	
5	**Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT), 11.03.2026**		
5.1	WFKT	<u>Allgemeine Anmerkung</u> In der überarbeiteten und nun vorliegenden Fassung der PPP-RL ist eine Berücksichtigung unserer eingebrachten Anregungen bedauerlicherweise nicht erkennbar. Wir verweisen daher ausdrücklich auf unsere vorherige Stellungnahme vom März 2025. Die für die Psychosomatik übernommenen Regelaufgaben aus der seit langem überholten PsychPV bilden die heutigen Tätigkeitsprofile der Künstlerischen Therapien nicht adäquat ab und berücksichtigen weder die fachliche Weiterentwicklung noch ihre Integration in die interprofessionelle Behandlung. Der Begriff „Künstlerische Therapien“ (Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie) sollte einheitlich in den Dokumenten der PPP-RL verwendet werden. Er hat sich sowohl in der akademischen Ausbildung als auch in der Professionalisierung des Fachs in klinischer Praxis und Forschung etabliert. Frühere Bezeichnungen wie „Kreativtherapie“ oder „Gestaltungstherapie“ sind überholt und widersprechen der fachlichen Etablierung. Die Bezeichnungen „Künstlerische Therapeutinnen“ und „Künstlerische Therapeuten“ werden bereits einheitlich genutzt.	DKG: Kenntnisnahme. Eine Umbenennung der Berufsgruppen der PPP-RL ist nicht Gegenstand der aktuellen Richtlinienänderungen. Mit der Erstfassung der PPP-RL wurde die neue Berufsgruppe der Spezialtherapeuten/innen eingeführt, um das breite Spektrum therapeutischer Angebote in Psychiatrie und Psychosomatik abzubilden. Je nach Behandlungsschwerpunkt können z. B. Musik-, Kunst- und Kreativtherapeuten verstärkt in den Einrichtungen eingesetzt werden. Eine Konzentration auf eine einzelne Berufsgruppe in diesem Zusammenhang widerspricht einem zeitgemäßen multimodalen Behandlungsansatz. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Regelaufgaben in Anlage 4 werden vorliegend inhaltlich nicht geändert. Die vorgenommene Änderung für die Psychosomatik – die zusammenfassende Darstellung der Regelaufgaben der Spezialtherapeuten und Bewegungstherapeuten - – ist redaktioneller Art und erfolgt analog zur Zusammenlegung der beiden Berufsgruppen in § 5 mit Beschluss gemäß 18. Juni 2025. BÄK: Unterstützt wird die Hervorhebung der Bedeutung Künstlerischer Therapien für den Bereich Psychosomatik. Da insgesamt die Tätigkeitsmerkmale für diese Fassung nicht zur Disposition stehen,

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Auf die unterschiedlichen Definitionen des Begriffs „Spezialtherapien“ in OPS (dort umfasst er neben fachtherapeutischen Berufsgruppen auch Sozialarbeiter:innen) und PPP-RL haben wir bereits hingewiesen und empfohlen, den Sammelbegriff sinnvollerweise zugunsten der expliziten Nennung der einzelnen Therapieformen aufzugeben – und damit fachbezogen klar zu verwenden. Dieses Anliegen wird überzeugend auch von den Ergotherapeut:innen geteilt. Die genannten Spezialtherapien sollten in der aktuellen Nennung nicht summiert werden, da die Konsequenzen einer solchen Bündelung der fachlichen Weiterentwicklung konträr gegenüberstehen. Aufgrund der erneuten Anhebung der Minutenwerte in den Bereichen a) bis c) regen wir ebenfalls eine zeitgemäße Anpassung der Minutenwerte im Bereich d) an. Wir wollen anregen, die Berücksichtigung von Praxis- und Forschungsentwicklungen der Künstlerischen Therapien in zukünftigen Überarbeitungen der PPP-RL systematisch sicherzustellen, um die fachliche Weiterentwicklung und die interprofessionelle Integration angemessen abzubilden.	kann dem leider nicht abgeholfen werden. Ansonsten siehe Stellungnahme zur DVE analog. PatV: Kenntnisnahme. DPR: Der Vorschlag betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf. BÄK: Niemand möchte Spezialtherapien fachlich „summieren“, es geht ausschließlich um das Zählen von Köpfen einer überwiegend einheitlichen Gehaltsgruppe im Rahmen der Personalbemessung.
5.2	WFKT	§ 5 Berufsgruppen (1) d) und (2) d) (S. 7 und 8) Die Berufsgruppen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten, Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden sind eigenständige Profes-	DKG: Kenntnisnahme. Eine inhaltliche Überarbeitung der Berufsgruppenbezeichnungen inkl. einer weiteren Ausdifferenzierung dieser ist nicht Gegenstand der aktuellen Weiterentwicklung der PPP-RL. GKV-SV: Kenntnisnahme. Der § 5 Abs. 1 und Abs. 2 Buchstabe d PPP-

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		sionen mit jeweils spezifischer klinischer Relevanz. Eine pauschale Zusammenfassung unter dem Sammelbegriff „Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten“ wäre nicht adäquat, da die unterschiedlichen Therapieformen differenziert in der Behandlung eingesetzt werden müssen - sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die differenzierte Berücksichtigung der einzelnen Professionen ist auch in der PPP-RL sicherzustellen, um die spezifischen Kompetenzen, Wirkungen und eine patientengerechte Versorgung angemessen abzubilden. <u>Änderungsvorschlag:</u> (1) d) „Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, differenziert nach Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Künstlerischen Therapeutinnen und Künstlerischen Therapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.“ (2) d) „Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, differenziert nach Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Künstlerischen Therapeutinnen und Künstlerischen Therapeuten, Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.“	RL wird vorliegend nicht geändert und ist somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens. Es gelten weiterhin die Erläuterungen der Tragenden Gründe zum Beschluss vom 18. Juni 2025. PatV: Die PatV bedankt sich für die Anregung und wird den Vorschlag für eine spätere Richtlinienüberarbeitung bedenken. Gegenwärtig ist eine Änderung der Bezeichnung der Berufsgruppen nicht vorgesehen und daher auch nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Eine Binnendifferenzierung der Berufsgruppen hält die PatV nicht für zielführend (vgl. 2.1). DPR: Der Vorschlag betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
5.3	WFKT	§ 8 Abs. 3 (Anrechnungen von Berufsgruppen), S. 11 Wir sprechen uns dafür aus, die einseitige Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f zeitnah auslaufen zu lassen. Auch ohne diese Regelung bestehen ausreichend Spielräume für die Personaleinsatzplanung. Anrechnungsmöglichkeiten zwischen verschiedenen Berufsgruppen sollten grundsätzlich gegenseitig bestehen, sofern die entsprechenden Qualifikationen nachweislich vorliegen. Dies stärkt eine fachgerechte Personalstruktur und stellt sicher, dass Aufgaben entsprechend der jeweiligen Qualifikation wahrgenommen werden. Änderungsvorschlag: „Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Fachkräfte der Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit sie die Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, gemäß § 4 fachlich qualifiziert erfüllen.“ *Sofern umsetzbar, könnte die Übergangsfrist verkürzt werden, dann:* „Bis zum 31. Dezember **2026** ist eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f möglich.“	DKG: Kenntnisnahme. Der Berufsgruppe der Psychologen/Psychotherapeuten 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 Psychologen/innen und Psychotherapeuten/innen können so weiterhin berücksichtigt werden. GKV-SV: Kenntnisnahme und teilweise Zustimmung. Die Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f ist aufgrund der gegebenen Übernahmemöglichkeit von Aufgaben der zuletzt genannten Berufsgruppen fachlich zu vertreten. Die Anrechnungsmöglichkeit soll zeitlich befristet verlängert werden, damit die Krankenhäuser mehr Zeit und mehr Flexibilität haben zur Erfüllung der Mindestvorgaben. PatV: Zur Frage der Nachweispflicht der Qualifikation hat sich die PatV bisher nicht positioniert. Sie nimmt die Empfehlung der Stellungnahme daher zur Prüfung mit. DPR: Grundsätzlich Zustimmung, die Verkürzung der Anrechnungsfrist wird nicht unterstützt.

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

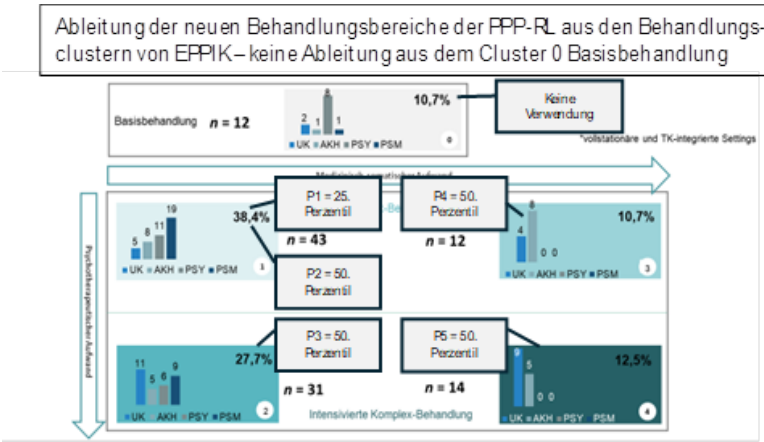
Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
5.4	WFKT	Anlage 4 (Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten), S. 69 Die Beschreibung der Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten in Anlage 4 sollte aus unserer Sicht fachlich überprüft und gemeinsam mit Expertinnen und Experten der Künstlerischen Therapien sowie der Ergotherapie überarbeitet werden - wie bereits mehrfach in unseren Stellungnahmen und Anhörungen (schriftlich und mündlich) darauf hingewiesen wurde. Eine präzisere und fachlich differenzierte Beschreibung der Aufgaben ist insbesondere für eine klare Zuordnung der Tätigkeiten, für Qualitätssicherung sowie für eine sachgerechte Personalbemessung von Bedeutung. In der aktuellen Fassung finden sich u.a. begriffliche Unschärfen, z.B. bei (3) Gruppenbezogene Behandlung (S. 69): „Kreativitätsfördernde Therapie“. Fachlich präziser wäre hier die Formulierung: „interaktions- und kreativitätsfördernde Interventionen“, da sie die tatsächlichen therapeutischen Zielsetzungen der künstlerischen Therapieformen differenzierter abbildet. Darüber hinaus ist der Begriff „Arbeitstherapie“ fachlich veraltet und sollte aktualisiert werden, um Konzepte und Zielsetzungen der therapeutischen Praxis korrekt widerzuspiegeln. Eine entsprechende Überarbeitung ist erforderlich. Sie kann	DKG: Kenntnisnahme. Eine inhaltliche Überarbeitung der Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL ist nicht Gegenstand der aktuellen Weiterentwicklung der PPP-RL. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Regelaufgaben in Anlage 4 werden vorliegend inhaltlich nicht geändert. Die vorgenommene Änderung für die Psychosomatik – die zusammenfassende Darstellung der Regelaufgaben der Spezialtherapeuten und Bewegungstherapeuten - – ist redaktioneller Art und erfolgt analog zur Zusammenlegung der beiden Berufsgruppen in § 5 mit Beschluss gemäß 18. Juni 2025. Gleichwohl bedankt sich der GKV-SV ausdrücklich für das wiederholt vorgebrachte Angebot der der WFKT, fachliche Expertise bei der Weiterentwicklung der PPP-RL einzubringen und kommt zu gegebener Zeit sehr gerne darauf zurück. PatV/BÄK: Dank und Kenntnisnahme der Empfehlung. Die PatV teilt die Auffassung, dass die Regelaufgaben unter Einbeziehung von fachlicher Expertise mittelfristig überarbeitet werden sollten. DPR: Der Vorschlag betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		dazu beitragen, die spezifischen fachlichen Profile und Aufgaben der beteiligten Berufsgruppen klarer abzubilden und damit die fachliche Qualität sowie die Professionalisierung der spezialtherapeutischen Versorgung weiter zu stärken. Die WFKT steht für eine fachliche Klärung und erforderliche Überarbeitung der Formulierungen mit ihrer Expertise gerne zur Verfügung und benennt bei Bedarf geeignete Expert:innen der Künstlerischen Therapien.	
6	**Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), 11.03.2026**		
6.1	DGPM	<u>Allgemeine Anmerkung</u> 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 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. Es ist sehr erfreulich, dass die Mitglieder des UA QS des G-BA den Vorschlägen der Fachgesellschaft zu neuen Behandlungsbereichen weitgehend folgen konnten. Damit würdigt der UA	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		die mit der repräsentativen Ist-Standerhebung in psychosomatischen Einrichtungen im Rahmen der EPPIK-Studie empirisch ermittelte valide Bemessungsgrundlage für Personalmindestvorgaben und die von der DGPM ausgearbeiteten und mit ihren psychosomatischen Partnerverbänden konsentierten Vorschläge für eine Anpassung der psychosomatischen Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben der PPP-RL. Die Personalvorgaben für die Behandlungsbereiche P2 - P5 sind dabei ambitioniert, werden aber eine positive Auswirkung auf die Versorgungsqualität im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und deren Weiterentwicklung haben. Die Behandlungsbereiche differenzieren dabei die nach Behandlungsart und -intensität notwendigen unterschiedliche Aufwände, die sich bei teilweise gleicher Gesamtpersonalzahl in sehr unterschiedlichen Gewichtungen einzelner Berufsgruppen niederschlagen. Daher sind alle empirisch abgeleiteten Behandlungsbereiche von großer Bedeutung, gerade auch der Behandlungsbereich P5.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Der GKV-Spitzenverband schlägt aus den folgenden zwei Gründen vor, den Behandlungsbereich P5 nicht zu übernehmen: Obwohl der Behandlungsbereich 5 die höchste Therapie- und Personalintensität haben sollte, liegt sein Median unter dem Median des Behandlungsbereichs 4. Außerdem wurden den Behandlungsbereichen P4 (10,7 %) und P5 (12,5 %) zusammen wesentlich weniger Einrichtungen zugeordnet als in den Behandlungsbereich P3, der allein 27,7 % ausmacht. Vor diesem Hintergrund wurde auf die weitergehende Differenzierung der Behandlungsbereiche P4 und P5 verzichtet und nur Behandlungsbereich P4 übernommen.
		Mit der Einführung neuer Behandlungsbereiche, auf die sich die Kliniken einstellen müssen, ist der Wunsch auf Einräumung eines Übergangszeitraums von 3 Jahren ohne Sanktionen zur Beobachtung der Auswirkungen der neuen Behandlungsbereiche wie für Psychiatrie und KJPP verbunden.	GKV-SV: Kenntnisnahme.
		Die Übernahme der neuen psychosomatischen Behandlungsbereiche für die Erwachsenenpsychiatrie ist weder aus Sicht	GKV-SV: Kenntnisnahme. Die vorgesehene Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche in die Psychiatrie verringert die

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		der Psychosomatik noch aus Sicht der Psychiatrie nachvollziehbar, ebenso wie die Benennung des Behandlungsbereiches P1 als Basisbehandlung seitens des GKV-SV. Hierzu werden wir nachfolgend ausführlich Stellung nehmen und hoffen damit Missverständnisse und Fehlinterpretationen, wie sie angesichts der komplexen Änderungsvorschlägen ja vorkommen, ausräumen zu können. Im Folgenden werden wir im Einzelnen auf die dissenten Änderungsvorschläge eingehen, die den Versorgungsbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie betreffen.	bisher vorhandene formale Trennung dieser beiden Fachgebiete.
6.2	DGPM	<u>§ 3 Abs. 1</u> Die Vorschläge des GKV-SV, teils durch PatV und BPtK unterstützt, - der Umbenennung des Behandlungsbereich P1 von „Regelbehandlung“ in „Basisbehandlung“, - zur Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche P2-P4 sowie P7 als A3 bis A5 sowie A8 und - den Behandlungsbereich P5 nicht zu übernehmen werden entschieden abgelehnt. Die Begründungen, auf die diese Vorschläge gestützt werden, beruhen entweder auf Missverständnissen oder sind fehlerhaft. *Zum Vorschlag des GKV-SV - der Umbenennung des Behandlungsbereich P1 von „Regelbehandlung“ in „Basisbehandlung“*	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. In einem Psychotherapie-intensiven Setting ist zu erwarten, dass ein Patient mindestens drei ärztliche oder psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche erhält. Wird diese Therapiedosis unterschritten, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbands die Bezeichnung „Regelbehandlung“ irreführend. Der von uns vorgeschlagene Begriff „Basisbehandlung“ impliziert dabei keine Minderwertigkeit des Settings, sondern das Therapie-Minimum, das als Basis erbracht werden sollte. PatV: Die PatV dankt für die ausführlichen Darlegungen zu den Bezeichnungen „Regelbehandlung“ und „Basisbehandlung“. Keine Änderung der Position.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Die Vorschläge der Behandlungsbereiche P1-P7 der psychosomatischen Fachverbände beziehen sich auf die Ergebnisse des Teilprojektes 2 (Psychosomatik) der EPPIK-Studie („EPPIK"), der Ist-Standerhebung in der Psychosomatik. Die Minutenwerte sind also Ergebnis empirischer Ist-Daten aus der Versorgung. In diesem Teilprojekt erfolgte für die Psychosomatik eine empirische Überprüfung des Plattformmodells (eines Strukturmodells zur Abschätzung des Behandlungsaufwands unter Berücksichtigung von Bedarfs- und Behandlungsclustern) entsprechend der Intensität der therapeutischen Leistungen sowie dem Aufwand der somatisch-medizinischen Versorgung. Daraus ergaben sich vier Behandlungscluster (normaler vs. erhöhter somatischer Aufwand sowie Komplex- vs. intensivierte Komplexbehandlung) und eine Kategorie ‚Basisbehandlung' (Cluster 0). **Die Mindestvorgabe der P1 wurde aus dem „Cluster" 1 von EPPIK abgeleitet**, der in der Studie als psychosomatische Komplexbehandlung und nicht als Basisbehandlung beschrieben wurde. Psychosomatische Komplexbehandlung ist die Bezeichnung für den multiprofessionellen (teil-)stationären Behandlungsprozess, der kennzeichnend für psychosomatische Behandlung ist. In diesem Cluster 1 wurden 38,4% der untersuchten psychosomatischen Kliniken und Abteilungen eingeteilt (siehe Abbildung unten). Weil sich in diesem „Cluster" auch die größte Anzahl Fachkliniken befand, ist der Anteil der	BÄK: Kenntnisnahme und Dank für den Hinweis - leider sind die hier gemachten Ausführungen mit Bezug auf die Verwertung der Ergebnisse der EPPIK-Studie zu Cluster 0 und Cluster 1 im 2025 eingereichten Vorschlag der DGPM so nicht ersichtlich gewesen.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		darin abgebildeten Fälle und Pflegetage der Studie noch höher (wie von der DKG hervorgehoben). Diese Personalausstattung kommt also in der Mehrheit der Fälle in der Psychosomatik – in der „Regel“ – zur Anwendung.  *Grafik: Verteilung der Anzahl Abteilungen auf Cluster 0 bis Cluster 4 in der Adaption des Plattformmodells zur Abschätzung des Behandlungsaufwands im Teilprojekt 2 (Psychosomatik) der EPPIK-Studie* Die Bezeichnung „Regelbehandlung“ ist inhaltlich daher mindestens zutreffend. Auch wird die Bezeichnung „Regelbehandlung“ der Ausstattung des Behandlungssettings gerecht, weil der personell schlechter ausgestattete und in EPPIK als	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		„Basisbehandlung“ bezeichnete Cluster eben **nicht** dafür herangezogen wurde (siehe oben). Anders als in den TrGr unter 2.2.1 auf S.5 vom GKV-SV dargestellt sind also die Mindestvorgaben der P1 nicht aus dem Cluster 0 abgeleitet, sondern aus dem Cluster 1 der EPPIK-Studie. Die vom GKV-SV abgebildete Grafik des GKV-SV in den Tragenden Gründen auf S. 6 wird inhaltlich falsch eingeordnet. Auch wenn nur 10,7% der Settings in P1 abgebildet sind, so sagt dies nichts über die in diesem Behandlungssetting abgebildete Anzahl der Fälle und Pflegetage aus. Im Cluster 1 sind 38,7% der Settings und weitaus mehr Fälle und Pflegetage abgebildet, weil er eine hohe Anzahl größerer Kliniken und Abteilungen enthält. Der Anteil Betten und Fälle in der P1 beträgt daher mindestens 25% der Gesamtfälle in EPPIK. Das Abstellen des GKV-SV auf S. 5 der TrGr auf 10,7% der Anzahl Settings erweckt fälschlicherweise den Eindruck, es handele sich um einen sehr geringen Anteil des Versorgungsgeschehens. Es handelt sich in der fachlichen Einschätzung – anders als vom GKV-SV dargestellt – eben nicht um eine Behandlungsform, die eine Ausnahme darstellen sollte, sondern um den mengenmäßig größten Anteil der in den Settings abgebildeten Patienten und Fälle. Die Behandlungsbereiche P2-P5 bilden Sonderformen für kleinere Fallgruppen, also intensivierte Komplexbehandlung, die integrierte Komplexbehandlung, usw. ab. Die Bezeichnung als „Basisbehandlung“ würde suggerieren, dass nur das	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Mindeste gemacht wird und wie es der GKV-SV in den TrGr ausführt eine Ausnahme darstellen sollte. Das wird dem Ambitionsniveau dieses Behandlungsbereichs und der Arbeit der zahlreichen Kliniken und Abteilungen inhaltlich nicht gerecht. Deshalb zur Klarstellung:	
6.3	DGPM	1. **Die Vorgaben der P1 sind ambitioniert.** Aus der oben abgebildeten Cluster-Einteilung der Kliniken und Abteilungen wurde aus Cluster 1 (38,4%, n=43) die Mindestvorgaben der P1 und P2 abgeleitet. Die Minutenwerte der P1 sind die Minutenwerte aller Berufsgruppen im 25% Perzentil (1. Quartil) aller Kliniken. Das heißt 24,9% aller Kliniken dieses größten Clusters der Psychosomatik erfüllen diese Vorgaben noch nicht und müssen ihr Personal entsprechend anheben. Das Cluster 0 wurde nicht für die Formulierung herangezogen. Die Kliniken in Cluster 0 werden ihre Personalausstattung ebenfalls anpassen müssen, um P1 oder P2 zu erreichen. Bei Annahme des vorliegenden Vorschlags werden also zahlreiche psychosomatische Kliniken und Abteilungen mit einer Anhebung der Mindestpersonalausstattung konfrontiert sein.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme.
6.4	DGPM	2. **Der Vorschlag des GKV-SV ist nicht als ein Vorschlag zur Qualitätssicherung im Sinne der PPP-RL interpretierbar**. Das Fachgebiet Akutpsychosomatik umfasst heute ca. 15.000 Betten und Plätze in Deutschland. In	DKG: Kenntnisnahme. Therapeutische Maßnahmen finden sowohl in psychosomatischen als auch in psychiatrischen Einrichtungen häufig stationsübergreifend statt. Beispielhaft sind ergotherapeuti-

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		einer gegenläufigen Entwicklungsdynamik zur Psychiatrie sind 2/3 davon in den letzten 20 Jahren entstanden. Die Psychosomatik ist ein bedarfsgemäß wachsendes Fach mit funktionierenden Strukturen und hoher Inanspruchnahme. Das Behandlungsziel ist aufgrund der störungs- und kontextspezifischen Behandlung stärker kurativ ausgerichtet. Die (teil-)stationäre multimodale (intensivierte) psychosomatische Komplexbehandlung ist bei schweren und komplizierten psychosomatischen Erkrankungen mit spezifischen Indikationskriterien häufig initial alternativlos und nicht ambulantisierbar. Komplexe ambulante Behandlungsstrukturen können stationäre Behandlungen verkürzen, aber nur bis zu einer für eine kurative Wirksamkeit kritischen Verweildauer. **Anders als in der Erwachsenenpsychiatrie, gibt es in der Psychosomatik keine stationären Strukturen, die ambulantisiert werden können oder gar müssten. Ein wesentliches Ergebnis von EPPIK war, dass die Patienten aller Behandlungscluster der Studie nach dem HoNoS-Summenscore etwa gleich schwer krank sind** (damit auch alle Patienten von P1 bis P7) und die Krankheitslast derjenigen internationaler Vergleichsstudien von stationär behandelten psychisch Erkrankten Menschen entspricht. **Anders gesagt: die nach wissenschaftlich Methoden gemessene Krankheitslast der Menschen in psychosomatischen Einrichtungen in**	sche Gruppentherapien zu nennen, die nicht an stationäre Strukturen gebunden sind. Dies hat der G-BA erkannt und u. a. deshalb im vergangenen Jahr die stationsbezogene Nachweisführung gestrichen. GKV-SV: Kenntnisnahme. Schon jetzt gibt es in der PPP-RL für die Psychiatrie den Behandlungsbereich „A7 psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“, der dem bisherigen Behandlungsbereich „P2 psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“ entspricht. Demnach ist es nur folgerichtig, wenn die neuen Behandlungsbereiche der Psychosomatik auch in der Psychiatrie übernommen werden und der Behandlungsbereich A7 dadurch ersetzt wird. Zudem werden sowohl in der Psychiatrie als auch in der Psychosomatik Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelt, weshalb für beide Fachabteilungen die gleichen Vorgaben für eine psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung gelten sollten. Die vorgesehene Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche in die Psychiatrie verringert die bisher vorhandene formale Trennung dieser beiden Fachgebiete. Im Ausland wird deutlich weniger stark zwischen Psychiatrie und Psychosomatik differenziert. BÄK: Zur Ambulantisierung: Auch psychosomatische Abteilungen können von Modellvorhaben nach § 64b und intensivierten regionalen Bezügen, von der Integration ambulanter Behandlung stark profitieren. Durch die bereits erwähnte Verweildauerkürzung ist

<table>
<tr><th>Lfd. Zeilen-Nr.</th><th>Stellung-nehmende Organisa-tion</th><th>Inhalt der Stellungnahme</th><th>Auswertung der Stellungnahmen
Empfehlung der AG an den Unterausschuss</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>

Deutschland in der bisher größten und repräsentativen Studie (EPPIK) entspricht der Krankheitslast in Psychiatrien (z.B. Schweiz[1]), (siehe Grafik unten).

Das Fachgebiet Psychosomatik sieht sich häufig mit Unkenntnis über die unterschiedlichen Strukturen von Psychiatrie und Psychosomatik in den Behandlungsmitteln, Behandlungszielen und Qualifikationen der Berufsgruppen, der Fallschwere der Patienten und insbesondere auch der sich stark unterscheidenden Anforderungen an die Facharztqualifikation konfrontiert. Der Vorschlag, weite Teile der Psychosomatik als „Basisbehandlung“ zu bezeichnen, kann in diesem Zusammenhang gesehen werden.

<table>
<tr><th></th><th></th><th colspan="2">HoNOS Summenscore</th></tr>
<tr><th></th><th>N</th><th>25. Perzentil</th><th>Median</th></tr>
<tr><td>Behandlungscluster 1</td><td>42</td><td>14,79</td><td>16,58</td></tr>
<tr><td>Behandlungscluster 2</td><td>29</td><td>13,91</td><td>16,57</td></tr>
<tr><td>Behandlungscluster 3</td><td>11</td><td>12,87</td><td>14,19</td></tr>
<tr><td>Behandlungscluster 4</td><td>14</td><td>13,50</td><td>16,48</td></tr>
</table>

HoNoS Summenscore der 4 für die Formulierung der Behandlungsbereiche P1 bis P7 herangezogenen Cluster aus EPPIK

</td><td>

auch ein relativer Bettenabbau möglich.
Zum HoNOS-Score: Der Score ist für psychosomatische Patienten nur bedingt geeignet, da er stark auf psychiatrische Symptomatik fokussiert ist (nur ein Item zu somatischen Beschwerden) und auf das psychosoziale Funktionsniveau. Daher verwundert es nicht, dass keine Unterschiede zwischen P1 und P5 gefunden wurden. Der Vergleich mit einer stationären psychiatrischen Population ist hier nicht zielführend.
Im HoNOS werden 12 Bereiche skaliert:

1. überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten
2. absichtliche Selbstverletzung
3. problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum
4. kognitive Probleme
5. Probleme in Zusammenhang mit der körperlichen Erkrankung oder Behinderung
6. Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen oder Wahnvorstellungen
7. gedrückte Stimmung
8. andere psychische und verhaltensbezogene Probleme
9. Probleme mit Beziehungen
10. Probleme mit alltäglichen Aktivitäten
11. Probleme durch Wohnbedingungen
12. Probleme durch die Bedingungen im Beruf oder Alltag

</td></tr>
</table>

[1] z.B. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Krankenhäusern ANQ (2014). Nationaler Vergleichsbericht (Schweiz): Stationäre Psychiatrie Erwachsene: Nationale Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene (Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Maßnahmen“). Version 1.1., S. 61.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
6.5	DGPM	3. Auch wenn künftig für ca. ¾ aller in der EPPIK-Studie abgebildeten Fälle Behandlungsbereichen zugeordnet werden, in denen eine Therapiedosis von mindestens 3 TE durch Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen als Voraussetzung zur Eingruppierung erbracht werden müssen, kann dennoch nicht für alle Bereiche der Psychosomatik ein solches Leistungsniveau für die Eingruppierung empfohlen werden. Dieses Leistungsniveau ist nicht in allen Behandlungskonstellationen sinnvoll. In den Fachgebieten Psychiatrie und Kinder-Jugend-Psychiatrie ist der Leistungsbezug nicht üblicherweise ein Eingruppierungskriterium. Die Ausführung-en des GKV-SV in den TrGr auf S. 5 insinuieren, dass ein geringeres Niveau als 3 TE einen Mangel darstellt und „eine Ausnahme darstellen sollte“. Für diese Behauptung besteht keine Evidenz und sie kann von wissenschaftlicher Seite auch nicht bestätigt werden.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Die Anpassung der Mindestvorgaben und Behandlungsbereiche der PPP-RL sollte möglichst evidenzbasiert erfolgen. GKV-SV: Kenntnisnahme. In einem Psychotherapie-intensiven Setting ist zu erwarten, dass ein Patient mindestens drei ärztliche oder psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche erhält. Wird diese Therapiedosis unterschritten, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbands die Bezeichnung „Regelbehandlung“ irreführend. Der von uns vorgeschlagene Begriff „Basisbehandlung“ impliziert dabei keine Minderwertigkeit des Settings, sondern das Therapie-Minimum, das als Basis erbracht werden sollte.
6.6	DGPM	*Zum Vorschlag des GKV-SV zur Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche P2-P4 sowie P7 als A3 bis A5 sowie A8* **Das gesamte Teilprojekt Psychosomatik der EPPIK-Studie untersuchte ausschließlich psychosomatisch-psychotherapeutische Settings in Universitätskliniken, Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern, die gleichzeitig eine Weiterbildungsermächtigung für den Facharzt für Psychosomatische Medizin**	DKG: Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Schon jetzt gibt es in der PPP-RL für die Psychiatrie den Behandlungsbereich „A7 psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“, der dem bisherigen Behandlungsbereich „P2 psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“ entspricht. Demnach ist es nur folgerichtig, wenn die

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		hatten (Voraussetzung: Leitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin). Es ist schon von diesem Ansatz her nicht auf ein anderes Fachgebiet mit anderen Behandlungsmitteln, -methoden, -zielen und qualifikatorischen Voraussetzungen zu übertragen. Anders als für die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder-Jugend-Psychiatrie hat der Innovationsausschuss beim G-BA in seinem Beschluss vom 20.06.2025 festgestellt, dass die EPPIK-Studie für die Psychosomatik (und nur für diese) erstmalig eine empirische Datenbasis für die Personalbemessung liefert. Die Daten der Ist-Standerhebung seien eine gute Grundlage für Personalmindestvorgaben der behandelnden Berufsgruppen und könnten als Orientierung für eine sachgerechte Anpassung der derzeitigen Personalmindestvorgaben für die stationäre und teilstationäre psychosomatische Versorgung dienen. Es liegen keine vergleichbaren Daten aus der Erwachsenenpsychiatrie vor, so dass keine Aussagen darüber gemacht werden können, ob die Ergebnisse aus der Psychosomatik übertragbar sind. Aus der Kenntnis der Unterschiede der Versorgungssituation in beiden Fachgebieten ist jedoch stark davon auszugehen, dass eine Übertragung der Vorschläge für die Psychosomatik auf die Psychiatrie wenig sinnvoll ist. Dies zeigen letztlich auch die aus der Empirie der Ist-Standerhebung in der Psychosomatik abgeleiteten und stark von der Psychiatrie abweichenden Vorschläge für die Minutenwerte der neuen psychosomatischen Behandlungsbereiche P1 und P7.	neuen Behandlungsbereiche der Psychosomatik auch in der Psychiatrie übernommen werden und der Behandlungsbereich A7 dadurch ersetzt wird. Zudem werden sowohl in der Psychiatrie als auch in der Psychosomatik Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelt, weshalb für beide Fachabteilungen die gleichen Vorgaben für eine psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung gelten sollten. PatV: Dank für die ausführlichen Darlegungen. Die PatV teilt die Position des GKV-SV, dass psychosomatische Behandlungen auch in Krankenhäusern mit psychiatrischen Abteilungen und psychosomatischen Stationen oder Tageskliniken, in Zentren für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und in Fachkrankenhäusern mit psychosomatischen Abteilungen, Stationen oder Tageskliniken möglich sein muss. Daher müssen die Vorgaben für die Psychosomatik in den entsprechenden A-Bereichen gleichermaßen gelten. Der Umstand, dass in Landekrankenhausplänen sowohl spezialisierte Bereiche oder Häuser wie auch integrierte Konzepte an entsprechenden Zentren ausgewiesen werden, steht dem nicht entgegen. GKV-SV: Kenntnisnahme. Sowohl in der Psychiatrie als auch in der Psychosomatik werden Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelt. Deshalb sollten für beide Fachabteilungen die gleichen Vorgaben für eine psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung gelten. Selbst der Krankenhausplan NRW (abgerufen am

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Auch bestehen keine Anhaltspunkte, mit denen man die Vorschläge für die Psychosomatik für eine Anwendung in der Psychiatrie „weiterentwickeln“ könnte. Ein ähnlicher Versuch mit der Schaffung des Behandlungsbereichs A7 und A8, für den die Minutenwerte der bisherigen P2 und P4 aus der PPP-RL übernommen wurde, blieb ohne Erfolg. Die A7 wird von psychiatrischen Einrichtungen kaum angewendet. Jetzt schon eine Weiterentwicklung der Vorschläge der psychosomatischen Verbände, insbesondere eine Übertragung auf die Psychiatrie durchzuführen, noch bevor diese Vorschläge im eigentlichen Fachgebiet überhaupt eingeführt wurden, erscheint abwegig. Für die Psychiatrie liegt nahe, eine ähnliche Ist-Standerhebung durchzuführen, wie in der EPPIK-Studie für die Psychosomatik, um ein transparentes Bild über die Ausgangssituation zu erhalten. Darüber hinaus sind die Ausführungen des GKV-SV unzutreffend. Es gibt nicht regelhaft psychiatrische Fachabteilungen, die psychosomatische Leistungen anbieten, wie der GKV-SV auf S. 6 der TrGr. behauptet, wie auch die Befunde des IQTiG deutlich zeigen. Selbst in NRW – dem Land mit der geringsten Anzahl psychosomatischer Plätze je Einwohner in Deutschland – werden im Krankenhausplan eigene akutpsychosomatische Abteilungen ausgewiesen. Im Übrigen sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die psychosomatische Unterversorgung in NRW zu erheblichen Patientenströmen aus	18.03.2026 unter https://www.mags.nrw/) weist für die Psychiatrie und Psychosomatik nur eine gemeinsame Leistungsgruppe auf: „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“. Im Ausland wird deutlich weniger stark zwischen Psychiatrie und Psychosomatik differenziert.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		NRW in andere Bundesländer mit psychosomatischen akut-stationären Strukturen führt (u.a. Niedersachsen, Baden-Württemberg, Hessen und Bayern) und daher sicher nicht als modellbildend für psychosomatische Versorgung in Deutsch-land herangezogen werden kann. Die Empfehlung der Übernahme der psychosomatischen Be-handlungsbereiche P2-P4 sowie P7 als A3 bis A5 sowie A8 ist aus diesem und allen o.g. Gründen mit dem Ziel der Qualitäts-sicherung der PPP-Richtlinie nicht in Einklang zu bringen. Die psychosomatischen Verbände legen auf Qualitätssicherung und fachliche Qualifikation (gesichert über den Facharztstan-dard) allerhöchsten Wert.	
6.7	DGPM	*Zum Vorschlag von GKV-SV/PatV der Streichung des Behand-lungsbereichs P5* Die EPPIK-Studie hat empirisch nachgewiesen, dass im statio-nären Setting die Aufwände der einzelnen Berufsgruppen in Abhängigkeit von der Intensität der psychotherapeutischen Behandlung und der Intensität der Mitbehandlung einer so-matischen Komorbidität differieren und daher für die Perso-nalbemessung zu differenzieren sind. In der P5 (Intensivierte integrierte Komplexbehandlung) sind die ärztlichen und pflegerischen Behandlungsminuten gegen-über der P4 ca. 15% erhöht. In dieser Unterscheidung spiegelt sich der höhere Therapieaufwand von Patient:innen, die ne-	DKG: Zustimmende Kenntnisahme. Angesichts des breiten Behand-lungsspektrums in der psychosomatischen Versorgung, das sich be-darfsorientiert an der Schwere der zu behandelnden Störungsbilder und damit im Falle der P5 an schwerstkranken Patienten/innen ori-entiert, erscheint die Einführung der Kategorie P5 wie von der DGPM ausgeführt als sinnvoll. GKV-SV: Kenntnisnahme. Der GKV-Spitzenverband schlägt aus den folgenden zwei Gründen vor, den Behandlungsbereich P5 nicht zu übernehmen: Obwohl der Behandlungsbereich 5 die höchste Thera-pie- und Personalintensität haben sollte, liegt sein Median unter dem Median des Behandlungsbereichs 4. Außerdem wurden den

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		ben einer integrierten somatischen Behandlung auch eine intensivierte psychotherapeutische Behandlung bedürfen. Die richtige Abbildung der Bandbreite somatisch integriert arbeitender Abteilungen stellt eine Herausforderung dar. Die P5 bildet die Versorgung von gleichzeitig körperlich und psychisch schwerst kranken Patient:innen ab. Die höheren Werte der P5 bilden trotzdem in einigen Fällen den hohe Personaleinsatz damit noch nicht ausreichend ab – höhere Minutenwerte wären eigentlich für eine leitliniengerechte Versorgung wünschenswert. Bei den Vorgaben handelt es sich jedoch um eine Mindestanforderung. **Würde man den Behandlungsbereich P5 streichen, würde für die Versorgung schwerstkranker Patienten auf jeden Fall zu geringe ärztliche und pflegerische Vorgaben resultieren.** Die Argumentation des GKV-SV in den TrGr unter 2.2.1 auf S.5 stellt auf das Gesamtpersonal von P4 und P5 ab. Weil P5 geringfügig weniger Gesamtpersonal vorhalte als P4, sei ein eigener Behandlungsbereich P5 nicht erforderlich. Das ist nicht nachvollziehbar. **Es kommt gerade auf die Differenzierung nach Berufsgruppen („Personalmix“) an, um die oben beschriebenen spezialisierten Behandlungssettings zu realisieren.** Die PPP-RL greift als zentralen Aspekt die Differenzierung nach Berufsgruppen auf. Sicherlich ist die Realisierung des Behandlungsbereichs P5 wegen des hohen Anteils an Ärzten und Pflegefachkräften teurer als dasjenige der P4.	Behandlungsbereichen P4 (10,7 %) und P5 (12,5 %) zusammen wesentlich weniger Einrichtungen zugeordnet als in den Behandlungsbereich P3, der allein 27,7 % ausmacht. Vor diesem Hintergrund wurde auf die weitergehende Differenzierung der Behandlungsbereiche P4 und P5 verzichtet und nur Behandlungsbereich P4 übernommen. PatV: Dank und Kenntnisnahme. BÄK: Zustimmung. Es wurde in der erfolgten Anhörung v.a. von pflegerischer Seite auf die immer noch nicht ausreichenden Minutenwerte auch in der Kategorie P5 hingewiesen.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Änderungsvorschlag: Übernahme der Vorschläge der DKG und sich anschließender Verbände in allen Punkten.	
6.8	DGPM	§ 8 Abs. 3 Den Ausführungen der DKG in den TrGr S. 9 wird zugestimmt. Der DGPM ist nicht klar, auf welche „erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben“ mit der Einfügung verwiesen werden soll. Dies ist bisher nirgends verbindlich festgelegt. Es gibt derzeit keinen wissenschaftlich-fachlichen Konsens, mit welchen Qualifikationen welche Regelaufgaben der PPP-RL übernommen werden können. Welche fachliche Qualifikation muss z.B. vorgewiesen werden, wenn eine Pflegefachkraft die Regelaufgabe „Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung“ aus der Berufsgruppe der Spezialtherapie übernimmt? Oder welche Qualifikation muss vorgewiesen werden, wenn ein Spezialtherapeut die Aufgabe „Mitwirkung bei der Gruppentherapie“ für eine Pflegefachkraft übernimmt?	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die PPP-RL erlaubt in begrenztem Umfang den Einsatz von Fach- und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen (§ 8 Abs. 5 PPP-RL) sowie, unter der Maßgabe der Übernahme von Regelaufgaben der Anlage 4, von PPP-RL-Personal untereinander (§ 8 Abs. 3 PPP-RL). Diese Möglichkeiten sind aufgrund inhaltlich-fachlicher Voraussetzungen bereits begrenzt und sollten nicht durch zusätzliche bürokratische Aufwände weiter beschnitten werden, zumal Krankenhäuser zur Vermeidung haftungsrechtlicher Risiken sicherstellen, dass die Patientenversorgung ausschließlich durch Personal mit der jeweils erforderlichen fachlichen Qualifikation erfolgt. Das IGES Institut hat im Rahmen des ersten Evaluationsberichts zur PPP-RL darauf hingewiesen, dass die Nachweisführung des § 8 PPP-RL nicht nur kompliziert und für die Einrichtungen aufwendig ist, sondern auch zu erheblichen Problemen in den Prüfungen des Medizinischen Dienstes führt, da z. B. der Einsatz bestimmter Gruppen regelhaft infrage gestellt wird. Die Ausführungen der DGPM bestätigen dies erneut. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die PPP-RL bietet inzwischen ausreichend Flexibilität. Damit diese Flexibilität jedoch nicht beliebig wird, stellt die Ergänzung in § 8 Abs. 3 und 5 sicher, dass Fremd- und Hilfspersonal sowie die Berufsgruppen der PPP-RL nur dann Regelaufgaben

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			der Berufsgruppen übernehmen dürfen, wenn eine entsprechende Qualifikation dafür vorliegt. Diese Klarstellung ist im Sinne der Qualitätssicherung unabdingbar. Der Vorschlag, die Ergänzung nicht zu übernehmen, wird deshalb abgelehnt. Mit der Klarstellung wird keine entsprechende Nachweispflicht eingeführt. Um eine Dokumentationsentlastung zu schaffen, wurde bereits mit Beschluss vom 18. Juni 2025 darauf verzichtet, die Krankenhäuser erläutern zu lassen, welche konkreten Regelaufgaben durch das angerechnete Personal übernommen wurden. PatV: Zur Frage der Nachweispflicht der Qualifikation hat sich die PatV bisher nicht positioniert. Sie nimmt die Empfehlung der Stellungnahme daher zur Prüfung mit. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Prüfinhalte für den Medizinischen Dienst (MD) regelt die MD-QK-Richtlinie.
		Weil es hierzu keine verbindlichen oder nachvollziehbaren Festlegungen gibt, entstehen die von der DKG beschriebenen Konflikte auf der Ortsebene in Prüfungen. Aktuell legen die Medizinischen Dienste (MD) häufig diese Anforderungen nach eigener Einschätzung einseitig fest. Die Festlegungen sind dann nicht nur von Bundesland zu Bundesland, bzw. MD zu MD unterschiedlich, sondern sie entbehren auch einer fachlichen Grundlage. Teilweise verfügen die MD der Länder auch über keine Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Der MD ist nicht befähigt und auch nirgends ermächtigt solche Festlegungen zu treffen. Die MDs sollten dringend von der Aufgabe entlastet werden. Es stellt sich grundsätzlich die Frage, ob es gesetzlich zulässig	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		ist, dass solch weitreichenden inhaltlichen Festlegungen der PPP-Richtlinie durch den Medizinischen Dienst erfolgen können, oder ob dies noch in den Aufgabenbereich des G-BA fällt, bzw. die Richtlinie an dieser Stelle zu wenig bestimmt ist. Bevor kein gesicherter wissenschaftlich-fachlicher Prozess der Festlegung und Anerkennung von Qualifikationen zur Übernahme von Regelaufgaben anderer Berufsgruppen besteht, sollte keine entsprechende Einfügung mit Verweis darauf in der PPP-RL erfolgen. Mit der aktuellen Regelung kommt es trotz Personalmangels in der Versorgung psychisch kranker Menschen zu Fällen, in denen qualifizierte und erfahrene Kräfte von der Ausübung Ihres Berufs ausgeschlossen werden. Erschwerend kommt hinzu, dass die Regelaufgaben im Fachgebiet Psychosomatik für die Berufsgruppen Pflegefachkräfte, Spezialtherapie, Sozialarbeit aus Sicht der Fachgesellschaft unpassend sind und dringend überarbeitet werden müssen. Darauf hatte die DGPM schon in früheren Stellungnahmen wiederholt hingewiesen. Zur Diskussion stehen wir gerne zur Verfügung. Die beruflichen Qualifikationen, die für eine Berücksichtigung in eines der fünf Berufsgruppen nach § 5 für die Psychosomatik sind bis auf die Berufsgruppe der Spezialtherapie ausreichend festgelegt. Es ist aus Sicht der psychosomatischen Verbände grundsätzlich zweifelhaft, ob eine weitere Prüfungsebene erforderlich ist, um die fachliche Qualifikation zur	DKG: Vielen Dank für den Hinweis bzgl. einer möglichen Überprüfung der Regelaufgaben. Eine dahingehende Anpassung ist nicht Gegenstand der aktuellen Richtlinienänderung und soll zu einem späteren Zeitpunkt stattfinden.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Übernahme von Regelaufgaben anderer Berufsgruppen abzusichern. Die Minutenvorgaben der PPP-RL sind nicht mit einer eindeutigen Zuordnung von Regelaufgaben zu einzelnen Berufsgruppen erfolgt. Die bestehenden Anrechnungen dienen in der Praxis auch dazu, dass Therapiekonzepte durch flexibleren Einsatz der nach § 5 anerkannten Berufsgruppen an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst werden können, z.B. in Spezialsettings für Patienten mit Essstörungen oder somatoforme Störungen. Für die aktuell in Ermangelung einer klaren Regelung der PPP-RL erfolgenden Festlegungen zu Qualifikationen durch den MD, gibt es keine Evidenz. Diese Festlegungen bestimmen aber wesentlich, wie die PPP-RL sich in der Patientenversorgung auswirkt. Die PPP-RL regelt bereits sehr weitreichend und kleinteilig den Personaleinsatz in Psych-Kliniken. Festlegungen in dieser Detailtiefe gibt es sonst in keinem weiteren medizinischen Fachgebiet. Mit der Einfügung einer weiteren Prüfungsebene in der Anrechnung zwischen den anerkannten Berufsgruppen sind qualitative Verschlechterungen in der Behandlung denkbar. Dies vor dem Hintergrund eines weiter gesteigerten Prüfaufwands. Schon allein aus dieser Abwägung ist von der o.g. Einfügung abzusehen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Der Änderungs-/ bzw. Ergänzungsvorschlag des GKV-SV „und die erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt.“ ist <u>nicht</u> zu übernehmen.	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
6.9	DGPM	§ 8 Abs. 5 Stellungnahme wie oben zu § 8 Abs. 3 Änderungsvorschlag: Der Änderungs-/ bzw. Ergänzungsvorschlag des GKV-SV „und die erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt.“ ist nicht zu übernehmen.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisahme, s. ergänzend die Ausführungen zu Nr. 6.8. GKV-SV: Kenntnisnahme und Verweis auf unsere Ausführungen unter Nr. 6.8. PatV: Zur Frage der Nachweispflicht der Qualifikation hat sich die PatV bisher nicht positioniert. Sie nimmt die Empfehlung der Stellungnahme daher zur Prüfung mit.
6.10	DGPM	§ 9 Abs. 3 Der Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer eine Mindest-Behandlungsintensität für Einzelpsychotherapie als Qualitätsempfehlung generell für alle Behandlungsbereiche einzuführen, ist in dieser Form nicht sinnvoll. Wir befürworten grundsätzlich die Intensivierung von psychotherapeutischen Leistungen in der (teil-)stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dennoch sollte die Leistung bedarfsorientiert angeboten werden und sinnvoll in den jeweiligen Behandlungskontext der Station eingebunden werden (z.B. Intensivbehandlung (9-61) versus Regelbehandlung (OPS-9-607)). Ferner sollte die Festlegung von Mindestvorgaben für die einzelnen Behandlungsbereiche auf einem Strukturmodell zur Personalbemessung beruhen. Ein grundlegendes Dilemma der PPP-RL zeigt sich an diesem Vorschlag der BPtK: Die PPP-RL unterscheidet nicht zwischen	GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme. PatV: Die dargelegte Position wird seitens der PatV nicht geteilt. Die PPP-RL unterscheidet gerade im § 9 zwischen einer Vorgabe und einer Empfehlung. Die vorgeschlagene Empfehlung in Abs. 3 steht einer Bedarfsorientierung der Integration psychotherapeutischer Behandlung in den Behandlungskontext einer Station oder in den Behandlungskontext für ein Patientin oder einen Patienten nicht im Wege. Die vorgeschlagene Qualitätsempfehlung stellt keine starre Mindestvorgabe dar, sondern definiert einen orientierenden Qualitätsmaßstab, der die Strukturvorgaben der RL sinnvoll ergänzt, ohne die notwendige klinische Flexibilität einzuschränken. BPtK: Die in § 9 formulierte Qualitätsempfehlung wurde für die Psychiatrie ausgesprochen, nicht die Psychosomatik, in der über den OPS bereits Vorgaben für die Psychotherapieintensität gemacht werden. Die in der Erstfassung der PPP-Richtlinie vorgenommene

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		starren Mindestvorgaben und Empfehlungen für eine qualitativ hochwertige Behandlung. Änderungsvorschlag: Der Ergänzungsvorschlag der BPtK sollte in dieser Form nicht umgesetzt werden.	Erhöhung der Minutenwerte der Berufsgruppen a) und c) erfolgte, damit Patient*innen *mindestens* 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche erhalten können (siehe Tragende Gründe zur Erstfassung der Richtlinie). Für eine leitliniengerechte Behandlung empfehlen Expert*innen mehr als 50 Minuten Einzelpsychotherapie. Zudem hat der G-BA in seinen Tragenden Gründen ausgeführt, dass diese 50 Minuten auch, in Abhängigkeit vom Bedarf der Patient*in in kleinere Einheiten aufgeteilt werden können. Auf der Basis von Routinedaten können aktuell allerdings nur 25 Minuten Einheiten erfasst werden. Der BPtK ist bewusst, dass insbesondere bei Patienten aus den Intensivbehandlungsbereichen auch kürzere psychotherapeutische Gespräche erbracht werden, die nicht über Routinedaten erfasst werden können. Bei der Interpretation der Daten aus den Intensivbehandlungsbereichen muss dies deshalb berücksichtigt werden.
6.11	DGPM	§ 10 Abs. 1 und 2 Den Ausführungen der BÄK und der DKG in den TrGr auf S. 16-18 wird zugestimmt. Änderungsvorschlag: Die von der BÄK und DKG vorgeschlagenen Änderungen in den Abs. 1 und Abs. 2 sollten übernommen werden.	DKG: Dank und Kenntnisahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Ausnahmetatbestände sollten nicht die Regel, sondern ganz spezifischen, klar bestimmten Situationen vorbehalten bleiben. Werden diese wie vorgeschlagen verändert, werden sie beliebig. Sie entsprächen damit nicht mehr der ursprünglichen Intention, gut begründete Ausnahmen zur Entlastung des Krankenhauses zu ermöglichen, sondern würde das Ziel der PPP-RL, den Patientenschutz durch Personalmindestvorgaben zu sichern, unterlaufen. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			PatV: Kenntnisnahme. Die PatV behält ihre Position bei.
6.12	DGPM	<u>§ 13 Abs. 5 Satz 1 und Abs. 6</u> Die Ausführungen des GKV-SV unter 2.9.2 auf S. 19 sind überzeugend. Die Wirkungen der Sanktionen auf Menge, Struktur und Qualität der Leistung muss erst beobachtet werden, bevor weitere Beschlüsse gefasst werden. Dies gilt insbesondere auch für den Bereich Psychosomatik, in dem in 2027 erstmals neue Mindestvorgaben gelten werden. Für die Psychosomatik wird vorgeschlagen einen ähnlich langen Beobachtungszeitraum vor der Einführung von Sanktionen einzuführen, wie den Bereichen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zugestanden wurde. <u>Änderungsvorschläge:</u> Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/BPtK zur Änderung der Frist nach Abs. 5, Satz 1 auf das Jahr 2028 sollte übernommen werden. Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/BPtK zur Änderung der Frist nach Abs. 6 auf den 30. Juni 2028 sollte übernommen werden.	DKG: Kenntnisnahme. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-Spitzenverband nimmt den Hinweis auf Bedarf einer sanktionsfreien Einführungsphase der Mindestvorgaben in der Psychosomatik zur Kenntnis. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
6.13	DGPM	<u>§ 13 Abs. 5 Satz 3 und 4</u> Zu Satz 3: Die von der DGPM in Abstimmung mit den psychosomatischen Verbänden vorgeschlagenen Minutenvorgaben in den neuen Behandlungsbereichen P1 bis P7 sind ambitioniert und sollen zu einer Verbesserung der Versorgung führen (siehe Stellungnahme zu § 3 Abs. 1). Eine sanktionsbewehrte	DKG: Dank und Kenntnisnahme. Hinweis: Für Einrichtungen der Psychosomatik finden die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Abs. 1-7 sowie der in § 13 Abs. 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten erst ab dem 01.01.2028 Anwendung. Gemäß § 13 Abs. 6 PPP-RL entscheidet der G-BA bis spätestens 31.10.2027 über

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Einführung sollte vorsichtig und unter Beobachtung ihrer Wirkung auf Menge, Struktur und Qualität der Leistung beobachtet werden. Es wird daher empfohlen die von DKG/LV/BÄK vorgeschlagene Untergrenze von 90% in Satz 3 zu übernehmen, um den Einrichtungen die benötigte Zeit zu geben, ihre Personalvorhaltung anzupassen. Ansonsten steigt das Risiko einer Einschränkung der Versorgung und/oder anderer unerwünschter Effekte, bevor die Auswirkungen beobachtet und bewertet werden konnten. Zu Satz 4: Für die Psychosomatik wird vor dem Hintergrund der ambitioniert formulierten Sanktionen dringend vorgeschlagen mit 3 Jahren sanktionsfreier Zeit einen Beobachtungszeitraum vor der Einführung von Sanktionen einzuführen. In Anbetracht der zu erwartenden guten Passung der neuen Mindestvorgaben sowie der bereits gesammelten Erfahrung, könnte der sanktionsfreie Beobachtungszeitraum somit um 2 Jahre im Vergleich zu den Fachgebieten Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gekürzt werden. Die Vorschläge der neuen Behandlungsbereiche P1 bis P7 beruhen auf sorgfältig erhobenen Daten und bilden die Versorgungssituation in Deutschland repräsentativ ab. Sie werden von der DGPM in Abstimmung mit allen maßgeblichen psychosomatischen Verbänden zur Übernahme empfohlen. Trotzdem kann nicht genau vorhergesagt werden, wie hoch die durch das IQTIG gemessenen Abweichungen im ersten	weitergehende Sanktionsregelungen. GKV-SV: Kenntnisnahme. Der GKV-Spitzenverband nimmt den Hinweis auf Bedarf einer sanktionsfreien Einführungsphase der Mindestvorgaben sowie den Vorschlag, die Mindestvorgaben in der Psychosomatik mit Stufen einzuführen, zur Kenntnis. PatV: Dank und Kenntnisnahme.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Jahr nach der Einführung sein werden. Erst aus dieser Erhebung kann abgeleitet werden, wie lang der Anpassungszeitraum sein sollte, den die Einrichtungen des Fachgebiets Psychosomatik benötigen, um die Anpassung zu vollziehen. Sollte die erwartete hohe Passgenauigkeit der neuen Mindestvorgaben eintreten, kann ggf. eine kürzere sanktionsfreie Zeit beschlossen werden. Wenn keine sanktionsfreie Zeit für die Psychosomatik beschlossen wird, entfaltet die Richtlinie unmittelbar nach ihrer Einführung in 2027 eine hohe Wirkung in der Versorgung. Auch wegen des Ambitionsniveaus der neuen Mindestvorgaben – eine Anpassung der Personalvorhaltung der meisten Einrichtungen wird erfolgen müssen – besteht das Risiko von Einschränkungen der Versorgung, bzw. andersartigen unvorhersehbaren Verwerfungen. Dies kann ggf. auch unter den Übergangsregeln in § 16 geregelt werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> Satz 3: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK zur Streichung des Satzteils „im Jahr 2026 und 95% im Jahr 2027“ wird übernommen. Satz 4 wird ergänzt „für die Fachgebiete Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie <u>und für das Fachgebiet Psychosomatik erfolgt kein Vergütungswegfall für die Jahre 2027 bis 2029.</u>“	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
6.14	DGPM	§ 15 Abs. 4 (neu) Die auf S. 19 und 20 unter 2.10.1 in den TrGr vorgetragenen Bedenken der DKG werden geteilt. Vor dem Hintergrund der vermuteten tiefgreifenden Veränderungen und möglicherweise auch Verwerfungen in der Versorgung durch die sanktionsbewehrte Einführung der Mindestvorgaben ist eine zeitnahe Evaluation wichtig. Die psychosomatischen Verbände sprechen sich auch für eine kontinuierliche Beobachtung und Evaluation in der Einführungsphase der Sanktionen für alle Psych-Fachgebiete aus. Änderungsvorschlag: Der Vorschlag § 15 Abs. 4 durch DKG/PatV/LV wird übernommen.	DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Gemäß § 15 PPP-RL erfolgt bereits eine umfassende Evaluation. Themen sind die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, Zielerreichung, unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse. Damit werden auch die Auswirkungen der Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben abgedeckt.
6.15	DGPM	§ 16 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 3 Die Ausführungen unter 2.11.1 auf S. 21 der TrGr der DKG/BÄK wird unterstützt. Auf unsere Stellungnahme zu den möglichen Auswirkungen einer zu schnellen sanktionsbewehrten Einführung der neuen Mindestvorgaben in der Psychosomatik unter § 13 Abs. 5, Satz 3 und Satz 4 wird verwiesen. Die Einführung muss zur Vermeidung von Versorgungseinschränkungen oder sonstiger Verwerfungen in der Versorgung mit Vorsicht durchgeführt werden. Änderungsvorschlag:	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die PatV teilt die Auffassung, dass das Ende der Übergangsregelung auf das Jahr 2031 verschoben werden sollte, nicht.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		§ 16 Abs. 1, Satz 1: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK die Erfüllung der Einhaltung der Mindestvorgaben nach § 6 auf 2031 zu ändern sollte übernommen werden. § 16 Abs. 1, Satz 2, Nr. 3: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK den Erfüllungsgrad der Mindestvorgaben nach § 6 erst ab 2029 auf 95% festzulegen sollte übernommen werden.	
6.16	DGPM	<u>§ 16 Abs. 6 (neu)</u> Der Vorschlag dieses neuen Absatz 6 ist abzulehnen. Wir verweisen auf unsere diesbezüglichen Ausführungen zu § 3 Abs. 1. Für den Vorschlag gibt es keine Evidenz, die Ausführungen des GKV-SV unter 2.11.3 auf S. 23 u. 24 der TrGr beruhen auf Missverständnissen. Die Vorschläge dienen auf jedem Fall nicht dem mit der PPP-RL verfolgten Ziel der Qualitätssicherung. <u>Änderungsvorschlag:</u> Der von GKV-SV und Pat-V vorgeschlagene neue § 16 Abs. 6 wird nicht übernommen.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir verweisen auf unsere Ausführungen dazu unter Nr. 6.1 und 6.6. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
6.17	DGPM	<u>Anlage 1 (Minutenwerttabellen)</u> Die Einfügung des Behandlungsbereichs P5 mit dessen Minutenwerten, wie von DKG und LV vorgeschlagen, soll übernommen werden. Auf unsere Stellungnahme zu § 3 Abs. 1 wird verwiesen. <u>Änderungsvorschlag:</u>	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, s. Ausführungen zu Nr. 6.7. GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir verweisen auf unsere Ausführungen dazu unter Nr. 6.1 und 6.7. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt. PatV: Dank und Kenntnisnahme.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Die Einfügung des Behandlungsbereichs P5 mit dessen Minutenwerten, wie von DKG und LV vorgeschlagen, wird übernommen.	
6.18	DGPM	<u>Anlage 2 (Eingruppierungskriterien)</u> Die neuen Behandlungsbereiche A3 bis A5 sollen nicht übernommen werden. Auf unsere diesbezügliche Stellungnahme zu § 3 Abs. 1 wird verwiesen. P1:	PatV: Dank und Kenntnisnahme bis einschließlich Nr. 6.30. DKG: Kenntnisnahme. Der OPS-Kode 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) kann und wird sowohl in psychiatrischen wie auch psychosomatischen Einrichtungen verwendet. Durch die ersatzlose Streichung des Kodes würden Patienten/innen mit diesem Kode nicht mehr in den Behandlungsbereichen der Psychosomatik der PPP-RL abgebildet werden können. BÄK: Zustimmung. In Bayern dürfte die Mehrzahl psychosomatischer Abteilungen durch Psychiater geleitet sein. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum nur der Zugang zu P2 und nicht zu P3 mit höherer Leistungsdichte zugelassen werden soll, wenn diese denn multiprofessionell unabhängig von der Leitung erbracht wird. GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir verweisen zur Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche in die Psychiatrie auf unsere Ausführungen unter Nr. 6.1 und 6.6. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		- Alle Abschnitte: Der Behandlungsbereich wird gemäß dem Vorschlag von DKG/LV/BÄK Psychosomatische-psychotherapeutische Regelbehandlung genannt. Die von GKV-SV/Pat-V vorgeschlagene Beschreibung in den Abschnitt 2 und 3 wird ebenfalls strikt abgelehnt. Die diesbezügliche inhaltliche Begründung des GKV-SV beruht auf Missverständnissen und Fehlinterpretationen. Folglich führt die Ableitung zu einer falschen Charakterisierung dieses größten und inhaltlich ambitioniert formulierten Behandlungsbereichs der Psychosomatik. Auf unsere diesbezügliche Stellungnahme in § 3 Abs. 1 wird verwiesen. - Abschnitte 2 und 3: Die Streichung des Codes 9-61, wie von der BÄK vorgeschlagen, wird übernommen. Die OPS-Prozedur 9-61 ist für die hier beschriebenen Behandlungsbereiche ohne Bedeutung, da sie sich auf schwer psychiatrisch erkrankte Menschen, oft mit Selbst- und Fremdgefährdung, schweren Beeinträchtigungen des Denkens, Fühlens und Handels, für die haltgebende, Schutz und Sicherheit gebende Maßnahmen ganz im Vordergrund stehen, eine spezialisierte Psychotherapie aber nicht oder noch nicht indiziert ist, bezieht. Folgerichtig sind in dieser Prozedur unter den eingesetzten Methoden auch Einzel- und Gruppenpsychotherapie gar nicht erwähnt, sondern stattdessen supportive Einzelgespräche.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir verweisen zur Umbenennung von „P1 Regelbehandlung“ in „P1 Basisbehandlung“ auf unsere Ausführungen unter Nr. 6.2. GKV-SV: Kenntnisnahme. Für den Behandlungsbereich P1 ist es nicht erforderlich, OPS-Kodes zu hinterlegen, da diesem alle Patientinnen und Patienten zugewiesen werden, die keinem anderen Behandlungsbereich zugeordnet werden konnten. Dies bedeutet, dass alle Patientinnen und Patienten, die weniger als drei Therapieeinheiten pro Woche erhielten, dem Behandlungsbereich P1 zugeordnet werden, unabhängig davon, ob 9-607 Regelbehandlung oder 9-61 Intensivbehandlung kodiert wurde.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
6.19	DGPM	P3 - Alle Abschnitte: Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen. Bisher konnte der OPS-Kode 9-62 für die Einstufung der bisher geltenden Behandlungsbereiche P2 und P4 gewählt werden. Da für die Einstufung in die bisher geltenden Behandlungsbereiche P1 und P3 der OPS-Kode 9-60 gewählt werden konnte, ist es derzeit möglich für eine im Krankenhausplan als Psychosomatik ausgewiesene Abteilung oder Klinik, die durch einen Facharzt für Psychiatrie geleitet wird, alle Behandlungsbereiche in der PPP-RL anzugeben. Rein fachlich ist dies abzulehnen. Die Krankenhausplanung leitet sich aus den Fachgebieten der Medizin ab. Schon in der Vorbereitung der EPPIK-Studie wurde deutlich, dass sich die Behandlungen in der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder-Jugend-Psychiatrie und der Psychosomatik grundlegend unterscheiden. Dies gilt für die Behandlungsstrukturen oder -settings, -methoden, -ziele und qualifikatorischen Voraussetzungen. Diese lassen sich nicht 1:1 in die Psychiatrie übertragen und nicht ohne entsprechende fachärztliche Leitung durchführen. Daher ist der Code 9-62 in den neuen Behandlungsbereichen nicht sachgerecht. Allerdings muss beachtet werden, dass derzeit ca. 35-40 von ca. 290 Akut-Abteilungen und Kliniken für Psychosomatik in Deutschland durch einen Facharzt für Psychiatrie geführt werden. Dies sind	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Der OPS-Kode 9-62 kann in psychosomatischen Einrichtungen verwendet werden. Entfällt dies wie von der DGPM vorgeschlagen, ist die Behandlungs- und Kodierpraxis in den Einrichtungen nicht mehr vollständig abbildbar. Es muss jedoch weiterhin gewährleistet sein, dass Patienten/innen mit dem OPS-Kode 9-62 eine entsprechende Abbildung in den P-Bereichen der PPP-RL finden und zu einer Einstufung gemäß PPP-RL führen können. Die Ergebnisse des EPPIK-Teilprojekts 2 legen eine organisatorisch wie personell sehr heterogene Versorgungslandschaft nahe. Der OPS-Kode 9-63 setzt einen Facharzt für psychosomatische Medizin voraus, der z. B. in Unikliniken oder psychosomatischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern nicht regelhaft vorhanden ist. Hier erscheint weniger die starre Voraussetzung der Facharztbezeichnung maßgebend, sondern die Abbildung der komplexen psychosomatischen Versorgungslandschaft. BÄK: Der OPS wird durch die PPP-RL nicht verändert. Es gibt Bundesländer wie Bayern, wo fast alle psychosomatischen Fachabteilungen von Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie geleitet werden. Systematisch ist es in Kenntnis der BÄK eher die Regel, dass auch solche – psychiatrisch geleiteten – Abteilungen eine höhere Leistungsdichte wie P3 gegenüber P2 aufweisen. Diese wäre dann nicht eingruppierbar, was ebenfalls eine unbillige Benachteiligung darstellen

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		vorwiegend psychosomatische Abteilungen mit einem psychotherapeutischen Fokus und wenig somatischen Mitbehandlungsanteil. Die Psychiater in ltd. Position in solchen Kliniken haben sich in der Regel durch eine psychotherapeutische Zusatzausbildung oder langjährige praktische Tätigkeit in der Psychosomatik in manchen aber nicht allen Fällen genügend Wissen angeeignet, um psychosomatische Abteilungen zu leiten. Aus Sicht der psychosomatischen Verbände sollte diesen „Bestandsfällen“ im vorliegenden Entwurf durch Zulässigkeit des OPS-Kode 9-60 zur Eingruppierung in die P1 und P6 und die Zulässigkeit der Eingruppierung in die P2 mittels des OPS-Kodes 9-62 Rechnung getragen werden. Es würde sonst eine unbillige Härte darstellen diese Chefärzte durch die anstehende Änderung der PPP-RL für die psychosomatische Komplexbehandlung zu delegitimieren. Die psychosomatischen Verbände empfehlen jedoch dies als eine Übergangsregelung für bereits bestehende Chefarzt-Berufungen auszugestalten. Für die neuen Behandlungsbereiche P3, P4, P5 und P7 ist eine solche Regelung aus fachlichen Gründen strikt abzulehnen. Die Ausführungen der DKG unter 2.13 auf S. 30 sind unzutreffend. Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an einem Universitätsklinikum werden in Klinik, Forschung und	würde. Nach Auffassung der BÄK gilt dies eher nicht für die Eingruppierung in P4 und P5. Daher plädiert die BÄK dafür, den OPS 9-62 bzw. 9-626 bis auf P 4 und P5 in den Eingruppierungsempfehlungen zu belassen. Diese Ausführungen beziehen sich auch auf alle weiteren Abschnitte, in denen dieser OPS seitens der DKPM gestrichen werden soll.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Lehre von einem Facharzt/ einer Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie geleitet. - Abschnitt 2: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK in Abschnitt 2 auf die OPS-Kodes, statt wie vom GKV-SV/PatV die Berufsgruppen gemäß § 5 zu verweisen soll übernommen werden. Dies ohne den OPS-Kode 9-626 zu übernehmen. In den OPS Codes sind auch häufig in psychosomatischen Einrichtungen eingesetzte Medizinische Fachangestellte miteingeschlossen. Deren Einsatz zur Übernahme gewisser pflegerischer Tätigkeiten wird von den psychosomatischen Verbänden ausdrücklich befürwortet. Dies erleichtert die MD-QK-RL-Prüfungen. - Abschnitt 3: Die Vorschläge aller Stellung nehmenden Parteien sind für die psychosomatischen Verbände akzeptabel (unter Weglassung des OPS-Kode 9-626). Die genaue Festlegung des OPS-Zusatzkodes erfolgt durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Deshalb erscheint der Vorschlag von DKG/LV/BÄK nur auf einen „OPS-Zusatzkode“ zu verweisen praktikabler. Die DGPM hat einen den Vorstellungen von GKV-SV/PatV und DKG/LV entsprechenden Zusatzkode beim BfArM eingereicht, der dieser Stellungnahme als Anlage beigefügt ist.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Medizinische Fachangestellte regelhaft in der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte aufzunehmen, ist nicht sachgerecht. Zudem ist eine Anrechnung von medizinischen Fachangestellten auf die Berufsgruppe der Pflege jetzt schon möglich, dabei ist die Anrechnungshöhe mit 15 Prozent großzügig gefasst. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt. BÄK: Diesem Hinweis auf die MFAs wurde bereits für das EJ 2026 (Anrechenbarkeit auf pflegerische Berufsgruppe) Rechnung getragen. GKV-SV: Kenntnisnahme und Dank für die Initiative, einen Zusatzkode beim BfArM einzureichen.
6.20	DGPM	P4	DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		- Abschnitt 2: In der Variante der BÄK wird der Vorschlag der psychosomatischen Verbände übernommen. Die Ergänzung des GKV-SV „integriert“ zu schreiben ist inhaltlich zutreffend.	
6.21	DGPM	P5 - Der Behandlungsbereich wird wie von der BÄK vorgeschlagen übernommen. Auf die Ausführungen zum OPS-Kode 9-61 zur P1 weiter oben wird verwiesen. Auf die Ausführungen zur Notwendigkeit der Einführung des Behandlungsbereichs P5 unter § 3 Abs. 1 wird ebenfalls verwiesen.	DKG: Kenntnisnahme, s. Ausführungen zu Nr. 6.18. GKV-SV: Kenntnisnahme, siehe unsere Ausführungen unter Nr. 6.1 und 6.7.
6.22	DGPM	P6 - Abschnitt 1: Der Vorschlag zur Benennung von DKG/LV/BÄK in Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär wird übernommen. Auf die diesbezügliche Stellungnahme zur P1 und unter § 3 Abs. 1 wird verwiesen. - Abschnitte 2 und 3: Die Formulierung der BÄK wird übernommen. Auf die Ausführungen zum OPS-Kode 9-61 zur P1 weiter oben wird verwiesen.	DKG: Kenntnisnahme, s. Ausführungen zu Nr. 6.18. GKV-SV: Kenntnisnahme. Zur Benennung des Behandlungsbereiches siehe unsere Ausführungen unter Nr. 6.2. GKV-SV: Kenntnisnahme. Zur Streichung des OPS-Kodes 9-61 siehe unsere Ausführungen unter Nr. 6.18.
6.23	DGPM	P7 - Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen. Auf die diesbezügliche Stellungnahme zur P3 wird verwiesen.	DKG: Kenntnisnahme, s. Ausführungen zu Nr. 6.19. GKV-SV: 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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
6.24	DGPM	<u>Änderungsvorschlag:</u> Die neuen Behandlungsbereiche A3 bis A5 werden nicht übernommen. P1: - Abschnitt 1: Der Behandlungsbereich wird gemäß dem Vorschlag von DKG/LV/BÄK Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung genannt. - Abschnitte 2 und 3: Die Vorschläge von DKG/LV/BÄK werden bis auf nachfolgendes übernommen: Die Streichung des Codes 9-61, wie von der BÄK vorgeschlagen, wird übernommen.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Zur Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche auch in die Psychiatrie siehe unsere Ausführungen unter Nr. 6.1 und 6.6. DKG: Kenntnisnahme, s. Ausführungen zu Nr. 6.18. GKV-SV: Kenntnisnahme. Zur Umbenennung von P1 siehe unsere Ausführungen unter Nr. 6.2. GKV-SV: Kenntnisnahme. Zur Streichung der OPS-Kodes siehe auch unsere Ausführungen unter Nr. 6.18.
6.25	DGPM	P3 - Alle Abschnitte: Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen. - Abschnitt 2: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK in Abschnitt 2 auf die OPS-Kodes, statt wie vom GKV-SV/PatV die Berufsgruppen gemäß § 5 zu verweisen soll übernommen werden. Dies ohne den OPS-Kode 9-626 zu übernehmen. - Abschnitt 3: Der der Vorschlag von DKG/LV/BÄK wird übernommen (ohne den Kode 9-626).	DKG: Kenntnisnahme, s. Ausführungen zu Nr. 6.19. GKV-SV: Kenntnisnahme.
6.26	DGPM	P4	DKG: 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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		- Abschnitt 2: Der Vorschlag von GKV-SV/PatV wird übernommen - Abschnitt 3: Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/BÄK wird übernommen.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.
6.27	DGPM	P5 - Der Behandlungsbereich wird wie von der BÄK vorgeschlagen übernommen. - Abschnitt 1: Der Vorschlag zur Benennung von DKG/LV/BÄK in Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär wird übernommen. Auf die diesbezügliche Stellungnahme zur P1 und unter § 3 Abs. 1 wird verwiesen. - Abschnitte 2 und 3: Die Formulierung der BÄK wird übernommen. Auf die Ausführungen	GKV-SV: Kenntnisnahme. Zu einem separaten Behandlungsbereich P5 siehe auch unsere Ausführungen zu Nr. 6.1 und 6.7. DKG: Kenntnisnahme, s. Ausführungen zu Nr. 6.18. GKV-SV: Kenntnisnahme. Zur Umbenennung von P1 siehe unsere Ausführungen unter Nr. 6.2.
6.28	DGPM	P6 - Abschnitt 1: Der Vorschlag zur Benennung von DKG/LV/BÄK in Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär wird übernommen. - Abschnitte 2 und 3: Die Formulierung der BÄK wird übernommen.	DKG: Kenntnisnahme, s. Ausführungen zu Nr. 6.18. GKV-SV: Kenntnisnahme. Zur Umbenennung von P1 siehe unsere Ausführungen unter Nr. 6.2.
6.29	DGPM	P7 - Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen.	DKG: Kenntnisnahme, s. Ausführungen zu Nr. 6.19. GKV-SV: Kenntnisnahme.

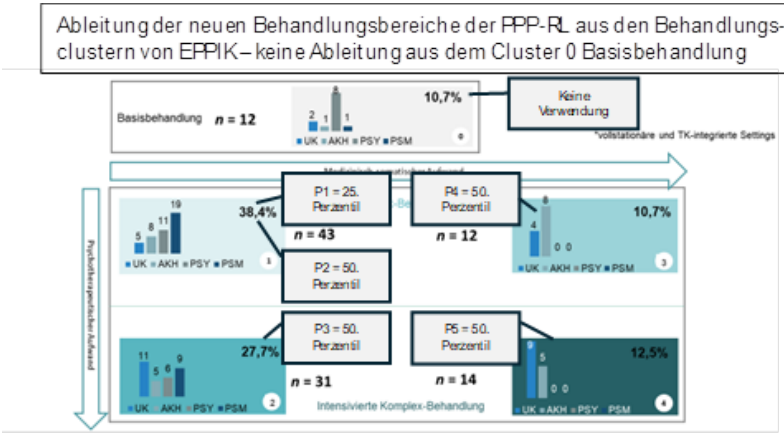
Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zu den Vorschlägen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einer Änderung der PPP-RL

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
6.30	DGPM	Anlage OPS-Zusatzcode 9-64X Intensivierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei Erwachsenen	DKG: Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme und Dank für die Initiative, einen Zusatzkode beim BfArM einzureichen.
7	**Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), 11.03.2026**		
7.1	DKPM	Allgemeine Anmerkung Sehr geehrte Damen und Herren, Das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) dankt für die Möglichkeit zum Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL Stellung nehmen zu können. Das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) schließt sich inhaltlich der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) an. Die Stellungnahme zu den spezifischen Aspekten ist inhaltsgleich mit der DGPM. Es ist sehr erfreulich, dass die Mitglieder des UA QS des G-BA den Vorschlägen der Fachgesellschaft zu neuen Behandlungsbereichen weitgehend folgen konnten. Damit würdigt der UA die mit der repräsentativen Ist-Standerhebung in psychosomatischen Einrichtungen im Rahmen der EPPIK-Studie empirisch ermittelte valide Bemessungsgrundlage für Personalmindestvorgaben und die von der DGPM ausgearbeiteten und	Siehe Würdigung unter Nr. 6, da inhaltsgleiche Stellungnahme.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		mit ihren psychosomatischen Partnerverbänden konsentierten Vorschläge für eine Anpassung der psychosomatischen Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben der PPP-RL. Die Personalvorgaben für die Behandlungsbereiche P2 - P5 sind dabei ambitioniert, werden aber eine positive Auswirkung auf die Versorgungsqualität im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und deren Weiterentwicklung haben. Die Behandlungsbereiche differenzieren dabei die nach Behandlungsart und -intensität notwendigen unterschiedliche Aufwände, die sich bei teilweise gleicher Gesamtpersonalzahl in sehr unterschiedlichen Gewichtungen einzelner Berufsgruppen niederschlagen. Daher sind alle empirisch abgeleiteten Behandlungsbereiche von großer Bedeutung, gerade auch der Behandlungsbereich P5. Mit der Einführung neuer Behandlungsbereiche, auf die sich die Kliniken einstellen müssen, ist der Wunsch auf Einräumung eines Übergangszeitraums von 3 Jahren ohne Sanktionen zur Beobachtung der Auswirkungen der neuen Behandlungsbereiche wie für Psychiatrie und KJPP verbunden. Die Übernahme der neuen psychosomatischen Behandlungsbereiche für die Erwachsenenpsychiatrie ist weder aus Sicht der Psychosomatik noch aus Sicht der Psychiatrie nachvollziehbar, ebenso wie die Benennung des Behandlungsbereiches P1 als Basisbehandlung seitens des GKV-SV. Hierzu werden wir nachfolgend ausführlich Stellung nehmen und hoffen damit Missverständnisse und Fehlinterpretationen, wie sie	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		angesichts der komplexen Änderungsvorschlägen ja vorkommen, ausräumen zu können. Im Folgenden werden wir im Einzelnen auf die dissenten Änderungsvorschläge eingehen, die den Versorgungsbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie betreffen.	
7.2	DKPM	<u>§ 3 Abs. 1</u> Die Vorschläge des GKV-SV, teils durch PatV und BPtK unterstützt, - der Umbenennung des Behandlungsbereich P1 von „Regelbehandlung“ in „Basisbehandlung“, - zur Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche P2-P4 sowie P7 als A3 bis A5 sowie A8 und - den Behandlungsbereich P5 nicht zu übernehmen werden entschieden abgelehnt. Die Begründungen, auf die diese Vorschläge gestützt werden, beruhen entweder auf Missverständnissen oder sind fehlerhaft. *Zum Vorschlag des GKV-SV - der Umbenennung des Behandlungsbereich P1 von „Regelbehandlung“ in „Basisbehandlung“* Die Vorschläge der Behandlungsbereiche P1-P7 der psychosomatischen Fachverbände beziehen sich auf die Ergebnisse des Teilprojektes 2 (Psychosomatik) der EPPIK-Studie („EPPIK“), der Ist-Standerhebung in der Psychosomatik. Die Minuten-	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		werte sind also Ergebnis empirischer Ist-Daten aus der Versorgung. In diesem Teilprojekt erfolgte für die Psychosomatik eine empirische Überprüfung des Plattformmodells (eines Strukturmodells zur Abschätzung des Behandlungsaufwands unter Berücksichtigung von Bedarfs- und Behandlungsclustern) entsprechend der Intensität der therapeutischen Leistungen sowie dem Aufwand der somatisch-medizinischen Versorgung. Daraus ergaben sich vier Behandlungscluster (normaler vs. erhöhter somatischer Aufwand sowie Komplex- vs. intensivierte Komplexbehandlung) und eine Kategorie ‚Basisbehandlung' (Cluster 0). **Die Mindestvorgabe der P1 wurde aus dem „Cluster" 1 von EPPIK abgeleitet**, der in der Studie als psychosomatische Komplexbehandlung und nicht als Basisbehandlung beschrieben wurde. Psychosomatische Komplexbehandlung ist die Bezeichnung für den multiprofessionellen (teil-)stationären Behandlungsprozess, der kennzeichnend für psychosomatische Behandlung ist. In diesem Cluster 1 wurden 38,4% der untersuchten psychosomatischen Kliniken und Abteilungen eingeteilt (siehe Abbildung unten). Weil sich in diesem „Cluster" auch die größte Anzahl Fachkliniken befand, ist der Anteil der darin abgebildeten Fälle und Pflegetage der Studie noch höher (wie von der DKG hervorgehoben). Diese Personalausstattung kommt also in der Mehrheit der Fälle in der Psychosomatik – in der „Regel" – zur Anwendung.	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		 *Grafik: Verteilung der Anzahl Abteilungen auf Cluster 0 bis Cluster 4 in der Adaption des Plattformmodells zur Abschätzung des Behandlungsaufwands im Teilprojekt 2 (Psychosomatik) der EPPIK-Studie* Die Bezeichnung „Regelbehandlung“ ist inhaltlich daher mindestens zutreffend. Auch wird die Bezeichnung „Regelbehandlung“ der Ausstattung des Behandlungssettings gerecht, weil der personell schlechter ausgestattete und in EPPIK als „Basisbehandlung“ bezeichnete Cluster eben **nicht** dafür herangezogen wurde (siehe oben). Anders als in den TrGr unter 2.2.1 auf S.5 vom GKV-SV dargestellt sind also die Mindestvorgaben der P1 nicht aus dem Cluster 0 abgeleitet, sondern aus dem Cluster 1 der EPPIK-Studie. Die vom GKV-SV abgebildete Grafik des GKV-SV in den	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Tragenden Gründen auf S. 6 wird inhaltlich falsch eingeordnet. Auch wenn nur 10,7% der Settings in P1 abgebildet sind, so sagt dies nichts über die in diesem Behandlungssetting abgebildete Anzahl der Fälle und Pflegetage aus. Im Cluster 1 sind 38,7% der Settings und weitaus mehr Fälle und Pflegetage abgebildet, weil er eine hohe Anzahl größerer Kliniken und Abteilungen enthält. Der Anteil Betten und Fälle in der P1 beträgt daher mindestens 25% der Gesamtfälle in EPPIK. Das Abstellen des GKV-SV auf S. 5 der TrGr auf 10,7% der Anzahl Settings erweckt fälschlicherweise den Eindruck, es handele sich um einen sehr geringen Anteil des Versorgungsgeschehens. Es handelt sich in der fachlichen Einschätzung – anders als vom GKV-SV dargestellt – eben nicht um eine Behandlungsform, die eine Ausnahme darstellen sollte, sondern um den mengenmäßig größten Anteil der in den Settings abgebildeten Patienten und Fälle. Die Behandlungsbereiche P2-P5 bilden Sonderformen für kleinere Fallgruppen, also intensivierte Komplexbehandlung, die integrierte Komplexbehandlung, usw. ab. Die Bezeichnung als „Basisbehandlung“ würde suggerieren, dass nur das Mindeste gemacht wird und wie es der GKV-SV in den TrGr ausführt eine Ausnahme darstellen sollte. Das wird dem Ambitionsniveau dieses Behandlungsbereichs und der Arbeit der zahlreichen Kliniken und Abteilungen inhaltlich nicht gerecht. Deshalb zur Klarstellung:	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
7.3	DKPM	1. **Die Vorgaben der P1 sind ambitioniert.** Aus der oben abgebildeten Cluster-Einteilung der Kliniken und Abteilungen wurde aus Cluster 1 (38,4%, n=43) die Mindestvorgaben der P1 und P2 abgeleitet. Die Minutenwerte der P1 sind die Minutenwerte aller Berufsgruppen im 25% Perzentil (1. Quartil) aller Kliniken. Das heißt 24,9% aller Kliniken dieses größten Clusters der Psychosomatik erfüllen diese Vorgaben noch nicht und müssen ihr Personal entsprechend anheben. Das Cluster 0 wurde nicht für die Formulierung herangezogen. Die Kliniken in Cluster 0 werden ihre Personalausstattung ebenfalls anpassen müssen, um P1 oder P2 zu erreichen. Bei Annahme des vorliegenden Vorschlags werden also zahlreiche psychosomatische Kliniken und Abteilungen mit einer Anhebung der Mindestpersonalausstattung konfrontiert sein.	
7.4	DKPM	2. **Der Vorschlag des GKV-SV ist nicht als ein Vorschlag zur Qualitätssicherung im Sinne der PPP-RL interpretierbar**. Das Fachgebiet Akutpsychosomatik umfasst heute ca. 15.000 Betten und Plätze in Deutschland. In einer gegenläufigen Entwicklungsdynamik zur Psychiatrie sind 2/3 davon in den letzten 20 Jahren entstanden. Die Psychosomatik ist ein bedarfsgemäß wachsendes Fach mit funktionierenden Strukturen und hoher Inanspruchnahme. Das Behandlungsziel ist aufgrund der	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		störungs- und kontextspezifischen Behandlung stärker kurativ ausgerichtet. Die (teil-)stationäre multimodale (intensivierte) psychosomatische Komplexbehandlung ist bei schweren und komplizierten psychosomatischen Erkrankungen mit spezifischen Indikationskriterien häufig initial alternativlos und nicht ambulantisierbar. Komplexe ambulante Behandlungsstrukturen können stationäre Behandlungen verkürzen, aber nur bis zu einer für eine kurative Wirksamkeit kritischen Verweildauer. **Anders als in der Erwachsenenpsychiatrie, gibt es in der Psychosomatik keine stationären Strukturen, die ambulantisiert werden können oder gar müssten. Ein wesentliches Ergebnis von EPPIK war, dass die Patienten aller Behandlungscluster der Studie nach dem HoNoS-Summenscore etwa gleich schwer krank sind** (damit auch alle Patienten von P1 bis P7) und die Krankheitslast derjenigen internationaler Vergleichsstudien von stationär behandelten psychisch Erkrankten Menschen entspricht. **Anders gesagt: die nach wissenschaftlich Methoden gemessene Krankheitslast der Menschen in psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland in der bisher größten und repräsentativen Studie (EPPIK) entspricht der Krankheitslast in Psychiatrien (z.B. Schweiz[2]), (siehe Grafik unten).**	

[2] z.B. Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Krankenhäusern ANQ (2014). Nationaler Vergleichsbericht (Schweiz): Stationäre Psychiatrie Erwachsene: Nationale

<table>
<tr><th>Lfd. Zeilen-Nr.</th><th>Stellung-nehmende Organisa-tion</th><th>Inhalt der Stellungnahme</th><th>Auswertung der Stellungnahmen
Empfehlung der AG an den Unterausschuss</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Das Fachgebiet Psychosomatik sieht sich häufig mit Unkenntnis über die unterschiedlichen Strukturen von Psychiatrie und Psychosomatik in den Behandlungsmitteln, Behandlungszielen und Qualifikationen der Berufsgruppen, der Fallschwere der Patienten und insbesondere auch der sich stark unterscheidenden Anforderungen an die Facharztqualifikation konfrontiert. Der Vorschlag, weite Teile der Psychosomatik als „Basisbehandlung“ zu bezeichnen, kann in diesem Zusammenhang gesehen werden.
<table><tr><th></th><th></th><th colspan="3">HoNOS Summenscore</th></tr><tr><th></th><th>N</th><th>25. Perzentil</th><th>Median</th><th>75. Perzentil</th></tr><tr><td>Behandlungscluster 1</td><td>42</td><td>14,79</td><td>16,58</td><td>19,20</td></tr><tr><td>Behandlungscluster 2</td><td>29</td><td>13,91</td><td>16,57</td><td>18,44</td></tr><tr><td>Behandlungscluster 3</td><td>11</td><td>12,87</td><td>14,19</td><td>17,12</td></tr><tr><td>Behandlungscluster 4</td><td>14</td><td>13,50</td><td>16,48</td><td>20,15</td></tr></table>HoNoS Summenscore der 4 für die Formulierung der Behandlungsbereiche P1 bis P7 herangezogenen Cluster aus EPPIK</td><td></td></tr>
<tr><td>7.5</td><td>DKPM</td><td>3. Auch wenn künftig für ca. ¾ aller in der EPPIK-Studie abgebildeten Fälle Behandlungsbereichen zugeordnet werden, in denen eine Therapiedosis von mindestens 3 TE durch Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen als Voraussetzung zur Eingruppierung erbracht werden müs-</td><td></td></tr>
</table>

Messungen stationäre Psychiatrie für Erwachsene (Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Maßnahmen“). Version 1.1., S. 61.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		sen, kann dennoch nicht für alle Bereiche der Psychosomatik ein solches Leistungsniveau für die Eingruppierung empfohlen werden. Dieses Leistungsniveau ist nicht in allen Behandlungskonstellationen sinnvoll. In den Fachgebieten Psychiatrie und Kinder-Jugend-Psychiatrie ist der Leistungsbezug nicht üblicherweise ein Eingruppierungskriterium. Die Ausführung-en des GKV-SV in den TrGr auf S. 5 insinuieren, dass ein geringeres Niveau als 3 TE einen Mangel darstellt und „eine Ausnahme darstellen sollte“. Für diese Behauptung besteht keine Evidenz und sie kann von wissenschaftlicher Seite auch nicht bestätigt werden.	
7.6	DKPM	*Zum Vorschlag des GKV-SV zur Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche P2-P4 sowie P7 als A3 bis A5 sowie A8* **Das gesamte Teilprojekt Psychosomatik der EPPIK-Studie untersuchte ausschließlich psychosomatisch-psychotherapeutische Settings in Universitätskliniken, Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern, die gleichzeitig eine Weiterbildungsermächtigung für den Facharzt für Psychosomatische Medizin hatten (Voraussetzung: Leitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin).** Es ist schon von diesem Ansatz her nicht auf ein anderes Fachgebiet mit anderen Behandlungsmitteln, -methoden, -zielen und qualifikatorischen Vorausset-	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		zungen zu übertragen. Anders als für die Erwachsenenpsychiatrie und die Kinder-Jugend-Psychiatrie hat der Innovationsausschuss beim G-BA in seinem Beschluss vom 20.06.2025 festgestellt, dass die EPPIK-Studie für die Psychosomatik (und nur für diese) erstmalig eine empirische Datenbasis für die Personalbemessung liefert. Die Daten der Ist-Standerhebung seien eine gute Grundlage für Personalmindestvorgaben der behandelnden Berufsgruppen und könnten als Orientierung für eine sachgerechte Anpassung der derzeitigen Personalmindestvorgaben für die stationäre und teilstationäre psychosomatische Versorgung dienen. Es liegen keine vergleichbaren Daten aus der Erwachsenenpsychiatrie vor, so dass keine Aussagen darüber gemacht werden können, ob die Ergebnisse aus der Psychosomatik übertragbar sind. Aus der Kenntnis der Unterschiede der Versorgungssituation in beiden Fachgebieten ist jedoch stark davon auszugehen, dass eine Übertragung der Vorschläge für die Psychosomatik auf die Psychiatrie wenig sinnvoll ist. Dies zeigen letztlich auch die aus der Empirie der Ist-Standerhebung in der Psychosomatik abgeleiteten und stark von der Psychiatrie abweichenden Vorschläge für die Minutenwerte der neuen psychosomatischen Behandlungsbereiche P1 und P7. Auch bestehen keine Anhaltspunkte, mit denen man die Vorschläge für die Psychosomatik für eine Anwendung in der Psychiatrie „weiterentwickeln“ könnte. Ein ähnlicher Versuch mit der Schaffung des Behandlungsbereichs A7 und A8, für den	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		die Minutenwerte der bisherigen P2 und P4 aus der PPP-RL übernommen wurde, blieb ohne Erfolg. Die A7 wird von psychiatrischen Einrichtungen kaum angewendet. Jetzt schon eine Weiterentwicklung der Vorschläge der psychosomatischen Verbände, insbesondere eine Übertragung auf die Psychiatrie durchzuführen, noch bevor diese Vorschläge im eigentlichen Fachgebiet überhaupt eingeführt wurden, erscheint abwegig. Für die Psychiatrie liegt nahe, eine ähnliche Ist-Standerhebung durchzuführen, wie in der EPPIK-Studie für die Psychosomatik, um ein transparentes Bild über die Ausgangssituation zu erhalten. Darüber hinaus sind die Ausführungen des GKV-SV unzutreffend. Es gibt nicht regelhaft psychiatrische Fachabteilungen, die psychosomatische Leistungen anbieten, wie der GKV-SV auf S. 6 der TrGr. behauptet, wie auch die Befunde des IQTiG deutlich zeigen. Selbst in NRW – dem Land mit der geringsten Anzahl psychosomatischer Plätze je Einwohner in Deutschland – werden im Krankenhausplan eigene akutpsychosomatische Abteilungen ausgewiesen. Im Übrigen sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die psychosomatische Unterversorgung in NRW zu erheblichen Patientenströmen aus NRW in andere Bundesländer mit psychosomatischen akutstationären Strukturen führt (u.a. Niedersachsen, Baden-Württemberg, Hessen und Bayern) und daher sicher nicht als modellbildend für psychosomatische Versorgung in Deutschland herangezogen werden kann.	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Die Empfehlung der Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche P2-P4 sowie P7 als A3 bis A5 sowie A8 ist aus diesem und allen o.g. Gründen mit dem Ziel der Qualitätssicherung der PPP-Richtlinie nicht in Einklang zu bringen. Die psychosomatischen Verbände legen auf Qualitätssicherung und fachliche Qualifikation (gesichert über den Facharztstandard) allerhöchsten Wert.	
7.7	DKPM	*Zum Vorschlag von GKV-SV/PatV der Streichung des Behandlungsbereichs P5* Die EPPIK-Studie hat empirisch nachgewiesen, dass im stationären Setting die Aufwände der einzelnen Berufsgruppen in Abhängigkeit von der Intensität der psychotherapeutischen Behandlung und der Intensität der Mitbehandlung einer somatischen Komorbidität differieren und daher für die Personalbemessung zu differenzieren sind. In der P5 (Intensivierte integrierte Komplexbehandlung) sind die ärztlichen und pflegerischen Behandlungsminuten gegenüber der P4 ca. 15% erhöht. In dieser Unterscheidung spiegelt sich der höhere Therapieaufwand von Patient:innen, die neben einer integrierten somatischen Behandlung auch eine intensivierte psychotherapeutische Behandlung bedürfen. Die richtige Abbildung der Bandbreite somatisch integriert arbeitender Abteilungen stellt eine Herausforderung dar. Die P5 bildet die Versorgung von gleichzeitig körperlich und psychisch schwerst kranken Patient:innen ab. Die höheren Werte	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		der P5 bilden trotzdem in einigen Fällen den hohe Personal-einsatz damit noch nicht ausreichend ab – höhere Minuten-werte wären eigentlich für eine leitliniengerechte Versorgung wünschenswert. Bei den Vorgaben handelt es sich jedoch um eine Mindestanforderung. **Würde man den Behandlungsbe-reich P5 streichen, würde für die Versorgung schwerstkran-ker Patienten auf jeden Fall zu geringe ärztliche und pflege-rische Vorgaben resultieren.** Die Argumentation des GKV-SV in den TrGr unter 2.2.1 auf S.5 stellt auf das Gesamtpersonal von P4 und P5 ab. Weil P5 ge-ringfügig weniger Gesamtpersonal vorhalte als P4, sei ein ei-gener Behandlungsbereich P5 nicht erforderlich. Das ist nicht nachvollziehbar. **Es kommt gerade auf die Differenzierung nach Berufsgruppen („Personalmix“) an, um die oben be-schriebenen spezialisierten Behandlungssettings zu realisie-ren.** Die PPP-RL greift als zentralen Aspekt die Differenzierung nach Berufsgruppen auf. Sicherlich ist die Realisierung des Be-handlungsbereichs P5 wegen des hohen Anteils an Ärzten und Pflegefachkräften teurer als dasjenige der P4. <u>Änderungsvorschlag:</u> Übernahme der Vorschläge der DKG und sich anschließender Verbände in allen Punkten	
7.8	DKPM	<u>§ 8 Abs. 3</u>	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Den Ausführungen der DKG in den TrGr S. 9 wird zugestimmt. Der DGPM ist nicht klar, auf welche „erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben“ mit der Einfügung verwiesen werden soll. Dies ist bisher nirgends verbindlich festgelegt. Es gibt derzeit keinen wissenschaftlich-fachlichen Konsens, mit welchen Qualifikationen welche Regelaufgaben der PPP-RL übernommen werden können. Welche fachliche Qualifikation muss z.B. vorgewiesen werden, wenn eine Pflegefachkraft die Regelaufgabe „Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung“ aus der Berufsgruppe der Spezialtherapie übernimmt? Oder welche Qualifikation muss vorgewiesen werden, wenn ein Spezialtherapeut die Aufgabe „Mitwirkung bei der Gruppentherapie“ für eine Pflegefachkraft übernimmt? Weil es hierzu keine verbindlichen oder nachvollziehbaren Festlegungen gibt, entstehen die von der DKG beschriebenen Konflikte auf der Ortsebene in Prüfungen. Aktuell legen die Medizinischen Dienste (MD) häufig diese Anforderungen nach eigener Einschätzung einseitig fest. Die Festlegungen sind dann nicht nur von Bundesland zu Bundesland, bzw. MD zu MD unterschiedlich, sondern sie entbehren auch einer fachlichen Grundlage. Teilweise verfügen die MD der Länder auch über keine Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Der MD ist nicht befähigt und auch nirgends er-	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		mächtigt solche Festlegungen zu treffen. Die MDs sollten dringend von der Aufgabe entlastet werden. Es stellt sich grundsätzlich die Frage, ob es gesetzlich zulässig ist, dass solch weitreichenden inhaltlichen Festlegungen der PPP-Richtlinie durch den Medizinischen Dienst erfolgen können, oder ob dies noch in den Aufgabenbereich des G-BA fällt, bzw. die Richtlinie an dieser Stelle zu wenig bestimmt ist. Bevor kein gesicherter wissenschaftlich-fachlicher Prozess der Festlegung und Anerkennung von Qualifikationen zur Übernahme von Regelaufgaben anderer Berufsgruppen besteht, sollte keine entsprechende Einfügung mit Verweis darauf in der PPP-RL erfolgen. Mit der aktuellen Regelung kommt es trotz Personalmangels in der Versorgung psychisch kranker Menschen zu Fällen, in denen qualifizierte und erfahrene Kräfte von der Ausübung Ihres Berufs ausgeschlossen werden. Erschwerend kommt hinzu, dass die Regelaufgaben im Fachgebiet Psychosomatik für die Berufsgruppen Pflegefachkräfte, Spezialtherapie, Sozialarbeit aus Sicht der Fachgesellschaft unpassend sind und dringend überarbeitet werden müssen. Darauf hatte die DGPM schon in früheren Stellungnahmen wiederholt hingewiesen. Zur Diskussion stehen wir gerne zur Verfügung. Die beruflichen Qualifikationen, die für eine Berücksichtigung in eines der fünf Berufsgruppen nach § 5 für die Psychosomatik sind bis auf die Berufsgruppe der Spezialtherapie ausrei-	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		chend festgelegt. Es ist aus Sicht der psychosomatischen Verbände grundsätzlich zweifelhaft, ob eine weitere Prüfungsebene erforderlich ist, um die fachliche Qualifikation zur Übernahme von Regelaufgaben anderer Berufsgruppen abzusichern. Die Minutenvorgaben der PPP-RL sind nicht mit einer eindeutigen Zuordnung von Regelaufgaben zu einzelnen Berufsgruppen erfolgt. Die bestehenden Anrechnungen dienen in der Praxis auch dazu, dass Therapiekonzepte durch flexibleren Einsatz der nach § 5 anerkannten Berufsgruppen an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten angepasst werden können, z.B. in Spezialsettings für Patienten mit Essstörungen oder somatoforme Störungen. Für die aktuell in Ermangelung einer klaren Regelung der PPP-RL erfolgenden Festlegungen zu Qualifikationen durch den MD, gibt es keine Evidenz. Diese Festlegungen bestimmen aber wesentlich, wie die PPP-RL sich in der Patientenversorgung auswirkt. Die PPP-RL regelt bereits sehr weitreichend und kleinteilig den Personaleinsatz in Psych-Kliniken. Festlegungen in dieser Detailtiefe gibt es sonst in keinem weiteren medizinischen Fachgebiet. Mit der Einfügung einer weiteren Prüfungsebene in der Anrechnung zwischen den anerkannten Berufsgruppen sind qualitative Verschlechterungen in der Behandlung denkbar. Dies vor dem Hintergrund eines weiter gesteigerten Prüfaufwands. Schon allein aus dieser Abwägung ist von der o.g. Einfügung abzusehen. <u>Änderungsvorschlag:</u>	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Der Änderungs-/ bzw. Ergänzungsvorschlag des GKV-SV „und die erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt.“ ist nicht zu übernehmen.	
7.9	DKPM	§ 8 Abs. 5 Stellungnahme wie oben zu § 8 Abs. 3 Änderungsvorschlag: Der Änderungs-/ bzw. Ergänzungsvorschlag des GKV-SV „und die erforderliche fachliche Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt.“ ist nicht zu übernehmen.	
7.10	DKPM	§ 10 Abs. 1 und 2 Den Ausführungen der BÄK und der DKG in den TrGr auf S. 16-18 wird zugestimmt. Änderungsvorschlag: Die von der BÄK und DKG vorgeschlagenen Änderungen in den Abs. 1 und Abs. 2 sollten übernommen werden.	
7.11	DKPM	§ 13 Abs. 5 Satz 1 und Abs. 6 Die Ausführungen des GKV-SV unter 2.9.2 auf S. 19 sind überzeugend. Die Wirkungen der Sanktionen auf Menge, Struktur und Qualität der Leistung muss erst beobachtet werden, bevor weitere Beschlüsse gefasst werden. Dies gilt insbesondere auch für den Bereich Psychosomatik, in dem in 2027 erstmals neue Mindestvorgaben gelten werden.	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Für die Psychosomatik wird vorgeschlagen einen ähnlich langen Beobachtungszeitraum vor der Einführung von Sanktionen einzuführen, wie den Bereichen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zugestanden wurde. Änderungsvorschläge: Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/BPtK zur Änderung der Frist nach Abs. 5, Satz 1 auf das Jahr 2028 sollte übernommen werden. Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/BPtK zur Änderung der Frist nach Abs. 6 auf den 30. Juni 2028 sollte übernommen werden.	
7.12	DKPM	§ 13 Abs. 5 Satz 3 und 4 Zu Satz 3: Die von der DGPM in Abstimmung mit den psychosomatischen Verbänden vorgeschlagenen Minutenvorgaben in den neuen Behandlungsbereichen P1 bis P7 sind ambitioniert und sollen zu einer Verbesserung der Versorgung führen (siehe Stellungnahme zu § 3 Abs. 1). Eine sanktionsbewehrte Einführung sollte vorsichtig und unter Beobachtung ihrer Wirkung auf Menge, Struktur und Qualität der Leistung beobachtet werden. Es wird daher empfohlen die von DKG/LV/BÄK vorgeschlagene Untergrenze von 90% in Satz 3 zu übernehmen, um den Einrichtungen die benötigte Zeit zu geben, ihre Personalvorhaltung anzupassen. Ansonsten steigt das Risiko einer Einschränkung der Versorgung und/oder anderer unerwünschter Effekte, bevor die Auswirkungen beobachtet und	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		bewertet werden konnten. Zu Satz 4: Für die Psychosomatik wird vor dem Hintergrund der ambitioniert formulierten Sanktionen dringend vorgeschlagen mit 3 Jahren sanktionsfreier Zeit einen Beobachtungszeitraum vor der Einführung von Sanktionen einzuführen. In Anbetracht der zu erwartenden guten Passung der neuen Mindestvorgaben sowie der bereits gesammelten Erfahrung, könnte der sanktionsfreie Beobachtungszeitraum somit um 2 Jahre im Vergleich zu den Fachgebieten Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gekürzt werden. Die Vorschläge der neuen Behandlungsbereiche P1 bis P7 beruhen auf sorgfältig erhobenen Daten und bilden die Versorgungssituation in Deutschland repräsentativ ab. Sie werden von der DGPM in Abstimmung mit allen maßgeblichen psychosomatischen Verbänden zur Übernahme empfohlen. Trotzdem kann nicht genau vorhergesagt werden, wie hoch die durch das IQTIG gemessenen Abweichungen im ersten Jahr nach der Einführung sein werden. Erst aus dieser Erhebung kann abgeleitet werden, wie lang der Anpassungszeitraum sein sollte, den die Einrichtungen des Fachgebiets Psychosomatik benötigen, um die Anpassung zu vollziehen. Sollte die erwartete hohe Passgenauigkeit der neuen Mindestvorgaben eintreten, kann ggf. eine kürzere sanktionsfreie Zeit beschlossen werden.	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Wenn keine sanktionsfreie Zeit für die Psychosomatik beschlossen wird, entfaltet die Richtlinie unmittelbar nach ihrer Einführung in 2027 eine hohe Wirkung in der Versorgung. Auch wegen des Ambitionsniveaus der neuen Mindestvorgaben – eine Anpassung der Personalvorhaltung der meisten Einrichtungen wird erfolgen müssen – besteht das Risiko von Einschränkungen der Versorgung, bzw. andersartigen unvorhersehbaren Verwerfungen. Dies kann ggf. auch unter den Übergangsregeln in § 16 geregelt werden. Änderungsvorschlag: Satz 3: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK zur Streichung des Satzteils „im Jahr 2026 und 95% im Jahr 2027“ wird übernommen. Satz 4 wird ergänzt „für die Fachgebiete Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und für das Fachgebiet Psychosomatik erfolgt kein Vergütungswegfall für die Jahre 2027 bis 2029.“	
7.13	DKPM	§ 15 Abs. 4 (neu) Die auf S. 19 und 20 unter 2.10.1 in den TrGr vorgetragenen Bedenken der DKG werden geteilt. Vor dem Hintergrund der vermuteten tiefgreifenden Veränderungen und möglicherweise auch Verwerfungen in der Versorgung durch die sankti-	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		onsbewehrte Einführung der Mindestvorgaben ist eine zeitnahe Evaluation wichtig. Die psychosomatischen Verbände sprechen sich auch für eine kontinuierliche Beobachtung und Evaluation in der Einführungsphase der Sanktionen für alle Psych-Fachgebiete aus. Änderungsvorschlag: Der Vorschlag § 15 Abs. 4 durch DKG/PatV/LV wird übernommen.	
7.14	DKPM	§ 16 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 3 Die Ausführungen unter 2.11.1 auf S. 21 der TrGr der DKG/BÄK wird unterstützt. Auf unsere Stellungnahme zu den möglichen Auswirkungen einer zu schnellen sanktionsbewehrten Einführung der neuen Mindestvorgaben in der Psychosomatik unter § 13 Abs. 5, Satz 3 und Satz 4 wird verwiesen. Die Einführung muss zur Vermeidung von Versorgungseinschränkungen oder sonstiger Verwerfungen in der Versorgung mit Vorsicht durchgeführt werden. Änderungsvorschlag: § 16 Abs. 1, Satz 1: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK die Erfüllung der Einhaltung der Mindestvorgaben nach § 6 auf 2031 zu ändern sollte übernommen werden. § 16 Abs. 1, Satz 2, Nr. 3: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK den Erfüllungsgrad der Mindestvorgaben nach § 6 erst ab 2029 auf 95% festzulegen sollte übernommen werden.	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
7.15	DKPM	<u>§ 16 Abs. 6 (neu)</u> Der Vorschlag dieses neuen Absatz 6 ist abzulehnen. Wir verweisen auf unsere diesbezüglichen Ausführungen zu § 3 Abs. 1. Für den Vorschlag gibt es keine Evidenz, die Ausführungen des GKV-SV unter 2.11.3 auf S. 23 u. 24 der TrGr beruhen auf Missverständnissen. Die Vorschläge dienen auf jedem Fall nicht dem mit der PPP-RL verfolgten Ziel der Qualitätssicherung. <u>Änderungsvorschlag:</u> Der von GKV-SV und Pat-V vorgeschlagene neue § 16 Abs. 6 wird nicht übernommen.	
7.16	DKPM	<u>Anlage 1 (Minutenwerttabellen)</u> Die Einfügung des Behandlungsbereichs P5 mit dessen Minutenwerten, wie von DKG und LV vorgeschlagen, soll übernommen werden. Auf unsere Stellungnahme zu § 3 Abs. 1 wird verwiesen. <u>Änderungsvorschlag:</u> Die Einfügung des Behandlungsbereichs P5 mit dessen Minutenwerten, wie von DKG und LV vorgeschlagen, wird übernommen.	
7.17	DKPM	<u>Anlage 2 (Eingruppierungskriterien)</u> Die neuen Behandlungsbereiche A3 bis A5 sollen nicht übernommen werden. Auf unsere diesbezügliche Stellungnahme	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		zu § 3 Abs. 1 wird verwiesen. P1: - Alle Abschnitte: Der Behandlungsbereich wird gemäß dem Vorschlag von DKG/LV/BÄK Psychosomatische-psychotherapeutische Regelbehandlung genannt. Die von GKV-SV/Pat-V vorgeschlagene Beschreibung in den Abschnitt 2 und 3 wird ebenfalls strikt abgelehnt. Die diesbezügliche inhaltliche Begründung des GKV-SV beruht auf Missverständnissen und Fehlinterpretationen. Folglich führt die Ableitung zu einer falschen Charakterisierung dieses größten und inhaltlich ambitioniert formulierten Behandlungsbereichs der Psychosomatik. Auf unsere diesbezügliche Stellungnahme in § 3 Abs. 1 wird verwiesen. - Abschnitte 2 und 3: Die Streichung des Codes 9-61 , wie von der BÄK vorgeschlagen, wird übernommen. Die OPS-Prozedur 9-61 ist für die hier beschriebenen Behandlungsbereiche ohne Bedeutung, da sie sich auf schwer psychiatrisch erkrankte Menschen, oft mit Selbst- und Fremdgefährdung, schweren Beeinträchtigungen des Denkens, Fühlens und Handels, für die haltgebende, Schutz und Sicherheit gebende Maßnahmen ganz im Vordergrund stehen, eine spezialisierte Psychotherapie aber nicht oder noch nicht indiziert ist, bezieht. Folgerichtig sind in dieser Prozedur unter den ein-	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		gesetzten Methoden auch Einzel- und Gruppenpsychotherapie gar nicht erwähnt, sondern stattdessen supportive Einzelgespräche.	
7.18	DKPM	P3 - Alle Abschnitte: Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen. Bisher konnte der OPS-Kode 9-62 für die Einstufung der bisher geltenden Behandlungsbereiche P2 und P4 gewählt werden. Da für die Einstufung in die bisher geltenden Behandlungsbereiche P1 und P3 der OPS-Kode 9-60 gewählt werden konnte, ist es derzeit möglich für eine im Krankenhausplan als Psychosomatik ausgewiesene Abteilung oder Klinik, die durch einen Facharzt für Psychiatrie geleitet wird, alle Behandlungsbereiche in der PPP-RL anzugeben. Rein fachlich ist dies abzulehnen. Die Krankenhausplanung leitet sich aus den Fachgebieten der Medizin ab. Schon in der Vorbereitung der EPPIK-Studie wurde deutlich, dass sich die Behandlungen in der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder-Jugend-Psychiatrie und der Psychosomatik grundlegend unterscheiden. Dies gilt für die Behandlungsstrukturen oder -settings, -methoden, -ziele und qualifikatorischen Voraussetzungen. Diese lassen sich nicht 1:1 in die Psychiatrie übertragen und nicht ohne entsprechende fachärztliche Leitung durchführen. Daher ist der Code 9-62 in den neuen Behandlungsbereichen	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		nicht sachgerecht. Allerdings muss beachtet werden, dass derzeit ca. 35-40 von ca. 290 Akut-Abteilungen und Kliniken für Psychosomatik in Deutschland durch einen Facharzt für Psychiatrie geführt werden. Dies sind vorwiegend psychosomatische Abteilungen mit einem psychotherapeutischen Fokus und wenig somatischen Mitbehandlungsanteil. Die Psychiater in ltd. Position in solchen Kliniken haben sich in der Regel durch eine psychotherapeutische Zusatzausbildung oder langjährige praktische Tätigkeit in der Psychosomatik in manchen aber nicht allen Fällen genügend Wissen angeeignet, um psychosomatische Abteilungen zu leiten. Aus Sicht der psychosomatischen Verbände sollte diesen „Bestandsfällen“ im vorliegenden Entwurf durch Zulässigkeit des OPS-Kode 9-60 zur Eingruppierung in die P1 und P6 und die Zulässigkeit der Eingruppierung in die P2 mittels des OPS-Kodes 9-62 Rechnung getragen werden. Es würde sonst eine unbillige Härte darstellen diese Chefärzte durch die anstehende Änderung der PPP-RL für die psychosomatische Komplexbehandlung zu delegitimieren. Die psychosomatischen Verbände empfehlen jedoch dies als eine Übergangsregelung für bereits bestehende Chefarzt-Berufungen auszugestalten. Für die neuen Behandlungsbereiche P3, P4, P5 und P7 ist eine solche Regelung aus fachlichen Gründen strikt abzulehnen. Die Ausführungen der DKG unter	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		2.13 auf S. 30 sind unzutreffend. Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an einem Universitätsklinikum werden in Klinik, Forschung und Lehre von einem Facharzt/ einer Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie geleitet. - Abschnitt 2: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK in Abschnitt 2 auf die OPS-Kodes, statt wie vom GKV-SV/PatV die Berufsgruppen gemäß § 5 zu verweisen soll übernommen werden. Dies ohne den OPS-Kode 9-626 zu übernehmen. In den OPS Codes sind auch häufig in psychosomatischen Einrichtungen eingesetzte Medizinische Fachangestellte miteingeschlossen. Deren Einsatz zur Übernahme gewisser pflegerischer Tätigkeiten wird von den psychosomatischen Verbänden ausdrücklich befürwortet. Dies erleichtert die MD-QK-RL-Prüfungen. - Abschnitt 3: Die Vorschläge aller Stellung nehmenden Parteien sind für die psychosomatischen Verbände akzeptabel (unter Weglassung des OPS-Kode 9-626). Die genaue Festlegung des OPS-Zusatzkodes erfolgt durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Deshalb erscheint der Vorschlag von DKG/LV/BÄK nur auf einen „OPS-Zusatzkode“ zu verweisen praktikabler. Die DGPM hat einen den Vorstellungen von GKV-SV/PatV und DKG/LV entsprechenden Zusatzkode beim BfArM eingereicht, der dieser Stellungnahme als Anlage beigefügt ist.	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
7.19	DKPM	P4 - Abschnitt 2: In der Variante der BÄK wird der Vorschlag der psychosomatischen Verbände übernommen. Die Ergänzung des GKV-SV „integriert“ zu schreiben ist inhaltlich zutreffend.	
7.20	DKPM	P5 - Der Behandlungsbereich wird wie von der BÄK vorgeschlagen übernommen. Auf die Ausführungen zum OPS-Kode 9-61 zur P1 weiter oben wird verwiesen. Auf die Ausführungen zur Notwendigkeit der Einführung des Behandlungsbereichs P5 unter § 3 Abs. 1 wird ebenfalls verwiesen.	
7.21	DKPM	P6 - Abschnitt 1: Der Vorschlag zur Benennung von DKG/LV/BÄK in Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär wird übernommen. Auf die diesbezügliche Stellungnahme zur P1 und unter § 3 Abs. 1 wird verwiesen. - Abschnitte 2 und 3: Die Formulierung der BÄK wird übernommen. Auf die Ausführungen zum OPS-Kode 9-61 zur P1 weiter oben wird verwiesen.	
7.22	DKPM	P7	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		- Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen. Auf die diesbezügliche Stellungnahme zur P3 wird verwiesen.	
7.23	DKPM	<u>Änderungsvorschlag</u>: Die neuen Behandlungsbereiche A3 bis A5 werden nicht übernommen. P1: - Abschnitt 1: Der Behandlungsbereich wird gemäß dem Vorschlag von DKG/LV/BÄK Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung genannt. - Abschnitte 2 und 3: Die Vorschläge von DKG/LV/BÄK werden bis auf nachfolgendes übernommen: Die Streichung des Codes 9-61, wie von der BÄK vorgeschlagen, wird übernommen.	
7.24	DKPM	P3 - Alle Abschnitte: Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen. - Abschnitt 2: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK in Abschnitt 2 auf die OPS-Kodes, statt wie vom GKV-SV/PatV die Berufsgruppen gemäß § 5 zu verweisen soll übernommen werden. Dies ohne den OPS-Kode 9-626 zu übernehmen. - Abschnitt 3: Der der Vorschlag von DKG/LV/BÄK wird übernommen (ohne den Kode 9-626).	

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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
7.25	DKPM	P4 - Abschnitt 2: Der Vorschlag von GKV-SV/PatV wird übernommen - Abschnitt 3: Der Vorschlag von GKV-SV/PatV/BÄK wird übernommen.	
7.26	DKPM	P5 - Der Behandlungsbereich wird wie von der BÄK vorgeschlagen übernommen. - Abschnitt 1: Der Vorschlag zur Benennung von DKG/LV/BÄK in Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär wird übernommen. Auf die diesbezügliche Stellungnahme zur P1 und unter § 3 Abs. 1 wird verwiesen. - Abschnitte 2 und 3: Die Formulierung der BÄK wird übernommen. Auf die Ausführungen zum OPS-Kode 9-61 zur P1 weiter oben wird verwiesen.	
7.27	DKPM	P6 - Abschnitt 1: Der Vorschlag zur Benennung von DKG/LV/BÄK in Psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär wird übernommen. - Abschnitte 2 und 3: Die Formulierung der BÄK wird übernommen	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
7.28	DKPM	P7 - Der OPS-Code 9-62, bzw. 9-626 ist zu streichen.	
7.29	DKPM	Anlage OPS-Zusatzcode 9-64X Intensivierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei Erwachsenen	
8	**Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), 11.03.2026**		
8.1	ver.di	Allgemeine Anmerkung Einleitende Stellungnahme Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di unterstützt die kontinuierliche Weiterentwicklung der Richtlinie zur Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen stationären Einrichtungen (PPP-RL), wie sie in § 1 Abs. 3 festgelegt ist. Verbindliche Personalvorgaben sind eine grundlegende Voraussetzung, um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen und zugleich dem bestehenden Fachkräftemangel in der stationären psychiatrischen Versorgung wirksam zu begegnen. Eine aktuelle ver.di-Erhebung zur Umsetzung der PPP-RL in psychiatrischen Einrichtungen mit über 1900 Betten auf rund 90 Stationen zeigt weiterhin erhebliche Defizite bei der Perso-	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Die Mindestvorgaben gemäß § 7 PPP-RL sind einrichtungs- und quartalsbezogen einzuhalten. Die PPP-RL erlaubt es den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen, in begrenztem Umfang Fach- und Hilfskräfte aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen einzusetzen (§ 8 Abs. 5 PPP-RL) sowie unter der Maßgabe der Übernahme von Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL-Personal untereinander (§ 8 Abs. 3 PPP-RL) angerechnet werden kann. Diese Möglichkeiten sind aufgrund inhaltlich-fachlicher Voraussetzungen ohnehin begrenzt, zumal Krankenhäuser aufgrund haftungsrechtlicher Konsequenzen auf eine ausreichende Qualifikation des von ihnen eingesetzten Personals achten. Die Möglichkeiten zur Anrechnung werden jedoch zwingend zur Erfüllung der Mindestpersonalvorgaben der PPP-RL benötigt. Auf diese Notwendig-

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		nalausstattung. Im Mittel der letzten Jahre lag der Umsetzungsgrad bei Pflegefachpersonen lediglich bei rund 72 Prozent. Gleichzeitig wird deutlich, dass rechnerische Erfüllungsgrade der Richtlinie teilweise nur durch Verschiebungen zwischen Berufsgruppen erreicht werden. Dies weist auf ein strukturelles Problem der Richtlinie hin, da Unterbesetzungen in zentralen Versorgungsbereichen, insbesondere in der Pflege, durch Übererfüllungen in anderen Bereichen kompensiert werden können. Darüber hinaus führen die anhaltende Kombination aus hoher Arbeitsbelastung, personeller Unterbesetzung sowie kurzfristigen Änderungen von Dienst- und Einsatzplänen zu erheblichen Belastungen für Beschäftigte aller beteiligten Berufsgruppen und Tätigkeitsbereiche. Diese Faktoren tragen maßgeblich dazu bei, dass es schwierig ist, ausreichend Auszubildende und neue Fachkräfte zu gewinnen und qualifiziertes Personal langfristig im System zu halten. Vor diesem Hintergrund leisten klare Vorgaben zur Personalausstattung nicht nur einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, leitlinienorientierten Behandlung. Sie tragen auch dazu bei, die beteiligten Berufsgruppen aufzuwerten und die Beschäftigten zu entlasten, die trotz herausfordernder Rahmenbedingungen die Versorgung der Patientinnen und Patienten gewährleisten. Besonders wichtig ist vor diesem Hintergrund der monatliche	keit weist u. a. das IGES Institut im Rahmen des ersten Evaluationsberichts zur PPP-RL hin. Zwar kann, wie zuvor beschrieben, unter Voraussetzungen Personal untereinander angerechnet werden. Die Mindestvorgaben sind jedoch pro Berufsgruppe zu erfüllen, das Unterschreiten bereits einer Berufsgruppe führt zu einer Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 7 Abs. 4 PPP-RL. Darüber hinaus werden die Möglichkeiten des flexiblen, bedarfsorientierten Personaleinsatzes der Krankenhäuser durch ein zusehends rigides Prüfregime des Medizinischen Dienstes eingeschränkt. BPtK: Zustimmende Kenntnisnahme, dass die Anrechnungsmöglichkeiten der Berufsgruppen untereinander zur Sicherung der Versorgungsqualität begrenzt und der Approbationsvorbehalt und die Fachkunde gewahrt bleiben müssen. Eine evidenzbasierte Überarbeitung der Regelaufgaben und Minutenwerte ist auch aus Sicht der BPtK notwendig.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Stationsbezug der Personalausstattung. Nur die stationsbezogene Betrachtung auf monatlicher Basis stellt sicher, dass personelle Defizite nicht durch kurzfristige Verschiebungen von Personal zwischen Stationen ausgeglichen werden und sogenannte „Verschiebebahnhöfe“ verhindert werden. Die transparente und stationsbezogene Erfassung der Personalausstattung ist essenziell, um die tatsächliche Personalsituation in den Stationen sichtbar zu machen und strukturelle Unterbesetzungen abzubilden und schlussendlich auch effektiv zu verhindern. Das weitere Hinauszögern der vollen Umsetzung der PPP-RL durch die weitere Ausdehnung der Übergangsfristen wird von ver.di grundsätzlich abgelehnt. Die PPP-RL wurde eingeführt, um Mindeststandards für die Personalausstattung festzulegen und damit einhergehend die Qualität der Versorgung in den psychiatrischen Krankenhäusern zu sichern. Die Erweiterung der bestehenden Übergangsregelungen verzögert die von der Richtlinie angestrebte Wirkung und führt im Endeffekt zu einem Fortbestehen der Belastungssituation für die Beschäftigten und die Patient*innen in den Einrichtungen. ver.di setzt sich deshalb dafür ein, dass die PPP-RL möglichst zeitnah zur vollständigen Anwendung kommt. Die Möglichkeit unterschiedliche Berufsgruppen bei der Personalausstattung anzurechnen, wird grundsätzlich begrüßt, da dies zu einem flexibleren und Personaleinsatz beitragen	

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		kann. Dabei muss aber sichergestellt werden, dass der Approbationsvorbehalt und die Fachkunde gewahrt bleiben. Darüber hinaus sollte die Möglichkeit der Anrechnung anderer Berufsgruppen klar begrenzt bleiben und bestimmte Ausmaße nicht überschreiten. Nur so kann eine fachlich angemessene Versorgung gewährleistet werden und ein strukturelles Absinken der bestehenden Qualifikationsstandards verhindert werden. Kritisch bewertet wird, dass durch den Wegfall der stichprobenbezogenen Überprüfung der Einhaltung der Personalvorgaben ein wirksamer Kontrollmechanismus für die Einhaltung der Personalvorgaben weggefallen ist. Die tatsächliche Einhaltung der Personalvorgaben ist damit nur unzureichend überprüfbar. Die Anlagen 1 und 4 sind in ihrer inhaltlichen Ausgestaltung nicht mehr zeitgemäß und bilden die heutige Versorgungsrealität nicht mehr adäquat ab. Insbesondere die Definition der Regelaufgaben, welche die steigenden Anforderungen an das Pflegefachpersonal in den letzten Jahren sowie die Erweiterung des Berufsbildes durch Fachweiterbildungen, akademische Pflegequalifikationen und zusätzliche Funktionen wie Praxisanleitung oder pflegerische Expertenrollen nicht ausreichend widerspiegelt, muss dringend aktualisiert werden. Dasselbe gilt für die Minutenwerttabellen in Anlage 1. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass die derzeitigen Minutenwerte in vielen Bereichen nicht ausreichen, um eine	GKV-SV: Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Regelaufgaben in Anlage 4 werden vorliegend inhaltlich nicht geändert. Die vorgenommene Änderung für die Psychosomatik – die zusammenfassende Darstellung der Regelaufgaben der Spezialtherapeuten und Bewegungstherapeuten - – ist redaktioneller Art und erfolgt analog zur Zusammenlegung der beiden Berufsgruppen in § 5 mit Beschluss gemäß 18. Juni 2025. PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Anlage 1 muss unter Berücksichtigung vorhandener Evidenz weiterentwickelt werden. Die Anlage 4, Regelaufgaben, sollte nach Auffassung der PatV mittelfristig unter Einbeziehung fachlicher Expertise weiterentwickelt werden.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. Eine evidenzbasierte Anpassung der Minutenwerte sollte daher nicht allein auf den aktuell beobachteten Ist-Daten beruhen, sondern sich an den fachlichen Anforderungen einer qualitativ hochwertigen Versorgung orientieren. Eine Orientierung ausschließlich am gegenwärtigen Versorgungsniveau birgt die Gefahr, bestehende strukturelle Unterversorgung zu verstetigen. Vor diesem Hintergrund fordert ver.di die Parteien in der Gemeinsamen Selbstverwaltung dazu auf, entsprechende Vorschläge für eine evidenzbasierte Aktualisierung der beiden Anlagen zu unterbreiten.	
8.2	ver.di	<u>§ 3 Abs. 1 und 2 (Behandlungsbereiche)</u> ver.di begrüßt die § 3 Abs. 1 von der Seite GKV-SV/PatV vorgeschlagene Änderung der Begrifflichkeit **Eingruppierungsempfehlungen** in **Eingruppierungskriterien**, da so der verbindliche Charakter der Regelung gestärkt wird.	GKV-SV: Dank und Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme. Mit der Bezeichnung „Regelbehandlung“ wird dem Wortlaut des OPS-Kodes 9-607 „Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“ gefolgt. Hingegen suggeriert „Basisbehandlung“ eine quantitativ und qualitativ mindere Behandlung in dieser Kategorie. Annahmen, die weder das EPPIK-Teilprojekt 2 noch andere Erhebungen stützen. Diese Benennung käme einer Abwertung der Kategorie, der darin durchgeführten Behandlungen und damit der Arbeit der Arbeitnehmer/innen gleich.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Zur Änderung der Behandlungsbereiche P1 und P6: Für die Behandlungsbereiche P1 und P6 spricht sich ver.di für die Nutzung des Begriffs **Basisbehandlung** aus. Der Begriff **Regelbehandlung** würde aus Sicht von ver.di eine Behandlung mit wenigen Therapieansätzen als „Regel“ zementieren. Es muss klar sein, dass darüber hinaus noch andere Ansätze zulässig sind und genug Therapie für eine gute Versorgungsqualität stattfinden kann. Wichtig ist, dass es auch in der Psychiatrie genügend psychotherapeutische Behandlung gibt und so unterschiedliche Versorgungsniveaus vermieden werden. <u>Änderungsvorschlag:</u> Dem Vorschlag von GKV-SV/PatV zur Umbenennung von **Eingruppierungsempfehlungen** zu **Eingruppierungskriterien** wird zugestimmt. Dem Vorschlag von GKV-SV/BPtK zur Benennung der Behandlungsbereiche P1 und P6 wird gefolgt.	PatV: Die Position zur Begrifflichkeit „Eingruppierungsempfehlungen“ wird zur Kenntnis genommen. Die PatV hält aus Gründen der Klarheit an dem Vorschlag fest, den Begriff „Eingruppierungskriterien“ zu verwenden. Den Begriff „Basisbehandlung“ lehnt die PatV weiterhin ab. Der Begriff „Regelbehandlung“ beschreibt den typischen Versorgungsstandard und legt nicht fest, dass nur ein bestimmtes Therapiespektrum zulässig ist. Er zementiert keine Untergrenze, sondern bildet den Regelfall ab, innerhalb dessen unterschiedliche therapeutische Ansätze weiterhin möglich sind. GKV-SV: Dank und Zustimmung. GKV-SV: Dank und Zustimmung.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
8.3	ver.di	§ 6 Abs. 4 (Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personal-ausstattung) Die Verteilung der Berechnungsgrundlage über alle Behand-lungsbereiche ist abzulehnen, da so die Mindestpersonalaus-stattung in den einzelnen Behandlungsbereichen regelhaft unterschritten werden kann, wenn diese an anderer Stelle ausgeglichen werden können. Dies kann zu einer kontinuierli-chen Überlastung des Personals in den betroffenen Behand-lungsbereichen und zu einem Absinken der Versorgungsquali-tät führen. Nur eine stationsgenaue Personalbemessung kann sicherstellen, dass auch eine bedarfsgerechte Personalaus-stattung in allen Behandlungsbereichen vorliegt. Der Ände-rungsvorschlag von **DKG/PatV** untergräbt dieses Prinzip, wes-halb ver.di diesen Vorschlag entschieden ablehnt. Änderungsvorschlag: Keine Änderungen	DKG: Kenntnisnahme. Nur 7,6 % der Einrichtungen liegen innerhalb des definierten Korridors von 2,5 %. Dies bedeutet, dass mehr als 90 % aller Einrichtungen ihren Personaleinsatz nicht vorausschauend planen können, sondern im Gegenteil dieses Personal ad hoc je nach quartalsaktueller Belegung eingesetzt wird. Damit wird z. B. die Ur-laubsplanung für die Beschäftigten erschwert oder Krankheitsaus-fälle kaum kompensierbar. Das Personal muss damit rechnen, jeder-zeit in die Behandlung einbezogen werden zu können. Dies führt zu einer kontinuierlichen Überlastung des Personals. GKV-SV: Dank und Zustimmung. PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die PatV hält an der Unterstützung der Position der DKG fest, prüft aber die Hinweise aus der Stellung-nahme. DPR: Dank und Ablehnung.
8.4	ver.di	§ 8 Abs. 3, 5 und 7 (Anrechnungen von Berufsgruppen) ver.di hält den Änderungsvorschlag zu § 8 Abs. 3 Satz 1 durch die Seite **GKV-SV/BPtK** für nicht zielführend, da aus unserer Sicht bereits die derzeitige Definition der Regelaufgaben man-gelhaft ist. Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie die erfor-derliche fachliche Qualifikation in jedem Einzelfall nachzuwei-sen wäre, ohne einen erheblichen bürokratischen Mehrauf-wand zu schaffen.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die PPP-RL bietet inzwischen ausreichend Flexibilität. Damit diese Flexibilität jedoch nicht beliebig wird, stellt die Ergänzung in § 8 Abs. 3 sicher, dass die Berufsgruppen der PPP-RL nur dann Regelaufgaben der anderen Berufsgruppen übernehmen dürfen, wenn eine entsprechende Qualifikation dafür vorliegt. Diese Klarstellung ist im Sinne der Qualitätssicherung unabdingbar. Der Vorschlag, die Ergänzung nicht zu übernehmen, wird deshalb

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			abgelehnt. PatV: Zur Frage der Nachweispflicht der Qualifikation hat sich die PatV bisher nicht positioniert. Sie nimmt die Empfehlung der Stellungnahme daher zur Prüfung mit (§ 8 Abs. 3 u. 5). Die Stellungnahme zu § 8 Abs. Satz 3 und § 8 Abs. 7 Satz 1 nimmt die PatV zustimmend zur Kenntnis. DPR: Dank und Zustimmung. BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme, dass die Anrechnungsregelung der Berufsgruppe c) auf die Berufsgruppen b), d) und f) befristet bleiben muss sowie der Approbationsvorbehalt und die Fachkunde gewahrt bleiben müssen, weshalb eine wechselseitige Anrechnung ausgeschlossen ist. Hauptgrund für die Erweiterung der Anrechnungsmöglichkeiten der Berufsgruppe c) auf b), d) und f) waren die aus der Psych-PV übernommenen Minutenwerte der Pflege und Spezialtherapeuten für die Psychosomatik. Diese hat aufgrund anderer Behandlungskonzepte als in der Psychiatrie andere Bedarfe in den verschiedenen Berufsgruppen. Die erweiterten Anrechnungsmöglichkeiten ermöglichten der Psychosomatik ihren Professionsmix aufrecht zu erhalten, bis auf der Basis der EPPIK-Studie eine datenbasierte Anpassung der Minutenwerte für die Berufsgruppen erfolgen kann. Diese Anpassung wird in der Überarbeitung der Behandlungsbereiche für die Psychosomatik ab dem EJ 2027 vorgenommen, so dass die erweiterten Anrechnungsmöglichkeiten

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Abgelehnt wird der von **DKG/LV** vorgebrachte Vorschlag zur Streichung der Befristungsregelung in § 8 Abs. 3 Satz 3 für die Anrechnung der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f. Die Berufsgruppen b, d, und f künftig regelhaft durch die Berufsgruppe c zu ersetzen läuft einer wirtschaftlichen Versorgung zuwider. Derzeit besteht keine Rückzahlungsverpflichtung von nicht zweckentsprechend verwendeten Mitteln aus dem Personalbudget. Daraus ergibt sich das Risiko, dass die konstante Anrechnung der Berufsgruppe c zur Budgeterhöhung führt, ohne dass ein Zusatznutzen für die Versorgung der Patient*innen erreicht wird. ver.di spricht sich deshalb dafür aus, dass der G-BA bis zum 31. Dezember 2027 nochmals über die künftige Ausgestaltung der Anrechnungsregel berät und bis zum benannten Datum einen entsprechenden Beschluss fällt. Bei der Anrechnung von Berufsgruppen muss der Approbationsvorbehalt sowie die jeweils erforderliche Fachkunde konsequent gewahrt bleiben. Tätigkeiten, die aufgrund ihrer Komplexität oder rechtlichen Rahmenbedingungen approbations- und fachkundepflichtig sind, dürfen nicht durch andere Berufsgruppen ersetzt werden. Die Anrechnungsmöglichkeiten dürfen daher nicht zu einer faktischen Substitution quali-	künftig nicht mehr erforderlich sind. DKG: Kenntnisnahme. 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. GKV-SV: Kenntnisnahme und Zustimmung. Der GKV-SV spricht sich für eine Verlängerung der Befristungsregelung für die Anrechnung der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f aus, allerdings nur für ein Jahr bis zum 31.12.2027. So soll den Krankenhäusern durch die damit entstehende Flexibilisierung noch etwas mehr Zeit zur Erfüllung der Mindestvorgaben gegeben werden. DKG: Kenntnisnahme. Durch die Bestimmungen des § 8 Abs. 3 PPP-RL ist sichergestellt, dass ein Austausch nicht willkürlich zwischen Berufsgruppen stattfinden kann. Es werden nur Fachkräfte nach § 5 adressiert, also maximal qualifizierte Personen, die explizit in der Richtlinie definiert wurden. Zum anderen wird sichergestellt, dass ein Austausch nur zwischen fachlich ähnlichen Qualifikationen erfol-

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		fizierter Tätigkeiten führen. Dies gilt ausdrücklich für alle beteiligten Berufsgruppen im multiprofessionellen Team. Die im Entwurf vorgesehenen erweiterten Möglichkeiten zur Anrechnung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf andere Berufsgruppen werden kritisch bewertet. Eine Ausweitung der Anrechnungsfähigkeit kann dazu führen, dass psychotherapeutische Fachkompetenz verstärkt für Tätigkeiten anderer Berufsgruppen eingesetzt wird, ohne dass gleichzeitig eine ausreichende personelle Ausstattung für psychotherapeutische Aufgaben gewährleistet ist. Die bestehende Möglichkeit der gegenseitigen Anrechnung zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wird hingegen als ausreichend angesehen, um eine flexible Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team zu ermöglichen. Bezüglich der Anrechnungsfähigkeit von Pflegehilfskräften im Nachtdienst spricht sich ver.di entschieden gegen eine Verlängerung der Frist auf 2027 aus, wie sie durch die Seite **DKG/LV/BÄK** vorgeschlagen wird. ver.di fordert stattdessen eine bedarfsgerechte Personalausstattung in der Nacht für alle Behandlungsbereiche ein. Bei der Ermittlung des Personalbedarfs im Nachtdienst müssen neben strukturellen Kennzahlen auch weitere Kriterien wie Patient*innenstruktur, Behandlungsintensität sowie sicherheitsrelevante Aspekte der Versorgung berücksichtigt werden.	gen kann und Regelaufgaben der jeweiligen Berufsgruppe übernommen werden müssen, s. auch Ausführungen zu 8.1. DKG: Kenntnisnahme. Die seit Bestehen der PPP-RL gebotene Möglichkeit zur Anrechnung von Psychologen/Psychotherapeuten auf andere therapeutische Berufsgruppen hat sich bewährt und trägt einen essenziellen Teil zum individuellen Personaleinsatz der Krankenhäuser bei. Um den Kliniken auch zukünftig bedarfsorientierte Gestaltungsräume zur Umsetzung ihrer Behandlungskonzepte zu ermöglichen, kann die Anrechnung jener therapeutischen Berufsgruppen auf das psychologisch-psychotherapeutische Personal einen weiteren wichtigen Baustein bieten. DPR: Ablehnung des Vorschlags, die Anrechnungsfähigkeit von Pflegehilfspersonal im Nachtdienst auf den 31.12.2026 zu begrenzen. GKV-SV: Kenntnisnahme und Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme. Es liegen keinerlei Ergebnisse vor, dass der Einsatz von Pflegehilfskräften im Nachtdienst zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung führt oder aufgrund der erst seit wenigen Monaten bestehenden Regelung auftreten. Im Gegenteil

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Änderungsvorschlag: Keine Änderungen	kann eher von einer punktuellen Entlastung des Fachpersonal ausgegangen werden, die sich originären fachpflegerischen Tätigkeiten widmen kann. Die Regelungen zum Nachtdienst sollen zum Erfassungsjahr 2028 überarbeitet werden, im Zuge dessen auch eine Überprüfung der Anrechnungsmöglichkeit auf möglichst valider Datenbasis erfolgt. Die Rücknahme dieser Regelung, die ver.di erst im vergangenen Jahr weitgehend befürwortet hatte, bedeutet weitere Unsicherheit für das Personal in den Einrichtungen.
8.5	ver.di	§ 9 Abs. 3 (Weitere Qualitätsempfehlungen) ver.di unterstützt den Vorschlag von BPtK/PatV, da die Regelung dazu beiträgt, ein Mindestmaß an therapeutischer Behandlung überprüfbar sicherzustellen. Änderungsvorschlag: Dem Vorschlag von BPtK/PatV wird gefolgt.	DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
8.6	ver.di	§ 10 Abs. 1, 2 und 3 (Ausnahmetatbestände) Mit dem Änderungsvorschlag in § 10 Abs. 1 streben **DKG/LV/BÄK** eine Aufweichung der verbindlichen Mindestvorgaben an. Diese Aufweichung wird von ver.di entschieden abgelehnt. Die Nicht-Nachbesetzung von offenen Stellen rechtfertigt keinen Ausnahmetatbestand. Die Besetzung von offenen Stellen ist eine Kernaufgabe des Personalmanagements auf Arbeitgeberseite. Unbesetzte Stellen als Ausnahmetatbestand aufzuführen, würde die gesamte PPP-RL ad absurdum führen, weil	DKG: Kenntnisnahme. Die Geltendmachung und inhaltliche Passung der Ausnahmetatbestände gem. § 10 PPP-RL ist äußerst kompliziert und in Teilen nicht auf die individuellen Ausnahmesituationen in den Kliniken zutreffend, wie u. a. das IQTIG in seinen Quartalsberichten und das IGES Institut im ersten Evaluationsbericht zur PPP-RL dargelegt hat. Ausnahmetatbestände sollen in besonderen Umständen eine temporäre Abweichung der verbindlichen Mindestvorgaben ermöglichen. Dies ist ein wichtiger Aspekt der PPP-RL und sichert auch in strukturell, personell oder anderweitig herausfordern-

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		sie die Arbeitgeberseite aus ihrer Verantwortung für die Durchführung einer funktionierenden Personalplanung entlassen würden. Die Herabsetzung von Personalausfällen auf 10 Prozent ist ebenfalls nicht sachgerecht. Die Personalplanung muss so ausgestaltet sein, dass Ausfälle durch Krankheit bis zu einem bestimmten Maß durch entsprechende Maßnahmen des Personalmanagements abzufedern sind, zumal in den Budgetverhandlungen Aufschläge für Ausfallquoten einkalkuliert werden. Entsprechende Ausfallkonzepte sind vom Arbeitgeber sicherzustellen. Die Streichung des Wortes „gravierend“ unter 3. wird ebenfalls abgelehnt, da dies zu einer inflationären Nutzung des betroffenen Ausnahmetatbestandes führen könnte. Die Folgeanpassung in Abs. 2 wird aus den oben genannten Gründen ebenfalls abgelehnt. <u>Änderungsvorschläge:</u> Keine Änderungen	den Zeiten eine kontinuierliche Versorgung der Patienten/innen sowie Planungssicherheit für die Einrichtungen und das darin tätige Personal. So können z. B. Beschäftigungsverbote aufgrund von Schwangerschaften ordnungsgemäß abgebildet werden. GKV-SV: Kenntnisnahme und Zustimmung. PatV: Dank und Kenntnisnahme
8.7	ver.di	<u>§ 11 Abs. 8 und 12 (Nachweisverfahren)</u> ver.di unterstützt die in Abs. 8 von DKG/PatV/LV vorgeschlagene Fristverlängerung um 14 Tage bis zum 15. März des Folgejahres. Der Wunsch zum Fortbesehen einer schriftlichen Erinnerung von DKG/PatV/LV erscheint aus der Sicht von ver.di sachgerecht.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Streichung des Zusatzes „schriftlich“ soll dem IQTIG im Zeitalter der Digitalisierung explizit eine andere Form der Übermittlung ermöglichen. 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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Änderungsvorschläge: Den Änderungsvorschlägen von DKG/PatV/LV wird gefolgt.	
8.8	ver.di	§ 13 Abs. 5, 6 und 8 (Folgen bei Nichteinhaltung der Mindest-vorgaben) Der Änderungsvorschlag von **DKG/LV/BÄK** wird von ver.di abgelehnt, da er einer Herabsenkung der Mindestpersonalanforderungen in den Jahren 2027/2028 auf 90 Prozent Umsetzungsgrad entspricht. Die durch **GKV-SV/PatV/BPtK** vorgeschlagene Verlängerung der Übergangsfrist ist aus Sicht von ver.di ebenfalls abzulehnen. Das Argument, dass bis zum ursprünglich vorgesehen Zeitpunkt des Beginns der Beratungen über weitergehende Sanktionsregelungen durch den G-BA noch keine gesicherten Erkenntnisse über die Auswirkungen der aktuellen Sanktionen vorliegen werden, steht aus der Sicht von ver.di der wie ursprünglich vorgesehenen Umsetzung der Richtlinie nicht entgegen. ver.di fordert, dass der Wegfall des Vergütungsanspruchs – wie vorgesehen – ab dem Jahr 2028 auf der Basis eines Umsetzungsgrades von 100 Prozent kalkuliert wird. Der Vorschlag von **GKV-SV/PatV/BPtK** die vorgesehene Frist für die Beschlussfassung auf den 30. Juni 2028 zu verschieben ist vor diesem Hintergrund ebenfalls abzulehnen.	DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die PatV hält die in Abs. 5 vorgeschlagene Verlängerung für sachgerecht. Ohne belastbare Erkenntnisse zu den Auswirkungen dieser Regelungen auf Versorgung, Struktur und Qualität besteht das Risiko unbeabsichtigter Fehlsteuerungen.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Änderungsvorschläge: Keine Änderungen. Die bisherige Regelung, nachdem der G-BA spätestens bis zum 31. Oktober 2027 eine Entscheidung über weitergehende Sanktionsregelungen trifft, soll bestehen bleiben. Eine Verlängerung der vorgesehenen Regelungen für den Geltungsbereich der Jahre 2026 und 2027 auf 2028 wird ebenfalls abgelehnt.	
8.9	ver.di	§ 15 Abs. 4 (NEU), Evaluation der Richtlinie ver.di unterstützt die Ergänzung Präzisierung der Evaluationsvorschrift durch den Vorschlag von DKG/PatV/LV, weil so sichergestellt wird, dass alle wichtigen Aspekte im Rahmen der Evaluation aufgenommen werden. Änderungsvorschläge: Dem Vorschlag von DKG/PatV/LV wird gefolgt.	DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Gemäß § 15 PPP-RL erfolgt bereits eine umfassende Evaluation. Themen sind die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, Zielerreichung, unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse. Damit werden auch die Auswirkungen der Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben abgedeckt.
8.10	ver.di	§ 16 Abs. 1, 5 bis 8 (Übergangsregeln) Die in Abs. 1 von DKG/LV/BÄK geforderte Verschiebung des vollständigen Inkrafttretens der Mindestvorgaben lehnt ver.di strikt ab. Das Verschieben der Mindestvorgaben würde nachteilige Effekte für die Beschäftigten der betroffenen Einrichtungen sowie für die leitliniengerechte Versorgung der Patient*innen mit sich bringen. Die in Abs. 5 von DKG/LV geforderte ersatzlose Streichung der	DKG: Kenntnisnahme. Der Erfassung der dokumentierten OPS-Kodes lag die Idee zugrunde, Erkenntnisse für eine Überarbeitung der Regelaufgaben zu gewinnen. Dies ist nicht gelungen. Die Dokumentation versursacht jedoch erhebliche Aufwände auf Seiten der Arbeitnehmer/innen in den Einrichtungen; Zeit, die bei der Versorgung der Patienten/innen fehlt und keinen Beitrag für eine Arbeitnehmerzufriedenheit leistet. Im Sinne das ausgewiesenen Ziels des G-BA, Nachweispflichten zu prüfen und nicht notwendige nach Möglichkeit zu reduzieren, erschließt sich eine weitere Erhebung

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Erfassung der Regelaufgaben über die OPS-Kodes lehnt ver.di ab, weil sie insbesondere bei der Anrechnung von Berufsgruppen eine wichtige Rolle spielt, da in diesem Rahmen keine Dokumentation der Regelaufgaben erfolgt. Die in Abs. 6 vorgeschlagene Ergänzung durch GKV-SV/PatV wird abgelehnt, da sich psychosomatische Logiken nicht ohne weiteres auf die Psychiatrie übertragen lassen. Änderungsvorschläge: ver.di fordert, die Regelaufgaben neu zu definieren und zu aktualisieren. Im Anschluss ist die Regelung so anzupassen, dass bei der Anrechnung von Berufsgruppen die Erfüllung der Regelaufgaben zu dokumentieren ist. Wenn dies der Fall ist, kann die Dokumentation der Regelaufgaben über die OPS-Codes gestrichen werden.	der OPS-Kodes an dieser Stelle nicht. Eine Verbindung zur Anrechnungssystematik gemäß § 8 besteht nicht. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Die Stellungnahme zu den Abs. 1 und 5 wird zustimmend zur Kenntnis genommen. Die Stellungnahme zum neuen vorgeschlagenen Abs. 6 wird ebenfalls zur Kenntnis genommen. Die PatV hält den Vorschlag, übergangsweise für die Jahr 2027 und 2028 den psychiatrischen Einrichtungen die Einstufung in die Bereiche P2, P3, P4 und P7 zu ermöglichen, für gut begründet.
8.11	ver.di	Anlage 1 (Minutenwerttabellen) Die Anpassung der Minutenwerte im vorliegenden Entwurf beruht mehrheitlich auf der Veränderung der Behandlungsbereiche. Die einzelnen Änderungen erscheinen sachgerecht. ver.di fordert darüber hinaus, dass die größtenteils aus den 90er Jahren stammenden Minutenwerte evidenzbasiert, aktualisiert werden müssen, sodass sie auch die tatsächlichen heutigen Anforderungen widerspiegeln. Faktoren wie beispielsweise der gestiegene Dokumentationsaufwand werden	DKG: Kenntnisnahme. Der G-BA hat gemäß § 14 Abs. 2 PPP-RL die Aufgabe, eine Prüfung und ggf. Überarbeitung der Mindestvorgaben für psychosomatische Einrichtungen vorzunehmen. Mit dem Teilprojekt 2 der EPPIK-Studie liegen erstmals Ergebnisse vor, die dem G-BA einen Einblick in die Personalausstattung psychosomatischer Kliniken und Fachabteilungen ermöglichen. Der auf Basis dieser Ergebnisse basierende Anpassungsvorschlag zur Erweiterung der psychosomatischen Behandlungsbereiche inkl. Änderungen in den Minutenwerten und Eingruppierungsempfehlungen wird gut hergeleitet und angesichts des Spektrums unterschiedlicher Behandlungssettings als notwendig erachtet.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		von der derzeitigen Tabelle nur unzureichend widergespiegelt. Darüber hinaus sind zusätzliche Anforderungen zu berücksichtigen, die sich aus der Umsetzung pflegerischer Expertenstandards sowie aus gesetzlichen und strukturellen Veränderungen ergeben, etwa im Zusammenhang mit sozialrechtlichen Antragsverfahren, der generalistischen Pflegeausbildung oder landesrechtlichen Vorgaben der PsychKG. Änderungsvorschlag: Keine Änderungen.	GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. Allerdings ist der G-BA gehalten, jede Änderung der Minutenwerte evidenzbasiert gut zu begründen.
8.12	ver.di	Anlage 4 (Regelaufgaben) ver.di spricht sich für die Aufnahme von Regelaufgaben für Leitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Anlage 4 Nummer 3 der PPP-RL aus. Das bereits in vielen Kliniken bestehende Aufgabenprofil benötigt eine entsprechende Abbildung in der PPP-RL. Zu diesen gehören: **cc. Regelaufgaben der leitenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** 1. Stationsbezogene Tätigkeiten - Visiten der leitenden Psychotherapeut*innen - Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team - Begleitung und Kontrolle von Diagnostik und Therapie der psychischen Erkrankung	DKG: Kenntnisnahme. Eine inhaltliche Überarbeitung der Regelaufgaben nach Anlage 4 PPP-RL ist nicht Gegenstand der aktuellen Richtlinienanpassung. Zudem sei darauf verwiesen, dass eine Überarbeitung einer nachvollziehbaren Grundlage und Quellenlage bedarf. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Regelaufgaben in Anlage 4 werden vorliegend inhaltlich nicht geändert. Die vorgenommene Änderung für die Psychosomatik – die zusammenfassende Darstellung der Regelaufgaben der Spezialtherapeuten und Bewegungstherapeuten - – ist redaktioneller Art und erfolgt analog zur Zusammenlegung der beiden Berufsgruppen in § 5 mit Beschluss gemäß 18. Juni 2025. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Der Vorschlag wird im weiteren Verfahren geprüft.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		- Aktive Beteiligung an Psychotherapien (Einzel, Familie, Gruppe) - Gesamtbehandlungsplan in Bezug auf die psychische Erkrankung, einschließlich Spezialtherapien, Therapie-planung - Akten- und Dokumentationskontrolle - Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehöri-gengruppe auf der Station - Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervi-sion) 2. Stationsübergreifende Tätigkeiten - Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals, Klinikorganisation, Klinikgremien - Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordi-nierung - Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden - Verwaltungsaufgaben - Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Fort- und Weiterbildung im Rahmen der stationären Weiter-bildung - Qualitätssicherungsaufgaben 3. Außenkontakte - Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung der Zusammenarbeit in der psychiatrischen Versorgung	BPtK: Dank und Zustimmung. Die vorgeschlagenen Regelaufgaben für leitende Psychotherapeuten werden grundsätzlich unterstützt. Jede zehnte Psychotherapeut*in in der stationären Versorgung übernimmt Leitungsaufgaben (DPtV, 2025 https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Umfragen/Umfrage_Angestellte.pdf). Dies muss bei der Ermittlung der Mindestvorgaben in der Berufsgruppe c) angemessen berücksichtigt werden. Die Überarbeitung der Regelaufgaben ist bedauerlicherweise jedoch nicht Teil des diesjährigen Stellungnahmeverfahrens. DPR: Der Vorschlag betrifft nicht den zur Stellungahme gestellten Beschlussentwurf. BÄK: Es ist darauf hinzuweisen, dass mit der PPP-RL anders als früher in der Psych-PV die Minutenwerte der Oberärzte in die Minutenwerte der Ärzte integriert worden sind. Das gilt analog für pflegerische Stationsleitungen und Leitungen von Spezialtherapien und sollte auch für leitende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gelten. Daher bliebe eine Einfügung von Regelaufgaben für leitende Psychotherapeuten zunächst folgenlos. Sollten die Regelaufgaben wie vorgesehen künftig verändert werden, müsste das für die Leitungstätigkeiten in allen Berufsgruppen erfolgen, wobei reine Leitungstätigkeiten aus den Minutenwerten ausgenommen sind.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
9	**Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP), 11.03.2026**		
9.1	DGKJP	<u>Allgemeine Anmerkung</u> Wir begrüßen die zum 01.01.2026 in Kraft getretenen Anpassungen der PPP-RL, in denen viele Forderungen der Fachverbände umgesetzt wurden, darunter der Wegfall von Stationsbezug und quartalsbezogenen Nachweisen der Erfüllung der Untergrenzen. Wir plädieren sehr dafür, dass nunmehr, nach der doch sehr umfassenden Revision im letzten Jahr und der „Scharfstellung“ der Sanktionen, zuerst einmal die Folgen analysiert werden, bevor wiederum Neuregelungen, insbesondere solche mit erhöhtem Bürokratieaufwand, eingeführt werden. Auch sollte ein Prozess der Verständigung darüber in Gang kommen, was unter Qualität und was unter Gefährdung von Patienten durch Strukturqualitätsmerkmale verstanden wird. Wir sehen die Gefahr, dass das eigentliche Ziel der PPP-RL immer weiter aus den Augen verloren wird. Gleichzeitig ist in der Praxis festzustellen, dass die PPP-RL als Personalbemessungsinstrument missverstanden wird. In Zeiten einer hochprekären Situation sowohl für die Krankenhäuser wie für die Kostenträger erscheint es angemessen, sich über die zentralen Inhalte und Ziele der PPP-RL zu verständigen, bevor kleinteilige neue Regelungen vorgesehen werden. Die weitere Entwicklung sollte generell eine umfassendere	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die DKG begrüßt die Mahnung der DGKJP zur kontinuierlichen Prüfung einer möglichst aufwandsarmen Nachweis- und Dokumentationsführung der PPP-RL. Damit werden Ressourcen frei, die verstärkt in der Versorgung der Patienten/innen eingesetzt werden können. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Nachweisführung gemäß PPP-RL, die in den letzten Fassungen deutlich verschlankt und entbürokratisiert wurde, dient gemäß § 1 Abs. 3 PPP-RL dazu, „unter Berücksichtigung der Auswertung der Datenlieferungen der Krankenhäuser“ Grundlagen zu bilden für die Weiterentwicklung der Richtlinie. Sie ist damit kein reiner Selbstzweck, sondern schafft Transparenz über die derzeitige stationäre Versorgung psychisch erkrankter Menschen und trägt so Elemente zur zukünftigen Gestaltungsvorgabe einer adäquaten Versorgung bei. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Sie wirft die Frage auf, wie die Anforderung einer umfassenden Neuorientierung der Richtlinie zu globalen Budgets und Flexibilisierung umgesetzt werden könnte.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Neuorientierung hin zu globalen Budgets und einer Flexibilisierung der Versorgung enthalten. Aktuell werden noch eine deutlich engmaschigere Kontrolle und Nachweise verlangt, die keinen Bezug zur wirklichen Qualität der Versorgung haben.	
9.2	DGKJP	§ 3 Hier enthalten wir uns einer Stellungnahme, da die Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPP) nicht betroffen sind. Änderungsvorschlag: entfällt	DKG: Kenntnisnahme.
9.3	DGKJP	§ 8 Abs. 3 Wir halten eine Anrechnung der Fachkräfte der Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 für sinnvoll.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Die PPP-RL erlaubt unter der Maßgabe der Übernahme von Regelaufgaben der Anlage 4 die gegenseitige Anrechnung von PPP-RL-Personal untereinander. Diese Möglichkeiten sind aufgrund inhaltlich-fachlicher Voraussetzungen bereits begrenzt und sollten nicht durch zusätzliche bürokratische Aufwände weiter beschnitten werden. Das IGES Institut hat im Rahmen des ersten Evaluationsberichts zur PPP-RL darauf hingewiesen, dass die Nachweisführung des § 8 PPP-RL nicht nur kompliziert und für die Einrichtungen aufwendig ist, sondern auch zu erheblichen Problemen in den Prüfungen des Medizinischen Dienstes führt, da z. B. der Einsatz bestimmter Gruppen regelhaft infrage gestellt wird. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die PPP-RL bietet inzwischen ausreichend

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			Flexibilität. Damit diese Flexibilität jedoch nicht beliebig wird, stellt die Ergänzung in § 8 Abs. 3 sicher, dass die Berufsgruppen der PPP-RL nur dann Regelaufgaben der anderen Berufsgruppen übernehmen dürfen, wenn eine entsprechende Qualifikation dafür vorliegt. Diese Klarstellung ist im Sinne der Qualitätssicherung unabdingbar. Der Vorschlag, die Ergänzung nicht zu übernehmen, wird deshalb abgelehnt. Mit der Klarstellung wird keine entsprechende Nachweispflicht eingeführt. Um eine Dokumentationsentlastung zu schaffen, wurde bereits mit Beschluss vom 18. Juni 2025 darauf verzichtet, die Krankenhäuser erläutern zu lassen, welche konkreten Regelaufgaben durch das angerechnete Personal übernommen wurden.
9.4	DGKJP	§ 8 Abs. 5 Zur Vermeidung höheren Dokumentationsaufwandes: Es obliegt der Verantwortung der jeweiligen Leitungskräfte zu entscheiden, inwieweit Regelaufgaben an andere Berufsgruppen delegiert werden können, und der Aufsicht der jeweiligen Leitung, ob diese Aufgaben qualifiziert ausgeführt werden. Änderungsvorschlag: keine Übernahme des Änderungsvorschlags (analog DKG/LV)	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die DGKJP bestätigt u. a. die Erkenntnisse aus dem ersten Evaluationsbericht zur PPP-RL, in dem das IGES Institut auf die aufwendige Nachweisführung bei der Anrechnung nach § 8 PPP-RL hingewiesen hat. Wie von der DGKJP dargelegt können Leitungskräfte die multimodale Behandlung in den Einrichtungen koordinieren. Die Übernahme von Regelaufgaben und daher Anrechnung von PPP-RL-fremden Berufsgruppen ist dabei durch die Regelungen des Absatzes begrenzt. Zudem ist nicht spezifiziert, was notwendige Voraussetzungen bzw. die jeweils gültige oder passende Qualifikation ist. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die PPP-RL bietet inzwischen ausreichend Flexibilität. Damit diese Flexibilität jedoch nicht beliebig wird, stellt die Ergänzung in § 8 Abs. 5 sicher, dass Fremd- und Hilfspersonal nur

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			dann Regelaufgaben der PPP-Berufsgruppen übernehmen dürfen, wenn eine entsprechende Qualifikation dafür vorliegt. Diese Klarstellung ist im Sinne der Qualitätssicherung unabdingbar. Der Vorschlag, die Ergänzung nicht zu übernehmen, wird deshalb abgelehnt. Damit wird keine entsprechende Nachweispflicht eingeführt. Um eine Dokumentationsentlastung zu schaffen, wurde bereits mit Beschluss vom 18. Juni 2025 darauf verzichtet, die Krankenhäuser erläutern zu lassen, welche konkreten Regelaufgaben durch das angerechnete Personal übernommen wurden. PatV: Zur Frage der Nachweispflicht der Qualifikation hat sich die PatV bisher nicht positioniert. Sie nimmt die Empfehlung der Stellungnahme daher zur Prüfung mit.
9.5	DGKJP	§ 8 Abs. 7 Die Erfassung der Nachdienstsituation ist, wie anhand der Daten des IQTIG deutlich, in der KJPP bisher noch nicht befriedigend gelöst. Belastungserprobungen, wenn z.B. die Patient:innen am Wochenende einzelne Nächte zu Hause verbringen, werden nicht ausreichend abgebildet. Dies hat jedoch Auswirkungen auf die Belegung und damit auf das erforderliche Personal. Die DGKJP hat darauf in der letzten Anhörung 2025 hingewiesen. Damit dies bei zukünftigen Berechnungen einfließen kann, sollte hier eine Neuregelung erfolgen; für diese wird ausreichend Zeit benötigt. Selbstverständlich muss die Bezugsgröße für die Anrechnung	DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen und seitens der PatV noch einmal geprüft. DPR: Der Vorschlag betrifft nicht den zur Stellungahme gestellten Beschlussentwurf. Dennoch sollte die Anregung in den Folgeregelungen zum Nachtdienst mit beraten werden.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		von Pflegehilfskräften im Nachtdienst definiert sein. Daher ist dem Vorschlag von GKV-SV/PatV/BÄK zu folgen, dies zu konkretisieren. Änderungsvorschlag: Bei der tatsächlichen Personalausstattung im Nachdienst ist befristet bis zum 31. Dezember **2027** eine Anrechnung von Pflegehilfskräften […]. **Dabei entspricht die Bezugsgröße VKS-Mind der Mindestvorgabe für den Nachtdienst für das gesamte Quartal. Diese ergibt sich aus der Anzahl der Nächte im Quartal multipliziert mit der Mindestvorgabe für den pflegerischen Nachtdienst in VKS je Nacht.**	
9.6	DGKJP	§ 9 Abs. 2 Es ist nicht einzusehen, weshalb innerhalb der PPP-RL eine neue Qualitätskategorie definiert werden sollte. Das ginge an dem Ziel der „Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (PPP-RL)“ vorbei. Zu den Zahlenangaben, nämlich dass Patient:innen in der KJPP mit einer Verweildauer von mehr als 7 Tagen für eine ausreichende Versorgung mindestens 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche erhalten sollen, ist festzustellen, dass es	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Die Ausführungen unterstreicht die Notwendigkeit einer evidenzbasierten und nachvollziehbaren Herleitung von Anforderungen der PPP-RL. Wie die DGKJP darlegt, entspricht die Vorgabe von mind. 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP weder dem tatsächlichen Versorgungsgeschehen noch dem Ziel einer bedarfsorientierten, individuellen, multimodalen Behandlung. Die PPP-RL legt keine Mindestvorgaben für einzelne Verfahren fest; die Erläuterungen der DGKJP bestätigen dies für den KJP-Bereich. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Anmerkung bezieht sich vermutlich auf § 9 Abs. 3 (NEU).

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		keinerlei Evidenz für diese Zahlenwerte gibt. Zudem geht es an der Realität in der KJPP vorbei, wo gerade milieutherapeutische Elemente die stationäre Behandlung rechtfertigen und nicht die „Dosis“ an Einzeltherapie, die ja auch ambulant möglich wäre. Zudem sind in der KJPP für bestimmte Störungsbilder Gruppeninterventionen auch deutlich effektiver bzw. therapeutisch angezeigt. Insofern ist die Festschreibung einer Mindestmenge an „Einzeltherapie“ fachlich überhaupt nicht nachvollziehbar. Unabhängig davon wird dadurch der Bürokratieaufwand weiter erhöht, da der Fokus auf eine Einzelleistung gelegt wird, nicht aber auf das therapeutische Konzept als Ganzes mit einer entsprechenden – auch milieutherapeutischen – Ausstattung mit Personal. In der KJPP ist z.B. die mögliche Beziehungsgestaltung im Rahmen von Bezugstherapeuten gerade auch bezogen auf den Pflege- und Erziehungsdienst (PED) wichtig; moderne Stationskonzepte beziehen multiple Berufsgruppen in psychotherapeutische Interventionen ein u.a.m. Zudem bedarf es bei den schwer erkrankten Patient:innen in der stationären KJPP spezifischer Therapieplanungen, die z.T. aufgrund der komplexen und komorbide vorliegenden psychischen Störungen eben keine Einzeltherapie allein vorsehen können. Anders gesagt suggeriert der Vorschlag, dass stationäre Behandlung in der KJPP Richtlinienpsychotherapie in einem Krankenhausgebäude darstellen würde, was sowohl falsch ist,	PatV: Der § 9 enthält Empfehlungen, die bisher schon in der Richtline enthalten waren. Sie sollen nun ergänzt werden. Der Inhalt des neuen Abs. 3 leitet sich aus den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Richtlinie ab und ist insofern kein neuer Inhalt, sondern nimmt das seinerzeit dort beschriebene Ziel auf. BPtK: Das Qualitätsziel von 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche und Patient*in wurde in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-Richtlinie formuliert und basiert auf den, in den Behandlungskonzepten der Psych-PV vorgesehenen Zeiten für Einzeltherapie durch Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen. Zudem wurden diese Zeiten in dem durchgeführten Expertengespräch zur Kinder- und Jugendpsychiatrie des G-BA zur Erstfassung der Richtlinien 2024 als sinnvoll bestätigt. Wie der G-BA in seinen Tragenden Gründen zudem ausführt, können die Minutenwerte auch in kleinere Einheiten aufgeteilt werden, z.B. 15 Minuten, wie sie auch über den Therapieeinheiten-Kode für die Kinder- und Jugendpsychiatrie im OPS erfasst werden. Als Therapieeinheit gelten neben Einzelgesprächen mit Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen zudem folgende Gespräche: Elterngespräche, Familiengespräche und Familientherapie und/oder Gespräche mit Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu (z.B. Jugendhilfe, Pflegefamilie), somato-psychosomatisches ärztliches Gespräch, Aufklärung (Kind/Jugendlicher und Bezugspersonen), Compliancеförderung und Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmakotherapie. Die Aussage, es

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		als auch eben an der Realität vorbeigeht, da entsprechend dem Grundsatz ambulant vor stationär eben diejenigen Patienten stationär behandelt werden, bei denen eine ambulante Richtlinientherapie nicht ausreicht oder nicht zum Therapieerfolg geführt hat. Insofern stellt der Vorschlag einen massiven bürokratischen Eingriff in die Therapieplanung dar, der mit Qualität nichts wirklich zu tun hat, sondern eher berufspolitisch motiviert zu sein scheint. Änderungsvorschlag: Keine Übernahme des Vorschlags von BPtK/PatV	gehe um die Erfassung von Richtlinienpsychotherapie im Krankenhaus, ist deshalb falsch. Ziel ist es stattdessen Transparenz darüber zu erhalten, ob das mit der Erstfassung der Richtlinie verfolgte Ziel ein Mindestmaß an Einzelpsychotherapie in der stationären Versorgung sicherzustellen auch erreicht wird.
9.7	DGKJP	§ 10 Abs. 1 Nr. 1 Aufgrund der geringeren Stationsgrößen werden v.a. in der KJPP Grenzen prozentual schneller als z.B. im Bereich der Psychiatrie erreicht. Insofern sind durch Krankheitsausfälle, auch u.a. durch Beschäftigungsverbote in der Schwangerschaft, 10 Prozent Ausfälle rasch überschritten. Bereits 10 Prozent-Ausfälle gehen mit erheblichen Notwendigkeiten von Vertretungsbeschaffung in den kleinen Teams der KJPP einher. Daher plädieren wir für die Übernahme des Vorschlags DKG/LV/BÄK. In der KJPP sind multiprofessionelle Teams konstitutiv für die Behandlungsqualität. Insofern ist der Bezug auf alle Berufsgruppen zu begrüßen. Gleichzeitig sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass nach dem ureigensten Zweck der PPP-RL bisher kein ausreichender Konsens dahingehend besteht, was	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Ausnahmetatbestände sollen in besonderen Umständen eine temporäre Abweichung von den verbindlichen quartalsbezogenen Mindestvorgaben ermöglichen. Dies ist ein wichtiger Aspekt der PPP-RL und sichert in strukturell, personell oder anderweitig herausfordernden Zeiten eine kontinuierliche Versorgung der Patienten/innen sowie Planungssicherheit für die Einrichtungen und die Beschäftigten. Wie die DGKJP anführt, sind zurzeit spezielle Umstände wie Beschäftigungsverbote aufgrund von Schwangerschaften von den Ausnahmetatbeständen noch nicht abgedeckt, führen aber regelmäßig zu personellen Herausforderungen. Eine entsprechende Aktualisierung in der PPP-RL liegt daher nahe. Hinweise, dass diese zeitlich befristete Abweichung zu einer Verschlechterung in der Patientenversorgung führt, gibt es auch nach Kenntnis der DGKJP nicht.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		im Eigentlichen eine für die Patient:innen gefährliche Unterschreitung eines bestimmten Personalschlüssels wirklich bedeutet. Änderungsvorschlag: Die Krankenhäuser können von den verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung abweichen 1. bei **kurzfristigen Personalausfällen,** die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (**mehr als 10 Prozent in einer der Berufsgruppen gemäß § 5**) hinausgehen […]	GKV-SV: Kenntnisnahme. Ausnahmetatbestände sollten nicht die Regel, sondern ganz spezifischen, klar bestimmten Situationen vorbehalten bleiben. Wird der erste Ausnahmetatbestand, „kurzfristig, krankheitsbedingte Personalausfälle“ reduziert auf „kurzfristige Personalausfälle“, wird er beliebig und das Krankenhaus aus seiner Personalplanungsverantwortung entlassen. Damit der Ausnahmetatbestand greift, muss die Höhe der krankheitsbedingten Personalausfälle über 15 Prozent liegen. Diese Höhe erscheint angemessen. Eine Absenkung der Grenze dieses Ausnahmetatbestandes ist daher nicht angebracht. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt. PatV: Eine Streichung des Wortes „krankheitsbedingt“ würde zwar die in der Stellungnahme beschriebenen Krankheitsausfälle durch Beschäftigungsverbote umfassen, aber auch viele andere möglich Gründe für Personalausfälle. Insofern ist eine Streichung zu weitgehend und würde den Gegenstand der Richtlinie tendenziell konterkarieren. Allerdings ist der Umstand der Beschäftigungsverbote bei Schwangerschaften ein wichtiger Faktor, der bedacht werden muss.
9.8	DGKJP	§ 10 Abs. 1 Nr. 2 105 Prozent mehr Belegung können schon ausreichen, um die Personalkapazitäten zu überfordern, zumal Patient:innen mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung nicht unkompliziert abgewiesen werden können. Änderungsvorschlag: […] mehr als **105** Prozent des Umfangs des Vorjahres […]	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Der vorhandene Ausnahmetatbestand bietet bereits ausreichend Spielraum. Eine Absenkung des Schwellenwertes von 110 Prozent ist aus fachlicher Sicht nicht angebracht. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen und geprüft.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
9.9	DGKJP	§ 10 Abs. 1 Nr. 3 Das „gravierend“ ist zu streichen, um Diskussionen dazu, was darunter zu verstehen ist, zu vermeiden. Änderungsvorschlag: […] **bei strukturellen oder organisatorischen Veränderungen** in der Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 […]	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Wird der dritte Ausnahmetatbestand „gravierende, strukturelle oder organisatorische Veränderungen“ durch Streichung des Begriffs „gravierend“ im Sinne von „erhebliche Auswirkungen bedingend“, reduziert auf „strukturelle oder organisatorische Veränderungen“, wird dieser Ausnahmetatbestand beliebig. Damit wäre jegliche Veränderung struktureller und organisatorischer Art zugelassen. Der Ausnahmetatbestand entspräche damit nicht mehr der ursprünglichen Intention, gut begründete Ausnahmen zur Entlastung des Krankenhauses zu ermöglichen, sondern würde das Ziel der PPP-RL, den Patientenschutz durch Personalmindestvorgaben zu sichern, unterlaufen. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt. PatV: Die Streichung des Wortes „gravierend“ würde eine weitgehende Öffnung für jede Form von strukturellen und organisatorischen Veränderungen eröffnen. Daher hält die PatV an ihrer Positionierung fest.
9.10	DGKJP	§ 10 Abs. 2 Die Änderung DKG/BÄK ist eine Folgeänderung aus § 10 Abs. 1 Nr 1. Daher ist dies aus unserer Sicht ebenfalls zu übernehmen. Änderungsvorschlag: Der Ausnahmetatbestand nach Absatz 1 Nummer 1 bezieht	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Geltendmachung und der Ausnahmetatbestände gem. § 10 PPP-RL ist äußerst kompliziert, wie u. a. das IQTIG in seinen Quartalsberichten und das IGES Institut im ersten Evaluationsbericht zur PPP-RL dargelegt hat. Eine Reduktion der Ausweisung und Nachweispflichten sind angeraten.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		sich auf das **jeweilige** Personal einer **Berufsgruppe gemäß § 5** der jeweiligen differenzierten Einrichtung. **Die Eirichtung kann von den verbindlichen Mindestvorgaben der jeweiligen Berufsgruppe gemäß § 5, für die der Personalausfall geltend gemacht wurde, abweichen. Die Mindestvorgaben der anderen Berufsgruppen sind zu erfüllen.**	GKV-SV: Kenntnisnahme. Eine Folgenfreiheit bei Angabe des Ausnahmetatbestandes 1 bereits in einer einzigen Berufsgruppe konterkariert das Bestreben der PPP-RL, die Qualität der Behandlung in einem multiprofessionellen therapeutischen Team sicherzustellen. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Da es sich um eine Folgeänderung handelt, hält die PatV zunächst an ihrer Position fest.
9.11	DGKJP	§ 13 Bei den neu in Kraft tretenden Sanktionen sind die Folgen noch nicht absehbar. Daher plädieren wir dafür, dass hier zuerst die Folgen beobachtet werden, bevor jetzt neue Regelungen für Jahre festgeschrieben werden. Insofern unterstützen wir hier die Vorschläge der DKG/LV/BÄK.	DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Es scheint sich hier um ein Missverständnis zu handeln. Der GKV-Spitzenverband schlägt gemeinsam mit der Patientenvertretung und der BPtK vor, neue Sanktionsregelungen erst in 2028 zu beschließen. Ziel ist es, die Erfahrungen mit den nun in Kraft getretenen Sanktionen bei neuen Sanktionsregelungen berücksichtigen zu können. Die DKG hingegen schlägt vor, bei der ursprünglichen Zeitplanung zu bleiben und neue Sanktionsregelungen bereits bis Oktober 2027 zu beschließen.
9.12	DGKJP	§ 15 Abs. 4 Als Wissenschaftliche Fachgesellschaft unterstützen wir den Vorschlag einer Evaluation, die nach Möglichkeit alle verfügbaren Daten nutzen soll, um Auswirkungen auf die Versorgung zu erfassen. Hierbei wäre es gut, parallel auch Veränderungen im ambulanten Bereich in den Blick zu nehmen.	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Gemäß § 15 PPP-RL erfolgt bereits eine umfassende Evaluation. Themen sind die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, Zielerreichung, unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse. Damit werden auch die Auswirkungen der

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Änderungsvorschlag: **Der G-BA lässt die Auswirkungen des Inkrafttretens der Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absatz 5 auf die Versorgung in Deutschland evaluieren. Dabei sind auch die strukturellen, organisatorischen und personellen Veränderungen in den Krankenhäusern zu untersuchen. Der G-BA wird die Evaluation so beauftragen, dass ein schriftlicher Abschlussbericht bis spätestens 31. Dezember 2028 vorliegt.**	Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben abgedeckt. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
9.13	DGKJP	§ 16 Abs. 5 Bei den neu in Kraft tretenden Sanktionen sind die Folgen noch nicht absehbar. Daher plädieren wir für eine Fristaufschiebung und unterstützen insofern hier die Vorschläge der GKV-SV/PatV/BÄK/BPtK.	DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Stellungnahme ist nicht beurteilbar. Der Änderungsvorschlag in § 16 Abs. 5 PPP-RL betrifft die Streichung der Erfassung der dokumentierten OPS-Kodes und steht nicht in Bezug zu den Folgen bei Nichteinhaltung gem. § 13 PPP-RL. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die PatV teilt die Auffassung, dass das Ende der Übergangsregelung auf das Jahr 2031 verschoben werden sollte, nicht.
9.14	DGKJP	Anlage 1, Nr. 2 Erhöhung der Minutenwerte für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen: Derzeit ist noch nicht klar, wie viele Kliniken aufgrund einer temporären Unterschreitung von Mindestwerten in einzelnen Berufsgruppen von Sanktionen betroffen sein werden. Bevor	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Eine Erhöhung der Mindestvorgaben einzelner Berufsgruppen erschwert den Ansatz eines bedarfsorientierten, alle Berufsgruppen gleichermaßen berücksichtigen Personaleinsatzes in den Einrichtungen. Ziel sollte eher die Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit in den Behandlungsteams sein, als singuläre Berufsgruppen herauszustellen. Dies sichert den Kliniken die Möglichkeit, ihr vorhandenes und notwendiges Personal individuell zu steuern. Die PPP-RL legt lediglich Mindestvorgaben

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		nun für einzelne Berufsgruppen Änderungen in den Soll-Minutenwerten (zudem ohne hinreichende Rationale) vorgesehen werden, sollte abgewartet werden, inwieweit Sanktionen eintreten, bzw. wie viele Unterschreitungen es in der Zukunft gibt. Es sei an dieser Stelle auch darauf hingewiesen, dass z.T. Tarifverträge in diesem Jahr eine Reduktion der Wochenarbeitszeit vorsehen. Auch dies ist zu berücksichtigen. Zudem ist nicht nachvollziehbar, warum im Sinne einer besseren Versorgung nur diese beiden Berufsgruppen berücksichtigt werden sollten. Nachdem die Vorgaben der PPP-RL nur die prinzipiellen Vorgaben der Psych-PV übernommen haben, die durchaus fachlich in manchen Kategorien als veraltet gelten können, wäre es eher an der Zeit, generell die Minutenwerte für alle Berufsgruppen zu diskutieren. Wir sehen diesen Vorschlag von BPtK/PatV zur Erhöhung der Minutenwerte im Zusammenhang mit der Forderung zu § 9 Abs. 2. Auch im Sinne unserer o.g. Stellungnahme lehnen wir die Erhöhung der Minutenwerte in dieser Form und zum jetzigen Zeitpunkt ab.	fest. Sofern in Behandlungskonzepten höhere psychotherapeutische Anteile vorgesehen sind, ist dies für Kliniken jederzeit möglich. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme mit Verweis auf Nr. 9.6.
9.15	DGKJP	Anlage 2, KJ. Kinder und Jugendpsychiatrie: KJ1, KJ2, KJ3 Bei den Angaben zu 1. Behandlungsbereichen, 2 Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen sowie 3. Einstufung hat sich aus unserer Sicht in den letzten Jahren ein Missverständnis in Bezug auf die Altersgrenze eingeschlichen. Derzeit steht hier durchgehend „bis zum 14. Lebensjahr“ bzw. „ab	Die Stellungnahme und die Darlegungen werden dankend zur Kenntnis genommen. Den Vorschlag aufgreifend sehen wir eine Anpassung in Anlage 2 für die KJP vor.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		dem 14. Lebensjahr“. In den „Tragenden Gründen“ zum Erfassungsjahr 2025 ist unter 2.1.6. Zu Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen (S.4) zu lesen: „Das Verfahren, wie die Zuordnung der Routinedaten zu den Behandlungsbereichen der PPP-RL grundsätzlich erfolgt, bleibt unverändert: Die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungsbereiche erfolgt primär auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des Kapitels 9 des OPS in den Routinedaten. In den Eingruppierungs-empfehlungen sind den einzelnen Behandlungsbereichen die entsprechenden OPS-Kodes sowie die Merkmale Alter (< 14 Jahre und ≥ 14 in der KJP […] zugeordnet.“ Hier ist also der **14. Geburtstag** maßgeblich. Damit handelt es sich um das **vollendete 14. Lebensjahr.** Das 14. Lebensjahr selbst beginnt am 13. Geburtstag. Wenn unter KJ1 Leistungen bis zum 14. Lebensjahr fallen, so gelten nun unter KJ2 und KJ3 13jährige Kinder bereits als Jugendliche und Heranwachsende. Nach dem Jugendschutzgesetz (JuSchG) § 1 sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind, und Jugendliche Personen, die 14, aber noch nicht 18 Jahre alt sind. Diese Begriffsbestimmung wird in§ 7 SGB VIII aufgegriffen. Wir setzen uns daher dafür ein, diese Altersgrenze auch in der PPP-RL wieder klar zu definieren.	

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Änderungsvorschlag: Unter 1. Behandlungsbereiche, 2. Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen sowie 3. Einstufung ist **durchgehend** von **Vorschulkindern und Schulindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr** bzw. von **Jugendlichen und Heranwachsenden ab dem vollendeten 14. Lebensjahr** zu sprechen.	
9.16	DGKJP	3. Literaturverzeichnis Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Änderungen zum Erfassungsjahr 2025 Vom 20. Juni 2024. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-10699/2024-06-20_PPP-RL_Aenderung-EJ-2025_TrG.pdf	DKG: Kenntnisnahme. DPR: Dank und Kenntnisnahme.
10	**Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG), 11.03.2026**		
10.1	DMtG	Allgemeine Anmerkung **Leider lässt die überarbeitete Fassung der PPP RL keinerlei Übernahme unserer Anregungen erkennen. Wir verweisen deshalb auf unsere letzte Stellungnahme, in der wir ausführlich Vorschläge gemacht hatten. Die nun auch für die Psychosomatik übernommenen Regelaufgaben aus der lange veralteten PsychPV bilden die aktuellen Tätigkeiten unserer Berufsgruppen in keiner Weise zeitgemäß ab.** Auf die unterschiedlichen Definitionen des Begriffs „Spezial-	DKG: Kenntnisnahme. Eine inhaltliche Überarbeitung der Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL ist nicht Gegenstand der aktuellen Weiterentwicklung der PPP-RL. Die Zusammenführung der Regelaufgaben für Einrichtungen der Psychosomatik folgt dem Beschluss vom 18.06.2025, bei der die Berufsgruppen der Spezialtherapie, der Bewegungs- und Physiotherapie zusammengeführt wurden. Die folgerichtige Zusammenführung der Regelaufgaben dieser Berufsgruppen wurde im vergangenen Jahr nur für Einrichtungen der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie umgesetzt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		therapien“ in OPS (dort umfasst er neben fachtherapeutischen Berufsgruppen auch die Sozialarbeiter*innen) und PPP RL hatten wir bereits hingewiesen und darum gebeten, den Begriff aufzugeben zugunsten einer Nennung der einzelnen Therapie. Dieses Anliegen formulieren auch die Ergotherapeut*innen, u.a. in einem offenen Brief (https://www.dve.info/application/files/7217/5429/4573/2025_08_Offener_Brief_des_DVE_zur_PPP-RL.pdf). Aufgrund der erneuten Anhebung der Minutenwerte in den Bereichen a)-c), regen wir auch eine entsprechende zeitgemäße Anhebung der Minutenwerte im Bereich der Gruppe d) an. Obwohl die Beratung durch eine Kollegin in den vorgenommenen Änderungen, insbesondere für die Psychosomatik, nicht erkennbar ist, stehen wir gerne weiter für Fragen zur Verfügung oder vermitteln Expert*innen.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Regelaufgaben in Anlage 4 werden vorliegend inhaltlich nicht geändert. Die vorgenommene Änderung für die Psychosomatik – die zusammenfassende Darstellung der Regelaufgaben der Spezialtherapeuten und Bewegungstherapeuten - – ist redaktioneller Art und erfolgt analog zur Zusammenlegung der beiden Berufsgruppen in § 5 mit Beschluss gemäß 18. Juni 2025. Gleichwohl bedankt sich der GKV-SV ausdrücklich für das wiederholt vorgebrachte Angebot der der DMtG, fachliche Expertise bei der Weiterentwicklung der PPP-RL einzubringen und kommt zu gegebener Zeit sehr gerne darauf zurück. BÄK: s.o. analog Stellungnahme zur DVE (Nr. 2). PatV: Zu den Berufsgruppen siehe unter Nr. 5.2. Die Anhebung der Minutenwerte für die Gruppe d ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens und wird daher nur grundsätzlich zu Kenntnis genommen. Die PatV weist darauf hin, dass Veränderungen der Minutenwerte gut, nachvollziehbar und evidenzbasiert begründet sein müssen. DKG: Kenntnisnahme. Eine Erhöhung der Mindestvorgaben einzelner Berufsgruppen erschwert den Ansatz eines bedarfsorientierten, alle Berufsgruppen gleichermaßen berücksichtigenden Personaleinsatzes in den Einrichtungen. Ziel sollte eher die Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit in den Behandlungsteams sein, als singuläre Berufsgruppen herauszustellen. Dies sichert den Kliniken

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			die Möglichkeit, ihr vorhandenes und notwendiges Personal individuell zu steuern. Die PPP-RL legt lediglich Mindestsollvorgaben fest. Sofern in den Therapiekonzepten oder aufgrund kürzerer Liegezeiten / höherer Inanspruchnahme größere psychotherapeutische Anteile vorgesehen sind, ist dies für Kliniken entsprechend möglich.
10.2	DMtG	§ 8 (Anrechnungen von Berufsgruppen) Abs. 3 **Wir sprechen uns dafür aus, die einseitige Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f schnellstmöglich auslaufen zu lassen**. Es sind auch ohne diese Maßnahme genügend Anrechnungsmöglichkeiten vorhanden. Anrechnungsmöglichkeiten verschiedener Berufsgruppen sollten grundsätzlich gegenseitig bestehen. Änderungsvorschlag: 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… Bis zum 31. Dezember 2026 ist eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f möglich.	DKG: Kenntnisnahme. Der Berufsgruppe der Psychologen/Psychotherapeuten 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 Psychologen/Psychotherapeuten können so weiterhin berücksichtigt werden. GKV-SV: Kenntnisnahme und teilweise Zustimmung. Der GKV-SV hält eine Verlängerung der befristeten Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppe b, d und f für geboten, um durch die so erzielte Flexibilisierung den Krankenhäusern noch etwas mehr Zeit für die Erfüllung der Mindestvorgaben zu geben. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
10.3	DMtG	Anlage 4 (Regelaufgaben) Zeitgemäße Überarbeitung unter Mitwirkung der betreffenden Berufsgruppen.	DKG: Kenntnisnahme. Eine inhaltliche Überarbeitung der Regelaufgaben nach Anlage 4 PPP-RL ist nicht Gegenstand der aktuellen Richtlinienanpassung.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Änderungsvorschlag: s. unsere letzte Stellungnahme.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir verweisen auf unsere Ausführungen unter Nr. 10.1. PatV: Eine Überarbeitung der Regelaufgaben sollte mittelfristig und Einbezug von fachlicher Expertise erfolgen. DPR: Der Vorschlag betrifft nicht den zur Stellungahme gestellten Beschlussentwurf.
11	**Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), 11.03.2026**		
11.1	DGPPN	Allgemeine Anmerkung Die DGPPN begrüßt Anpassungen der PPP-RL, die den Kliniken vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels mehr Flexibilität in der Personalsteuerung erlauben. Ebenso sind Änderungen begrüßenswert, die dazu beitragen können, dass bestehende Ausnahmetatbestände besser abgebildet werden und der Dokumentationsaufwand für das Nachweisverfahren reduziert wird. Auch großzügigere Fristen für Kliniken zur Anpassung an die Vorgaben sind sinnvoll und eine Evaluation der Auswirkungen der Umsetzung der Sanktionen auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dringend notwendig.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: 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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
11.2	DGPPN	§ 3 Abs. 1 sowie die daraus folgenden Anpassungen in Anlage 1 Behandlungsbereich A: Allgemeine Psychiatrie Die DGPPN sieht keine Notwendigkeit und keinen Vorteil darin, den Behandlungsbereich A7 zu streichen und dafür die Bereiche A3 bis A5 einzuführen. Eine Auffächerung in Behandlungsbereiche A3 und A5 wird als nicht sinnvoll erachtet. Hier wäre vor allem die Kürzung der Minutenwerte für Pflegefachpersonen über A3 bis A5 im Vergleich zu A7, wie aus Anlage 1 hervorgeht, besonders kritisch zu sehen, da diese nicht zur Steigerung und gar zu einer Gefährdung der Patientensicherheit beitragen könnte.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Schon jetzt gibt es in der PPP-RL für die Psychiatrie den Behandlungsbereich „A7 psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“, der dem bisherigen Behandlungsbereich „P2 psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“ entspricht. Demnach ist es nur folgerichtig, wenn die neuen Behandlungsbereiche der Psychosomatik auch in der Psychiatrie übernommen werden und der Behandlungsbereich A7 dadurch ersetzt wird. Zudem werden sowohl in der Psychiatrie als auch in der Psychosomatik Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelt, weshalb für beide Fachabteilungen die gleichen Vorgaben für eine psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung gelten sollten. Die Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche in die Psychiatrie verringert die bisher in Deutschland vorhandene formale Trennung dieser beiden Fachgebiete. PatV: Die Einführung der Behandlungsbereiche A3 bis A5 dient dem Gleichsetzen der Bereich A und P. Die Herleitung der Minutenwerte für die psychosomatische Behandlung kommt aus der EPPIK-Studie und bildet die gegenwärtige Realität ab. Insofern kann die Sicherheit der Patientenversorgung nicht gefährdet sein, wenn schon heute dies bei einer hohen Zahl von psychosomatischen Behandlungen die Realität ist. BÄK: Zustimmung. Allerdings wird eine Stellungnahme zu den neuen

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			Eingruppierungen der Psychosomatik P 1 bis P 5 allgemein mit Zugang für Psychiater als Leitung über die 9-62 vermisst. BPtK: Die Reduzierung der Pflegeminuten in den Behandlungsbereichen A3, A4, und A5 geht auf den Vorschlag der psychosomatischen Fachverbände zurück, die in ihrem Fachgebiet geringere Pflegeminuten ermittelt haben, bzw. für erforderlich halten. Mit der Übernahme dieser Behandlungsbereiche in die Psychiatrie besteht die Möglichkeit - wenn vorhanden - entsprechende Behandlungskonzepte dort zu verorten bzw. PatientInnen einzustufen. Es besteht jedoch nach wie vor die Option PatientInnen in A1 einzustufen, wenn ein erhöhter Pflegebedarf besteht. Wir stimmen aber zu, dass es Patient*innen gibt die sowohl von mehr Psychotherapie profitieren und gleichzeitig einen hohen Pflegebedarf haben. Bei einer Erhöhung der Minutenwerte der Berufsgruppen a) und c) in A1 und A2 wie von BPtK und PatV vorgeschlagen, würde sich der Bedarf dieser Patientengruppe adäquat abbilden.
		Zu den Minutenwerten in der Anlage 1: Zur Gewährleistung einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen und leitliniengerechten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung psychisch kranker Menschen wäre eine Anhebung der Minutenwerte für Ärzte und Psychologen, zwingend erforderlich. Da die PPP-RL aber lediglich Mindestanforderungen definiert, deren Nicht-Erreichung Sanktionen	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Wie von der DGPPN ausgeführt legt die PPP-RL Mindestvorgaben fest. Nicht nur würde eine Erhöhung der Minutenwerte einzelner Berufsgruppen den Ansatz eines bedarfsorientierten, alle Berufsgruppen gleichermaßen berücksichtigen Personaleinsatzes in den Einrichtungen erschweren. Durch die in den betreffenden Berufsgruppen zusätzlich zu erbringende Minutenwerte fehlt es vielen Einrichtungen an der nötigen Flexibilität,

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		mit sich bringt, ist der Vorschlag der BPtK/PatV die Minutenwerte innerhalb der PPP-RL anzuheben, nicht zielführend. Vielmehr bedarf es aus Sicht der DGPPN eines Personalbemessungsinstruments, welches für die verschiedenen Berufsgruppen Minutenwerte aufweist, die oberhalb der PPP-RL liegen sollten. Änderungsvorschlag: Die DGPPN schließt sich der Position der DKG bzw. DGK/BÄK an und plädiert für keine Übernahme.	Personal je nach therapeutischer Ausrichtung genau dort einzusetzen, wo es gebraucht wird. Ziel sollte eher die Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit in den Behandlungsteams sein, als singuläre Berufsgruppen herauszustellen. Dies sichert den Kliniken die Möglichkeit, ihr vorhandenes und notwendiges Personal individuell zu steuern. Sofern in den Therapiekonzepten oder aufgrund kürzerer Liegezeiten / höherer Inanspruchnahme größere psychotherapeutische Anteile vorgesehen sind, ist dies für Kliniken entsprechend möglich. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Die PatV nimmt die Stellungnahme zur Kenntnis, dass die Stellungnehmende die Erhöhung der Minutenwerte für Ärztinnen und Ärzte und Psychologinnen und Psychologen für zwingend erforderlich hält, sie aber aufgrund der Darstellung als Mindestvorgabe, deren Nichteinhaltung mit Sanktionen verbunden, ist, ablehnt. Ein Personalbemessungsinstrument, das für verschiedene Berufsgruppen Minutenwerte aufweist, die oberhalb der PPP-RL liegen sollten, steht nicht zur Verfügung und würde den gesetzlich vorgegebenen Charakter des § 136a Abs. 2 Satz 2 nicht verändern. BPtK: Dank für die grundsätzliche Zustimmung dazu, dass Minutenwerte für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen erhöht werden müssen.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
11.3	DGPPN	§ 8 Aufgrund der immer schwieriger werdenden Rekrutierung von Fachkräften und der zunehmend enger werdenden Finanzierung durch die Kostenträger ist es aus Sicht der DGPPN sinnvoll, den Kliniken mehr Flexibilität in der Personalsteuerung zu ermöglichen, um Personal nach Verfügbarkeit akquirieren zu können. Insbesondere die breite Anrechenbarkeit von psychologischen Mitarbeitenden auf die anderen therapeutischen Gruppen ist zweckmäßig. Die Entfristung der gegenseitigen Anrechenbarkeit von Psychotherapeuten auf die anderen nichtärztlichen Berufsgruppen ist sinnvoll.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die PPP-RL erlaubt in begrenztem Umfang den Einsatz von Fach- und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen (§ 8 Abs. 5 PPP-RL) sowie unter der Maßgabe der Übernahme von Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL-Personal untereinander (§ 8 Abs. 3 PPP-RL). Diese Möglichkeiten sind aufgrund inhaltlich-fachlicher Voraussetzungen bereits begrenzt, und sollten nicht durch zusätzliche bürokratische Aufwände weiter beschnitten werden. Das IGES Institut hat im Rahmen des ersten Evaluationsberichts zur PPP-RL darauf hingewiesen, dass die Nachweisführung des § 8 PPP-RL nicht nur kompliziert und für die Einrichtungen aufwendig ist, sondern auch zu erheblichen Problemen in den Prüfungen des Medizinischen Dienstes führt, da z. B. der Einsatz bestimmter Berufsgruppen regelhaft infrage gestellt wird. Darüber hinaus ist die Bestätigung der DGPPN zu begrüßen, wonach Psychotherapeuten/-innen und Psychologen/-innen eine tragende Bedeutung in der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung zukommt. Die Entfristung der Anrechnungsmöglichkeit auf nichtärztliches Personal unterstreicht diese Bedeutung und stärkt deren Einsatz im therapeutischen Gesamtgefüge. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die befristete Anrechnung der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f soll den Einrichtungen mehr Zeit für die Erfüllung der Mindestvorgaben geben. Eine generelle Anrechenbarkeit, wie sie durch die Entfristung gegeben wäre, ist jedoch abzulehnen, da sie der Bedeutung und dem Stellenwert der Berufsgruppen, auf die die Anrechnung erfolgt, nicht gerecht

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Der vom GKV-SV geforderte Einführung der Nachweispflicht der Qualifikation erscheint uns als wenig zielführend, da es sich um Fachkräfte handelt, die oftmals die Regelaufgaben implizit erlernt oder sich angeeignet haben. Bei den Regelungen zur Personalausstattung im Nachtdienst in Absatz 7 befürwortet die DGPPN den Vorschlag von DKG/LV/BÄK zu einer um ein Jahr verlängerten Anrechnungsmöglichkeit bis 2027. <u>Änderungsvorschlag:</u> Übernahme des Vorschlages der DKG/LV in Absatz 3, Satz 1, und Absatz 5; Übernahme der Vorschläge der BÄK in Absatz 3, Sätze 2 bis 5; Übernahme des Vorschlags von DKG/LV/BÄK in Absatz 7, Satz 1.	werden. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt. BPtK: Zustimmung. Eine gegenseitige Anrechenbarkeit von Psychotherapeut*innen und Spezialtherapeut*innen bzw. Pflegefachpersonen ist aufgrund der unterschiedlichen Qualifikation und Kompetenzen nicht sachgerecht. PatV: Zur Frage der Nachweispflicht der Qualifikation hat sich die PatV bisher nicht positioniert. Sie nimmt die Empfehlung der Stellungnahme daher zur Prüfung mit. Die Anrechnung von Psychologinnen und Psychologen auf andere Berufsgruppen entspricht mit Blick auf die neueren Ausbildungs- und Studiengänge nicht mehr der Realität in der Ausübung der Berufe. Die PatV legt daher Wert auf multidisziplinäre Teams in den Kliniken. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die PPP-RL bietet inzwischen ausreichend Flexibilität. Damit diese Flexibilität jedoch nicht beliebig wird, stellt die Ergänzung in § 8 Abs. 3 sicher, dass die Berufsgruppen der PPP-RL nur dann Regelaufgaben der anderen Berufsgruppen übernehmen dürfen, wenn eine entsprechende Qualifikation dafür vorliegt. Diese Klarstellung ist im Sinne der Qualitätssicherung unabdingbar. Der Vorschlag, die Ergänzung nicht zu übernehmen, wird deshalb abgelehnt. Mit der Klarstellung wird keine entsprechende Nachweispflicht eingeführt. Um eine Dokumentationsentlastung zu schaffen, wurde bereits mit Beschluss vom 18. Juni 2025 darauf verzichtet, die Krankenhäuser erläutern zu lassen, welche konkreten

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			Regelaufgaben durch das angerechnete Personal übernommen wurde.
11.4	DGPPN	§ 9 Abs. 3 Die Forderung einer Mindest-Psychotherapiedauer von 50 min für jeden Patienten (pro Woche) bei gleichzeitigem Nachweis anhand von 25-minütigen Therapieeinheiten (TE) ist für bestimmte Gruppen psychiatrischer Patienten, insbesondere bei Demenzerkrankungen, schweren Manien, schweren stuporösen Zustandsbildern bei Depression, oder bei akuten schizophrenen Patienten in dieser Pauschalität abzulehnen. Die Erfassung der Therapie-Intensität anhand von Therapieeinheiten in einem 25-Minutenraster ist bei den meisten schwer erkrankten Patienten in der Kategorie A2 nicht sinnvoll. Änderungsvorschlag: Keine Übernahme, wie von GKV-SV, DKG, LV und BÄK vorgeschlagen.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Die Ausführungen der DGPPN bestätigen die Notwendigkeit einer evidenzbasierten und nachvollziehbaren Herleitung von Anforderungen der PPP-RL. Weder existiert eine hinreichende Datenbasis zur Festlegung von, auf Therapieeinheiten beruhende Vorgaben für Einzeltherapien pro Woche, noch spiegelt eine solche Maßgabe den bedarfsorientierten, individuelle, multimodalen Behandlungsansatz einer modernen Psychiatrie wider. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Kern der Begründung für die Erhöhung der Minutenwerte in den Bereichen A1, A2, S1, S2, S6, G1, G2, G6, KJ1, KJ2 und KJ6 ist, das Ziel zu erreichen, das in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-RL formuliert wurde und schon seinerzeit zu einer Veränderung einige Minutenwerte gegenüber denen der Psych-PV geführt hatte: „ Für alle Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik wird 50 Minuten Einzelpsychotherapie (Anpassung siehe Tabelle 1) als Mindestvorgabe festgesetzt, diese kann auch in 2x 25 Minuten geleistet werden. Diese Psychotherapiedosis gilt für alle Behandlungsbereiche inklusive der Intensivbehandlungsbereiche und der Gerontopsychiatrie. Nach heutigem Wissensstand ist Psychotherapie bei den entsprechenden Er-

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			krankungen auch im höheren und hohen Lebensalter indiziert. Zudem liegt es in der fachlichen Verantwortung der Klinik und der Behandelnden, die psychotherapeutische Behandlung so zu gestalten, dass sie auch den besonderen Bedürfnissen und Bedarfen der Patientinnen und Patienten, die als Intensivpatientinnen und -patienten in A2, S2 oder G2 eingestuft werden, gerecht wird. Darüber hinaus erfordert eine Behandlung, die auf die Prävention und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ausgerichtet ist, ausreichende psychotherapeutische Ressourcen, die im Rahmen des Beziehungsaufbaus und von Deeskalationsstrategien eingesetzt werden können“ (TrGr, S. 29). Die vorliegenden Daten zeigen, dass dieses Ziel regelhaft bei weitem nicht erreicht wird. Aus diesem Grund sollen die Minutenwerte für die psychotherapeutischen Berufsgruppe entsprechend angepasst werden. BPtK: Die in § 9 formulierte Qualitätsempfehlung von mind. 50 Minten Einzelpsychotherapie pro Woche bezieht sich auf das in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Richtlinie formulierte Ziel von insgesamt 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche und Patient in allen Behandlungsbereichen. Wie in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-Richtlinie ausgeführt, können die 50 Minuten auch auf mehrere und dafür kürzere Einheiten aufgeteilt werden. Eine Erfassung auf der Basis von Routinedaten ist aktuell allerdings nur als 25-Minuten Einheiten möglich. Der BPtK ist bewusst, dass insbesondere bei Patienten aus den Intensivbehandlungsbereichen auch kürzere psychotherapeutische Gespräche erbracht werden,

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			die nicht über Routinedaten erfasst werden können. Bei der Interpretation der Daten aus den Intensivbehandlungsbereichen muss dies deshalb berücksichtigt werden.
11.5	DGPPN	§ 10 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 Die DGPPN schließt sich in Absatz 1, Nummer 1 bis 3 den Vorschlägen von DKG/LV/BÄK an. Ein Ausnahmetatbestand soll in Zukunft geltend gemacht werden können, wenn ein Personalausfall mehr als 10 % des vorzuhaltenden Personals in der jeweiligen Berufsgruppe betrifft und es soll die Einschränkung „krankheitsbedingt“ entfallen (Nummer 1). Somit kann auch bei anderen, strukturellen Problemen, wie z. B. bei einer langen Nachbesetzungszeit oder bei saisonal bedingten Abwesenheiten, der Ausnahmetatbestand geltend gemacht werden. Dies ermöglicht in Zeiten des Fachkräftemangels und gerade für kleinere Einrichtungen, dass bestehende Ausnahmetatbestände besser abgebildet werden können. Auch niedrigere Schwellenwerte (Nummer 2) sowie die Streichung der Einschränkung „gravierend“ (Nummer 3) sind förderlich für die Anwendung von Ausnahmetatbeständen und damit aus Sicht der DGPPN zu begrüßen. Abs. 2 Die DGPPN schließt sich ferner in Absatz 2 den Vorschlägen von DKG/BÄK bzw. DKG/LV/BÄK an.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die vorhandenen Ausnahmetatbestände bieten bereits ausreichend Spielraum. Eine weitere Öffnung ist im Sinne der Qualitätssicherung nicht angemessen. Ausnahmetatbestände sollten ganz spezifischen, klar bestimmten Situationen vorbehalten bleiben. Wird der erste Ausnahmetatbestand, „kurzfristig, krankheitsbedingte Personalausfälle“ reduziert auf „kurzfristige Personalausfälle“, wird er beliebig und das Krankenhaus aus seiner Personalplanungsverantwortung entlassen. Damit der Ausnahmetatbestand greift, muss die Höhe der krankheitsbedingten Personalausfälle über 15 Prozent liegen. Diese Höhe erscheint angemessen. Eine Absenkung der Grenze diese Ausnahmetatbestandes ist daher nicht angebracht. Wird der dritte Ausnahmetatbestand „gravierende, strukturelle oder organisatorische Veränderungen“ durch Streichung des Begriffs „gravierend“ im Sinne von „erhebliche Auswirkungen bedingend“, reduziert auf „strukturelle oder organisatorische Veränderungen“, wird dieser Ausnahmetatbestand beliebig. Damit wäre jegliche Veränderung struktureller und organisatorischer Art zugelassen. Der Ausnahmetatbestand entspräche damit nicht mehr der ursprünglichen Intention, gut begründete Ausnahmen zur Entlastung des Krankenhauses zu ermöglichen, sondern

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Diese Änderungen könnten dazu beitragen, den hohen Dokumentationsaufwand für das Nachweisverfahren zu reduzieren, der in der Vergangenheit dazu geführt hat, dass Kliniken von der Nutzung des Ausnahmetatbestandes absahen. Änderungsvorschlag: Übernahme der Position der DKG/LV/BÄK bzw. DKG/BÄK.	würde das Ziel der PPP-RL, den Patientenschutz durch Personalmindestvorgaben zu sichern, unterlaufen. Die Vorschläge werden deshalb abgelehnt. PatV: Die Streichung des Wortes „krankheitsbedingt“ lehnt die PatV ab, da damit die Ursachen kurzfristiger Personalausfälle nicht mehr klar begrenzt wären. In der Folge könnten auch strukturelle oder organisatorische Gründe, etwa Umstrukturierungen als Ausnahmetatbestand geltend gemacht werden. Dies würde den Ausnahmecharakter der Regelung unterlaufen und die Verbindlichkeit der Mindestvorgaben schwächen. Auch die Streichung in Nr. 3 ließe die Umstände von Veränderung zu weit offen.
11.6	DGPPN	§ 13 Abs. 5, 6 und 8 Bei den neu in Kraft tretenden Sanktionen sind die Folgen noch nicht absehbar. Daher plädieren wir dafür, dass hier zuerst die Folgen beobachtet werden, bevor jetzt neue Regelungen für Jahre festgeschrieben werden. Insofern unterstützen wir hier die Vorschläge der DKG/LV/BÄK. Änderungsvorschlag: Übernahme der Position der DKG/LV/BÄK.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Es scheint sich hier um ein Missverständnis zu handeln. Der GKV-Spitzenverband schlägt gemeinsam mit der Patientenvertretung und der BPtK vor, neue Sanktionsregelungen erst in 2028 zu beschließen. Ziel ist es, die Erfahrungen mit den nun in Kraft getretenen Sanktionen bei neuen Sanktionsregelungen berücksichtigen zu können. Die DKG hingegen schlägt vor, bei der ursprünglichen Zeitplanung zu bleiben und neue Sanktionsregelungen bereits bis Oktober 2027 zu beschließen. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
11.7	DGPPN	§ 15	DKG: Dank und Kenntnisnahme.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Die DGPPN unterstützt den Vorschlag von DKG/PatV/LV zur Evaluation der Auswirkungen des Inkrafttretens der Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absatz 5 auf die Versorgung in Deutschland. Der G-BA ist als Normgeber verpflichtet, die Auswirkungen seiner Regelungen zu beobachten und ggf. erforderliche Anpassungen vorzunehmen. Aktuell sind die Auswirkungen, die sich aus der Beendigung des Aussetzens der Sanktionen ergeben, nicht abschätzbar. Entsprechend ist eine Evaluation der Auswirkungen der Umsetzung der Sanktionen auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dringend notwendig, um bei einer Verschlechterung der Versorgungslage zeitnah nötige Anpassungen einleiten zu können. Hierbei muss jedoch angemerkt werden, dass die negativen Folgen nachhaltig sein können und auch bei einer Nachjustierung langfristig eine Verschlechterung der Versorgung zu befürchten ist. Änderungsvorschlag: Übernahme der Position von DKG/PatV/LV.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Gemäß § 15 PPP-RL erfolgt bereits eine umfassende Evaluation. Themen sind die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, Zielerreichung, unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse. Damit werden auch die Auswirkungen der Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben abgedeckt. PatV: Die Stellungnahme wird zustimmend zur Kenntnis genommen.
11.8	DGPPN	§ 16 Abs. 1 Die DGPPN unterstützt die Vorschläge von DKG/LV/BÄK. Die Verschiebungen auf 2029 statt 2027 sowie auf 2031 statt 2029 wie von DKG/LV/BÄK vorgeschlagen ist äußerst sinnvoll, da damit den Einrichtungen mehr Zeit für die Anpassungen an	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die PatV teilt die Auffassung, dass das Ende der Übergangsregelung auf das

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		die Vorgaben gegeben wird. Vor dem Hintergrund des bestehenden Fachkräftemangels ist zu befürchten, dass Kliniken bei strafferen Zeitvorgaben stärker in Bedrängnis geraten werden. Änderungsvorschlag: Übernahme der Positionen von DKG/LV/BÄK.	Jahr 2031 verschoben werden sollte, nicht. Die Richtlinie sieht auch keine „strafferen Zeitvorgaben“ vor, sondern hält an den Zeitvorgaben fest. Im ersten Zeitplan sollten die Übergangsregelungen bereits 2024 enden. Sie sind durch verschiedene Beschlüsse bereits auf das Jahr 2029 verschoben worden. Die Position von DKG/LV/BÄK sieht eine weitere Verschiebung vor, die die PatV auch mit Blick auf die gegenüber der Erstfassung der Richtlinie deutlich abgesenkten Sanktionsregelungen nicht für zielführend hält.
12	**Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK), 11.03.2026**		
12.1	APK	Allgemeine Anmerkung Die Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK) begrüßt die kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung der G-BA Richtlinie grundsätzlich. Gebotene Bestandteile einer lernenden Personalrichtlinie sind regelhafte Auswertungen und Evaluationen zur Umsetzung der Richtlinie. Die Folgen von Sanktionen und der Aufwand und Wirksamkeit von Dokumentationspflichten bzw. die Fragestellung wie Transparenz ohne bürokratische Überladung zu schaffen ist, sollten dabei ein besonderer Fokus sein. Die weitere Entwicklung sollte generell eine umfassendere Neuorientierung hin zu einer weiteren Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung enthalten. Aktuell werden teilweise noch kleinteilige Kontrolle und Nachweise verlangt, die keinen	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Mahnung zur kontinuierlichen Prüfung einer möglichst aufwandsarmen Nachweis- und Dokumentationsführung der PPP-RL wird ausdrücklich begrüßt. Damit werden Ressourcen frei, die verstärkt in der Versorgung der Patienten/innen eingesetzt werden können. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. Der PatV liegen bisher keine verwertbaren Vorschläge für eine PPP-RL vor, die einer „umfassenden Neuorientierung“ und Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung gerecht würden.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		unbedingten Beitrag zur Weiterentwicklung der Richtlinie und der Versorgung leisten.	
12.2	APK	<u>§ 3 (Behandlungsbereiche)</u> Der Vorschlag der GKV-SV/PatV, BPTK in der Allgemeinen Psychiatrie die Bereiche A3 – A5 aufzunehmen wird gefolgt. Die in der Versorgungsrealität existierenden Fachabteilungen mit integrierten Versorgungsstrukturen halten psychiatrische und psychosomatische Leistungen für Erwachsene und auch die Pflichtversorgung für Notfälle und Unterbringung vor. Entsprechend notwendig ist für diese Krankenhäuser die Aufnahme der psychosomatischen und psychotherapeutischen Behandlung im Behandlungsbereich A. Psychosomatische Akutkrankenhäuser sollten wie andere Krankenhäuser die Akut- und Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten in allen Stadien der Erkrankung (inkl. Suizidalität) jederzeit (24/7) sicherstellen. Dies sollte aus Sicht der APK auch zukunftsweisend sein und Kriterium für die Aufnahme in Krankenhauspläne sein. Die rein elektive stationäre und vorrangig rehabilitative Versorgung psychosomatischer Patientinnen und Patienten ohne regionale Versorgungsverpflichtung ist psychosomatischen Reha-Kliniken vorbehalten. In Bezug auf den zusammenfassenden Behandlungsbereich A5 wird der Argumentation der GKV-SV gefolgt.	DKG: Kenntnisnahme. GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme, Dank und Zustimmung. BÄK: Dem Argument der Akut- und Notfallversorgung auch in der Psychosomatik ist zuzustimmen, dieses wurde auch in der erfolgten Anhörung von den psychosomatischen Verbänden als stattfindend und existent erklärt. Jedoch folgt daraus nicht zwingend die Übernahme der P-Kategorien in die differenzierten Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Änderungsvorschlag: Zustimmung zum Änderungsvorschlag vom GKV-SV, in dem Behandlungsbereich A die Bereiche A3 – A5 zu integrieren.	
12.3	APK	§ 8 (Anrechnungen von Berufsgruppen) Abs. 5 Fachkräfte der Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit sie Regelaufgaben der jeweils anderen Berufsgruppen qualifiziert übernehmen können. Die Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (§ 5 Absatz 1 Buchstabe c und Absatz 2 Buchstabe c) auf andere nicht-ärztliche Berufsgruppen sollte bis 2031 verlängert werden, um die Umstellungsphase entsprechend flexibel begleiten zu können und längerfristige Erfahrungen mit dem entsprechenden Skill- und Methodenmix sammeln zu können. Änderungsvorschlag: Anrechnungsmöglichkeiten PT verlängern bis 2031.	DKG: Kenntnisnahme. Der Berufsgruppe der Psychologen/Psychotherapeuten 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. Eine bloße Verlängerung produziert Planungsunsicherheiten auf Seiten des Personals und der Einrichtungen. GKV-SV: Kenntnisnahme. Der GKV-SV spricht sich für eine begrenzte Verlängerung der Anrechnung der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f bis zum 31. Dezember 2027 aus. Hinsichtlich der zukünftigen Ausgestaltung dieser Anrechnungsregel wird sich der GKV-SV – auch in Abhängigkeit von den Ergebnissen der Nachweise – nach den weiteren Beratungen positionieren. PatV: Die Anrechnung von Psychologinnen und Psychologen auf andere Berufsgruppen entspricht mit Blick auf die neueren Ausbildungs- und Studiengänge nicht mehr der Realität in der Ausübung der Berufe. Die PatV legt daher Wert auf multidisziplinäre Teams in den Kliniken.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			BPtK: Hauptgrund für die Erweiterung der Anrechnungsmöglichkeiten der Berufsgruppe c) auf b), d) und f) waren die aus der Psych-PV übernommenen Minutenwerte der Pflege und Spezialtherapeuten für die Psychosomatik. Diese hat aufgrund anderer Behandlungskonzepte als in der Psychiatrie andere Bedarfe in den verschiedenen Berufsgruppen. Die erweiterten Anrechnungsmöglichkeiten ermöglichten der Psychosomatik ihren Professionsmix aufrecht zu erhalten, bis auf der Basis der EPPIK-Studie eine datenbasierte Anpassung der Minutenwerte für die Berufsgruppen erfolgen kann. Diese Anpassung wird in der Überarbeitung der Behandlungsbereiche für die Psychosomatik ab dem EJ 2027 vorgenommen, so dass die erweiterten Anrechnungsmöglichkeiten nicht noch weiter verlängert werden müssen.
12.4	APK	Abs. 7 Dem Vorschlag, die unterstützende Maßnahme der Zulassung von Pflegehilfskräfte im Nachtdienst zu verlängern, um so verlässlichere Daten zur Bewertung und Einschätzung und insbesondere vor der geplanten Überarbeitung der Mindestvorgaben im Nachtdienst, zu erlangen, wird zugestimmt.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Regelungen zum Nachtdienst sollen zum Erfassungsjahr 2028 umfassend überprüft und ggf. überarbeitet werden. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen und geprüft.
12.5	APK	§ 9 (Weitere Qualitätsempfehlungen) In diesem Zusammenhang eine Qualitätsvorgabe zur Vorhaltung von Psychotherapie zu verankern, ist nicht erforderlich. Die Vorgabe bezüglich der Zeitwerte in den Mindestvorgaben	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Die Ausführungen bestätigen die Grundsätze der PPP-RL, keine (Mindest-)Vorgaben für einzelne

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		reichen hier aus. Die Dosierung und Ausgestaltung sind bei jeder Patientin und jedem Patient im Einzelfall bedarfsgerecht festzulegen. In den tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-RL, in der die 50 Minuten bzw. 2 x 25 Minuten aufgenommen sind, wurde zudem angeführt, dass die 25 Minuten auf kleinere Gesprächseinheiten aufgeteilt erfolgen können. Rahmenbedingungen und die Ausgestaltung psychotherapeutischer Leistungen in der Klinik sind nicht mit den Rahmenbedingungen der G-BA Richtlinie zur ambulanten Psychotherapie zu vergleichen. Art und Ausgestaltung und die Einbettung in milieutherapeutische Settings variiert von Patientin zu Patient. Änderungsvorschlag: Keine Änderung.	Verfahren zu regeln, sondern die Personalausstattung für Berufsgruppen in Behandlungsbereichen. Innerhalb dieser Vorgaben sind Regelaufgaben der Anlage 4 zu erbringen. In welchem Umfang und in welcher Höhe, obliegt den Einrichtungen mit ihren an den individuellen Bedarfen der Patienten/innen orientierten, multimodalen Behandlungsansätzen. Etwaige Anpassungen sollten evidenzbasiert und nachvollziehbar hergeleitet sein. PatV: Kern der Begründung für die Erhöhung der Minutenwerte in den Bereichen A1, A2, S1, S2, S6, G1, G2, G6, KJ1, KJ2 und KJ6 ist, das Ziel zu erreichen, das in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-RL formuliert wurde und schon seinerzeit zu einer Veränderung einige Minutenwerte gegenüber denen der Psych-PV geführt hatte: „ Für alle Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik wird 50 Minuten Einzelpsychotherapie (Anpassung siehe Tabelle 1) als Mindestvorgabe festgesetzt, diese kann auch in 2x 25 Minuten geleistet werden. Diese Psychotherapiedosis gilt für alle Behandlungsbereiche inklusive der Intensivbehandlungsbereiche und der Gerontopsychiatrie. Nach heutigem Wissensstand ist Psychotherapie bei den entsprechenden Erkrankungen auch im höheren und hohen Lebensalter indiziert. Zudem liegt es in der fachlichen Verantwortung der Klinik und der Behandelnden, die psychotherapeutische Behandlung so zu gestalten, dass sie auch den besonderen Bedürfnissen und Bedarfen der Patientinnen und Patienten, die als Intensivpatientinnen und -patienten in A2, S2 oder G2 eingestuft werden, gerecht wird. Darüber hinaus

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			erfordert eine Behandlung, die auf die Prävention und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ausgerichtet ist, ausreichende psychotherapeutische Ressourcen, die im Rahmen des Beziehungsaufbaus und von Deeskalationsstrategien eingesetzt werden können“ (TrG, S. 29). Die vorliegenden Daten zeigen, dass dieses Ziel regelhaft bei weitem nicht erreicht wird. Aus diesem Grund sollen die Minutenwerte für die psychotherapeutischen Berufsgruppe entsprechend angepasst werden. BPtK: Das Qualitätsziel soll Transparenz darüber schaffen, ob das mit der Erstfassung der Richtlinie verfolgte Ziel ein Mindestmaß an Einzelpsychotherapie in der stationären Versorgung sicherzustellen auch erreicht wird. Es geht nicht um die Erfassung von Psychotherapie gemäß der Psychotherapie-Richtlinie. Der BPtK ist bewusst, dass insbesondere bei Patienten aus den Intensivbehandlungsbereichen auch kürzere psychotherapeutische Gespräche erbracht werden, die nicht über Routinedaten erfasst werden können. Bei der Interpretation der Daten aus den Intensivbehandlungsbereichen muss dies deshalb berücksichtigt werden.
12.6	APK	§ 10 (Ausnahmetatbestände) Abs. 1 Der belegten Einschätzung, dass der Ausnahmetatbestand mit einem niedrigeren Schwellenwert von 105 % die tatsächliche Dynamik im Versorgungsgeschehen besser abbildet und den Krankenhäusern in Fällen von einer erhöhten Anzahl von Patientinnen und Patienten gesetzlicher Unterbringung oder	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die PPP-RL bietet inzwischen viel Flexibilität durch Anrechnungen, Ausnahmetatbestände und weniger Dokumentation. Damit diese Flexibilität jedoch nicht beliebig wird, dürfen vorhandene Ausnahmetatbestände nicht zu „Regeltatbeständen“ verändert werden. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme entgegen-kommt, ist zuzustimmen. Änderungsvorschlag: Überschreitung Schwellenwert auf 105 % festlegen.	PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen und geprüft.
12.7	APK	§ 13 (Folgen bei Nichteinhaltung der Mind.vorgaben) Abs. 5 Hier wird auf die Ausführungen zu den Übergangsregelungen verwiesen.	DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme.
12.8	APK	§ 15 (Evaluation der Richtlinie) Dem Vorschlag der DKG, die Auswirkungen des Inkrafttretens der Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absatz 5 auf die Versorgung in Deutschland zu evaluieren, ist zuzustimmen. Dabei sind auch diese zu untersuchen. Im Sinne einer lernenden Richtlinie, sollten dieser zentrale Be-standteil der Richtlinie in Bezug auf strukturelle, organisatori-sche und personelle Veränderungen in den Krankenhäusern ausgewertet werden. Der Abschlussbericht sollte bis zum 31. Dezember 2028 vorliegen. Änderungsvorschlag: Zustimmung Vorschlag DKG.	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Gemäß § 15 PPP-RL erfolgt bereits eine umfassende Evaluation. Themen sind die Auswirkungen auf die Ver-sorgungsqualität, Zielerreichung, unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse. Damit werden auch die Auswirkungen der Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben abgedeckt. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
12.9	APK	Zu § 16 (Übergangsregelungen) Abs. 1 Die vorhandene Datenlage und Berichterstattung weist auf	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		umfangreiche Probleme in der Umsetzung der PPP-RL hin. Die Ursachen sind vielfältig, gleichwohl sieht die APK, dass der Zeitfaktor bei solch weitreichenden Umstellungsprozessen und Entwicklungen in der Personalakquise stärkere Berücksichtigung finden muss. Im Sinne der verlässlichen Planbarkeit unterstützen wir den Vorschlag der DKG, die vollumfängliche Umsetzung erst 2031 zu erreichen und bis 2028 bei einem Umsetzungsgrad von 90 % zu bleiben. Auch wäre damit der Raum gegeben, die begonnenen Prozesse der Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung parallel weiter fortschreiben zu können. Zudem stände dem G-BA mehr Zeit zur Verfügung, sich mit den Auswirkungen des Inkrafttretens der Sanktionen im Jahr 2026 zu befassen und die weiteren Perspektiven zu erörtern. Daher wäre eine Anpassung des Zeitplans bei gleichzeitigem Inkrafttreten der Sanktionen nach § 13 PPP-RL ein realistischer Weg. <u>Änderungsvorschlag:</u> Änderung Zeitplan wie angeführt.	PatV: Nach der Erstfassung der PPP-RL sollten die Übergangsregelungen bereits im Jahr 2024 enden. Dieser Zeitpunkt ist bereits verschoben worden, ohne dass sich ein besserer Erfüllungsgrad in den Berichten des IQTIG gezeigt hat. Eine weitere Verschiebung über 2029 hinaus lehnt die PatV daher ab.
12.10	APK	<u>Abs. 5</u> Die Erfassung der Regelaufgaben über OPS-Kodes sollte gestrichen werden. Die wenigen Erkenntnisse, die aus dieser Form der Datenerhebung abgeleitet werden können, rechtfertigen nicht den Aufwand. Durch den vorgegeben begrenzten und in sich nicht konsistent praxisnahen OPS-Katalog ist	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die APK bestätigt die Beobachtung, dass die Erfassung der dokumentierten OPS-Kodes nicht das komplette Leistungsgeschehen in den Einrichtungen abbildet und eine Ableitung der Regelaufgaben nicht möglich ist. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die von der APK kritisierte Regelung betrifft nicht eine zusätzliche Datenerhebung: Im Krankenhaus liegen

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		zudem zwangsläufig eine Reduktion bzw. Limitation der Transparenz zum Leistungsgeschehen gegeben. Änderungsvorschlag: Streichung Erfassung Regelaufgaben über OPS-Kodes.	die OPS-Kodes zu Abrechnungszwecken ohnehin vor. Es geht lediglich um eine Übermittlung von im Krankenhaus vorhandenen Daten an das IQTIG. Der Vorschlag, auf die Übermittlung von Regelaufgaben zu verzichten, wird deshalb abgelehnt. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.
13	**Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT), 11.03.2026**		
13.1	DGPT	Allgemeine Anmerkung 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 06.02.2026) 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 sind alle Bestrebungen, die den bürokratischen Aufwand verschlanken, zu begrüßen.	DKG: Dank und Kenntnisnahme. Mit der Stellungnahme bestätigt die DGPT den Auftrag der G-BA gemäß § 14 Abs. 2 PPP-RL, eine Prüfung und ggf. Überarbeitung der Mindestvorgaben für psychosomatische Einrichtungen vorzunehmen. Mit dem Teilprojekt 2 der EP-PIK-Studie liegen erstmals Ergebnisse vor, die dem G-BA einen Einblick in die Personalausstattung psychosomatischer Kliniken und Fachabteilungen ermöglichen. Der auf Basis dieser Ergebnisse beruhigende Anpassungsvorschlag zur Erweiterung der psychosomatischen Behandlungsbereiche inkl. Änderungen in den Minutenwerten und Eingruppierungsempfehlungen wird gut hergeleitet und angesichts des Spektrums unterschiedlicher Behandlungssettings als notwendig erachtet. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. Die PatV

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		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 bestätigt sich, dass die genannten Untergrenzen in der PPP-RL als Obergrenzen in den Verhandlungen der Kliniken mit den Kassen gehandelt werden.** **Wir begrüßen sehr, dass die Studienergebnisse der EPPIK-Studie in dem vorliegenden Änderungsvorschlag ihren Niederschlag finden und eine weitere Differenzierung der Pauschalen P1/P2 sowie P3/P4 vorgeschlagen ist.** **Nicht nachvollziehen können wir, warum das Ergebnis (Einteilung in 7 Behandlungsbereiche) des Teils der Studie, der ausschließlich an Psychosomatischen Häusern durchgeführt wurde, vollständig in die psychiatrischen Anwendungsbereiche gespiegelt werden soll. Wir schließen uns hier den Ausführungen der DKG (Tragende Gründe, Seite 4, 2.2.1) an. Psychosomatik und Psychiatrie haben unterschiedliche Anwendungsbereiche neben den bestehenden Überschneidungen und dies sollte sich auch in der Differenzierung der Behandlungsbereiche ausdrücken.** Des Weiteren plädieren wir weiterhin für eine Aussetzung der Sanktionszahlen. In Folge des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 10.4.2025 in Leipzig (Verhandlung Land Ba-	hält die spiegelbildliche Anwendung der P-Bereiche in den A-Bereichen für erforderlich und gut begründet. Die Aussetzung der Sanktionen ist nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens. Die von der Stellungnehmenden angeführten Herausforderungen in der Finanzierung des Personals in Folge des zitierten Urteils des BSG, ist der PatV bekannt, ist jedoch nicht Gegenstand der Regelungen der PPP-RL. Hierzu ist ggf. der Gesetzgeber gefragt. BÄK: Volle Zustimmung. Der Versuch hier eine Klarstellung seitens des G-BA für die Verhandlungen vor Ort zu erwirken scheiterte leider an der Limitation der Kompetenzen des G-BA.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Wü/AOK Ba-Wü) besteht für viele Kliniken eine objektive Unmöglichkeit, das Personal nach PPP-RL vorzuhalten, ohne dabei erhebliche Verluste zu machen, aufgrund der Tatsache, dass die Umsetzung der Vorgaben des G-BA nur die einmalige Finanzierung zusätzlichen Personals zu tarifbedingten Kosten vorsieht. Genau diese Interpretation von § 3 Abs. 3 Punkt 5 der BPlfV führt zu einer eklatanten Tarifschere, da Bestandspersonal dieser Logik folgend nicht ausfinanziert wird, dennoch aber die Vorgaben der PPP-RL zu erfüllen sind. Generell sollte auf eine ausreichende Übergangszeitraum geachtet werden. Im Einzelnen nehmen wir wie folgt zu den Punkten Stellung:	
13.2	DGPT	§ 3 Abs. 1 (A) Wir plädieren für „keine Übernahme“ der Veränderung A3-A5. Wir stimmen der Stellungnahme der DKG zu, unterstützen die Begründung in den Tragenden Gründen. Eine Anpassung der A7 als Pendant zur bisherigen Komplex-behandlung erscheint sinnvoll, eine Ausweitung der Differenzierung wie in der Psychosomatik sollte der Psychosomatischen Medizin vorbehalten sein. Änderungsvorschlag: Wie von der BÄK/DKG vorgeschlagen: A1-A6 wie bisher,	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Schon jetzt gibt es in der PPP-RL für die Psychiatrie den Behandlungsbereich „A7 psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“, der dem bisherigen Behandlungsbereich „P2 psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“ entspricht. Demnach ist es nur folgerichtig, wenn die neuen Behandlungsbereiche der Psychosomatik auch in der Psychiatrie übernommen werden und der Behandlungsbereich A7 dadurch ersetzt wird. Zudem werden sowohl in der Psychiatrie als auch in der Psychosomatik Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelt, weshalb für beide Fachabteilungen die gleichen Vorgaben für eine psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		A7 Psychosomatisch-Psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplex-behandlung A8 wie bisher	gelten sollten. Die Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche in die Psychiatrie verringert die bisher in Deutschland vorhandene formale Trennung dieser beiden Fachgebiete. PatV: Die PatV hält die spiegelbildliche Anwendung der P-Bereiche in den A-Bereichen für erforderlich und gut begründet. Keine Übernahme des Änderungsvorschlags.
13.3	DGPT	§ 3 Abs. 1 (P) Wir begrüßen die Differenzierung in 7 Behandlungsbereiche wie von der DGPM vorgeschlagen als Ergebnis der EPPIK Studie. Die Umbenennung der Regelbehandlung in Basisbehandlung lehnen wir ab, suggeriert es doch eine „minderwertige“ Behandlung. Häufig liegen die Gründe für das Nicht-Erreichen einer P2 und höher in kurzzeitigen und kurzfristigen Ausfällen des Therapie-Einheiten generierenden Personals, was die Therapie in einer multimodalen Therapie mit sehr vielen an der Therapie beteiligten Personen nicht auf ein Minimum reduziert, sondern weiterhin einer Regelbehandlung entspricht.	GKV-SV: Kenntnisnahme. In einem Psychotherapie-intensiven Setting ist zu erwarten, dass ein Patient mindestens drei ärztliche oder psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche erhält. Wird diese Therapiedosis unterschritten, ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbands die Bezeichnung „Regelbehandlung“ irreführend. Der von uns vorgeschlagene Begriff „Basisbehandlung“ impliziert dabei keine Minderwertigkeit des Settings, sondern das Therapie-Minimum, das als Basis erbracht werden sollte. DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Vielen Dank für den ergänzenden Hinweis bzgl. weiterer möglicher Gründe für eine Eingruppierung in Behandlungsbereich P1 statt P2 und höher. Dies unterstreicht die Ausführung, dass die Regelbehandlung der P1 nicht nur eine Umbenennung in ihrer Wahrnehmung verwässert werden sollte. PatV: Die Ablehnung der Umbenennung von P1 in Basisbehandlung lehnt die PatV ebenfalls ab, siehe unter Nr. 8.2.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Änderungsvorschlag: Wie von der DKG und BÄK empfohlen! (S. 6 Änderungsvor-schläge) P1 Regelbehandlung P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehand-lung P3 Intensivierte Psychosomatisch-Psychotherapeutische Komplexbehandlung P4 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeuti-sche Komplexbehandlung P5 Intensivierte integrierte klinisch-psychosomatisch-psycho-therapeutische Komplexbehandlung P6 Psychosomatisch-Psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär P7 Psychosomatisch-Psychotherapeutische Komplexbehand-lung teilstationär	GKV-SV: Kenntnisnahme. Der GKV-Spitzenverband schlägt aus den folgenden zwei Gründen vor, den Behandlungsbereich P5 nicht zu übernehmen: Obwohl der Behandlungsbereich 5 die höchste Thera-pie- und Personalintensität haben sollte, liegt sein Median unter dem Median des Behandlungsbereichs 4. Außerdem wurden den Behandlungsbereichen P4 (10,7 %) und P5 (12,5 %) zusammen we-sentlich weniger Einrichtungen zugeordnet als in den Behandlungs-bereich P3, der allein 27,7 % ausmacht. Vor diesem Hintergrund wurde auf die weitergehende Differenzierung der Behandlungsbe-reiche P4 und P5 verzichtet und nur Behandlungsbereich P4 über-nommen.
13.4	DGPT	§ 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 3 Aus unserer Sicht kann es bei „Eingruppierungsempfehlun-gen“ bleiben, wie von der DKG empfohlen. Änderungsvorschlag:	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Die Umbenennung ist nach Auffassung der PatV erforderlich, da Anfragen an den G-BA aus Kliniken zeigen, dass der Charakter

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Übernahme des Vorschlags der DKG: „Eingruppierungsempfehlung“	dieser „Empfehlungen“ offenbar missverstanden werden kann.
13.5	DGPT	<u>§ 6 Abs. 4</u> Wir unterstützen den Vorschlag der DKG/PatV „in allen Behandlungsbereichen“ statt „in den Behandlungsbereichen“ Die Formulierung ist genauer. <u>Änderungsvorschlag:</u> Übernahme des Vorschlags der DKG/PatV: „in allen Behandlungsbereichen“:	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Beibehaltung der bisherigen Korridorregelung ermöglicht eine für die Patientensicherheit ausreichende Personalausstattung auch bei kurzfristigen Belegungsschwankungen. Durch die vorgeschlagene Änderung würde die Berechnungslogik substanziell umgestellt, von der differenzierten Erfassung der Behandlungstage der einzelnen Behandlungsbereiche hin zu einer Erfassung der Behandlungstage über **alle Behandlungsbereiche zusammen**. Im Ergebnis würde sich z. B. eine erhebliche Zunahme an Patientinnen und Patienten mit intensivem Behandlungsbedarf nicht mehr auf die Personalausstattung auswirken. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
13.6	DGPT	<u>§ 8 Abs. 3 und 5</u> Aufgrund der Tatsache, dass die zusätzliche Überprüfung der fachlichen Qualifikation einen nicht unerheblichen Bürokratieaufwand mit sich bringt und die Kriterien hierfür völlig unklar sind, lehnen wir diesen Vorschlag ab. Das Personal in der Psychiatrie und Psychosomatik arbeitet in multimodalen Settings auf vielen Ebenen miteinander und ergänzt sich gegenseitig.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die DGPT bestätigt u. a. die Erkenntnisse aus dem ersten Evaluationsbericht zur PPP-RL, in dem das IGES Institut auf die aufwendige, schwierige und konfliktbehaftete Nachweisführung bei der Anrechnung nach § 8 PPP-RL hingewiesen hat. Die Ausführungen zur multimodal ausgerichteten Therapie in den Einrichtungen bestärkt die Forderung nach einem möglichst flexiblen Personaleinsatz, der die bedarfsorientierte Behandlung der Patienten/innen unterstützt und nicht durch eine

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Änderungsvorschlag: Wir befürworten den Vorschlag der DKG/LV „keine Übernahme“	komplizierte Nachweiserbringung behindert werden sollte. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die PPP-RL bietet inzwischen ausreichend Flexibilität. Damit diese Flexibilität jedoch nicht beliebig wird, stellt die Ergänzung in § 8 Abs. 3 und 5 sicher, dass Fremd- und Hilfspersonal sowie die Berufsgruppen der PPP-RL nur dann Regelaufgaben der anderen Berufsgruppen übernehmen dürfen, wenn eine entsprechende Qualifikation dafür vorliegt. Diese Klarstellung ist im Sinne der Qualitätssicherung unabdingbar. Der Vorschlag, die Ergänzung nicht zu übernehmen, wird deshalb abgelehnt. Mit der Klarstellung wird keine entsprechende Nachweispflicht eingeführt. Um eine Dokumentationsentlastung zu schaffen, wurde bereits mit Beschluss vom 18. Juni 2025 darauf verzichtet, die Krankenhäuser erläutern zu lassen, welche konkreten Regelaufgaben durch das angerechnete Personal übernommen wurden. PatV: Zur Frage der Nachweispflicht der Qualifikation hat sich die PatV bisher nicht positioniert. Sie nimmt die Empfehlung der Stellungnahme daher zur Prüfung mit (§ 8 Abs. 3 u. 5).
13.7	DGPT	§ 8 Abs. 3 (Anrechenbarkeit der Berufsgruppen) Auf den ersten Blick erschließt sich nicht, warum Berufsgruppe c auf b, d und f angerechnet werden könnten. Bei genauerem Hinsehen gibt es aber natürlich viele PsychologInnen, die in Beratungsstellen tätig waren, oder andere thera-	DKG: Dank und Kenntnisnahme. Wie von der DGPT beispielhaft angeführt können Psychologen/innen und Psychologische Psychotherapeuten/innen vielfältig in multimodalen Teams eingesetzt werden und im Rahmen der Anlage 4 PPP-RL Regelaufgaben anderer Berufsgruppen erbringen. Ihnen kommt damit eine große Bedeutung in der psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung zu, die

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		peutische Ausbildungen haben und deshalb sehr wohl Regelaufgaben von SozialarbeiterInnen oder SpezialtherapeutInnen übernehmen können – bei entsprechender Qualifikation ist also eine Anrechenbarkeit sinnvoll. Deshalb ist eine generelle Anrechenbarkeit auch über den Zeitraum von 2026 hinaus sinnvoll zur Flexibilisierung gerade bei Häusern mit einem kleineren Personalpool. Eine Entfristung der Anrechenbarkeit scheint uns genau wie von der BÄK und DKG in den Tragenden Gründen dargelegt geboten. Änderungsvorschlag: Übernahme der Vorschläge der DKG	durch die Entfristung der Anrechnungsmöglichkeit eine entsprechende Würdigung erhalten. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f ist aufgrund der gegebenen Übernahmemöglichkeit von Aufgaben der zuletzt genannten Berufsgruppen fachlich zu vertreten. Die Anrechnungsmöglichkeit wird zeitlich befristet verlängert, damit die Krankenhäuser mehr Zeit und mehr Flexibilität haben zur Erfüllung der Mindestvorgaben. PatV: In der Realität können Psychologinnen und Psychologen aufgrund persönlicher beruflicher Hintergründe durchaus ggf. einzelne Aufgaben anderer Berufsgruppen, z.B. der Spezialtherapeuten übernehmen. Mit zunehmender Ausdifferenzierung der Ausbildungs- und Studiengänge hat sich dieser Umstand jedoch regelhaft verändert und es ist keinesfalls davon auszugehen, dass Absolventinnen und Absolventen von Studiengengänge „Psychotherapie“ in der Lage wären, die Tätigkeit von Sozialarbeitenden zu übernehmen. Die PatV legt Wert auf multidisziplinäre Teams und hält daher an ihrer Position fest.
13.8	DGPT	§ 8 Abs. 7 Wir befürworten den Vorschlag der DKG/LV/BÄK „bis 2027“ „keine Übernahme“ was die Beschreibung der Bezugsgröße betrifft, da das wiederum nicht zur Entlastung, sondern eher	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Der neu zu ergänzende Satz 3 dient der Klarstellung und Konkretisierung der Bezugsgröße für die zulässigen Anrechnungen im Nachtdienst und hilft damit, Berechnungsfehler zu vermeiden.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		zur Belastung der Bürokratie führt. Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der DKG/LV/BÄK	PatV: Kenntnisnahme.
13.9	DGPT	§ 9 Abs. 2 (Weitere Qualitätsempfehlungen) Die Vorgabe, dass Pat eine ausreichend psychotherapeutische Versorgung pro Behandlungswoche erhalten, ist begrüßenswert, der Vorschlag der BPtK in diesem Sinne nachvollziehbar. Die Anzahl der Therapieeinheiten wird jedoch an anderer Stelle über die Komplexziffern geregelt, so dass uns eine zusätzliche Vorgabe in der PPP-RL überflüssig erscheint. Änderungsvorschlag: Keine Übernahme	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Die PPP-RL legt Mindestvorgaben für die Personalausstattung in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik fest und ist kein Instrument für Vorgaben zu konkreten Verfahren, Therapien oder Behandlungsinhalten. In welchem Umfang und in welcher Höhe diese erbracht werden, obliegt den Krankenhäusern unter Berücksichtigung der Regelungen der PPP-RL. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Kern der Begründung für die Erhöhung der Minutenwerte in den Bereichen A1, A2, S1, S2, S6, G1, G2, G6, KJ1, KJ2 und KJ6 ist, das Ziel zu erreichen, das in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-RL formuliert wurde und schon seinerzeit zu einer Veränderung einige Minutenwerte gegenüber denen der Psych-PV geführt hatte: „ Für alle Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik wird 50 Minuten Einzelpsychotherapie (Anpassung siehe Tabelle 1) als Mindestvorgabe festgesetzt, diese kann auch in 2x 25 Minuten geleistet werden. Diese Psychotherapiedosis gilt für alle Behandlungsbereiche inklusive der Intensivbehandlungsbereiche und der Gerontopsychiatrie. Nach heuti-

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			gem Wissensstand ist Psychotherapie bei den entsprechenden Erkrankungen auch im höheren und hohen Lebensalter indiziert. Zudem liegt es in der fachlichen Verantwortung der Klinik und der Behandelnden, die psychotherapeutische Behandlung so zu gestalten, dass sie auch den besonderen Bedürfnissen und Bedarfen der Patientinnen und Patienten, die als Intensivpatientinnen und -patienten in A2, S2 oder G2 eingestuft werden, gerecht wird. Darüber hinaus erfordert eine Behandlung, die auf die Prävention und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ausgerichtet ist, ausreichende psychotherapeutische Ressourcen, die im Rahmen des Beziehungsaufbaus und von Deeskalationsstrategien eingesetzt werden können“ (TrG, S. 29). Die vorliegenden Daten zeigen, dass dieses Ziel regelhaft bei weitem nicht erreicht wird. Aus diesem Grund sollen die Minutenwerte für die psychotherapeutischen Berufsgruppe entsprechend angepasst werden. BPtK: Das Qualitätsziel wurde für die Psychiatrie formuliert, deren OPS-Kodes – bis auf einen zur Psychotherapeutischen Komplexbehandlung – keine Mindest-Anzahl an Therapieeinheiten vorgeben (im Gegensatz zur Psychosomatik). Es war ausdrückliches Ziel der Erstfassung der PPP-Richtlinie die Psychotherapieintensität in der Psychiatrie zu erhöhen. Inwieweit dieses Ziel erreicht wird, soll über das Qualitätsziel transparent gemacht werden.
13.10	DGPT	§ 10 Abs. 1 und 2 (Ausnahmetatbestände)	DKG: 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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Den Tragenden Gründen der BÄK und DKG auf S. 16-18 folgen wir. Änderungsvorschlag: Die Vorschläge von DKG/LV/BÄK sollen in Abs 1 und 2 übernommen werden.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Die PPP-RL bietet inzwischen viel Flexibilität durch Anrechnungen, Ausnahmetatbestände und weniger Dokumentation. Zudem ermöglichen die vorhandenen Ausnahmetatbestände bereits ausreichend Spielraum. Damit diese Flexibilität jedoch nicht beliebig wird, dürfen vorhandene Ausnahmetatbestände nicht zu „Regeltatbeständen“ verändert werden. Eine weitere Öffnung ist im Sinne der Qualitätssicherung nicht angemessen. Die Vorschläge werden deshalb abgelehnt. PatV: Kenntnisnahme.
13.11	DGPT	§ 11 Abs. 7 und 12 (Nachweisverfahren) Wir folgen dem Vorschlag der DKG/PatV/LV. Änderungsvorschlag: „bis zum 15. März“ sowie „schriftlich“	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Streichung des Zusatzes „schriftlich“ soll dem IQTIG im Zeitalter der Digitalisierung explizit eine andere Form der Übermittlung ermöglichen. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt. PatV: in § 11 Abs. 7 ist keine Änderung vorgesehen, ggf. handelt es sich um Abs. 8. Zustimmende Kenntnisnahme.
13.12	DGPT	§ 13 Abs. 5 S. 1 und Abs. 6 (Folgen bei Nichteinhaltung) Für die Psychosomatik werden in 2027 neue Mindestvorgaben gelten, weshalb wir für eine ebenso langen Beobachtungszeitraum plädieren wie er den Bereichen der (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie zugestanden wurde. Änderungsvorschlag	DKG: Kenntnisnahme. Für die DKG ist nicht abschließend ersichtlich, worauf sich die Stellungnahme der DGPT an dieser Stelle bezieht. Die Folgen bei Nichteinhaltung gem. § 13 Abs. 5 sind für Einrichtungen der Psychosomatik gem. § 16 Abs. 3 bis 01.01.2028 ausgesetzt. Die vorgeschlagenen Änderungen beziehen sich auf die Neurege-

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Der Vorschlag des GKV-SV/Pat V/BPtK in Absatz 5 bis 2028 bzw. in Abs 6 bis 30. Juni 2028 sollte übernommen werden.	lung der aktuell für die Psychiatrie geltenden Berechnung der Folgen. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
13.13	DGPT	§ 13 Abs. 5 S. 3 und 4 Zu Satz 3: Um Erfahrungen mit den neuen Behandlungsbereichen zu sammeln und die Umsetzung zu beobachten ist es notwendig, die Umsetzung nicht durch verfrühte Sanktionen zu gefährden. Zu Satz 4: aus ebendiesen Gründen (neue Behandlungsbereiche, mit deren Umsetzung Erfahrungen gesammelt werden müssen) schlagen wir vor, eine möglichst lange sanktionsfreie Zeit vorzusehen und diese auf mindestens 3 Jahre auszuweiten. Änderungsvorschläge: Satz 3: Der Vorschlag von DKG/LV/BÄK zur Streichung „im Jahr 2026 und 95% im Jahr 2027“ soll übernommen werden. Satz 4: Wir schlagen vor, dass der Satz wie foglt ergänzt wird: „für die Fachgebiete der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und für das Fachgebiet Psychosomatik erfolgt kein Vergütungswegfall für die Jahre 2027 und 2029“	DKG: Kenntnisnahme. Für Einrichtungen der Psychosomatik finden die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Abs. 1-7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten erst ab dem 01.01.2028 Anwendung. Gemäß § 13 Abs. 6 PPP-RL entscheidet der G-BA bis spätestens 31.10.2027 über weitergehende Sanktionsregelungen. GKV-SV: Der GKV-Spitzenverband nimmt den Hinweis auf Bedarf einer sanktionsfreien Einführungsphase der Mindestvorgaben in der Psychosomatik zur Kenntnis. PatV: Die Auffassung, es handele sich um „verfrühte“ Sanktionen teilt die PatV angesichts der bereits vorgenommenen Verschiebung der Sanktionen und ihrer deutlichen Absenkung bei den Erfüllungsgraden und Anforderungen gegenüber der Erstfassung der PPP-RL nicht.
13.14	DGPT	§ 15 Abs. 4 *neu* (Evaluation der Richtlinie)	DKG: 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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Wir befürworten die Tragenden Gründe ausgeführt durch die DKG. Die Evaluation der Folgen der Sanktionierung erscheint uns besonders wichtig vor dem Hinter-grund des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 10.04.2025. Gerade die Folgen von Ausfällen in kleineren Berufsgruppen scheinen für manche Kranken-häuser kaum aufzufangen zu sein und es ist zeitnah zu evaluieren, wie sich die sanktionsbewehrte Einführung der Mindestvorgaben für die Psych-Fachgebiete auswirkt. Änderungsvorschlag: Der Vorschlag für einen neuen Absatz 4 durch die DKG/PatV/LV soll übernommen werden.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Gemäß § 15 PPP-RL erfolgt bereits eine umfassende Evaluation. Themen sind die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, Zielerreichung, unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse. Damit werden auch die Auswirkungen der Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben abgedeckt. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
13.15	DGPT	§ 16 Abs. 1 und 2 (Übergangsregelungen) Wir folgen der Begründung durch die DKG/BÄK – die Folgen für die Versorgung von psychiatrisch und psychosomatisch erkrankten Menschen sollte mit aller Vorsicht und Behutsamkeit im Blick behalten werden! Änderungsvorschlag: Die Vorschläge der DKG/LV/BÄK (Mindestvorgaben müssen „ab 2031“ umgesetzt werden sowie die Übergangsfrist für den Umsetzungsgrad von 95% ab „2029“) sollen übernommen werden.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Siehe unter Nr. 13.13.
13.16	DGPT	§ 16 Abs. 6 *neu* (Übergangsregelungen)	DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Wir folgen den Ausführungen der DKG. Änderungsvorschlag: Eine Übernahme des Vorschlags zu einem neuen Absatz 6 soll nicht erfolgen, wie von der DKG/LV gefordert.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir verweisen dazu auf unsere Ausführungen unter Nr. 13.2.
13.17	DGPT	Anlage 1 (Minutenwerttabellen), Zu Nummer 1 und 2: Die Stärkung des therapeutischen Personals durch eine ausreichende personelle Ausstattung wie von der BPtK vorgeschlagen ist für uns nachzuvollziehen. Von der DKG wird auf eine mangelnde Datengrundlage hingewiesen – hier wäre unter Umständen weitere Forschung notwendig. Grundsätzlich ist aber davon auszugehen, dass in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken die Anzahl der Minutenwerte für Psycholog:innen unterrepräsentiert ist: Bis 2032 sind dort vielfach Psychotherapeut:innen in Ausbildung als Psycholog:innen angestellt. Diese wer-den jedoch großteils nicht in die Therapieeinheiten und OPS-Kodes einberechnet und sind deshalb in den Ist-Stand-Erhebungen nicht repräsentiert. Deshalb ist zu vermuten, dass auf diesen Erhebungen basierende Planungen nach dem Auslaufen des bisherigen Ausbildungssystems zu einer Unterschätzung der benötigten Minutenwerte für Psychologische Psychotherapeut:innen und Psychotherapeut:innen in Weiterbildung führen. Dies könnte eine Erhöhung der Minutenwerte im Bereich der Psychologen rechtfertigen.	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Eine Erhöhung der Mindestvorgaben einzelner Berufsgruppen erschwert den Ansatz eines bedarfsorientierten, alle Berufsgruppen gleichermaßen berücksichtigen Personaleinsatzes in den Einrichtungen. Ziel sollte eher die Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit in den Behandlungsteams sein, als singuläre Berufsgruppen herauszustellen. Dies sichert den Kliniken die Möglichkeit, ihr vorhandenes und notwendiges Personal individuell zu steuern. Die PPP-RL legt lediglich Mindestvorgaben fest. Darüberhinausgehende Bedarfe etwa in den Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten können von den Einrichtungen entsprechend eingesetzt werden. Wie die DGPT anführt, ist für eine Überarbeitung und Anpassung der Minutenwertvorgaben nachweisbare und umfassend belastbare Evidenz erforderlich. Dies liegt für die Minutenwertvorgaben der ärztlichen und der psychologisch-psychotherapeutischen Berufsgruppe in der Psychiatrie aktuell nicht vor. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die PatV hält Erhöhung der Minutenwerte gut begründet, nimmt aber die Hinweise

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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		<u>Änderungsvorschläge:</u> Im Bereich der Minutenwerte für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche sollen die Vorschläge der BPtK in Bezug auf die Minutenwerte übernommen werden. Eine Eins-zu-eins-Übernahme der P1-P7 aus der Psychosomatik in die Psychiatrie lehnen wir wie oben genannt ab. Die Einfügung des Behandlungsbereichs P5 mit dessen Minutenwerten wie von DKG/LV vorgeschlagen soll übernommen werden.	der Stellungnehmenden prüfend zur Kenntnis. Die Einführung der P-Bereiche in die A-Bereiche hält die PatV für erforderlich, vgl. Nr. 4.2. BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. BÄK: Diese Argumentation trägt nicht. Psychologinnen im Grundberuf zählen in der PPP-RL, sofern sie entsprechend vergütet werden und sind voll einsetzbar. Auch dann, wenn die Ausbildungs- und Prüfungsordnung vorgibt, dass selbständige psychotherapeutische Tätigkeiten nicht ausgeübt werden dürfen.
13.18	DGPT	<u>Anlage 2 (Eingruppierungskriterien)</u> Wie in § 3 ausgeführt, ist aus unserer Sicht eine Eins-zu-eins-Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche in die Psychiatrie keinen Sinn. Deshalb sollten die neuen Behandlungsbereiche A3 – A5 nicht übernommen werden. P1: Wir folgen dem Vorschlag von DKG/LV/BÄK und deren Begründung. Es soll weiterhin Regelbehandlung genannt werden (siehe oben); die vom GKV-SV vorgeschlagene Beschreibung lehnen wir ab. Speziell zu Abschnitt 2 und 3: Wir können der Argumentation der BÄK, den OPS-Kode 9-61 zu streichen, folgen.	DKG: Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir verweisen dazu auf unsere Ausführungen unter Nr. 13.2. PatV: Vgl. Nr. 13.17.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
13.19	DGPT	P3: Bisher konnte der OPS-Kode 9-62 für die Einstufung der bisher geltenden Behandlungsbereiche P2 und P4 gewählt werden. Dadurch ist es möglich, dass eine psychosomatische Abteilung durch einen Facharzt für Psychiatrie geleitet werden kann, was aus fachlichen Gründen schwer nachvollziehbar ist, da sich die Krankenhausplanung ja direkt auf die Fachbereiche bezieht und deshalb die entsprechenden Fachärzte vorzuhalten wären. Wie in der EPPIK-Studie deutlich wurde, unterscheiden sich die Behandlungen in der Psychiatrie und Psychosomatik grundlegend. Deshalb plädieren wir dafür, die OPS-Kodes 9-62 und 9-626 aus inhaltlichen und fachlichen Gründen zu streichen. Speziell zu Abschnitt 2: Wir folgen der Begründung der DKG/LV/BÄK in Bezug auf die OPS-Kodes.	DKG: Kenntnisnahme. Auch der OPS-Kode 9-62 kann in psychosomatischen Einrichtungen vergeben werden. Entfällt dieses Kriterium, wird die Behandlungs- und Kodierpraxis in den Einrichtungen nicht mehr vollständig abgebildet. Es muss jedoch weiterhin gewährleistet sein, dass Patienten/innen mit dem OPS-Kode 9-62 eine entsprechende Abbildung in den P-Bereichen der PPP-RL finden und zu einer Einstufung gemäß PPP-RL führen. Die Ergebnisse des EPPIK-Teilprojekts 2 legen eine organisatorisch wie personell diverse Versorgungslandschaft nahe. Der OPS-Kode 9-63 setzt einen Facharzt für psychosomatische Medizin voraus, der z. B. in Unikliniken oder psychosomatischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern nicht regelhaft vorhanden ist. Hier erscheint weniger die starre Voraussetzung der Facharztbezeichnung maßgebend, sondern die Abbildung der komplexen psychosomatischen Versorgungslandschaft. GKV-SV: Kenntnisnahme. BÄK: siehe hierzu auch Antwort auf DKPM. So sehr die Eigenständigkeit der Fachgebiete auch durch die Weiterbildungsordnung gestützt wird, so sehr muss auch anerkannt werden, dass Psychotherapie zur Psychiatrie dazugehört und dass in vielen psychiatrisch geleiteten psychosomatischen Abteilungen alle Qualitätsstandards erfüllt werden.
13.20	DGPT	P4: Zu Abschnitt 2: Wir folgen den Begründungen der BÄK, die	DKG: Kenntnisnahme. Aus dem EPPIK-Teilprojekt 2 ergeben sich keine Hinweise, die eine inhaltliche Engführung um den Zusatz „integriert“ nahelegen.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		die Vorschläge der psychosomatischen Verbände über-nommen hat. Dem Vorschlag des GKV-SV, „integriert“ zu schreiben, ist inhaltlich zu folgen.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.
13.21	DGPT	P5: Hier folgen wir den Ausführungen der BÄK und unterstüt-zen die Übernahme dieses Behandlungsbereichs.	DKG: Kenntnisnahme, siehe Ausführungen zu Nr. 13.19. GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir verweisen dazu auf unsere Ausfüh-rungen unter Nr. 13.2.
13.22	DGPT	P6: Zu Abschnitt 1: Wie in der Stellungnahme zu § 3 genannt, übernehmen wir den Vorschlag der DKG/LV/BÄK und leh-nen den Begriff der Basisbehandlung ab. Zu Abschnitt 2 und 3: Wir folgen der Formulierung der BÄK.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme, s. Ausführungen zu Nr. 13.3. GKV-SV: Kenntnisnahme.
13.23	DGPT	P7: Wir folgen der Begründung der DKG und BÄK	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme.
13.24	DGPT	<u>Änderungsvorschlag:</u> P1: Abschnitt 1: Vorschlag DKG/LV/BÄK „Psychosomatische-Psychotherapeutische Regelbehandlung“ soll übernom-men werden.	GKV-SV: Kenntnisnahme. In einem Psychotherapie-intensiven Set-ting ist zu erwarten, dass ein Patient mindestens drei ärztliche oder psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche erhält. Wird diese Therapiedosis unterschritten, ist aus Sicht des GKV-Spitzen-verbands die Bezeichnung „Regelbehandlung“ irreführend. Der von uns vorgeschlagene Begriff „Basisbehandlung“ impliziert dabei keine Minderwertigkeit des Settings, sondern das Therapie-Mini-mum, das als Basis erbracht werden sollte.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Abschnitte 2 und 3: Vorschläge der DKG/LV/BÄK sollen übernommen werden. Die Streichung des Kodes 9-61 wie von der BÄK vorgeschlagen soll übernommen werden.	DKG: Kenntnisnahme, siehe zu Nr. 13.18. GKV-SV: Kenntnisnahme. Für den Behandlungsbereich P1 ist es nicht erforderlich, OPS-Kodes zu hinterlegen, da diesem alle Patientinnen und Patienten zugewiesen werden, die keinem anderen Behandlungsbereich zugeordnet werden konnten. Dies bedeutet, dass alle Patientinnen und Patienten, die weniger als drei Therapieeinheiten pro Woche erhielten, dem Behandlungsbereich P1 zugeordnet werden, unabhängig davon, ob 9-607 Regelbehandlung oder 9-61 Intensivbehandlung kodiert wurde.
13.25	DGPT	P3: Die Kodes 9-62 und 9-626 sind zu streichen Vorschlag von DKG/LV/BÄK in Abschnitt 2 und 3 soll übernommen werden	DKG: Kenntnisnahme, siehe zu Nr. 13.19. GKV-SV: Kenntnisnahme.
13.26	DGPT	P4: Abschnitt 2 und 3: Die Vorschläge von GKV-SV/PatV und BÄK sollen übernommen werden.	DKG: Kenntnisnahme, siehe zu Nr. 13.20. GKV-SV: Kenntnisnahme.
13.27	DGPT	P5: Der Behandlungsbereich soll übernommen werden wie von der BÄK vorgeschlagen.	DKG: Kenntnisnahme, siehe zu Nr. 13.21. GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir verweisen dazu auf unsere Ausführungen unter Nr. 13.2.
13.28	DGPT	P6:	DKG: Kenntnisnahme, siehe zu Nr. 13.22.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Abschnitt 1: Der Vorschlag der DKG/LV/BÄK zur Benennung, „Psychosomatisch-Psychotherapeutische Regelbehandlung teilstationär“, soll übernommen werden. Abschnitte 2 und 3: Die Formulierungsvorschläge der BÄK sollen übernommen werden.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir verweisen dazu auf unsere Ausführungen unter Nr. 13.24.
13.29	DGPT	P7: Die OPS-Kodes 9-62 und 9-626 können gestrichen werden.	DKG: Kenntnisnahme, siehe zu Nr. 13.23. GKV-SV: Kenntnisnahme. BÄK: S.o. unter Nr. 6.19.
14	**Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP), 11.03.2026**		
14.1	DFPP	Allgemeine Anmerkung **Minutenwerte Pflege in den P-Gruppen:** Mit Staunen nimmt die DFPP die Vorschläge der drastischen Absenkung der Pflegeminuten bei P1 (von 476 auf 220 min) und bei P2 (von 509 auf 250 min) pro Patienten und Woche zur Kenntnis. Der DFPP ist unverständlich, wie mit diesen Minutenwerten welche Patienten behandelt werden sollen. Bei 220 oder 250 min kann auf einer 18-Betten-Station die Tagespräsenzzeit (7 x 14 Std.) nicht abgedeckt werden, d.h. Patienten wären mehrere Stunden am Tag ohne pflegerische Präsenz und somit ohne Versorgung auf der Station. Damit ist angemessene Sicherheit und Behandlung von krankenhausbehandlungsbedürftigen	GKV-SV: Kenntnisnahme. Mit der Änderung – der Übernahme der neuen Behandlungsbereiche der Psychosomatik auch in der Psychiatrie – werden die Minutenwerte in Abhängigkeit des Schweregrads der somatischen Erkrankung sowie nach Therapieintensität differenziert. Es finden sich deshalb insbesondere für die Pflege sowohl niedrigere als auch höhere Minutenwerte. Zudem sichern die bisherigen pflegerischen Mindestvorgaben der PPP-RL keine Personalausstattung je Schicht im Tagdienst, sondern definieren die einzuhaltenden Minutenwerte der Berufsgruppe der Pflege pro Patient und Woche. PatV: Die Minutenwerte der P-Bereich sind aus der EPPIK-Studie

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Patienten nicht möglich. Die DFPP geht davon aus, dass diesen Vorschlägen grobe Fehler zugrunde liegen und bitten um entsprechende Korrektur. Werte wie 583 Minuten für vollstationäre Patienten erlauben allenfalls eine 14/7-Präsenz, aber kaum therapeutische oder therapiefördernde Angebote oder Hilfen bei akuten Situationen und Krisen. Das Niveau bewegt sich dadurch in Richtung Rehabilitation, weit weg von Krankenhausbedürftigkeit. **Verabschiedung des Gesetzes zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung der Pflege (BEEP):** dieses Gesetz sieht die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegefachpersonen vor. Es unterstreicht die Notwendigkeit die pflegerischen Regelaufgaben zu erweitern, wie seit Jahren von der DFPP gefordert.	hergeleitet und beruhen auf Empfehlungen der DGPM aus dem Jahr 2025. Die EPPIK-Studie nimmt für sich in Anspruch, einen großen Teil der bestehenden Realität abzubilden. Aus diesem Grund wurde die Prüfung der EPPIK-Studien seitens des Innovationsausschusses dem G-BA empfohlen. Die PatV wird die Stellungnahme hinsichtlich der Pflegeminuten noch einmal prüfen. DKG: Wohlwollende Kenntnisnahme. Vielen Dank für den Hinweis und die Ausführungen zum BEEP. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Professionalisierung in der Pflege stellt sich die Frage nach der Kompetenzerweiterung im Rahmen der Abbildung in der PPP-RL. Gleichwohl muss betont werden, dass die Richtlinie Mindestvorgaben für die einzelnen Berufsgruppen festlegt und darüberhinausgehende Bedarfe entsprechend von den Einrichtungen erbracht werden können. Forderungen nach einer Anpassung in den Minutenwerten müssen insbesondere bei einer Erhöhung evidenzbasiert hergeleitet werden. Dies ist besonders im Kontext möglicher Sanktionen bei der Nichterfüllung von Mindestvorgaben von Relevanz. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Regelaufgaben in Anlage 4 werden vorliegend inhaltlich nicht geändert. Die vorgenommene Änderung für die Psychosomatik – die zusammenfassende Darstellung der Regelaufgaben der Spezialtherapeuten und Bewegungstherapeuten -– ist redaktioneller Art und erfolgt analog zur Zusammenlegung der

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Bedarf zur Aufnahme: **Genesungsbegleitung muss auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ermöglicht werden.** Sie ist in der KJP gleichermaßen wirksam wie in der Erwachsenenpsychiatrie und unterstützt Familien und Patienten durch individuelle, tragfähige Begleitung, fördert soziale Integration, Resilienz und Lebensqualität, reduziert Rückfälle und verlängert stationäre Abstinenz durch begleitete Alltagsstruktur, Therapiebeteiligung und ressourcenorientierte Unterstützung.	beiden Berufsgruppen in § 5 mit Beschluss gemäß 18. Juni 2025. PatV: Den Hinweis zu den Genesungsbegleitenden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nimmt die PatV dankend zur Kenntnis. Die PatV wird sich für eine spätere Überarbeitung der PPP-RL mit den Genesungsbegleitenden und auch deren Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ggf. auch in der Psychosomatik beschäftigen. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Regelungen zur Genesungsbegleitung werden vorliegend nicht geändert. Sie sind somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens. DKG: Kenntnisnahme. DPR: Dank und Zustimmung. Der Hinweis auf den Einsatz von Genesungsbeleiter*innen in der KJP sollt ein die weiteren Beratungen einbezogen werden, da es bereits erfolgreiche Erfahrungen damit gibt. BÄK: Zur Genesungsbegleitung in der KJPP (durch minderjährige Peers?) mangelt es noch an empirischer Evidenz, insbesondere außerhalb des Suchtbereiches, und an Aussagen dazu, wie eine pädagogische Qualifikation hergestellt und der Kinderschutz gewährleistet werden soll.
14.2	DFPP	Seite 5: § 3 (Behandlungsbereiche)	DPR: Dank und Zustimmung.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Die DFPP stimmt der Ausführung der **Eingruppierungsempfehlungen**: der DKG sowie im Verlauf der DKG/BÄK zu. Die vorgeschlagenen neuen Behandlungsbereiche A3, A4, A5 ergeben keinen Mehrwert in der Personalvorhaltung, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen. Die in **Anlage 1** für die vorgeschlagenen neuen Gruppen A3 - A5 vorgeschlagenen Minutenwerte sind so gering kalkuliert, dass eine sichere Patientenversorgung nicht gewährleistet werden kann. Wenn die Minutenwerte der Pflege so gering sind, dass nicht mehr als ein Concierge-Dienst übrigbleibt, muss man die Frage stellen, ob es sich noch um eine Krankenhausbehandlung nach §39 SGB V handelt. Hier ist formuliert: „Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versor-	DKG: Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Schon jetzt gibt es in der PPP-RL für die Psychiatrie den Behandlungsbereich „A7 psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“, der dem bisherigen Behandlungsbereich „P2 psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“ entspricht. Demnach ist es nur folgerichtig, wenn die neuen Behandlungsbereiche der Psychosomatik auch in der Psychiatrie übernommen werden und der Behandlungsbereich A7 dadurch ersetzt wird. Zudem werden sowohl in der Psychiatrie als auch in der Psychosomatik Menschen mit psychischen Erkrankungen behandelt, weshalb für beide Fachabteilungen die gleichen Vorgaben für eine psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung gelten sollten. Die Übernahme der psychosomatischen Behandlungsbereiche in die Psychiatrie verringert die bisher in Deutschland vorhandene formale Trennung dieser beiden Fachgebiete. Kenntnisnahme. Mit der Änderung – der Übernahme der neuen Behandlungsbereiche der Psychosomatik auch in der Psychiatrie – werden die Minutenwerte in Abhängigkeit des Schweregrads der somatischen Erkrankung sowie nach Therapieintensität differenziert. Es finden sich deshalb insbesondere für die Pflege sowohl niedrigere als auch höhere Minutenwerte. DKG: Kenntnisnahme. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Pro-

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		gungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; […].“ Es geht also im personellen Bereich um die insbesondere ärztliche Behandlung und Krankenpflege.	fessionalisierung in der Pflege und der damit einhergehenden steigenden Kompetenz, um z. B. im Rahmen der PPP-RL Regelaufgaben anderer Berufsgruppen zu übernehmen, ist eine Erhöhung oder Verringerung in den Minutenwerten, sorgfältig abzuwägen. Anpassungen in den Mindestvorgaben der PPP-RL müssen insbesondere bei einer Erhöhung evidenzbasiert hergeleitet werden. Dies ist besonders im Kontext möglicher Sanktionen bei der Nichterfüllung von Mindestvorgaben von Relevanz. Gleichwohl ist zu betonen, dass die Richtlinie Mindestvorgaben für die einzelnen Berufsgruppen festlegt und darüberhinausgehende Bedarfe entsprechend von den Einrichtungen erbracht werden können. PatV: Die Minutenwerte der P-Bereich sind aus der EPPIK-Studie hergeleitet und beruhen auf Empfehlungen der DGPM aus dem Jahr 2025. Die EPPK-Studie nimmt für sich in Anspruch, einen großen Teil der bestehenden Realität abzubilden. Aus diesem Grund wurde die Prüfung der EPPIK-Studien seitens des Innovationsausschusses dem G-BA empfohlen. Die PatV hält die spiegelbildliche Anwendung der P-Bereiche in den A-Bereichen für erforderlich und gut begründet.
		Die DFPP lehnt die Vorgabe der therapeutischen Leistungserbringung von mindestens 6 Therapieeinheiten über alle Berufsgruppen hinweg ab, mit Bezugnahme auf den OPS-Kode 9-634. Änderungsvorschlag:	DKG: Kenntnisnahme. Die Vorgabe nach 6 Therapieeinheiten über alle Berufsgruppen hinweg ist Teil der auf den Ergebnissen des EPPIK-Teilprojekts 2 basierenden Anpassungsvorschlägen zur Differenzierung der psychosomatischen Behandlungsbereiche. Explizite Vorgaben, welche Berufsgruppe wie viele Therapieeinheiten dabei zu erbringen hat, gibt es nicht.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Die Gruppierungen A3, A4, A5 streichen bzw. nicht aufnehmen.	
14.3	DFPP	<u>Seite 6: Behandlungsbereiche</u> <u>Plus zugehörige Minutenwerte (Anlage 1)</u> P1, P2, P3 teilstationär → Die drastische Reduzierung der Pflege-Minuten in den P-Gruppen, insbesondere bei P1 (von 476 auf 220 Minuten) und P2 (von 509 auf 250 Minuten) pro Patient und Woche, ist qualitativ unverständlich. Mit diesen Minutenwerten kann auf einer 18-Betten-Station die notwendige Präsenzzeit nicht abgedeckt werden, sodass Patienten mehrere Stunden täglich ohne pflegerischen Bezug bzw. Betreuung wären. Dies gefährdet die Sicherheit und Versorgung der Patienten und macht eine adäquate Behandlung unmöglich. Wir gehen davon aus, dass diesen Vorschlägen Fehler zugrunde liegen, und bitten um Korrektur. Werte wie 583 Minuten für vollstationäre Patienten bieten lediglich eine minimale Präsenz und erlauben keine therapeutischen oder akuten Interventionen – das Niveau entspricht eher der Rehabilitation als einer adäquaten Krankenhausversorgung. P3 (neu vollstationär) 614 Minuten → (sofern Behandlungsbereich bestehen bleibt) Anpassung auf A1 856 Minuten P4 (neu vollstationär) 583 Minuten → (sofern Behandlungsbereich bestehen bleibt) Anpassung auf A1 856 Minuten	DKG: Kenntnisnahme. Die PPP-RL legt Mindestvorgaben in der Personalausstattung der einzelnen Berufsgruppen fest. Etwaige darüberhinausgehende Bedarfe, weil es z. B. therapeutische Konzepte oder kürzere Liegezeiten anzeigen, können von den Einrichtungen entsprechend erbracht und erbracht werden. Eine Erhöhung oder Verringerung in den Minutenwerten der PPP-RL-Berufsgruppen ist hingegen sorgfältig abzuwägen und sollten evident begründet werden können. Die Anpassung der Minutenvorgaben in den psychosomatischen Behandlungsbereichen fußt auf den Ergebnissen des EPPIK-Teilprojekts 2 und erscheinen nach Maßgabe der Darlegungen nachvollziehbar. Eine weitere Anpassung dieser ohne neuere Evidenz ist zum aktuellen Zeitpunkt abzulehnen. GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir verweisen auf unsere Ausführungen unter Nr. 14.1. PatV: Die Minutenwerte der P-Bereich sind aus der EPPIK-Studie hergeleitet und beruhen auf Empfehlungen der DGPM aus dem Jahr 2025. Die EPPK-Studie nimmt für sich in Anspruch, einen großen Teil der bestehenden Realität abzubilden. Aus diesem Grund wurde die Prüfung der EPPIK-Studien seitens des Innovationsausschusses dem G-BA empfohlen. Der G-BA hat sich darüber auch in einem Fachge-

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		P5 (DKG/LV) 677 Minuten → (sofern Behandlungsbereich bestehen bleibt) Anpassung auf A1 856 Minuten P6 (teilstationär) 200 Minuten → (sofern Behandlungsbereich bestehen bleibt) Anpassung auf A6 329 Minuten P7 (teilstationär) 250 Minuten → (sofern Behandlungsbereich bestehen bleibt) Anpassung auf A6 329 Minuten Änderungsvorschlag: P3 (neu vollstationär) 614 Minuten → **Anpassung auf A1 856 Minuten** P7 (teilstationär) 250 Minuten → **Anpassung auf A6** 329 Minuten Die DFPP fordert eine Anpassung der Minutenwerte an die tatsächlichen Bedarfe der Patienten, insbesondere eine Erhöhung für P3 und P7, um die Qualität und Sicherheit der Versorgung zu gewährleisten. Die DFPP sieht bezüglich der Bedarfe der Patienten hinsichtlich psychosomatischer pflegerischer Arbeit keine Mengenunterschiede zur psychiatrischen pflegerischen Arbeit in der Allgemeinpsychiatrie. Die Differenzierung der erforderlichen Minutenwerte zur Mindestpersonalausstattung entspricht nicht dem Versorgungsauftrag.	spräch mit Vertretenden aus allen Berufsgruppen aus der Psychosomatik auseinandergesetzt. DPR: Dank und Zustimmung, die Werte aus der EPPIK-Studie gebender nur den IST-Stand der untersuchten Klinik darstellt, keine Berechnung von Mindestmengen. Ausgehend davon, dass die stationäre psychosomatische Behandlung von schwerer erkrankten Menschen ausgeht, die eine 24 Std. Pflege benötigen, ist die Analogie zur Psychiatrie nachvollziehbar.
14.4	DFPP	Seite 8: § 6 (Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung)	DKG: Dank und Kenntnisnahme.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Die DFPP stimmt der Ausführung der **Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung**: der DKG zu: ➔ **Eingruppierungsempfehlungen (3)** ➔ **(4) in allen Behandlungsbereichen zusammen**	GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Beibehaltung der bisherigen Korridorregelung ermöglicht eine für die Patientensicherheit ausreichende Personalausstattung auch bei kurzfristigen Belegungsschwankungen. Durch die vorgeschlagene Änderung würde die Berechnungslogik substanziell umgestellt, von der differenzierten Erfassung der Behandlungstage der einzelnen Behandlungsbereiche hin zu einer Erfassung der Behandlungstage über **alle Behandlungsbereiche zusammen**. Im Ergebnis würde sich z. B. eine erhebliche Zunahme an Patientinnen und Patienten mit intensivem Behandlungsbedarf nicht mehr auf die Personalausstattung auswirken. Der Vorschlag wird deshalb abgelehnt. DPR: Dank und Zustimmung.
14.5	DFPP	Seite 11: § 8 (Anrechnung von Berufsgruppen) Die DFPP lehnt eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppe b, d und f ab. Die Berufsgruppe c verfügt über keine pflegerischen Kompetenzen im Sinne der Vorbehaltsaufgaben hinsichtlich Pflegeprozessgestaltung. Hingegen kann die Berufsgruppe b Kompetenzen der Berufsgruppe c über Weiterbildungsformate qualifiziert erwerben. Die DFPP sieht eine Gefährdung der Patient:innen, wenn angenommen wird, das komplexe psychiatrische/psychosomatische Pflege von Berufsgruppen ohne Kompetenz und Qualifikation übernommen und ausgeübt wird.	DKG: Kenntnisnahme. Der Berufsgruppe der Psychologen/Psychotherapeuten 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 Psychologen/Psychotherapeuten können so weiterhin berücksichtigt werden. Zudem beinhalten die Regelaufgaben der Pflegefachkräfte in Anlage 4 PPP-RL nicht ausschließlich Vorbehaltsaufgaben der Pflege, sondern eine Reihe allgemeiner und übergeordneter Aufgaben, die von verschiedenen Berufsgrup-

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		Eine weitere Verlängerung der Übergangsfrist zur Anrechnung der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f über den 30. Juni 2026 hinaus, lehnt die DFPP aus den oben genannten Gründen ab. <u>Änderungsvorschlag:</u> Eine anteilige Anrechnung von Berufsgruppe b auf die Berufsgruppen c und d ist möglich, bezogen auf definierte therapeutische Aufgaben und nachweisbar absolvierte Qualifikationen.	pen erbracht werden können. Die gegenseitige Anrechnung von Berufsgruppen unter dieser Voraussetzung ist ein wichtiges Element der PPP-RL. Durch diese Möglichkeit profitiert auch das Pflegepersonal, das von gewissen Aufgaben entlastet werden kann. GKV-SV: Kenntnisnahme. Der GKV-SV spricht sich für eine Verlängerung der Befristungsregelung für die Anrechnung der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d und f aus, allerdings nur für ein Jahr bis zum 31.12.2027. So soll den Krankenhäusern durch die damit entstehende Flexibilisierung noch etwas mehr Zeit zur Erfüllung der Mindestvorgaben gegeben werden. PatV: Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen. BPtK: Hauptgrund für die Erweiterung der Anrechnungsmöglichkeiten der Berufsgruppe c) auf b), d) und f) waren die aus der Psych-PV übernommenen Minutenwerte der Pflege und Spezialtherapeuten für die Psychosomatik. Diese hat aufgrund anderer Behandlungskonzepte als in der Psychiatrie andere Bedarfe in den verschiedenen Berufsgruppen. Die erweiterten Anrechnungsmöglichkeiten ermöglichten der Psychosomatik ihren Professionsmix aufrecht zu erhalten, bis auf der Basis der EPPIK-Studie eine datenbasierte Anpassung der Minutenwerte für die Berufsgruppen erfolgen kann. Diese Anpassung wird in der Überarbeitung der Behandlungsbereiche für die Psychosomatik ab dem EJ 2027 vorgenommen, so dass die erweiterten Anrechnungsmöglichkeiten nicht noch weiter verlängert

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			werden müssen. Der sehr allgemeinen Aussage, dass die Berufsgruppe b) Kompetenzen von Psychotherapeut*innen durch Weiterbildungen erwerben können, stimmen wir nicht zu. Psychotherapeut*innen erwerben ihre Kompetenzen nach einem fünfjährigen Universitäts-Studium und anschließender Aus- bzw. künftig Weiterbildung. Ihre Approbation und Fachkunde qualifiziert sie für die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen bzw. die Erstellung des Behandlungsplans und zum Treffen von Therapieentscheidungen. Die Übernahme bestimmter co-therapeutischer Interventionen durch entsprechend weiterqualifiziertes Pflegepersonal im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans, bei dem die die Diagnostik und Verantwortung für die Behandlung der psychischen Erkrankung bei einer Psychotherapeutin liegt, ist jedoch möglich. DPR: Grundsätzliche Zustimmung, aber die Verlängerung der Frist wird benötigt, um die Entwicklungen des BEEP aufzunehmen.
14.6	DFPP	Seite 12: § 9 Abs. 3 *(neu)* (Weitere Qualitätsmerkmale) Die DFPP lehnt den Vorschlag der BPtK und PatV ab, 50 min Einzelpsychotherapie pro Woche in der EP und 100 min in der KJP als Qualitätsmerkmal festzulegen. Die richtigen Zeitpunkte und Häufigkeiten/Dauern von Einzelpsychotherapie müssen einzelfallbezogen und indikationsgeleitet im interprofessionell abgestimmten Behandlungsplan festgelegt werden, wie alle anderen Behandlungsangebote auch.	DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme und vgl. Nr. 11.4. BPtK: Die in § 9 formulierte Qualitätsempfehlung von mind. 50 Minten Einzelpsychotherapie pro Woche bezieht sich auf das in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der Richtlinie formulierte Ziel von insgesamt 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche und Patient

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			in allen Behandlungsbereichen. Wie in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-Richtlinie ausgeführt, können die 50 Minuten auch auf mehrere und dafür kürzere Einheiten aufgeteilt werden. Inwieweit dieses Ziel erreicht wird, soll über das Qualitätsziel transparent gemacht werden. Der BPtK ist bewusst, dass insbesondere bei Patienten aus den Intensivbehandlungsbereichen auch kürzere psychotherapeutische Gespräche erbracht werden, die nicht über Routinedaten erfasst werden können. Bei der Interpretation der Daten aus den Intensivbehandlungsbereichen muss dies deshalb berücksichtigt werden. DPR: Dank und Zustimmung.
14.7	DFPP	Seite 13: § 10 (Ausnahmetatbestand) Die DFPP blickt kritisch auf die alten wie neuen Formulierungen der Ausnahmetatbestände hinsichtlich realer Machbarkeit sowie gleichbleibender qualitativer Versorgungssicherstellung. Änderungsvorschlag: Die DFPP schlägt vor, keine verbindlichen Prozentsätze festzuhalten. Alternativ sollten die Prozentsätze bereits bei niederschwelligen Vorkommnissen greifen um Belastungssituationen vorzubeugen. Im Sinne einer Vorhaltung „Schwankungsreserve“, schlägt die DFPP eine Personalmehrvorhaltung vor, welche Belastungssituationen und somit Versorgungsschwankungen	DKG: Kenntnisnahme. Die kritische Sicht der DFPP auf die Umsetzungserschwernisse in der Praxis ist zu begrüßen. Auf eine fehlende Passung bzw. komplizierte Geltendmachung der Ausnahmetatbestände haben z. B. das IQTIG in seinen Quartalsberichten als auch das IGES Institut im ersten Evaluationsbericht zur PPP-RL hingewiesen. Vielen Dank für die Hinweise bzgl. möglicher Anpassungen der Vorschläge. Ein Bezug der Prozentsätze zum Kalenderjahr widerspricht der aktuellen Richtlinienkonzeption, da Ausnahmetatbestände zur temporären Abweichung der quartalsbezogenen Mindestvorgaben geltend gemacht werden können. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die PPP-RL bietet inzwischen viel Flexibili-

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
		und Sanktionen vorbeugt. Retroperspektiv angepasst auf Ausnahmetatbestände der letzten 12-18 Monate. Darüber hinaus schlägt die DFPP vor: Die Prozentsätze zur Erfüllung auf das Kalenderjahr zu beziehen. Dadurch sind die Abweichungsmöglichkeiten flexibel und eine bedarfsgerechte Steuerung wird ermöglicht.	tät durch Anrechnungen, Ausnahmetatbestände und weniger Dokumentation. Zudem ermöglichen die vorhandenen Ausnahmetatbestände bereits ausreichend Spielraum. Damit diese Flexibilität jedoch nicht beliebig wird, dürfen vorhandene Ausnahmetatbestände nicht zu „Regeltatbeständen“ verändert werden. Eine weitere Öffnung ist im Sinne der Qualitätssicherung nicht angemessen. Die Vorschläge werden deshalb abgelehnt. PatV/DPR: Dank und Kenntnisnahme.
14.8	DFPP	Seite 11: § 8 Abs. 5 Die DFPP unterstützt den Vorschlag des GKV-SV/BPtK.	DKG: Kenntnisnahme. Die Anrechnung von nicht in § 5 genannten Fach- und Hilfskräften ist ein wichtiger Aspekt der PPP-RL. Erst dies ermöglicht einen bedarfsorientierten Personaleinsatz entsprechend der Behandlungskonzepte der Einrichtungen, die die diverse Versorgungslandschaft auszeichnet. Wie u. a. das IGES Institut im ersten Evaluationsbericht zur PPP-RL darlegt, wird dieser Einsatz massiv durch die kleinteilige Nachweisführung und den Problemen bei der Anerkennung durch den Medizinischen Dienst beschränkt. Dies hatte der G-BA erkannt und die Nachweiserbringung der Qualifikationsanfordernisse gestrichen, zumal Krankenhäuser aufgrund haftungsrechtlicher Konsequenzen ohnehin auf eine ausreichende Qualifikation des von ihnen eingesetzten Personals achten. Davon profitieren die Einrichtungen erheblich, wohingegen nicht nachgewiesen kann, dass durch einen fehlenden Nachweis die Versorgungsqualität der Patienten/innen schlechter wird. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisa-tion	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
			PatV: Die PatV hat zur Prüfung der Qualifikation noch keine Positionierung und nimmt die Stellungnahme zur Kenntnis. DPR: Grundsätzlich Zustimmung, wenn fachliche Qualifikation beschreiben werden kann (ist nicht für alle pflegerischen Regelaufgaben sinnvoll).
14.9	DFPP	Seite 11: § 8 Abs. 7 Aus Qualitätssicherungsaspekten und Anerkennung der realen Bedingungen vor Ort unterstützt die DFPP den Vorschlag der DKG/LV/BÄK eine Befristung bis zum 31.12.2027 vorzunehmen und gleichwohl unterstützt die DFPP den Vorschlag des GKV-SV/PatV/BÄK die Bezugsgröße auf das VKS-Mind der Mindestvorgabe für den Nachtdienst für das gesamte Quartal zu beziehen.	DKG/GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme. DPR: Dank und Zustimmung.
14.10	DFPP	Seite 20: § 15 (Evaluation der Richtlinie) Die DFPP stimmt unter (3) formulierten Vorschlag der DKG/PatV/LV zu. Änderungsvorschlag: Eine Beauftragung zur Evaluation der Richtlinie zum 31.12.2028 sollte unter Einbezug des BEEP bereits zum 31.12.2027 erfolgen oder es sollte aufgenommen werden, dass jeweils aktuelle Ausformulierung des BEEP in Entgeltverhandlungen Berücksichtigung finden müssen.	DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. Gemäß § 15 PPP-RL erfolgt bereits eine umfassende Evaluation. Themen sind die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, Zielerreichung, unerwünschte Auswirkungen und Umsetzungshindernisse. Damit werden auch die Auswirkungen der Folgen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben abgedeckt. DPR: Dank und Zustimmung.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellung-nehmende Organisa-tion**	**Inhalt der Stellungnahme**	**Auswertung der Stellungnahmen** *Empfehlung der AG an den Unterausschuss*
14.11	DFPP	**Literaturverzeichnis** Literatur hinsichtlich **Steigende krankheitsbedingte Ausfälle – insbesondere durch psychische Belastungen** **Personalverfügbarkeit und strukturelle Schwankungen** https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/57370/data/0114eed547a91f626b09d8265310d1e5/dak-psychreport-ergebnis-praesentation.pdf Psychische Fehlzeiten im Unternehmen: Ursachen, Zahlen, Lösungsansätze - Impulse DAK-Psychreport 2024: Fehlzeiten durch Depressionen | Sozialwesen | Haufe Fehlzeiten bei Pflegekräften in Mecklenburg-Vorpommern auf hohem Niveau | Die Techniker - Presse & Politik Psychreport 2025: Pflegekräfte fehlen oft psychisch bedingt https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/18bf2a18f74fba26064758d22df722cebf476223/20230628_Positionspapier_PPP-RL_Langversion_web.pdf Fluktuationsrate für Pflegepersonal in Deutschland (2025) Fachkräftemangel Krankenhaus 2025: Ursachen & Maßnahmen	DKG: Kenntnisnahme. GKV-SV/DPR: Dank und Kenntnisnahme.

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 11. Februar 2026 eingeladen bzw. im Unterausschuss QS angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen
Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	5. März 2026 / ja	nein
Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	9. März 2026 / ja	ja
Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	11. März 2026 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	11. März 2026 / ja	ja
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	11. März 2026 / ja	ja
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	11. März 2026 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	20. April 2026 / ja	ja
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	11. März 2026 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	11. März 2026 / ja	ja
Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	11. März 2026 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)	11. März 2026 / 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 Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)	11. März 2026 / ja	ja

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss QS in seiner Sitzung am **6. Mai 2026** durchgeführt und die Auswertung in seiner Sitzung am **3. Juni 2026** fortgesetzt.

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellungnehmende Organisation**	**Inhalt der mündlichen Stellungnahme**	**Auswertung der Anhörung** *Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum*
1.	Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	*siehe Wortprotokoll*	GKV-SV: In der Anhörung stellte die BKD fest, dass es zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen sowohl bei den Diagnosen der behandelten Patientinnen und Patienten als auch in ihrer Behandlung keine substanziellen Unterschiede gebe, die große Personalunterschiede rechtfertigen würden. Es gebe nur psychische Erkrankungen. Deshalb werden nicht nur in den neuen Behandlungsbereichen P2 und P3, sondern auch in den neuen Behandlungsbereichen P4 und P5 sowohl der OPS-Kode 9-62 als auch 9-63 zugelassen, die entsprechenden Änderungen erfolgen in Anlage 2. DKG: In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
2.	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	*siehe Wortprotokoll*	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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellungnehmende Organisation**	**Inhalt der mündlichen Stellungnahme**	**Auswertung der Anhörung** *Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum*
3.	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	*siehe Wortprotokoll*	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4.	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)	*siehe Wortprotokoll*	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5.	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	*siehe Wortprotokoll*	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
6.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	*siehe Wortprotokoll*	Bereits in der schriftlichen Stellungnahme regte die DGKJP an, Korrekturen in den Altersgrenzen für die Zuordnung in die Behandlungsbereiche der KJP vorzunehmen (vgl. oben unter Nr. I.9.15). Der seitens des Unterausschusses daraus abgeleitete und in der Anhörung vorgetragene Änderungsvorschlag wurde als geeignet angesehen, dementsprechend werden Änderungen in Anlage 2 vorgenommen.
7.	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	*siehe Wortprotokoll*	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
8.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	*siehe Wortprotokoll*	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
9.	Aktion psychisch Kranke e.V. (APK)	*siehe Wortprotokoll*	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
10.	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)	*siehe Wortprotokoll*	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

Lfd. Zeilen-Nr.	**Stellungnehmende Organisation**	**Inhalt der mündlichen Stellungnahme**	**Auswertung der Anhörung** *Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum*
11.	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)	*siehe Wortprotokoll*	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Anlage 6 der Tragenden Gründe

Gemeinsamer Bundesausschuss

Wortprotokoll

einer Anhörung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): Änderung der Richtlinie zum Erfassungsjahr 2027

Vom 6. Mai 2026

Vorsitzende:	Frau Maag
Beginn:	14:35 Uhr
Ende:	15:54 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)
Herr Prof. Dr.

Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)
Frau Prof. Dr.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)
Herr Prof. Dr.
Herr Prof. Dr.

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)
Frau Prof. Dr.
Herr Dr.

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)
Herr

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugend-psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)
Herr Prof. Dr.

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)
Frau

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
Frau Dr.

Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)
Herr

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT)
Frau

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)
Herr Prof. Dr.
Frau

Beginn der Anhörung: 14:35 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Meine Damen und Herren von den Organisationen, die Sie mit Ihrem Sachverstand heute für die Anhörung zur Verfügung stehen, Sie wissen schon, was passiert, nämlich, dass das Ganze hier aufgezeichnet wird.

Ich will Ihnen zunächst einige organisatorische Hinweise geben: Wir starten in der Reihenfolge des Eingangs Ihrer Stellungnahmen. Wenn ich Sie aufrufe, dann bitte ich Sie darum, das Mikro zu verwenden, den Namen der Institution, die Sie vertreten, und Ihren eigenen Namen vorab zu benennen. Das ist wichtig für unser stenografisches Protokoll, das von der Anhörung erstellt werden soll, das wird auch später im Internet veröffentlicht.

Sie dürfen davon ausgehen, dass wir Ihre schriftlichen Stellungnahmen alle gelesen haben, dass vor allen Dingen auch dazu schon Beratungen in der Arbeitsgruppe stattgefunden haben. Sinn und Zweck der Anhörung ist jetzt, dass Sie Gelegenheit erhalten, zu akzentuieren, das, was Ihnen wichtig ist, noch einmal zu benennen, womöglich bedarf es auch einer Ergänzung in Ihren Stellungnahmen. Das ist für Sie jetzt das Relevante. Für uns bietet es die Möglichkeit zur gezielten Nachfrage.

Für Ihre ergänzenden Stellungnahmen haben wir jeweils drei Minuten vorgesehen. Da wird eine Sanduhr eingeblendet, die Ihnen beim Zeitmanagement helfen soll. Da wir insgesamt elf Organisationen haben, die anzuhören sind, würde ich nach der fünften, das ist bei mir die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, eine kurze Pause machen, um auch uns die Gelegenheit zu geben, das Gehörte dann auch noch mal mit Fragen zu untermauern. Sie dürften dann, so Sie sich in dieser ersten Gruppe wiederfinden, auch verabschieden. Wir wären Ihnen aber dankbar, wenn Sie bis zum Schluss, bis zum Ende der Anhörung bleiben könnten, womöglich ergibt sich dann aus den Stellungnahmen der nachfolgenden Organisationen noch mal die eine oder andere Rückfrage.

Das war die Vorrede. Wir haben erfahren, dass der Deutsche Verband Ergotherapie abgesagt hat. Deswegen ist als Erste die Bundesdirektorenkonferenz an der Reihe, und es hat sich Herr Prof. (BDK) gemeldet. Herr Prof. (BDK), Sie haben das Wort.

Herr Prof. (BDK): Vielen Dank erst einmal für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Die Bundesdirektorenkonferenz begrüßt ausdrücklich, dass die PPP-RL derzeit wieder umfassend diskutiert wird und auch weiterentwickelt werden kann. Ziel ist es, die fachlich und sachlich angemessene Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherzustellen, insbesondere vor dem jetzt kürzlich auch vom Kabinett beschlossenen Beitragsstabilisierungsgesetz.

Ich möchte auf zwei Punkte besonders eingehen, erstens: die Neuordnung der Behandlungsbereiche. Für die Neuordnung der Behandlungsbereiche halten wir die vorgesehene doch starke Aufgliederung in zahlreiche Kategorien für schon sehr und zu stark detailliert und damit auch nicht sinnvoll. Allein der Aspekt der Entbürokratisierung wird ja schon dagegensprechen.

Wir sprechen uns dabei weiterhin für eine einheitliche Struktur der allgemeinpsychiatrischen und psychosomatischen Behandlungsbereiche aus, denn es gibt halt nur psychische Erkrankungen, keine strikt getrennten psychiatrischen oder psychosomatischen. Ein mittelgradig depressiver Patient kann in der psychosomatischen Klinik oder in der

psychiatrischen Klinik behandelt werden. Die Depression bleibt die Depression, weder psychiatrisch noch psychosomatisch.

Zu begrüßen ist in diesen Behandlungsbereichen sicherlich der diskutierte Anstieg der Behandlungsminuten für psychotherapeutisch ärztliche Berufsgruppen. Das entspricht einer aktuellen bedarfs- und sachgerechten Behandlung. Allerdings: Die zum Teil deutliche Reduktion der Pflegeminuten, insbesondere in den Kategorien P1, P2 und dann abnehmend bis P5 und/bzw. der A3 bis A5 ist für uns nicht nachvollziehbar. Gerade vor dem Hintergrund des Qualitätsanspruchs der PPP-RL wirft dies Fragen nach der Sicherheit unserer Patientinnen und Patienten auf.

Es entsteht auch so ein bisschen der Eindruck, dass Patientinnen und Patienten, die in der P1 und P2 behandelt werden, doch vielleicht eine teilstationäre oder gar ambulante Behandlungsindikation haben. Dann wäre eine regionale Tagesklinik sicherlich ressourcenschonender oder bedarfsgerechter zur Behandlung.

Zweitens: Vor dem Hintergrund des Beitragsstabilisierungsgesetzes und der damit verbundenen Budgetgrenzen hätte die Umsetzung der Sanktionen - oder die fortgesetzte Umsetzung - gravierende Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft. Wir halten es daher für notwendig, die Sanktionen entweder auszusetzen oder zumindest auf dem aktuellen Niveau von 90 % zu belassen. Das steigende Sanktionsniveau erhöht damit nämlich das Risiko des unkontrollierten Abbaus von stationären Versorgungsangeboten, insbesondere in ländlichen Regionen. Ein Sanktionsniveau von 100 % bei gleichzeitig maximal 100 % Vergütung, wie es in den vielen Budgetverhandlungen Realität ist, kann einfach nicht funktionieren, vor allem dann nicht, wenn auch die Tarifsteigerungen im Beitragsstabilisierungsgesetz nicht ausreichend refinanziert werden. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Prof. (BDK). Bleiben Sie bitte noch bei uns. – Als Nächster ist die Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e. V., die WFKT, an der Reihe. Es hat sich Frau Prof. (WFKT) angemeldet. Sie haben das Wort, Frau Prof. (WFKT).

Frau Prof. (WFKT): Vielen Dank, dass wir an der Anhörung teilnehmen können. Ich vertrete die Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien, die ganz besonders ein Augenmerk darauf legt und sich als Aufgabe gegeben hat, die Entwicklung der künstlerischen Therapien, inklusive Musik, Tanz, Bewegung, Theatertherapie, Musiktherapie, zu vertreten. Und daher, ganz besonders auch in der Achtsamkeit, sind wir von Anfang an bei der PPP-Richtlinie mit vertreten.

Für uns möchte ich ganz besonders neben der schriftlichen Stellungnahme zwei Punkte wiederholen und ausdrücklich hervorheben. Das bezieht sich einmal ganz besonders darauf, dass wir eine wichtige Aufgabe darin sehen, dass die Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten nicht subsummiert oder summiert werden mit anderen Spezialtherapien, weil wir es für notwendig halten, zum Beispiel in den Spezialtherapien die Ergotherapie, und unersetzlich, auch den Stand von Studien, aber auch der Praxis zu berücksichtigen. Dazu gehören die Zielorientierung, Wirksamkeitsbelege, Wirkfaktoren, die unmittelbar vorliegen. Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten differenziert zu nennen ist für uns eine wesentliche Aufgabe auch zur Qualitätssicherung für die Patientinnen und Patienten und sie nicht auch mit Logotherapeutinnen und Logotherapeuten, die andere Medien und Mittel verwenden, gleichzusetzen.

Der zweite Punkt, der für uns damit unmittelbar wichtig ist, den wir schon an einigen Stellen hervorgehoben haben – und das heute auch noch einmal tun möchten –, ist die klare

Berücksichtigung der Regelaufgaben von künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten, sie ist am Tätigkeitsprofil und auch an der Kompetenz ausgerichtet. Die künstlerischen Therapien haben Bachelor- und Masterstudiengänge, auch Promotionen vorliegen. Von daher ist für uns die Beschreibung der Regelaufgaben, des Tätigkeitsprofils unersetzbar notwendig, das auch anzupassen, entsprechend, wie sie interdisziplinär, multimodal eingesetzt werden, weil wir da nicht nur die Notwendigkeit für die Entwicklung, sondern auch eine bessere und notwendigerweise Versorgung der Patienten sehen – und das sowohl im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie, aber auch ganz besonders im Bereich Psychosomatik, im Bereich der besseren, wie die Ergebnisse aktuell zeigen, auch die bessere Versorgung von Kindern und Jugendlichen im psychiatrischen Bereich, wo wir nachweislich unersetzbare Wirkungsmöglichkeiten einbringen können. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Frau Prof. (WFKT). – Und es folgt die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, die DGPM. Es haben sich angemeldet Herr Prof. (DGPM) und Herr Prof. (DGPM). Wem darf ich das Wort geben?

Herr Prof. (DGPM): Ich würde das Statement abgeben. – Sehr geehrte Frau Vorsitzende des Unterausschusses! Sehr geehrte Mitglieder des Unterausschusses! Wir begrüßen es sehr, dass der Unterausschuss Qualitätssicherung den Vorschlägen der psychosomatischen Fachgesellschaften zu neuen Behandlungsbereichen und zur Neufestlegung von Mindestvorgaben weitgehend folgen konnte.

Die Vorschläge sind abgeleitet aus einer groß angelegten Iststandserhebung auf Stationen in psychosomatischen Kliniken und Abteilungen, die ausschließlich unter der Leitung eines Facharztes für psychosomatische Medizin und Psychotherapie standen.

Eine Spiegelung der Behandlungsbereiche, die A-Kategorien der Psychiatrie, lehnen wir aus den nachfolgenden Gründen ab: Es war keine einzige psychiatrische Klinik in die Iststandserhebung einbezogen. Daher liegt keine Evidenz vor für die Spiegelung der P-Behandlungsbereiche in die A-Kategorie der Psychiatrie, was auch erklärt, warum Herr (BDK) die Bereiche als nicht passend empfindet.

Ferner wird die Spiegelung auch von der DGPPN und der Bundesärztekammer als nicht sachgerecht angesehen.

Es ist auch noch mal wichtig, dass wir nicht nur über Diagnose sprechen. Wenn ich ein Prostatakarzinom habe, dann kann ich das sowohl mit Strahlentherapie behandeln als auch durch eine Operation: die gleiche Diagnose, aber es kommt auf die Behandlung an und die Behandlungen sind unterschiedlich.

Die Personalmindestvorgaben der PSM definieren Behandlungsprogramme und können daher nicht auf ein anderes Fachgebiet mit anderen Behandlungszielen, Methoden und qualifizierenden Facharztkompetenzen übertragen werden. Diese Forderungen des GKV würden zu einer Qualitätsrichtlinie ohne Qualität führen.

Des Weiteren zeigen die Quartalsberichte des IQTIG aus 2025, dass vernachlässigbare 2,7 bzw. 1,1 % der Behandlungstage auf psychosomatische Leistungen entfallen. Die Daten bestätigen, dass bereits die bisherigen psychosomatischen Behandlungen oder Behandlungsbereiche A7 und A8 der Arbeitsweise der Psychiatrie nicht entsprechen und daher kaum angesteuert werden, und das ist auch für die neuen Behandlungsbereiche zu erwarten.

Zusammenfassend vermuten wir, dass die Empfehlung zur Spiegelung der P-Behandlungsbereiche in die A-Kategorie in erster Linie auf strukturpolitischen Interessen

des GKV-SV beruht und nicht mit dem Ziel der Qualitätssicherung der PPL in Einklang gebracht werden kann.

Zum Behandlungsbereich P5 für körperlich und psychisch sehr schwer Erkrankte: Die Streichung des Behandlungsbereichs P5, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, wird aus folgenden Gründen abgelehnt: In der P5 sind die ärztlichen und pflegerischen Behandlungsminuten gegenüber der P4 um etwa 16 % erhöht. Trotz eines ähnlichen Gesamtpersonals zwischen P4 und P5 zeigt sich doch ein erheblicher, unterschiedlicher Personalmix. In dieser Unterscheidung spiegelt sich der höhere, integrierte Therapieaufwand von Patienten, die neben einer somatischen Behandlung auch einer intensivierten psychotherapeutischen Behandlung bedürfen. Würde man den Behandlungsbereich P5 streichen, würden für die Versorgung schwerstkranker Patienten auf jeden Fall zu geringe ärztliche und pflegerische Vorgaben resultieren. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Prof. (DGPM). – Es folgt das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin, die DKPM. Frau Prof. (DKPM) und Herr Dr. (DKPM) haben sich angemeldet. Wem darf ich das Wort erteilen?

Frau Prof. (DKPM): Mein Name ist (DKPM). Ich vertrete das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin. Vielen Dank auch von mir für die Möglichkeit zur ergänzenden mündlichen Stellungnahme hier und heute.

Zunächst möchte auch ich Stellung zum Vorschlag der Spiegelung der P-Behandlungsbereiche in die A-Kategorien der Psychiatrie beziehen. Wie wir auch schon schriftlich dargelegt haben, entstand ja, wie Herr (DGPM) gerade dargelegt hat, der Vorschlag der neuen P-Kategorien aus der Iststandserhebung des psychosomatischen Teilprojekts der EPPIK-Studie, die Herr (DGPM) und ich zusammen verantwortet haben.

Und aus Sicht des DKPM besteht der wesentliche und erhebliche Vorteil des neuen PPP-RL-Modells wirklich darin, dass die nun vorgeschlagenen neuen Behandlungsbereiche auf Basis einer empirischen Erhebung realer Versorgungsdaten in psychosomatischen Kliniken beruhen.

Eine große Stärke ist, dass durch die Einbeziehung der unterschiedlichen Kliniktypen – von psychosomatischen Fachkliniken über Universitätsabteilungen und Krankenhausabteilungen – eben tatsächlich die Versorgungsrealität der psychosomatischen Kliniken in Deutschland abgebildet ist. Das war und ist uns ein zentrales Anliegen für eine qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Weiterentwicklung der PPP-RL. Deswegen freuen wir uns sehr, dass der Unterausschuss Qualitätssicherung den Vorschlägen auch weitgehend gefolgt ist.

Auf die psychiatrischen Kliniken trifft der Anspruch dieser qualitätsgesicherten empirischen Fundierung für die neuen P-Kategorien aber nicht zu, eben weil in der EPPIK-Erhebung keine einzige psychiatrische Behandlung in die Erhebung eingeflossen ist, sodass nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese neuen Behandlungsbereiche dem tatsächlichen Behandlungsangebot in der Psychiatrie entsprechen. Und eben die zitierten Befunde des IQTIG aus 2025 zu extrem geringen Behandlungstagen in den Kategorien A7 und A8 der Psychiatrie stützen ja auch das Angebot, dass die psychosomatischen Behandlungsklassen in der Psychiatrie kaum benutzt werden und daher vermutlich dort auch nicht bedarfsgerecht sind. Daher lehnen wir die Spiegelung ab.

Als zweiten Punkt möchte ich gern auf die Notwendigkeit des Facharztstandards eingehen. Auch der ergibt sich aus der EPPIK-Studie, in die ja nur Behandlungen eingegangen sind, die von einem Facharzt oder einer Fachärztin für Psychosomatische Medizin geleitet wurden.

Durch die Unterschiedlichkeit der Behandlungsbereiche ergibt sich, dass eine spezifische Qualifikation gefordert ist. Daher empfehlen wir klar, dass die neuen Behandlungsbereiche P3, P4, P5 und P7 an die Leitung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin für Psychosomatische Medizin gebunden sind.

Zuletzt möchte ich zur Übergangsregelung Stellung nehmen: Wir denken, dass wir kürzere Zeiten als die früheren Übergangsregelungen brauchen. Da aber doch die Vorschläge jetzt auf dem Median der tatsächlichen Versorgungsrealität entwickelt wurden, gibt es einzelne Kliniken, die den derzeitigen Standard, den vorgeschlagenen Standard noch nicht erfüllen, sodass wir davon ausgehen, dass mit einer Übergangszeit von 3 Jahren ohne Sanktionen die Gewinnung des notwendigen Personals auch für alle Kliniktypen möglich sein wird. – Ich danke Ihnen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Frau Prof. (DKPM). – Als Letzte in dieser ersten Runde rufe ich auf die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, Herr (ver.di) hat sich gemeldet.

Herr (ver.di): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Mitglieder des Unterausschusses! Auch ich möchte mich für die Möglichkeit zur Stellungnahme bedanken.

Die Weiterentwicklung der PPP-RL, wie sie in § 1 Abs. 3 festgelegt ist, ist aus Sicht von ver.di eine zentrale Voraussetzung, um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen und zugleich dem bestehenden Fachkräftemangel in der stationären psychiatrischen Versorgung zu begegnen. Eine aktuelle ver.di-Erhebung zur Umsetzung der PPP-RL in psychiatrischen Einrichtungen mit über 1.900 Betten auf rund 90 Stationen zeigt weiterhin erhebliche Defizite bei der Personalausstattung. Im Mittel der letzten Jahre lag der Umsetzungsgrad bei Pflegefachpersonen bei lediglich rund 72 %.

Gleichzeitig wird deutlich, dass rechnerische Erfüllungsgrade der Richtlinie teilweise nur durch Verschiebungen zwischen Berufsgruppen erreicht werden. Dies weist auf ein strukturelles Problem der Richtlinie hin, da Unterbesetzungen in zentralen Versorgungsbereichen insbesondere in der Pflege durch Übererfüllungen in anderen Bereichen kompensiert werden können.

Darüber hinaus führen die anhaltende Kombination aus hoher Arbeitsbelastung, personeller Unterbesetzung sowie kurzfristigen Änderungen von Dienst- und Einsatzplänen zu erheblichen Belastungen für Beschäftigte aller beteiligten Berufsgruppen und Tätigkeitsbereiche. Diese Faktoren tragen maßgeblich dazu bei, dass es schwierig ist, ausreichend Auszubildende und neue Fachkräfte zu gewinnen und qualifiziertes Personal langfristig im System zu halten.

Aus Sicht von ver.di ist es unumgänglich, einerseits Korrekturen zu betroffenen oder zur Disposition stehenden Richtlinienänderungen vorzunehmen, die sich nicht in ihrer gegenwärtigen Form zulasten der Beschäftigten auswirken. Das betrifft vorrangig den erforderlichen Erhalt des monatlichen Stationsbezugs, die kritisch zu bewertende Streichung von Stichproben zur Einhaltung von Personalvorgaben sowie das wiederkehrende Thema verlängerte Übergangsfristen für die Mindestvorgaben, das den verbindlichen Charakter der Richtlinien in ihrer Gesamtheit schmälert.

Vor allem braucht es aber auch eine grundlegende Überarbeitung der Definition der Regelaufgaben gemäß Anlagen 1 und 4, da diese die steigende Komplexität des Versorgungsgeschehens und die damit verbundenen erhöhten Anforderungen an das Pflegefachpersonal mittlerweile nicht mehr zeitgemäß abbilden.

Zudem gilt, dass die derzeitigen Minutenwerte in vielen Bereichen nicht ausreichen, um eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen. Eine evidenzbasierte Anpassung der Minutenwerte sollte daher nicht allein auf den aktuellen Ist-Daten beruhen, sondern sich an den fachlichen Anforderungen einer qualitativ hochwertigen Versorgung orientieren.

Vor diesem Hintergrund erachtet es ver.di als dringend erforderlich, die PPP-RL grundlegend zu überarbeiten, um sie auf dem Weg hin zu einer bedarfsgerechten Personalbemessung wirksam zu halten. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (ver.di). – Ich mache jetzt hier eine Pause und schaue in die Runde. Gibt es Fragen? – Die DKG.

DKG: Danke schön. Ich hätte zuerst eine Frage an Herrn (DGPM) von der DGPM. Wir würden Sie noch mal bitten, in aller Kürze auszuführen, weshalb die aktuellen Mindestvorgaben, so wie sie in der PPP-RL sind, für eine qualitativ hochwertige psychosomatische Versorgung unzureichend sind und deshalb eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche angezeigt ist. Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke. – Herr Prof. (DGPM).

Herr Prof. (DGPM): Ganz herzlichen Dank für die Frage. Der Behandlungsbereich P2, der zu Beginn eingeführt wurde, basierte auf theoretisch entwickelten Zahlen, die so in der Versorgungspraxis überhaupt nicht überprüft und bestätigt waren. Und vor dem Hintergrund war es wichtig, jetzt eine empirische Datenbasis zur Personalausstattung psychosomatischer Einrichtungen in Deutschland zu schaffen. Das haben wir in einer groß angelegten Studie sehr sorgfältig durchgeführt, auch mit Studienvisiten vor Ort in den einzelnen Kliniken, und haben dann basierend auf der therapeutischen Leistung der Therapieeinheiten als auch dem somatisch-medizinischen Aufwand dann eine Differenzierung in die Behandlungsbereiche vorgenommen und haben dann auch unterschiedliche Mindestvorgaben für diese einzelnen Behandlungsbereiche nachweisen können.

Vor diesem Hintergrund halten wir die empirische Datenbasis, die uns hier zur Verfügung steht, als das Bestverfügbare, was wir im Moment haben, um da dann evidenzbasiert Mindestvorgaben für die PPP-RL abzuleiten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Es folgt der GKV-Spitzenverband.

GKV-SV: Danke schön. Ich habe zwei Fragen an Herrn (ver.di) von ver.di. Die erste Frage ist: In § 6 ist eine Änderung vorgesehen, die zur Folge hat, dass die Verteilung der Berechnungsgrundlage über alle Behandlungsbereiche erfolgen soll. Da möchte ich Sie bitten, diesen Vorschlag zu bewerten.

Die zweite Frage bezieht sich auf Änderungen bei den Ausnahmetatbeständen in § 10, also außerhalb der psychosomatischen Änderungen. Da soll der Ausnahmetatbestand krankheitsbedingte Personalausfälle unter anderem auf alle allgemeinen Personalausfälle erweitert werden. Da möchte ich Sie bitten, auch diese Vorschläge im Bereich der Ausnahmetatbestände zu bewerten. Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Herr (ver.di), Sie haben das Wort.

Herr (ver.di): Vielen Dank. Das werde ich sehr gern tun.

Zunächst zu § 6 Abs. 4, zur Korridorregelung: Die Verteilung der Berechnungsgrundlage, wie sie über alle Behandlungsbereiche vorgeschlagen ist, ist aus Sicht von Verdi abzulehnen, da so die Mindestpersonalausstattung in den einzelnen Behandlungsbereichen regelhaft

unterschritten werden kann, wenn diese an anderer Stelle ausgeglichen werden kann. Das kann zu einer kontinuierlichen Überlastung des Personals in den betroffenen Behandlungsbereichen führen – bzw. da die als gegeben anzunehmen ist, diese noch verstärken, da für eine bedarfsgerechte Ausstattung mit dem für die jeweiligen Behandlungstage einzusetzenden Fachpersonal auch eine fallgenaue Erfassung in den einzelnen Bereichen erforderlich ist.

Werden die Bereiche nicht mehr gesondert betrachtet, werden weder Unwuchten in spezifischen Bereichen, die zulasten des Personals gehen, adäquat erfasst noch wird ein zielgerichtetes Gegensteuern begründet.

In der Folge stünde die Sicherstellung der Versorgungsqualität in den einzelnen Bereichen zur Disposition, wenn nur noch eine kumulierte Erfassung ausschlaggebend sein soll. Eine stationsgenau erfasste Berechnungsgrundlage kann demgegenüber sicherstellen, dass auch eine dem aus den spezifischen Behandlungstagen abgeleiteten Bedarf entsprechende Personalausstattung in allen Behandlungsbereichen zur Anwendung kommt.

Zu § 10, zu den Ausnahmetatbeständen: Es ist ja so, dass die Vorschläge in ihrer Gesamtheit hier darauf abzielen, das für die Erklärung von Ausnahmetatbeständen erforderliche Niveau abzusenken und diese somit leichter in Kraft treten zu lassen. Mit dem Änderungsvorschlag in § 10 Abs. 1 werden Aufweichungen verbindlicher Mindestvorgaben angestrebt, wenn das Kriterium der Krankheitsbedingtheit zugunsten eines nichtkriteriengebundenen Ausnahmetatbestandes geöffnet würde. Es ist insofern abzulehnen, als dass für vorübergehende Ausnahmen von Mindestvorgaben Sachgründe gelten, zu denen Krankheitsbedingtheit als eng gefasstes Kriterium hinzuzurechnen ist.

Das Gleiche gilt auch für die Nichtnachbesetzung von offenen Stellen. Es rechtfertigt auch keinen Ausnahmetatbestand oder die Herabsetzung von Personalausfällen auf nur 10 %, ist ebenfalls nicht sachgerecht. Personalplanung muss so ausgestaltet sein, dass Ausfälle durch Krankheit bis zu einem bestimmten Maß durch entsprechende Maßnahmen des Personalmanagements abzufedern sind.

Und zuletzt ist auch die Streichung des Begriffs „gravierend“ unter Abs. 3 hier kritisch hinzuzurechnen und abzulehnen, da dies zu einer beliebigeren Nutzung des Ausnahmetatbestandes führen könnte. Ebenso ist die Folgeanpassung in Abs. 2 aus den oben genannten Gründen abzulehnen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (ver.di). – Es folgt der GKV-Spitzenverband.

GKV-SV: Ich habe eine Frage an Prof. (BDK) von der Bundesdirektorenkonferenz: Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass Sie grundsätzlich Differenzen zwischen den psychiatrischen und den psychosomatischen Bereichen als nicht zielführend sehen, da es sich bei beiden Behandlungsbereichen um die voll- und teilstationäre Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen handelt.

Können Sie das bitte noch einmal näher erläutern? Und welche Gemeinsamkeiten und welche Unterschiede sehen Sie zwischen den psychiatrischen und den psychosomatischen Bereichen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Herr Prof. (BDK).

Herr Prof. (BDK): Wie schon angeklungen, haben wir einen sehr hohen Überschneidungsbereich an Diagnosen in der Behandlung, sowohl im stationären als auch im teilstationären Bereich. Die Hauptdiagnose in psychosomatischen Kliniken sind die affektiven Störungen, allen voran die depressiven Erkrankungen. Das kennen wir aus den

allgemeinpsychiatrischen Bereichen, aus unseren psychotherapeutisch orientierten Stationen. Die Herangehensweise ist eine ähnliche. Wir behandeln psychotherapeutisch, psychopharmakologisch und mit noch additiven biologischen Therapieverfahren und ergänzenden Therapieverfahren. Das ist in der Psychosomatik relativ ähnlich.

Natürlich gibt es einige wenige Erkrankungsbilder, die tatsächlich schwerpunktmäßig in der Psychosomatik behandelt werden, aber das ist von der Diagnosenstatistik ein kleiner Anteil. Dadurch, dass sich die Methodik sowie die Patientinnen und Patienten relativ ähneln, sehen wir aus Sicht der Bundesdirektorenkonferenz keine substanziellen Unterschiede, um verschiedene Behandlungsbereiche abzugrenzen, die einen solchen deutlichen Personalunterschied beinhalten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Die DKG noch einmal.

DKG: Ich habe zwei Fragen, eine an die DGPM, noch mal an Herrn (DGPM), und dann noch eine an die Bundesdirektorenkonferenz, ich würde mit Herrn (BDK) anfangen.

Sie hatten in Ihrer mündlichen Stellungnahme kurz den Behandlungsbereich P5 angesprochen und dargelegt, weshalb der Vorschlag so aussieht, wie er eingebracht wurde. Wir würden Sie bitten, noch einmal aus Ihrer fachlichen Sicht darzulegen, welche vulnerablen bzw. besonderen Patientengruppen denn gegebenenfalls unter- oder gar nicht mehr versorgt würden, wenn dieser Behandlungsbereich P5 dann nicht so kommt. Danke schön.

Herr Prof. (DGPM): Ganz herzlichen Dank für die Frage.

Wenn wir uns die Unterschiede zwischen P4 und P5 anschauen, dann haben wir bei einer 18-Betten-Station etwa eine Pflegekraft mehr und eine halbe Arztstelle mehr. Und diese zusätzlichen ärztlichen und pflegerischen Minuten brauchen wir dringend, um schwer körperlich und psychisch erkrankte Patienten besser behandeln zu können.

Besonders vulnerable Gruppen sind Patienten, die einen erhöhten somatomedizinischen Aufwand haben, pflegerischen Aufwand haben, aber auch Patienten mit zum Beispiel Essstörungen, die sondiert werden müssen über eine Duodenalsonde ernährt werden, regelmäßig beobachtet und begleitet werden müssen, eine Essbegleitung erhalten. Das sind erhöhte Aufwendungen, die ich nur mit einem entsprechenden zusätzlichen Behandlungsbereich wie der P5 sinnvoll abbilden kann. Man muss ganz ehrlich sagen, selbst da sind die Minutenwerte, vor allem in der Pflege, noch eher niedrig, aber wir wissen eben, dass es sich ja auch hier um Mindestvorgaben handelt und das jetzt in dem Behandlungsbereich auch so höher nicht abbildbar gewesen wäre.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Es folgt als Fragestellende die Bundespsychotherapeutenkammer.

BPtK: Vielen Dank. Ich habe eine Frage an ver.di. Sie sprechen sich in Ihrer Stellungnahme ausdrücklich gegen weitere Verlängerungen von Übergangsregelungen in der PPP-Richtlinie aus. Dem entgegnen Kliniken häufig - vorhin haben wir es ja auch von der Bundesdirektorenkonferenz gehört -, dass das zu Schwierigkeiten bei den Kliniken führt, die Mindestvorgaben einzuhalten, auch bei jetzt scharf gestellten Sanktionen, und dass das zu einem unkontrollierten Abbau von Versorgungsangeboten führen könnte.

Was entgegnen Sie diesem Einwand? Sehen Sie das genauso, oder haben Sie da eine andere Einschätzung?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Herr (ver.di).

Herr (ver.di): Vielen Dank für die Frage. Es ist ja so, dass wir seit mehreren Jahren ein fortgeschriebenes Aussetzen von Sanktionsmechanismen, wie sie eigentlich vorgesehen bzw. angedacht sind, im Rahmen der PPP-RL sehen, sodass allenfalls perspektivisch von einer Stärkung der Verbindlichkeit bei der Umsetzung der Vorgaben der PPP-RL auszugehen ist. Und im Umkehrschluss heißt das einfach, dass Kliniken konnten – und weiterhin auch können –, den Mindestcharakter der Richtlinie immer wieder gezielt unterlaufen, so wie Sie es vorhin – .

Mit dem in § 16 vorgeschlagenen Verschieben der verbindlichen Wirkung der Mindestvorgaben jetzt auf den 1. Januar 2031 soll in diesem seit Jahren fortgeschriebenen Trend bedauerlicherweise erneut Vorschub geleistet werden. Das kritisieren wir als ver.di ganz ausdrücklich, denn Leidtragende dieser Praxis sind primär die Beschäftigten in der Pflege in den der PPP-RL unterliegenden Einrichtungen. Sie gilt, dass aufgrund der bisher fehlenden Sanktionsbewährtheit der Richtlinie keine Aussicht darauf besteht, dieser Praxis wirksam einen Riegel vorzuschieben. Aus Sicht von ver.di ist es ein konstruiertes Argument, wenn jetzt behauptet wird, dass Versorgungseinschränkungen oder Einschränkungen in der Versorgungsqualität aufgrund einer vermeintlichen Nichterfüllbarkeit der Mindestvorgaben drohen würden.

Dass Sanktionen in Aussicht gestellt sind und die Vorgaben der Richtlinie perspektivisch einzuhalten sind, ist bekannt. Entsprechend galt auch für diejenigen Kliniken, die eine Nichterfüllbarkeit skizzieren, ein mehrjähriger Zeitraum zur Erreichung der Vorgaben der Mindestpersonalbemessung.

Sanktionen müssen aus Sicht von ver.di künftig so gestaltbar sein, dass sie bei fortgesetzter Nichteinhaltung in erster Linie die Beschäftigten auf den Stationen und Bereichen, die die Vorgaben unterlaufen, gut schützen, neben diesen mit vorübergehenden Leistungseinschränkungen bis hin zu befristeten Stilllegungen sanktioniert werden.

Die Versorgungsqualität wird mithin überall dort gestärkt, wo genügend Personal für eine leitliniengerechte Versorgung vorhanden ist. Umgekehrt kann ein wiederholtes Nichtscharfstellen von Sanktionen nicht als Ausweis irgendeiner Form von Sicherung von Versorgungsqualität dienen, da die Einhaltung der Mindestvorgaben eben nicht sanktionsbewehrt gesichert ist, insofern eher zu befürchten ist, dass sich dies in kontinuierliche Be- und Überlastung des Fachpersonals und somit in Risiken für die Wahrung der Versorgungsqualität übersetzt. Wirksame Sanktionen sind ein Mittel, um die Versorgungsqualität und den verbindlichen Charakter der Richtlinie zu stärken. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Die Patientenvertretung.

PatV: Vielen Dank. Ich habe eine Frage an Herrn Prof. (BDK) von der Bundesdirektorenkonferenz: Sie haben in Ihrer Stellungnahme den Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer auf Erhöhung der ärztlichen und psychotherapeutischen Minuten fachlich gestützt. Aber Sie haben gesagt, der Begründung schließen Sie sich nicht an.

Meine Frage an Sie wäre: Welche andere Evidenz für die Erhöhung dieser ärztlichen und psychotherapeutischen Minuten gibt es denn nach Ihrer Auffassung?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Herr Prof. (BDK).

Herr Prof. (BDK): Der Vorschlag war ja eine Erhöhung der Therapieeinheiten für die ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsgruppen. Und wir sehen ganz häufig Patientinnen und Patienten in unseren Kliniken, die davon profitieren können, insbesondere die schwer erkrankten, bei denen wir nicht pauschal sagen können „wir erhöhen die Therapieeinheiten pro Woche um 1 oder 2 oder 3“, sondern bei denen das deutlich flexibler zu handhaben ist. Entweder, weil nur kürzere Phasen, aber dafür häufiger an therapeutischem Input gegeben

werden kann, beispielsweise so in 10 Minuten, 15 Minuten therapeutischen Inputs für zum Beispiel schwer erkrankte schizophrene Patienten.

Oder wir sehen auch, dass sich im Verlauf der therapeutische Input entwickelt, also dass am Anfang, in einer schwerkranken Phase, eher kleinere Einheiten sinnvoll sind, die wir nicht pauschal abbilden können, und dann in der zweiten Hälfte, im letzten Drittel des stationären Aufenthaltes, der therapeutische Input sich deutlich verstärkt entlang der Genesung und der besseren Psychotherapiefähigkeit der Patientinnen und Patienten, insbesondere die längere Zeit bei uns in den stationären Aufenthalten verweilen.

Dementsprechend ist eine zu starke Rasterung und sind zu starke Reglementierungen da nicht wirklich sinnvoll, sondern eher dann das Vorhalten der entsprechenden Minuten, so wie wir das in der Minutenwerttabelle haben, der zielführendere für die Erhöhung des therapeutischen Inputs für unsere Patientinnen und Patienten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Prof. (BDK). – Ich habe jetzt noch den GKV-SV und die Bundespsychotherapeutenkammer auf der Liste. Ich würde vorschlagen – die DKG auch noch –, dass wir dann auch die weiteren Beteiligten anhören, sonst wird es vielleicht ein bisschen knapp mit den Fragen für die zweite Gruppe. – Der GKV-SV.

GKV-SV: Ja, ich habe noch eine Frage an Prof. (DGPM), DGPM: Aus unserer Sicht ist es notwendig, dass auch die neuen Behandlungsbereiche aufwandsarm aus den Routinedaten abgeleitet werden. Wie ist der Stand, die erhöhte Therapieintensität im OPS abzubilden?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Prof. (DGPM).

Herr Prof. (DGPM): Vielen Dank für die Frage. Wir haben in dem Zusammenhang ja jetzt mit unserer schriftlichen Stellungnahme auch einen Vorschlag für einen OPS-Code eingereicht, mit dem dann auch die beiden neuen Behandlungsbereiche, also P3 und P5, dann so kodiert werden können, dass sie dann auch in die Struktur der PPP-RL passen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Die Bundespsychotherapeutenkammer.

BPtK: Ich wollte nur noch einen ganz kurzen Kommentar zu den Ausführungen von Herrn (BDK) ergänzen: Die vorgeschlagene Erhöhung der Minutenwerte für Ärzte und Psychotherapeuten gemeinsam mit der Patientenvertretung sagt ja erst mal nichts darüber aus, wie diese Minuten appliziert werden – oder in welchen Einheiten die appliziert werden; das dazu. Da können durchaus auch kürzere Einheiten erbracht werden, wenn mehr Personal dafür da ist aus den entsprechenden Berufsgruppen.

Und das andere ist – das wird jetzt so ein bisschen vermischt mit den Qualitätsempfehlungen, die wir gegeben haben – die Erfassung von Therapien über Routinedaten. Und wir können uns durchaus vorstellen, dass man die Qualitätsempfehlung auch dahingehend anpassen würde, dass man zum Beispiel diese schwerkranken infusionspflichtigen Patienten herausnehmen würde.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Wir sind in der Anhörung und nicht in der Diskussion dessen, was nachher in der Richtlinie stehen soll. Also Meinungsäußerungen dazu bitte im Anschluss oder in der weiteren Diskussion, aber nicht in der Anhörung. – Die DKG.

DKG: Danke schön. Noch eine kurze Frage an Herrn (BDK), und zwar betrifft das den Vorschlag in § 8 Abs. 5, wonach eine Anrechnung von PPP-RL-fremdem Personal ja zukünftig nur noch gestattet sein sollte, wenn eine erforderliche fachliche Qualifikation nachgewiesen werden kann. Da würden wir Sie noch mal bitten auszuführen – Sie hatten das in Ihrer schriftlichen

Stellungnahme auch adressiert und entschieden abgelehnt –, was für Aufwände und Hürden das für die Krankenhäuser bedeutet.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Herr Prof. (BDK), bitte.

Herr Prof. (BDK): Die Nachweispflichten für Qualifikationen halten wir für eben nicht zielführend, weil wir letztendlich bei den Berufsgruppen, die ohnehin in der PPP-RL sind – sind die Berufsausbildungen nachgewiesen und weitere detaillierte Nachweise sind eigentlich da nicht weiter notwendig.

Und bei den anrechenbaren Berufsgruppen: Die sind ja ohnehin nur in einer Quote anrechenbar, das heißt nur in einem relativ geringen Anteil. Und natürlich bin ich jetzt, wenn ich in der Klinikleitung bin – kann ich nur die Tätigkeiten an diese Berufsgruppen weiterdelegieren, wenn die auch wirklich umgesetzt werden können. Vielleicht ein Beispiel: So etwas wie eine Entspannungstherapie nach Jacobson ist etwas, was relativ leicht erlernbar ist. Das können Physiotherapeuten ausführen. Das müssen Ärzte auf dem Weg zur Facharztprüfung absolvieren, aber das kann auch eine MFA erlernen und unter Supervision sozusagen in ihr normales Portfolio mit aufnehmen.

Ein Qualifikationsnachweis dafür, wie soll der aussehen? Müssen wir dann für jede Therapiegruppe einen speziellen Qualifikationsnachweis haben? Ich fürchte bei so einer Einführung einen sehr hohen bürokratischen Aufwand und eine doch hohe Diskussionszeit mit dem Medizinischen Dienst im Rahmen der Strukturprüfungen, die nicht dazu beiträgt, dass die Qualität der Behandlungen wirklich gesteigert wird.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Ich würde jetzt gern mit den noch nicht angehörten Organisationen fortfahren. Ich darf Ihnen anbieten, dass Sie sich natürlich jetzt verabschieden können, die Sie schon angehört wurden, aber freue mich, wenn Sie bei uns bleiben. Vielleicht ergibt sich aus den folgenden Stellungnahmen auch für Sie noch eine Frage.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V., die DGKJP, ist nun an der Reihe. Es hat sich Herr Prof. (DGKJP) angemeldet. Herr Prof. (DGKJP), Sie haben das Wort.

Herr Prof. (DGKJP): Ganz herzlichen Dank. Frau Vorsitzende des Unterausschusses, liebe Damen und Herren, ich beschränke mich in meiner Stellungnahme auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Und es gilt natürlich alles, was wir ansonsten Ihnen auch schon dargelegt haben.

Aber ich will noch einmal ein bisschen – vieles ist ja gesagt worden – fokussieren. Wir haben das erste Jahr, wo eigentlich die sogenannten Sanktionen scharf gestellt worden sind. Und wir haben jetzt Weiterentwicklungen zum Teil vorgeschlagen bekommen, die wieder einen Bürokratieaufbau machen, die wieder in etwas hineingehen, wo wir gerade mal gucken müssen: Wie wird es denn im Felde erfüllt und was sind die Folgen von ggf. Sanktionen bis hin zu Leistungseinschränkungen?

An der Stelle ist unser großer Drang, wenn wir gleichzeitig immer sagen, die Kinder und Jugendlichen haben einen erhöhten Behandlungsbedarf in Deutschland und es gibt diesbezüglich so eine hohe Belastung, jetzt nicht ein System noch mal an der Stelle zu destabilisieren, indem man jetzt, ohne dass man die Ergebnisse einfach auch mal dessen hat, was man im letzten Jahr geändert hat, schon wieder sehr viele Neuregelungen macht. Wir haben immer begrüßt, dass wir gewisse Flexibilisierungen haben, was die Berufsgruppen angeht. Das ist auch bei uns von besonderer Bedeutung, weil wir kleinere Einheiten haben, weil wir dezentrale – das sage ich fast auch jedes Jahr – oder meine Kolleginnen – wenn wir

dezentrale Tageskliniken haben, wo es dann zum Beispiel eben nicht so ist, dass wir jede Berufsgruppe darin haben. Und das abbilden zu können, das begrüßen wir. Und deswegen haben wir immer auch die Flexibilisierung begrüßt.

Ich gehe an der Stelle vielleicht auch noch mal auf den Punkt der vorgeschlagenen Minuten pro Woche Psychotherapie ein. Man muss jetzt einmal sagen: Das geht ja von einem Konzept aus, als wären Kliniken etwas wie eine Richtlinienpsychotherapie in einem anderen Haus sozusagen, wo ein Bett drinsteht. Und somit – das ist ja nicht die Wirkung von kinder- und jugendpsychiatrischer sowie psychotherapeutischer Behandlung bzw. die Wirkelemente allein. Natürlich brauchen Patientinnen und Patienten Einzelgespräche und all das. Und die Auswertungen, die mal vorgestellt wurden, zeigen ja auch, dass die in der Kinderpsychiatrie gar nicht so schlecht erfüllt werden. Aber es wirkt ja vieles andere, die Milieutherapie, die Gruppentherapie. Gerade bei vielen Störungsbildern wissen wir, dass das viel wichtiger ist bei Kindern und Jugendlichen. Insofern sehen wir da in diesem Vorschlag nur einen Aufwuchs wieder von Bürokratie, eine scheinbare Qualität, die keine Evidenz hat, weil es nicht belegt ist, dass 100 Minuten nun besser sind als 99 oder 105 Minuten. Also deswegen müssen wir das an der Stelle einfach tatsächlich ablehnen, wenngleich wir die Gedanken auch natürlich nachvollziehen können und daraus sich auch die Erhöhung der Minutenwerte dann für diese zwei Berufsgruppen zum Teil ergibt. Aber eben da würden wir noch appellieren: abwarten, was jetzt momentan erst mal rauskommt bei den Sanktionen. – Ich danke Ihnen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Wir danken Ihnen, Herr Prof. (DGKJP). – Und es folgt die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft, Frau (DMtG) ist nun an der Reihe.

Frau (DMtG): Danke schön. Ich habe, ich glaube, über 20 Jahre lang als Leitung von Fachtherapien in psychiatrischen Kliniken gearbeitet und werde mich deshalb sozusagen auch ein bisschen grenzüberschreitend äußern.

Ich kann mich Frau (WFKT) anschließen. Wir würden sehr gern in der Richtlinie unsere Berufsbezeichnungen lesen und nicht eine Überschrift, in der das dann gar nicht mehr vorkommt. Zumal: Wenn Sie bei der Ergotherapie schauen, die ja dazu auch einen offenen Brief verfasst hat, kommt ja Ihre Berufsbezeichnung nun in der Richtlinie überhaupt gar nicht mehr vor. Früher stand das in der Psych-PV als Überschrift: „Ergotherapie“. Die Überschrift wurde jetzt geändert in „Spezialtherapien“, und nun kommt unten drunter zwar „Musiktherapie“ vor, aber die Ergotherapie gar nicht mehr. Das sind alles so Sachen, wo wir den Eindruck haben, da sind die kleineren Berufsgruppen irgendwie nicht so richtig gründlich bearbeitet worden.

Und ich bitte Sie mir nachzusehen, wenn ich das jetzt hier in der Kürze der Zeit so grob formuliere und zuspitze: Da sind einfach auch jetzt in der Psychosomatik mit copy and paste aus der völlig veralteten Psych-PV Beschreibungen der Tätigkeiten übernommen worden, die eine zeitgemäße Behandlung in diesen Berufsgruppen wirklich in keiner Weise abbilden. Und da sind wir tatsächlich etwas enttäuscht. Wir hatten doch gehofft, dass das nach dem Vorlauf, nach den Statements, die wir schon abgegeben haben in früheren Stellungnahmen, wo wir genau beschrieben haben, wie wir denken, dass man es machen könnte, wie man vielleicht auf EPPIK dabei auch zurückgreifen könnte in einer Struktur, eben irgendwie nichts davon in die Richtlinie aufgenommen wurde. Wir bedauern das sehr und verstehen es einfach auch nicht. Da fehlt so ein bisschen auch mal eine Rückmeldung dazu, welche Überlegungen da möglicherweise dazu geführt haben. Wir sehen ja, dass es schwierig ist, diese vielen kleineren Berufsgruppen angemessen zu handhaben. Aber so, wie es jetzt ist, sehen wir überhaupt nicht, wie die PPP-RL den Anspruch aufrechterhalten will, für diesen Bereich wirklich eine

zeitgemäße und leitliniengerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Frau (DMtG). – Es folgt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, die DGPPN, und es hat Frau Dr. (DGPPN) das Wort.

Frau Dr. (DGPPN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende des Unterausschusses. Wir bedanken uns natürlich auch und wir bedanken uns insbesondere für die sehr engagierte Arbeit des Unterausschusses Qualitätssicherung im Hinblick auf die Weiterentwicklung der PPP-RL.

Die DGPPN sieht als besonders bedeutungsvoll für die Weiterentwicklung der Richtlinie die Flexibilisierung beim Thema Personalsteuerung, die Reduktion des Dokumentationsaufwandes und in der aktuellen Situation auch die Berücksichtigung, dass wir noch nicht wissen, was die Sanktionen bewirken, dass sie nicht evaluiert sind, Herr (DGKJP) und Herr (BDK) sind darauf eingegangen, und wir fürchten Kliniksterben sowie Leistungsabbau, insbesondere in der Zusammenwirkung mit dem Beitragsstabilitätsgesetz.

Was uns prinzipiell fehlt, das ist aber auch nichts Neues, Sie wissen es, das ist eine Strukturreform Psych, die einhergeht mit der Möglichkeit, Globalbudgets in die Regelversorgung zu nehmen. Das möchte ich einfach noch mal gesagt haben auch an dieser Stelle.

Im Einzelnen gehe ich ein darauf, dass die DGPPN die Ausdifferenzierung der A-Bereiche ablehnt, Sie haben das in der Stellungnahme gelesen. Psychosomatische Behandlungen sind integraler Bestandteil vieler psychiatrischer Kliniken. Und auch in der EPPIK-Studie war es so, dass 41 Fachabteilungen an psychiatrischen Kliniken teilgenommen haben, von daher ist die Psychosomatik aus unserer Sicht da integraler Bestandteil.

Der Übertrag auf die A-Bereiche ist nicht sinnvoll. Es passt nicht zu unserer Akutversorgung, unserem Pflichtversorgungsauftrag zur Notfallversorgung. Wir haben schwerkranke Patienten, SMI-Patienten mit hoher somatischer Komorbidität, kognitiven Einbußen. Für uns ist die Pflege essenziell wichtig, um diese Patienten auch zu betreuen.

Ich möchte auch auf die Entfristung der Anrechenbarkeit der Psychotherapeuten und Psychologen eingehen, das halten wir im Sinne der Flexibilisierung des Personaleinsatzes für einen guten Vorschlag, weil die Psychologen und Psychotherapeuten gut verfügbar sind und wichtige Impulse geben, Behandlungskontinuität im multiprofessionellen Team und viele Regelaufgaben übernehmen können.

Das Aussetzen, Aufschieben der Fristen in § 13 und auch 16 habe ich schon genannt. Die Zeit ist vorbei. – Ich stehe für Fragen zur Verfügung und bedanke mich erst mal.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Wir danken Ihnen, Frau Dr. (DGPPN). – Und es folgt die APK, die Aktion Psychisch Kranke, und gemeldet hat sich Herr (APK), der Geschäftsführer der APK.

Herr (APK): Vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme. Mein Name ist (APK), Aktion Psychisch Kranke.

Wir sehen erst mal, dass dieses Stellungnahmeverfahren ein Teil einer lernenden Personalrichtlinie ist, und dazu sollten aus unserer Sicht weiterhin regelhafte Auswertungen und Evaluationen zur Umsetzung der Richtlinie gehören, und dabei sollte eben jetzt ein besonderer Fokus auch sein, den Aufwand und die Wirksamkeit von Dokumentationspflichten tatsächlich zu überprüfen, und die Fragestellung, wie Transparenz ohne bürokratische Überladung stattfinden kann, und die Folge von möglichen Sektionen.

Ansonsten ist aus unserer Sicht die aktuelle Überarbeitung stark vom Fokus auf die psychosomatische Behandlung geprägt. Hier sind wir auch der Ansicht, dass es diese integrierten Konzepte geben muss, wie sie Frau (DGPPN) gerade angesprochen hat. Vor diesem Hintergrund können wir dem Vorschlag mit der A3 bis A5 etwas abgewinnen.

In der Versorgungsrealität existieren diese Fachabteilungen mit den integrierten Versorgungsstrukturen, und da gehen wir davon aus, dass diese Aufnahme der A3 bis A5 eine tatsächlich stärkere Differenzierung ermöglichen würde, nur auf diesem Hintergrund. Und dann ist es auch möglich, eine regionale Pflichtversorgung zu integrieren, wo wir auch dran denken können an wirklich 24/7 und eine Notfallversorgung in allen Stadien der Erkrankung. Das ist sozusagen der Hintergrund.

Was wir ansonsten glauben, da schließe ich mich auch Frau (DGPPN) an: Wir brauchen eine umfassendere Neuorientierung hin zu einer weiteren Flexibilisierung der Krankenhausbehandlung und da zeigen wirklich die 64b-Modellvorhaben den Weg und da brauchen wir ja die Regeloption und entsprechend auch eine Umsteuerung in der Personalbemessung.

Und letztendlich sind die Überwindung von Setting-Grenzen und eine stärkere Lebensweltorientierung unerlässlich, auch das sollte sich in der Personalbemessung widerspiegeln. – Soweit erst mal die Sichtweise der APK.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr (APK). – Es folgt die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, die DGPT, Frau (DGPT), Sie haben das Wort.

Frau (DGPT): Vielen Dank, Frau Vorsitzende des Unterausschusses. Auch ich danke für die Möglichkeit der Anhörung und der Stellungnahme und möchte an der Stelle besonders hervorheben, dass auch wir sehr froh sind, dass die Ergebnisse der Iststandserhebung der EPPIK-Studie Eingang gefunden haben in einen Veränderungsvorschlag der Behandlungsbereiche in der psychosomatischen Medizin.

Nicht nachvollziehen können wir, so wie auch gerade schon von Herrn (DGPM) von der DGPM und von Frau (DKPM) von der DKPM betont, warum diese Einteilung 1:1 in die psychiatrischen Bereiche übernommen werden sollte. Die Iststandserhebung hat explizit in den psychosomatischen Krankenhäusern stattgefunden und dient somit der Differenzierung an die tatsächlichen Gegebenheiten in psychosomatischen Kliniken, in denen zum Beispiel eine ganz andere somatische Versorgung stattfindet als in einer allgemeinen Psychiatrie. Es liegt, wie schon gesagt, keine Evidenz vor, dass das 1:1 übernommen werden kann.

Außerdem möchte ich auch noch einmal darauf hinweisen, dass Sanktionen erst nach einer substanziellen Erprobungszeit, so wie gerade erwähnt, und Evaluation vollständig eingeführt werden sollten. Ich habe in der letzten Anhörung auf die Folgen des Urteils des Bundessozialgerichts vom 10.04.2025 hingewiesen. Da ging es um die Nichtausgleichbarkeit der Tarifschere, solange die Bundespflegesatzverordnung nicht verändert wird. Ich muss sagen, wir machen uns in der Zwischenzeit noch größere Sorgen um die Versorgung psychisch erkrankter Menschen, vor allem jetzt auch nach dem Referentenentwurf zum GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz. Die DKG hat dort zu Recht darauf hingewiesen, dass wir, wenn es umgesetzt wird und die Rückzahlungsverpflichtungen so kommen wie angekündigt, wir doppelt sanktioniert werden als Kliniken, und es wird noch schwerer sein, die dringend notwendige und auch gute Versorgung aufrechtzuerhalten.

Ich arbeite in einem Haus, wo wir auch eine Psychiatrie haben, und ich kann aus eigener Erfahrung sagen, dass die Sanktionen tatsächlich zu einer Schieflage führen. Wir hatten jetzt

das Beispiel, dass zwei Sozialarbeiterinnen aus dieser kleinen Berufsgruppe gleichzeitig krank waren und länger ausfielen. Wir mussten total hin- und herschieben und auch in unserem Pflichtversorgungshaus Patienten abweisen, weil wir die Stationen nicht voll besetzen konnten, während wir das andere Personal, das vollständig zur Verfügung ist, ja weiter bezahlen müssen. Und es ist eigentlich im Moment schon abzusehen, dass wir unter den derzeitigen Bedingungen spätestens 2030, eventuell schon früher, aus der Pflichtversorgung aussteigen müssen.

Vielleicht ist es politisch so gewollt, aber es kommt nicht den Patienten zugute und es wird genau die vulnerablen Gruppen treffen, die durch dieses Gesetz eigentlich geschützt werden sollten. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Auch Ihnen herzlichen Dank. – Als letzte Fachgesellschaft ist die Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege an der Reihe. Es haben sich gemeldet Herr Prof. (DFPP) und Frau (DFPP), wem darf ich das Wort geben?

Frau (DFPP): (DFPP) mein Name, Pflegedienstleitung (...), ich melde mich für die DFPP zu Wort.

Ich bedanke mich erst einmal für die Möglichkeit, an der Anhörung teilnehmen zu können, und möchte auch gleich im Interesse der Zeit mit einem klaren Statement reingehen, dass die DFPP die Vorschläge zur drastischen Absenkung der Pflegeminuten, vor allem im Bereich der psychosomatischen Versorgung, sehr alarmierend zur Kenntnis genommen hat. Ich möchte mich jetzt ungern auf die Zahlen fixieren, aber Abwertungen von 476 Minuten auf 220 Minuten usw. stehen einfach zahlenmäßig in einer sehr herausfordernden Veränderung mit der anschließenden Frage: Welche Patienten können unter diesen Minutenwerten angemessen versorgt werden? – Aus Sicht der DFPP ist diese qualitative Versorgung nicht mehr zu gewährleisten. Die vorgesehenen täglichen Präsenzzeiten würden erheblich unter dem Bedarf liegen. Mehrere Stunden täglich ohne pflegerische Präsenz bedeuten einfach auch fehlende Versorgung. Und diese fehlende pflegerische Präsenz kommt nun mal zustande, wenn wir halt einfach diese Minutenwerte so drastisch senken. Überspitzt formuliert sind Werte wie 583 Minuten in der Pflege für vollstationäre Patientenversorgung nicht möglich. Wir können zwar 24/7 abdecken, aber ohne therapeutische oder therapiefördernde Angebote.

Darüber hinaus möchte ich noch mal auf die Notwendigkeit hinweisen, dass zwingend die Tätigkeitskataloge bzw. Regelaufgaben aller Berufsgruppen überarbeitet gehören. Die fachlichen Standards liegen mehrere Jahrzehnte zurück. Und in der Profession Pflege tut sich berufspolitisch durch die Gesetzgebung mit der Befugniserweiterung einfach auch noch mal eine neue Ära auf. Und das sehen wir an der Stelle auch überhaupt gar nicht berücksichtigt oder erwähnt.

Somit möchte ich abschließend noch mal klarstellen, dass wir realistische belastbare Berechnungen für die Pflegeminuten benötigen, eine umfassende Überarbeitung der Tätigkeitskataloge und Regelaufgaben fordern und die Übertragbarkeit von pflegerischen Tätigkeiten sehr kritisch ansehen, gerade in Richtung Psychologen, da der Pflegeprozess nicht übertragbar ist. – Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank auch Ihnen, Frau (DFPP). – Und dann gucke ich in die Runde: Gibt es weitere Fragen? – Der GKV-SV.

GKV-SV: Ja, eine Frage an Herrn (APK) von der APK. Wir haben ja im Status quo schon eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung auch in der Psychiatrie. Vielleicht können Sie noch mal ausführen, warum Sie unserem Vorschlag da folgen, hier auch eine optionale Anwendung der neuen Behandlungsbereiche, die wir für die Psychosomatik

gezielt weiterentwickelt haben – warum das auch sinnvoll wäre im Bereich der Psychiatrie. Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Herr (APK).

Herr (APK): Vielen Dank für die Frage. Ich hatte ja schon – Sie haben ja auch noch mal deutlich darauf hingewiesen –, wir haben in der Versorgungsrealität diese existierenden Fachabteilungen mit integrierten Versorgungsstrukturen, ich will da auch ganz besonders noch mal auf NRW verweisen, wo wir ja auch in der Krankenhausplanung eine Voraussetzung auch mit der – für die Aufnahme im Krankenhausbereich mit der Pflichtversorgung haben. Mit diesen integrativen Strukturen halten diese Kliniken dann tatsächlich auch die Pflichtversorgung für Notfälle und Unterbringung vor. Und wenn diese Krankenhäuser all das tun, dann ist es auch notwendig, dass sich das in dem A-Bereich widerspiegelt, die Unterteilung. Und da werden wir wahrscheinlich eher die A4 und die A5 wählen. Da wird es dann möglich sein, stärker zu differenzieren. Da sind ja tatsächlich auch zum Teil vergleichbare und zum Teil auch höhere notwendige Personalzuweisungen, als in A7 möglich sind. Gleichzeitig kann ja die A7 als Option bleiben. Das ist ja auch im Vorschlag von der GKV mit drin. Das wäre wirklich eine Option, mit der wir uns auch anfreunden können, aber diese Differenzierung an der Stelle vielleicht notwendig und dass wir damit dann tatsächlich ein integriertes Konzept ermöglichen, so wie wir es gerade in NRW hier leben.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, danke schön. – Die DKG.

DKG: Danke schön. Ich reihe mich gleich in die Fragen an Herrn (APK) ein: Und zwar haben Sie in Ihrer schriftlichen Stellungnahme den Vorschlag der DKG begrüßt bzw. unterstützt, die aktuelle Einführungsstufe von 90 % noch mal zu verlängern. Könnten Sie das bitte noch mal kurz ausführen?

Herr (APK): Ja, vielen Dank für die Frage. Da ist der Hintergrund, dass wir einfach die Zeitdimension sehen und dass wir sehen, dass es Schwierigkeiten in den Kliniken gibt, diese Erfüllung auch tatsächlich zu realisieren. Das sieht man an den Zahlen, auch wenn die jetzt möglicherweise unterschiedlich ausfallen. Aus unserer Sicht dauert dieser Prozess, und dazu sollte man die notwendige Zeit geben und das sollte sich dann auch widerspiegeln, dass man da diese Geduld jetzt auch aufbringt.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Die Bundespsychotherapeutenkammer.

BPtK: Ich habe eine Rückfrage an die DGKJP, an Herrn (DGKJP), und zwar zu Ihrer Aussage, dass unser Vorschlag bzw. der Vorschlag in den Qualitätsempfehlungen Richtlinienpsychotherapie erfassen würde, was für die KJP nicht zielführend ist. Hier noch mal dazu, inwieweit Sie das so einschätzen. Es soll ja über den OPS die Therapieeinheiten gemessen werden. Die sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 15-Minuten-Einheiten, also messen durchaus Kurzkontakte. Und wenn man aus dem OPS liest, was da alles mit erfasst wird, sind das neben den Einzelgesprächen mit Ärzten und Psychotherapeuten auch Elterngespräche, Familiengespräche, Familientherapie mit den Bezugspersonen aus dem Herkunftsmilieu, auch mit Personen aus der Jugendhilfe oder der Pflegefamilie. Dazu zählt auch das somato-psychosomatische ärztliche Gespräch, die Aufklärung des Kindes und der Bezugsperson, die Compliance-Förderung und das Monitoring im Rahmen der ärztlich indizierten Psychopharmaka-Therapie.

Vielleicht können Sie hierzu noch mal kurz etwas sagen, ob das nicht jetzt zumindest, was die Einzelleistungen von Ärzten und Psychotherapeuten entspricht, mehr entspricht als der reinen Richtlinienpsychotherapie, so wie Sie das in Ihrer Aussage suggeriert haben, und nicht

sozusagen doch ein breiteres Spektrum an Leistungen abdecken würde, wenn man das so misst.

Herr Prof. (DGKJP): Ja, gerne. Ich würde Ihre Frage anders herum beantworten: Glauben Sie, dass man durch die OPS-Dokumentation Qualität in der Behandlung letztendlich wirklich abbildet? Das ist ja die Frage, die sich dahinter verbirgt. Also wenn das schön dokumentiert ist, dann ist eine Qualität da. Das ist quasi das, was Ihre Aussage ein bisschen impliziert.

Was ich damit sagen möchte, ist - und das haben wir ja auch immer schon gesagt -: Wir haben bei Kindern und gerade bei den Kindern, die heute noch vollstationär zu uns in die Psychiatrie kommen, da geht es zum Teil um 5-Minuten-Kontakte, die wir bloß mit denen machen können, und Ähnliches. Und eine Aufklärung zum Beispiel kann mal 15 Minuten brauchen, die kann aber auch eine ganze Woche brauchen und jeweils nur 10 Minuten sein und dann ist es nicht dokumentiert.

Also worauf ich hinweisen möchte, ist, dass das zwar ein schöner Versuch einer Abbildung davon ist, dass etwas passiert, wir wollen ja, dass viel am Patienten passiert, da sind wir uns ja, glaube ich, alle einig, das ist ja gar nicht der Punkt. Aber ich glaube, das Mittel ist das falsche.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Prof. (DGKJP). – Die Patientenvertretung.

PatV: Vielen Dank. Ich habe erst mal eine Frage an Frau Prof. (DGPPN). Die DGPPN hat in ihrer Stellungnahme geschrieben, dass sie eine Anhebung der Minutenwerte für Ärzte und Psychologen für zwingend erforderlich hält. Aber weil die Sanktionen im Raum stehen und die Nichterreichung mit Sanktionen verbunden ist, sozusagen sich die DGPPM dagegen ausspricht. Das habe ich, ehrlich gesagt, nicht ganz verstanden, insbesondere vor dem Hintergrund, dass wir gerade gehört haben, dass die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten ja durchaus die ist, die noch am ehesten die Minuten, also die Vorgaben, erfüllt. Können Sie das vielleicht noch mal kurz erklären?

Und dann hätte ich noch eine Frage an Herrn Prof. (BDK), wenn er noch da ist, von der DGPM; nach den Ausführungen von Frau (DFPP) eben würde ich mich gern noch mal vergewissern: Die Minutenwerte für die Pflege, die die Differenzierung enthält, von P2 bis P5, die sind doch der EPPIK-Studie entnommen, oder habe ich das falsch verstanden?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Jetzt zunächst Frau Dr. (DGPPN).

Frau Dr. (DGPPN): Ja, danke schön, ich erkläre Ihnen das gerne.

Also das, was wir geschrieben haben in der Stellungnahme, ist, dass wir selbstverständlich auch dafür sind, die Minutenwerte anzuheben im ärztlich-therapeutischen Bereich, im Rahmen einer Personalbemessung, wenn es um eine leitliniengerechte Behandlung geht, dann macht das Sinn. Aber wir sprechen ja hier in der PPP-RL von den Mindestanforderungen und als Qualitätsrichtlinie zur Patientensicherheit und da halten wir es nicht für sinnvoll. Also diese Unterscheidung finde ich einfach wichtig. Wir äußern uns an der Stelle – sprechen wir uns dafür aus, dass wir auch nach wie vor finden, dass ein Personalbemessungsinstrument fehlt.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Und Herr Prof. (BDK) für die zweite Frage.

Herr Prof. (BDK): Ich bin mir zwar nicht ganz sicher, ob die Frage an mich geht. Aber aus Sicht der BDK kann ich dazu sagen, dass die Minutenwerte aus der EPPIK-Studie dem Psychosomatik-Teil entnommen sind und dementsprechend ein Stück die bisherige Situation

abgebildet haben, aber aus meiner Sicht nicht unbedingt die echten Bedarfe gerade abbilden. Und darum ist das Problem, dass die Pflegeminuten die aktuelle Realität in den psychosomatischen Kliniken abbilden, aber nicht die sinnvollen und bedarfs- und sachgerecht orientierten Maße sozusagen darstellen, und das macht diese Divergenz aus, die ich betont habe.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Die Patientenvertretung hat eine Nachfrage dazu?

PatV: Ja. Vielleicht ist es schon richtig. Vielleicht sollte ich die Frage noch mal besser an Herrn Prof. (DGPM) richten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Dann würde ich jetzt den GKV-SV als Erstes drannehmen, weil der hatte sich gemeldet. Sie sind dann aufgeschrieben. Bitte.

GKV-SV: Danke schön. Ich habe noch eine Frage an Frau (DGPPN) von der DGPPN. Es gibt ja einen Vorschlag, der schon andiskutiert worden ist, nämlich dass Qualitätsempfehlungen vorsehen, die eine Mindestdosis an Einzelpsychotherapie vorsehen, auch in der Erwachsenenpsychiatrie. Also wir haben über die Kinder- und Jugendpsychologie schon diskutiert. Den gleichen Vorschlag gibt es auch mit mehr Minutenwerten für die Erwachsenenpsychiatrie, da interessiert mich Ihre Einschätzung, wie Sie das bewerten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau (DGPPN).

Frau Dr. (DGPPN): Danke schön für die Frage. Ich schließe mich natürlich in ganz vielen Dingen Herrn (DGKJP) an. Das ist in der Erwachsenenpsychiatrie nicht anders als in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wir haben das Problem, dass diese Therapieeinheiten – das haben wir von Anfang an immer wieder ausgeführt. Die Therapieeinheiten sind nicht geeignet dafür abzubilden, was therapeutisch in der Akutversorgung von schwer psychisch kranken Menschen passiert. Diese Pauschalisierung, so wie wir das in dem Vorschlag gesehen haben, also jeder muss mindestens 50 Minuten Einzelpsychotherapie haben, also dafür sehen wir zum einen keine Evidenz. Wir halten es für nicht sinnvoll, und es ist, ehrlich gesagt, auch nicht durchführbar. Denn wir haben – wir arbeiten stark mit dem biopsychosozialen Modell und damit ist die Einzelpsychotherapie ein Baustein der Behandlung, aber die muss sehr flexibel und auch ressourcenschonend eingesetzt sein, und da passt dieses Zugrundeliegen der Therapieeinheiten, das passt einfach nicht für die Akutphase.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Jetzt noch mal die Patientenvertretung.

PatV: Ja, an Prof. (DGPM) hätte ich gern noch mal die Frage gestellt, ob ich das richtig verstanden habe, dass die Herleitung auch der Pflegeminuten der EPPIK-Studie entnommen ist und somit auch ein Stück Realität abbildet, wenn ich das richtig verstanden habe, wie das in der EPPIK-Studie entstanden ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Prof. (DGPM).

Herr Prof. (DGPM): Ja, ganz herzlichen Dank für die Frage.

Die Therapieprogramme in der psychosomatischen Medizin haben sich über die letzten 20 bis 30 Jahre entwickelt. Wir sind mit den Programmen, die wir anbieten, sehr zufrieden, und wenn wir uns auch die Wirksamkeit und die Therapieeffekte angucken, sind die sehr gut.

Ziel war es jetzt einfach zu schauen, wenn ich bezogen auf die Leistung – – Also bei uns ist es immer wichtig, dass wir wirklich den Bezug zur Leistung haben, da sehen wir in erster Linie jetzt für unseren Bereich die Therapieeinheiten, die sind ja miterfasst worden, und zum anderen aber auch der somatisch-medizinische Aufwand, der noch mal auch relevant ist für

das Personal. Und wenn wir uns das angucken, dann sehen wir, dass wir mit diesen Mindestvorgaben, die wir jetzt aus dieser groß angelegten Studie abgeleitet haben, diese Therapieprogramme, wie sie ausführlich an verschiedenen Stellen beschrieben sind, gut abbilden können. Das heißt, die Mindestvorgaben definieren Therapieprogramme. Das ist, glaube ich, anders als in den anderen Ansätzen, aber wir haben uns ja wirklich Gedanken gemacht zu einem ausdifferenzierten Personalbemessungsmodell, mit dem wir herangehen, um das bestmöglich abzubilden, sodass wir der Überzeugung sind, dass wir mit diesen Mindestvorgaben - es sind Mindestvorgaben, natürlich ist es an der einen oder anderen Stelle wichtig, das auch zu steigern -, aber mit diesen Mindestvorgaben ist es möglich, die Therapieprogramme, von denen wir überzeugt sind, in der Versorgung abbilden zu können.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön.

Herr Prof. (DGPM): Ich möchte noch von der DGPM ergänzen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Nein, tut mir leid. Wir machen keine Gespräche, sondern nur das Thema. Wir beantworten Fragen. – Die DKG.

DKG: Ich hätte noch eine Frage an die DGKJP, an Herrn (DGKJP). Und zwar hatten Sie im Rahmen Ihrer schriftlichen Stellungnahme auf eine missverständliche bzw. falsche Formulierung zur Altersgrenze in den Eingruppierungsempfehlungen der Bereiche KJ1 bzw. KJ2 und KJ3 hingewiesen. Korrekt wäre hier die Grenze des 14. Lebensjahres bzw., wie Sie geschrieben haben, das vollendete 14. Lebensjahr. Das geht aber jetzt aus der aktuellen Anlage 2, wie wir das geschrieben haben, nicht so richtig hervor und deswegen schlagen Sie eine Korrektur vor.

Wir haben das im Rahmen der AG PPP beraten, Ihren Vorschlag nach dem Stellungnahmeverfahren, und wollen uns dem auch grundsätzlich anschließen, haben aber jetzt eine etwas andere Formulierung, die inhaltlich identisch sein sollte, aber zum Wording in der PPP-RL passt. Und deswegen jetzt stellvertretend für die AG noch mal die Frage, ob die Formulierung „im Alter von kleiner bzw. größer gleich 14 Jahren“ auch Ihrer Stellungnahme entspricht und inhaltlich korrekt ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Und die Frage geht an Herrn (DGKJP).

Herr Prof. (DGKJP): Vielen Dank für die Nachfrage. – Ja, das entspricht ja auch dann der Logik, wie es oben – also oben meine ich jetzt im Alltag im gerontopsychiatrischen Bereich ist und würde das klarstellen, weil das ja diese Unklarheit gab mit vollendetem und 14. Lebensjahr, deutsche Sprache ist da einfach sehr schwierig. Und damit wäre der 14. Geburtstag tatsächlich so, wie es auch vorher war, die Trennmauer quasi, und das wäre für uns in Ordnung.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Wenn übrigens jemand an Herrn Prof. (DGPM) eine Frage stellen will, ich stelle anheim. – Die Bundespsychotherapeutenkammer.

BPtK: Ich habe noch mal eine Rückfrage an die DGPPN, Frau (DGPPN), noch mal zur Frage der Psychotherapieintensität in der Psychiatrie: Es gibt ja auch eine Reihe von Nervenarzt-Publikationen, die durchaus mehr Psychotherapie – da haben ja auch viele Kollegen aus der DGPPN mitgeschrieben und das damals im „Nervenarzt“ mit veröffentlicht – die mehr Einzelpsychotherapie durchaus auch für eigentlich die Breite der Patientengruppen für notwendig halten. Und das waren dann durchaus Einheiten auch von – ein Einzelgespräch von 25 Minuten, weil Sie ja gerade auch gesagt haben, in dieser Dosierung oder in dieser Einheit schaffen das die meisten Patienten nicht.

Deshalb wäre meine Frage: Wenn man es eben gern über Routinedaten - das ist der OPS nun mal in dieser Form, der erfasst 20 bis 25, also eine Einheit mit 25 Minuten Einzelgespräch -, wenn man einmal die Intensivpatienten rausnehmen würde, das heißt die Patientengruppe, die so akut krank ist, so akut psychotisch, selbstgefährdend, fremdgefährdend, in hohem Erregungszustand, die vielleicht wirklich nicht 20 Minuten am Stück irgendwie einem Gespräch folgen können, ob das nicht dann Sinn machen könnte, dass für die anderen Gruppen – wie gesagt, ich verweise auf die vielen Publikationen – zur Frage, wie viele Einzeltherapiepatienten in der Psychiatrie aushalten können in Anführungsstrichen.

Gleichzeitig begründen Sie, Herr Köch hat es vorhin auch noch mal gesagt, dass die schwerkranken Patienten zwar nicht Einzeltherapie im Umfang von 20 Minuten, aber Gruppentherapie machen können. Vielleicht können Sie mir das noch mal erläutern, wieso schwerkranke Patienten, die keine Einzeltherapie von 25 Minuten durchhalten, durchaus Gruppentherapien mit sechs, zehn oder mehr Patienten aushalten können.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau (DGPPN), Sie haben das Wort.

Frau Dr. (DGPPN): Danke schön. Die Frage beantworte ich gern. Die Publikationen, die Sie ansprechen, Sie wissen, dass ja genau da das Problem war: dass es eigentlich keine Evidenz gab und deswegen die Studien, diese Veröffentlichungen eben nicht genutzt werden konnten dafür, dass man ein Personalbemessungsinstrument entwickelt in der Folge der Psych-PV. Also von daher waren das Veröffentlichungen zu Empfehlungen, die sich aber empirisch im Raum bewegt haben, sage ich mal. Das ist das eine.

Das andere war Ihre Frage, ob es nur um die sogenannten A2-Patienten geht. – Nein, es geht nicht nur um die Patienten, die in der Intensiv im Behandlungsbereich sind, sondern sie haben ja bei akut psychisch erkrankten Patienten häufig kognitive Einschränkungen. Sie haben häufig emotionale Einschränkungen in der Akutphase. Was ich damit sagen will, ist, dass natürlich, wenn ich einen depressiven Patienten über vier Wochen stabilisiert habe, ich dann natürlich mit dem auch 25 Minuten Einzeltherapie machen kann. Aber das kann ich nicht, wenn er gestern einen Suizidversuch gemacht hat, heute auf der Depressionsstation aufgenommen wird und es erst mal darum geht, dass er wieder ein bisschen Bodenhaftung bekommt. Das funktioniert nicht, insbesondere, wenn es zum Beispiel Patienten sind, die eine depressive Störung mit einer psychiatrischen Symptomatik haben, von manischen Patienten usw. ganz abgesehen. Die sind ja nicht alle sofort im Intensivbehandlungsbereich.

Zum zweiten Teil Ihrer Frage, was die Gruppentherapie angeht: Was Herr (DGKJP) und ich ausgeführt haben, bezog sich darauf, dass nicht nur Einzeltherapie mitgedacht werden soll, sondern dass auch Gruppentherapien Teil eines multimodalen Behandlungsprogramms sind. Und das bezog sich nicht darauf, dass jemand, der keine 25 Minuten Einzeltherapie aushält, dann 25 Minuten Gruppe aushält. Wenn das so rübergekommen ist, bitte ich das zu entschuldigen. So war es nicht gemeint. Aber der andere Aspekt, nämlich, dass es nicht nur um Einzeltherapie, sondern auch um Gruppentherapien - übrigens auch nicht nur psychotherapeutisch, sondern auch wir haben ganz viele Bemerkungen gehört -, also Gruppen, die von der Pflege gemacht werden, die von Kunst- und Musiktherapeuten gemacht werden usw., das gehört ja auch alles dazu. Ich glaube, da ist die Psychiatrie wirklich auch sehr breit aufgestellt, was das angeht, bildet sich aber nicht in den Eingruppierungen ab. Das war ja – die IQTIG-Daten sind zitiert worden und es liegt einfach auch an der Problematik der Therapieeinheiten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Frau (DGPPN). – Es gibt jetzt keine weiteren Wortmeldungen mehr. Damit würde ich die Anhörung schließen. Ich bedanke mich bei Ihnen, dass Sie uns mit Ihrer Expertise zur Verfügung standen. Ich würde Sie jetzt ganz

rüde aus der Diskussion ausschließen, wir müssen nichtöffentlich weitermachen. Herzlichen Dank und schönen Nachmittag!

Schluss der Anhörung: 15:54 Uhr