Tragende Gründe

Gemeinsamer Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Vom 15. Oktober 2020

Inhalt

1. Rechtsgrundlage 2
2. Eckpunkte der Entscheidung 2
3. Bürokratiekostenermittlung 20
4. Verfahrensablauf 20
5. Fazit 21
6. Zusammenfassende Dokumentation 21

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 und vorliegend geändert wird.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie beschloss der G-BA bereits am 27. März 2020 befristete Ausnahmen insbesondere in Bezug auf die in der Richtlinie normierten Nachweispflichten für das Jahr 2020.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Anlass zur vorliegenden Änderung der PPP-RL sind zum einen die in § 13 Absatz 3 Satz 5 normierte Selbstverpflichtung des G-BA zur Regelung der Berechnung der konkreten Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs der Krankenhäuser, und zum anderen weiterer vom G-BA festgestellter Überarbeitungsbedarf der Richtlinie.

Dabei wurden insbesondere die Hinweise des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) aus dem Schreiben vom 20. Dezember 2019 sowie Hinweise aus der Praxis und dem fachlichen Austausch mit dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) berücksichtigt.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 3 Behandlungsbereiche

Zu Absatz 1:

Für die Einstufung der tagesklinisch versorgten Patientinnen und Patienten psychosomatischer Einrichtungen werden die neuen Kategorien P3 und P4 ergänzt. Die bisherigen Behandlungsbereiche P1 und P2 werden in den Eingruppierungsempfehlungen auf die vollstationäre Behandlung eingeschränkt.

Der Behandlungsbereich P3 als psychotherapeutische teilstationäre Behandlung entspricht inhaltlich im Wesentlichen dem Behandlungsbereich A6 (Allgemeine Psychiatrie, tagesklinische Behandlung). Die Kategorie P4 als teilstationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung entspricht inhaltlich dem Behandlungsbereich P2. Die beiden Bereiche P4 und P2 als teilstationäre und vollstationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung werden mit der Mindestvorgabe von einer Therapiedosis von mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche (OPS-Code 9-62 oder 9-63) versehen. Die Einstufung in die neuen Behandlungsbereiche gemäß § 6 Absatz 3 sowie die Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 Absatz 1 in der teilstationären Behandlung in psychosomatischen Einrichtungen ist in den Nachweisen auszuweisen. Lediglich die Ermittlung der Mindestvorgaben nach § 6, die Ermittlung des Umsetzungsgrades nach § 7 und die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 inklusive der Meldung bei Nichteinhaltung werden durch die Regelung in § 16 Absatz 4 bis zum 31. Dezember 2021 ausgesetzt.

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

Zu Absatz 4:

Die Ersetzung des Wortes „sowie“ durch das Wort „inklusive“ dient der Harmonisierung mit der entsprechenden Regelung in Absatz 3 bzw. § 7 Absatz 6 der Richtlinie.

Zu § 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

Zu Absatz 1:

Die Ergänzung zur Angabe des Rechenergebnisses ohne Nachkommastelle dient der Harmonisierung mit der entsprechenden Regelung in Anlage 3 der Richtlinie.

Zu Absatz 3:

Die Ergänzung „je Behandlungsbereich“ dient der Klarstellung.

Zu Absatz 4:

Die Änderung dient der Harmonisierung der Regelungen im Hinblick auf den Quartalsbezug der zu ermittelnden Mindestvorgaben.

Zu § 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

Zu Absatz 4:

Die Ergänzung „oder gleich“ dient der bisher fehlenden Definition einer Erfüllung der Mindestvorgaben bei Vorliegen eines durchschnittlichen Umsetzungsgrades von genau 100 Prozent.

Zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen

Zu Absatz 5:

Im Hinblick auf immer neu entstehende Berufsbilder, die Tätigkeiten der in § 5 aufgeführten Berufsgruppen umfassen, ist es erforderlich, dass auch andere nicht in § 5 genannte Berufsgruppen auf eben diese in begrenztem Umfang angerechnet werden können. Dies betrifft sowohl Fachkräfte als auch Hilfskräfte. Dies wird mit der vorgenommenen Ergänzung der „Hilfskräfte“ klargestellt.

Bei der Anrechnung der nicht in § 5 aufgeführten Berufsgruppen sind das therapeutische Konzept und die Vorgaben zu einer leitliniengerechten Behandlung zu beachten. Dies gilt insbesondere bei Tätigkeiten, die neben der Befriedigung von menschlichen Grundbedürfnissen (z. B. Nahrungsaufnahme) auch therapeutische Bedeutung (z. B. Überwachung der Nahrungsaufnahme bei Essstörungen) haben. Die besonderen Bedingungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind beim Einsatz anderer Berufsgruppen zu beachten.

Darüber hinaus werden einige Berufsgruppen, die in § 5 Absatz 2 nur im Hinblick auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgeführt werden, auch in der Erwachsenenpsychiatrie eingesetzt – insbesondere bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung. Bei dieser Patientengruppe übernehmen in einigen Einrichtungen zum Beispiel Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen eine wichtige Rolle bei der Behandlung. Auch in Anerkennung dieses Sachverhaltes ist es von großer Bedeutung, auch andere Berufsgruppen als die jeweils für die Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgeführten anrechnen zu können.

Voraussetzung für die Anrechnung ist stets, dass die Fachkräfte und Hilfskräfte tatsächlich Regelaufgaben gemäß Anlage 4 der Richtlinie erbringen können. Dazu ist eine entsprechende Qualifikation der anzurechnenden Fachkräfte und Hilfskräfte erforderlich.

Fachkräfte und Hilfskräfte im Sinne dieser Vorschrift sind Personen, die durch den Nachweis entsprechender Qualifikationen in die Lage versetzt werden, die in dieser Richtlinie beschriebenen Tätigkeiten im Sinne einer leitliniengerechten Behandlung ausführen zu können.

Zu Satz 6

Zur Umsetzung des Hinweises aus dem BMG-Schreiben vom 20. Dezember 2019 zu einer Ergänzung der Anrechnungsmöglichkeit in § 8 Absatz 5 durch konkrete Zahlen bzw. Prozentsätze werden nunmehr konkrete Höchstgrenzen in die Richtlinie aufgenommen. Aktuell gibt es zwar keine belastbare Evidenz für die Höhe der Anrechnungsmöglichkeit aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen (PPP-RL-fremde Berufsgruppen wie Kodierfachkräfte, Medizincontroller, Stationssekretäre, Empfangskräfte, medizinische Fachangestellte, Arzthelferinnen, Pflegehilfskräfte, Personen für den Patiententransport, Servicekräfte, Physician Assistants) auf die Berufsgruppen nach § 5. Gleichwohl wurden für die fachliche Herleitung des maximalen Umfangs der Anrechnungsmöglichkeiten von nicht in § 5 genannten Berufsgruppen gemäß § 8 Absatz 5 verschiedene Verfahren in Betracht gezogen.

Zum einen könnte auf die bisherige Anrechnung von nicht in § 5 Absatz 1 der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) aufgeführten Berufsgruppen anhand der Psych-Personalnachweise zurückgegriffen werden. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass nicht alle psychiatrischen Einrichtungen und die psychosomatischen Einrichtungen gar nicht abgebildet werden. Zudem zeigen sich große Unterschiede in der durchschnittlichen Anrechnung zwischen den Bundesländern, was darauf hindeutet, dass die Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern nochmals deutlich höher liegen. Darüber hinaus waren – im Unterschied zur PPP-RL – die Pflegehilfskräfte noch in der Berufsgruppe der Pflege enthalten und wurden somit nicht als Nicht-Psych-PV-Personal ausgewiesen. Seit dem 1. Januar 2020 können Pflegehilfskräfte nur als Anrechnungstatbestand gemäß § 8 Absatz 5 PPP-RL berücksichtigt werden. Aus diesen Gründen stellen die Psych-Personalnachweise keine ausreichende Evidenz zur Festlegung der Anrechnungsumfänge dar.

Zum anderen wurde eine Ableitung der Anrechnungsmöglichkeiten aus einer Festlegung von Regelaufgaben, die auch von nicht in § 5 genannten Berufsgruppen übernommen werden könnten, in Betracht gezogen. Sowohl die definierten Regelaufgaben als auch die Verteilung der Minutenwerte, die in der Psych-PV für die einzelnen Regelaufgaben vorgesehen waren, entsprechen jedoch nicht mehr der aktuellen Versorgungsrealität und dem realen Personalbedarf je Tätigkeit. Zudem lässt sich der Anteil an Regelaufgaben, die tatsächlich auf die nicht in der PPP-RL benannten Berufsgruppen entfallen, nur schwer verifizieren. Dies könnte zu überhöhten Prozentwerten bei der Festlegung der notwendigen Anrechnungsumfänge führen.

Angesichts der bisher fehlenden belastbaren Evidenz zur Herleitung konkreter Anrechnungsumfänge werden in Anlehnung an die Ergebnisse der beiden beschriebenen Methoden zunächst normativ pauschale abstrakte Höchstgrenzen (5 Prozent bzw. 10 Prozent) definiert. Auf Basis der im Rahmen des Nachweisverfahrens gesammelten Daten wird der G-BA die Anrechnungsumfänge dann fortlaufend prüfen und ggf. entsprechende Anpassungen vornehmen.

Zu Satz 8

Der Anrechnungsumfang in psychosomatischen Einrichtungen wird vor dem Hintergrund der Übergangsregelungen für die Psychosomatik in § 16 Absatz 4 im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie überprüft. Bisher liegen keine ausreichenden Informationen aus der Psychosomatik vor, in welchem Umfang nicht in § 5 genannte Berufsgruppen in der Praxis eingesetzt und somit zur Anrechnung gebracht werden könnten. Hierzu sind die Daten aus den Nachweisen abzuwarten und auszuwerten. Gemäß § 8 Absatz 5 Satz 8 soll der Umfang der Anrechnungsmöglichkeiten in psychosomatischen Einrichtungen bis zum 30. September 2022 festgelegt werden.

Zu § 10 Ausnahmetatbestände

Zu Absatz 1 Nummer 2:

Die Ergänzung „im Sinne einer regionalen Pflichtversorgung“ dient der Klarstellung.

Wie in den Tragenden Gründen zum Erstbeschluss der PPP-RL vom 19. September 2019 bereits zu § 10 Absatz 1 Nummer 2 dargestellt wird, setzt der Ausnahmetatbestand nur eine außergewöhnliche Erhöhung von Behandlungstagen von Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme voraus. Dazu zählen erstens die Behandlungstage aller Patientinnen und Patienten mit Unterbringung nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) und mit Unterbringung nach dem jeweiligen Landesgesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG oder UBG) und zweitens die Behandlungstage von Patientinnen und Patienten mit einer landesrechtlichen Verpflichtung zur Aufnahme. Davon umfasst sind dann auch Patientinnen und Patienten mit akuter Fremd- und Eigengefährdung aus der Region, die vom Krankenhaus aufgenommen werden müssen, da deren Behandlung nicht verschiebbar ist, und die freiwillig einer Behandlung zustimmen. Beide Tatbestände werden im Nachweis getrennt erfasst. Die Behandlungstage eines freiwilligen Aufenthaltes nach Aufhebung einer gesetzlichen Unterbringung sind dabei dem zweiten Tatbestand zuzurechnen.

Die Regelungen zu den landesrechtlichen Verpflichtungen der Kliniken sind jeweils durch die einzelnen Bundesländer zu treffen. Es handelt sich dabei in der Regel um eine über die alleinige Ausweisung des Krankenhauses im Krankenhausplan des Landes hinausgehende Pflicht zur regionalen psychiatrischen Versorgung. Mit der expliziten Ergänzung im Richtlinientext soll dem Auftrag der Einrichtungen zur regionalen Pflichtversorgung Rechnung getragen werden.

Zu Absatz 2:

Die Ausnahmetatbestände gemäß § 10 beziehen sich entsprechend den Mindestvorgaben auf das gesamte Quartal und die gesamte Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie). Da gemäß Absatz 1 Nummer 1 und 2 jedoch explizit kurzfristige Effekte zu berücksichtigen sind, müssen bei diesen Tatbeständen auch kürzere Zeiträume betrachtet werden. Die rein quartalsbezogene Berücksichtigung ist hier nicht ausreichend, da beispielsweise ein Personalausfall in Höhe von 40 Prozent, der nur auf ein Drittel des Quartals oder einen Kalendermonat begrenzt ist, im gesamten Quartal einem Personalausfall von ca. 13 Prozent entspricht und damit nicht zum Tragen käme. Auch wenn bei dem Tatbestand nach Absatz 1 Nummer 3 im Wortlaut nicht explizit kurzfristige Tatbestände genannt werden, ist auch hier eine Betrachtung kürzerer Zeiträume zweckmäßig. Liegen die Voraussetzungen für einen Ausnahmetatbestand für einen kürzeren Zeitraum als das gesamte Quartal vor, muss die Mindestvorgabe in den anderen Zeiträumen des Quartals nach den Regelungen in Absatz 2 anteilig eingehalten werden. Die Mindestvorgabe ist entsprechend auf diese Zeiträume umzurechnen. Der Nachweis der Erfüllung der Mindestvorgaben in dem Zeitraum, in dem der Ausnahmetatbestand nicht zum Tragen kam, erfolgt in den Tabellen von Anlage 3 Teil A6.4.

Die Ausnahmetatbestände, insbesondere die krankheitsbedingten Personalausfälle gemäß § 10 Absatz 1 Nummer 1, beziehen sich auf das Gesamtpersonal und somit auf alle Berufsgruppen. Auf eine berufsgruppenbezogene Betrachtung wird vor dem Hintergrund der Anrechnungsmöglichkeiten in § 8 verzichtet.

Die Mindestvorgabe ist unter Nutzung aller Handlungsmöglichkeiten im Verantwortungsbereich des Krankenhauses schnellstmöglich wieder zu erfüllen.

Das Vorliegen eines Ausnahmetatbestandes ist entsprechend den Regelungen in § 11 nachzuweisen. So werden Ausnahmetatbestände bereits als Teil der Nachweise gemäß § 11 Absatz 1 sowie der Mitteilungspflicht bei Nichterfüllung gemäß § 11 Absatz 3 (Meldung innerhalb von 14 Tagen nach Quartalsende) von der Nachweispflicht umfasst. Eine

darüberhinausgehende gesonderte Meldung bei Vorliegen von Ausnahmetatbeständen und ein gesonderter Nachweis ist nicht notwendig,

Beispiel zum Ausnahmetatbestand Nr. 1 (kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle):

Der Umfang der krankheitsbedingten Personalausfälle wird auf Basis der krankheitsbedingten Abwesenheitstage sowie der durchschnittlichen täglichen Arbeitszeit ermittelt. Dieser Wert wird dann durch die ermittelte Mindestpersonalausstattung VKS-Mind dividiert. Ein Abweichen von den verbindlichen Mindestpersonalvorgaben ist dann zulässig, wenn die Ausfallquote größer als 15 Prozent ist.

Formel: Ausfallquote = krankheitsbedingte Ausfallstunden / VKS-Mind

Als kurzfristige krankheitsbedingte Ausfallstunden sind die konkreten eingeplanten Arbeitsstunden des Personals zu berücksichtigen, die krankheitsbedingt nicht geleistet werden konnten. Längere krankheitsbedingte Abwesenheiten, wie beispielsweise Abwesenheiten, die über den Sechs-Wochen-Zeitraum der Lohnfortzahlung bei Krankheit hinausgehen, sind keine kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfälle im Sinne des § 10 Absatz 1 Nummer 1.

Beispiel zum Ausnahmetatbestand Nr. 2 (kurzfristig stark erhöhte Patientenanzahl in der Pflichtversorgung):

Für den Zeitraum ist die Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme zu ermitteln. Die quartalsbezogenen Angaben sind bereits im Nachweisteil A1 der Anlage 3 vorgesehen. Dieser Wert wird dann durch den entsprechenden Durchschnittswert aus dem Vorjahr dividiert. Der Durchschnittswert des Vorjahres wird aus der Anzahl an Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme im gesamten Vorjahr geteilt durch die Anzahl der Kalendertage des Vorjahres und multipliziert mit der Anzahl der Tage im Bezugszeitraum (z. B. 90 Tage für das erste Quartal 2021) berechnet.

Ein Abweichen von den verbindlichen Mindestpersonalvorgaben ist dann zulässig, wenn der Prozentsatz größer als 110 Prozent ist.

Formel: Prozentsatz = Anzahl Behandlungstage im aktuellen Jahr / Durchschnittswert des Vorjahres

Berechnungsbeispiel:

Die Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme beträgt in einem Krankenhaus im Fachgebiet der Erwachsenenpsychiatrie im ersten Quartal 2021 4.500. Im gesamten Vorjahr 2020 gab es im Fachgebiet 16.000 Behandlungstage bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme. Das erste Quartal 2021 hat 90 Kalendertage und das Kalenderjahr 2020 hat 366 Kalendertage.

Durchschnittswert des Vorjahres
= (16.000 Behandlungstage / 366 Kalendertage) * 90 Kalendertage
= 3.934 Behandlungstage

Prozentsatz
= 4.500 Behandlungstage / 3.934 Behandlungstage
= 1,14 = 114 Prozent

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

Zu § 11 Nachweisverfahren

Zu Absatz 1:

Die Änderung dient der Harmonisierung mit Anlage 3 der Richtlinie.

Zu Absatz 2:

Die Änderung ist redaktioneller Art und dient der Klarstellung. Ersatzkassen haben keine Landesverbände.

Zu Absatz 3:

Die Änderungen dienen der Klarstellung. Die Einrichtungen haben bei der Meldung bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die zuständige Landesaufsichtsbehörde gemäß § 11 Absatz 3 Teil A des Nachweises mitzuliefern. Darin enthalten sind die nicht erfüllten Mindestanforderungen und die Angaben zu den ggf. vorliegenden Ausnahmetatbeständen gemäß § 10.

Zu Absatz 4:

Die Einrichtungen benötigen zur Umsetzung des Nachweisverfahrens eine Information über die entsprechenden Zuständigkeiten und Kontaktadressen bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Mit diesem Absatz wird geregelt, dass der GKV-Spitzenverband ein Verzeichnis mit den jeweiligen Informationen zu veröffentlichen hat.

Analog hat die Gesundheitsministerkonferenz der Länder angeboten, eine Auflistung der zuständigen Landesaufsichtsbehörden mit den entsprechenden Kontaktadressen auf ihrer Internetseite zu veröffentlichen.

Zu Absatz 5 bis 7:

Die Änderungen dienen der Klarstellung.

Zu Absatz 10:

Zur Erhöhung der Transparenz wird der Jahresbericht des IQTIG vom G-BA veröffentlicht. Dabei sind jedoch die Übergangsregelungen in § 11 Absatz 13 Nummer 4 zu beachten.

Zu Absatz 13:

Für den Nachweis der Erfüllung der Mindestvorgaben bis zum 1. Januar 2024 wurden abweichende Übergangsregelungen festgelegt, die vorliegend präzisiert und harmonisiert werden.

Zu Nummer 1

Mit der Ergänzung wird konkretisiert, dass das IQTIG quartalsweise sowohl Teil A als auch Teil B des Nachweises gemäß Anlage 3 der Richtlinie erhält. Gleichzeitig ist Teil A des Nachweises auch an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Dies dient der Harmonisierung mit § 11 Absatz 2, nach dem diese Adressaten ebenfalls für das reguläre Nachweisverfahren vorgesehen sind. Das heißt konkret, dass z. B. die Daten für das erste Quartal 2021 bis zum 15. Mai 2021 standortbezogen in elektronischer Form einerseits an das IQTIG (Teil A und Teil B) und andererseits an die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen (Teil A) gesendet werden müssen, für das zweite Quartal 2021 bis zum 15. August 2021, für das dritte Quartal 2021 bis zum 15. November 2021 und für das vierte Quartal 2021 bis zum 15. Februar 2022. Für die Datenübermittlung ab dem 1. Januar 2024 gelten dann die Fristen nach § 11 Absatz 2, 3, 8 und 12. Das heißt konkret, dass die Daten für das erste bis vierte Quartal 2024 bis zum 15. Februar 2025 standortbezogen in elektronischer Form an das IQTIG und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen zu senden sind.

Davon unberührt sind die Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2021 gemäß § 11 Absatz 3 verpflichtet, eine Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben

nach § 6 unter Angabe des Standortes unverzüglich, jedoch spätestens 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie der zuständigen Landesaufsichtsbehörde anzuzeigen. Hierbei ist Teil A des quartalsbezogenen Nachweises zu übermitteln.

Zu Nummer 2 und 3

Gemäß § 10 Absatz 3 finden die Nachweispflichten gemäß § 11 bis zum 31. Dezember 2020 keine Anwendung. Vor diesem Hintergrund werden die Daten des Erfassungsjahres 2020 nach den Vorgaben in § 11 Absatz 13 Nummer 2 gemeinsam für alle vier Quartale bis zum 30. April 2021 übermittelt. Nach den Vorgaben in § 11 Absatz 13 Nummer 3 endet die Frist für die optionale Übersendung korrigierter Daten des gesamten Erfassungsjahres 2020 am 1. Juli 2021.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um Folgeanpassungen der Änderungen in Nummer 2 und 3. Zudem wird zur Erhöhung der Transparenz die Verpflichtung des G-BA aufgenommen, die Quartalsberichte des IQTIG ab dem Erfassungsjahr 2023 auch zu veröffentlichen.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um Folgeanpassungen der Änderungen in Nummer 2 und 3.

Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Zu Absatz 1:

Die Änderung des aus der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) zitierten Paragraphen ist redaktioneller Art.

Zu Absatz 3:

Die Folge bei Nichterfüllung der Mindestanforderung ist nach den normativen Vorgaben des Bundesgesetzgebers in den §§ 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2, 136a Absatz 2 Satz 2, 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V i.V.m. der ausdrücklichen Festlegung des G-BA in § 5 Absatz 2 Nummer 1 der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) der Wegfall des Vergütungsanspruchs.

Die Mindestpersonalvorgaben sind nach § 2 Absatz 5 quartalsbezogen in den Fachgebieten Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie einzuhalten. Eine Nichterfüllung ist dann gegeben, wenn bei einer Berufsgruppe der Umsetzungsgrad unter 100 Prozent innerhalb der Einrichtung im Quartal liegt. Der Vergütungsanspruch entfällt nur dann, wenn die Mindestvorgabe für das Fachgebiet im gesamten Quartal nicht eingehalten wird.

Zu Absatz 4:

Der Wegfall der Vergütung bezieht sich auf die Leistungen, bei deren Erbringung die Vorgaben der PPP-RL zu berücksichtigen sind. Da das pauschalierende Vergütungssystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen nach § 17d KHG grundsätzlich eine tagesbezogene Vergütungsstruktur hat, bezieht sich der Vergütungswegfall auf die Kalendertage im Quartal, an denen die Mindestvorgaben nicht erfüllt sind. Satz 1 legt auch fest, dass sich die Konsequenzen auf alle Leistungen und die damit verbundenen Entgelte des Vergütungssystems beziehen, an denen das therapeutische Personal der Berufsgruppen nach § 5 bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten beteiligt ist.

Zur Wahrung der Verhältnismäßigkeit wird die Höhe des Vergütungswegfalls in Abhängigkeit vom Ausmaß der Nichteinhaltung und den betroffenen Berufsgruppen ermittelt. Bei der Höhe des Vergütungswegfalls wird somit berücksichtigt, ob die Mindestvorgaben in einer einzelnen oder in mehreren Berufsgruppen nicht erfüllt wurden und welchen Anteil das fehlende Personal

am Gesamtpersonal hat. In der Richtlinie wird die Berechnung des Prozentsatzes festgelegt, um den die Vergütungen bzw. die entsprechenden Entgelte jeweils zu kürzen sind.

Zu Absatz 5:

Für die Vorgaben zur Berechnung der Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs erfolgt zunächst eine Regelung bis 31. Dezember 2023. In dieser Einführungsphase wird die Höhe des Vergütungswegfalls in Abhängigkeit vom fehlenden Personal über den Umfang der fehlenden Vollkraftstunden berechnet. Zur Wahrung des Sanktionscharakters und zur Vermeidung von wirtschaftlichen Fehlanreizen wird zusätzlich ein Multiplikator berücksichtigt, der sich auf den Anteil des nicht vorhandenen Personals bezogen auf das notwendige Gesamtpersonal bezieht. Der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs ergibt sich aus dem prozentualen Anteil der fehlenden Personalausstattung und dem Multiplikator.

Im Jahr 2021 erfolgt kein Wegfall des Vergütungsanspruchs. Für das Jahr 2022 ist der Multiplikator 1,2 zu berücksichtigen. Für das folgende Jahr 2023 wird der Multiplikator auf 1,7 erhöht. Da die Mindestvorgaben gemäß § 16 Absatz 1 in den Jahren 2022 und 2023 nur zu 90 Prozent erfüllt sein müssen, bezieht sich die Berechnung der Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs auf ein entsprechend niedrigeres Niveau.

Berechnungsbeispiele:

Für das Fachgebiet der Erwachsenenpsychiatrie ergeben sich im Beispiel gemäß § 7 folgende Mindestvorgaben für die Personalausstattung VKS-Mind in Stunden:

a) Ärzte	b) Pflege	c) Psychol.	d) Spezial.	e) Beweg.	f) Sozial.	Gesamt
6.000	28.500	1.700	3.200	900	2.300	42.600 h

Für die Jahre 2022 und 2023 sind die Mindestvorgaben gemäß § 16 Absatz 1 zu 90 Prozent zu erfüllen. Daraus ergeben sich folgende Werte für die Personalausstattung VKS-Mind in Stunden:

a) Ärzte	b) Pflege	c) Psychol.	d) Spezial.	e) Beweg.	f) Sozial.	Gesamt
5.400	25.650	1.530	2.880	810	2.070	38.340 h

Beispiel 1: Unterschreitung einer kleinen Berufsgruppe mit 80 Prozent

Im Beispiel 1 wird die Mindestvorgabe in einer kleinen Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe e (Bewegungs- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten) nur zu 80 Prozent erfüllt.

Berufs-gruppe	a) Ärzte	b) Pflege	c) Psychol.	d) Spezial.	**e) Beweg.**	f) Sozial.
VKS-Ist in h	6.000	28.500	1.700	3.200	**720**	2.300
Umsetzungs-grad	100 %	100 %	100 %	100 %	**80 %**	100 %

Der Wegfall des Vergütungsanspruchs wird in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkraftstunden festgelegt. In der Berufsgruppe e) beträgt die tatsächliche Personalausstattung VKS-Ist 720 Stunden und der Umsetzungsgrad liegt mit 80 Prozent unter dem Niveau von 90 Prozent. Im Beispiel fehlen 90 Stunden zur relevanten Mindestvorgabe von 810 Stunden für diese Berufsgruppe. Dies entspricht 0,23 Prozent der relevanten Mindestvorgabe für alle Berufsgruppen (90 VKS / 38.340 VKS). Der Anteil der fehlenden Stunden ist mit dem Faktor 1,2 im Jahr 2022 bzw. 1,7 im Jahr 2023 zu multiplizieren. Somit wird die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs im Jahr 2022 mit 0,28 Prozent (1,2 x

(90 VKS / 38.340 VKS)) und im Jahr 2023 mit 0,40 Prozent (1,7 x (90 VKS / 38.340 VKS)) festgelegt.

Beispiel 2: Unterschreitung von zwei kleinen Berufsgruppen mit 80 Prozent und 70 Prozent

Im Beispiel 2 wird die Mindestvorgabe in der Berufsgruppe c) nur zu 80 Prozent und in der Berufsgruppe e) nur zu 70 Prozent erfüllt.

Berufs-gruppe	a) Ärzte	b) Pflege	**c) Psychol.**	d) Spezial.	**e) Beweg.**	f) Sozial.
VKS-Ist in h	6.000	28.500	**1.360**	3.200	**630**	2.300
Umsetzungs-grad	100 %	100 %	**80 %**	100 %	**70 %**	100 %

Der Wegfall des Vergütungsanspruchs wird in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkraftstunden festgelegt. In den Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 Buchstaben c und e liegt der Umsetzungsgrad unter dem Niveau von 90 Prozent. Im Beispiel fehlen bei Berufsgruppe c) 170 Stunden zur relevanten Mindestvorgabe von 1.530 Stunden für die Berufsgruppe und bei Berufsgruppe e) 180 Stunden zur relevanten Mindestvorgabe von 810 Stunden für die Berufsgruppe. Die fehlenden Stunden aller betroffenen Berufsgruppen sind zu addieren. In diesem Beispiel beträgt die Summe 350 fehlende Stunden. Dies entspricht 0,91 Prozent der relevanten Mindestvorgabe für alle Berufsgruppen (350 VKS / 38.340 VKS). Der Anteil der Summe der fehlenden Stunden ist mit dem Faktor 1,2 im Jahr 2022 bzw. 1,7 im Jahr 2023 zu multiplizieren. Somit wird die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs im Jahr 2022 mit 1,1 Prozent (1,2 x (350 VKS / 38.340 VKS)) und im Jahr 2023 mit 1,55 Prozent (1,7 x (350 VKS / 38.340 VKS)) festgelegt.

Beispiel 3: Unterschreitung einer großen Berufsgruppe mit 80 Prozent

Im Beispiel 3 wird die Mindestvorgabe in der Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe b nur zu 80 Prozent erfüllt.

Berufs-gruppe	a) Ärzte	**b) Pflege**	c) Psychol.	d) Spezial.	e) Beweg.	f) Sozial.
VKS-Ist in h	6.000	**22.800**	1.700	3.200	900	2.300
Umsetzungs-grad	100 %	**80 %**	100 %	100 %	100 %	100 %

Der Wegfall des Vergütungsanspruchs wird in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkraftstunden festgelegt. In der Berufsgruppe b) beträgt die tatsächliche Personalausstattung VKS-Ist 22.800 Stunden und der Umsetzungsgrad liegt mit 80 Prozent unter dem Niveau von 90 Prozent. Im Beispiel fehlen 2.850 Stunden zur relevanten Mindestvorgabe von 25.650 Stunden für die Berufsgruppe. Dies entspricht 7,43 Prozent der relevanten Mindestvorgabe für alle Berufsgruppen (2.850 VKS / 38.340 VKS). Der Anteil der fehlenden Stunden ist mit dem Faktor 1,2 im Jahr 2022 bzw. 1,7 im Jahr 2023 zu multiplizieren. Somit wird die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs im Jahr 2022 mit 8,92 Prozent (1,2 x (2.850 VKS / 38.340 VKS)) und im Jahr 2023 mit 12,64 Prozent (1,7 x (2.850 VKS / 38.340 VKS)) festgelegt.

Zu Absatz 6:

Spätestens bis zum 31. Oktober 2023 trifft der G-BA Entscheidungen über weitergehende Sanktionsregelungen im Hinblick auf die Umsetzung für einen weiteren Wegfall des Vergütungsanspruchs.

Zu Absatz 7:

Der Wegfall des Vergütungsanspruchs bezieht sich nach Absatz 3 Satz 4 auf die Leistungen, bei deren Erbringung die Vorgaben der PPP-RL zu berücksichtigen sind. Da die Richtlinie Mindestvorgaben zur Personalausstattung für die therapeutischen Berufsgruppen festlegt, sind damit alle Leistungen umfasst, an denen das entsprechende Personal bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten beteiligt ist und die damit verbundenen Entgelte des Vergütungssystems. Dies sind die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, 2, 4 und 5 BPflV.

Die näheren Regelungen zur konkreten Umsetzung des Vergütungswegfalls für das einzelne Krankenhaus treffen die nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) festgelegten Vertragsparteien der Budgetverhandlung. Die jeweilige Berechnung der konkreten Höhe des Vergütungswegfalls und die Umsetzung sollten zeitnah im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum erfolgen. Zur Wahrung des Sanktionscharakters ist der Wegfall des Vergütungsanspruchs erlös- und budgetwirksam umzusetzen. Dies schließt eine nachträglich finanzielle Kompensation der entfallenen Vergütungsansprüche, beispielsweise über Mindererlösausgleiche nach § 3 Absatz 7 BPflV, aus.

Vor dem Hintergrund der bundesgesetzlich geregelten Zuständigkeit der Vertragsparteien gemäß § 18 KHG kann der G-BA über die Festlegung der konkreten Berechnung der Höhe des Vergütungswegfalls hinaus keine weitergehenden Vorgaben zur Umsetzung regeln. In diesem Zusammenhang ist auch auf den rein deklaratorischen Charakter des Wortlautes von § 2 Absatz 10 Satz 2 PPP-RL hinzuweisen. Gegenüber den für die Budgetvereinbarung zuständigen Vertragspartnern soll durch den Hinweis in § 2 Absatz 10 Satz 2 PPP-RL die Bedeutung der in § 2 Abs. 10 Satz 1 PPP-RL adressierten Aspekte betont werden.

Zu Absatz 8:

In Absatz 8 werden die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Nachweislieferungspflichten der Krankenhäuser geregelt. Krankenhäuser, die ihre Mitwirkungspflichten gemäß § 11 nicht erfüllen, werden für das erste Quartal der nichtgelieferten Nachweise mit einem Abschlag in Höhe von zwei Euro je Berechnungstag im Quartal sanktioniert. Wird in einem weiteren Quartal desselben Jahres eine Mitwirkungspflicht nicht erfüllt, beträgt der Abschlag für das entsprechende Quartal fünf Euro je Berechnungstag. Beim dritten Quartal beträgt der Abschlag zehn Euro und beim vierten Quartal 20 Euro. Grundlage für die Berechnung sind die mit der letzten Budgetvereinbarung in Anlage 1 Abschnitt L1 der Vereinbarung zur Weiterentwicklung der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 6 der Bundespflegesatzverordnung (AEB-Psych-Vereinbarung 2020) vereinbarten Berechnungstage dividiert durch vier.

Die Vertragsparteien nach § 17 Absatz 2 KHG haben die konkrete rechnerische Höhe des Abschlages festzulegen und in der nächstmöglichen Budgetvereinbarung nach § 11 BPflV umzusetzen. Die beteiligten Stellen nach Absatz 1 sind für die Umsetzung zuständig und legen die konkrete rechnerische Höhe des Abschlages in der nächstmöglichen Budgetvereinbarung nach § 11 BPflV fest.

Nach den Regelungen in § 13 Absatz 8 Satz 5 erfolgt die Erhöhung des Abschlages entsprechend dem Stufenmodell auch dann, wenn die Nichterfüllung der Mitwirkungspflicht nicht in aufeinanderfolgenden Quartalen erfolgt. Eine Erhöhung entsprechend dem Stufenmodell erfolgt aber auch dann, wenn zunächst für ein Quartal entsprechende Daten geliefert werden und danach weitere Lieferungen unterbleiben.

Beispiel 1: Es werden erst Daten für das vierte Quartal geliefert, für die ersten drei Quartale erfolgt keine Lieferung. Dann wird für das erste Quartal ein Abschlag von zwei Euro, für das zweite Quartal ein Abschlag von fünf Euro und für das dritte Quartal ein Abschlag von zehn Euro zugrunde gelegt.

Beispiel 2: Es werden im ersten Quartal entsprechende Daten geliefert, im zweiten und dritten Quartal werden keine Daten geliefert. Erst im vierten Quartal werden wieder Daten geliefert. Dann wird für den Zeitraum des zweiten Quartals ein Abschlag von zwei Euro und für den Zeitraum des dritten Quartals ein Abschlag von fünf Euro zugrunde gelegt.

Beispiel 3: Es werden im ersten Quartal und dritten Quartal keine Daten geliefert. Im zweiten Quartal werden Daten geliefert. Dann werden erst wieder im vierten Quartal Daten geliefert. Dann wird für den Zeitraum des ersten Quartals ein Abschlag von zwei Euro und für den Zeitraum des dritten Quartals ein Abschlag von fünf Euro zugrunde gelegt.

Zu § 14 Anpassung der Richtlinie

Zu Absatz 2:

Die Ergänzung „der Richtlinie“ dient der Klarstellung.

Mit der Aufnahme des neuen Prüfgegenstands der „Personalausstattung in besonders sensiblen Versorgungsbereichen wie z. B. der Gerontopsychiatrie oder geschützten Intensivversorgungsbereichen im Vergleich zu anderen Versorgungsbereichen“ werden entsprechende Hinweise aus dem Stellungnahmeverfahren berücksichtigt (vgl. z. B. Nummer I.9.10 in Anlage V der Tragenden Gründe). Eine Unterversorgung und Gefährdung der Patientinnen und Patienten in den schlecht ausgestatteten Behandlungsbereichen wäre nicht zu vertreten. Eine diesbezügliche Prüfung des Sachverhaltes auf der Grundlage des Nachweises ist daher zwingend vorzunehmen und die Richtlinie ggf. entsprechend anzupassen.

Zu § 16 Übergangsregelungen

Zu Absatz 2:

Als Folge der COVID-19-Pandemie und damit verbundenen Belastungen der Krankenhäuser wird die Sanktionsfreiheit über das Jahr 2020 hinaus auch für das Jahr 2021 festgelegt. Damit werden die Rechtsfolgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 erst ab dem 1. Januar 2022 angewendet.

Zu Absatz 3:

Als Folge der COVID-19-Pandemie ist für die Ermittlung der Mindestvorgaben in Abweichung der Vorgaben in § 6 Absatz 3 über das Jahr 2020 hinaus auch für das Jahr 2021 auf entsprechende Einstufung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche an den vier Stichtagen im Jahr 2019 abzustellen. Wegen der Pandemie und der damit verbundenen Ausnahmesituation für die Krankenhäuser würde eine Anwendung der Vorgaben in § 6 Absatz 3 – Ermittlung der Mindestvorgaben auf Grundlage der Behandlungstage des Vorjahres (hier: 2020) – ggf. zu erheblichen Verzerrungen führen.

Zu Absatz 4:

Für Einrichtungen der Psychosomatik werden bis zum 31. Dezember 2021 die Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades sowie die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben inklusive der Meldung bei Nichterfüllung ausgesetzt. Damit wird gemäß der Auflage des BMG die Aussetzung der Sanktionierung für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben in der Psychosomatik um ein weiteres Jahr verlängert, da zurzeit keine ausreichenden Hinweise für mögliche Anpassungsbedarfe vorliegen.

Wie bisher bleibt es dabei, dass die Einrichtungen der Psychosomatik eine Einstufung der Patientinnen und Patienten nach § 6 Absatz 3 vorzunehmen und die tatsächliche Personalausstattung nach § 7 nachzuweisen haben.

Zu Absatz 5:

Mit den Änderungen wird festgelegt, dass das vom G-BA veröffentlichte Servicedokument für die Übermittlung der Nachweisdaten nicht nur für das Jahr 2020, sondern auch für das Jahr 2021 verwendet werden soll. Die Übermittlungsfristen für diesen Übergangszeitraum werden zur Klarstellung nunmehr ausschließlich in § 11 Absatz 13 verortet und an dieser Stelle gestrichen.

Klargestellt wird auch der Adressatenkreis der verschiedenen Nachweisteile in diesem Zeitraum: Beim Adressatenkreis handelt es sich gemäß § 11 Absatz 2 und 3 bei Übermittlung der jährlichen Nachweise um das IQTIG und um die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Dies gilt selbstverständlich auch für das Servicedokument. Zusätzlich muss bei Nichterfüllung der Richtlinie gemäß § 11 Absatz 3 eine Meldung sowohl an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen als auch an die Landesaufsichtsbehörde übermittelt werden. Auch dies gilt für das Servicedokument.

Die Änderungen folgen damit auch dem Hinweis des BMG in seinem Schreiben vom 20. Dezember 2019.

Zu Absatz 6:

Gemäß Absatz 6 wird die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweis gemäß Anlage 3 Teil B3 für die Jahre 2020 und 2021 ausgesetzt. Zudem wird klargestellt, dass das Servicedokument nach Absatz 5 dementsprechend für die Jahre 2020 und 2021 keine Abfrage zur Anlage 3 Teil B3 enthält. Damit wird die für die beiden Jahre vorgesehene Nutzung des Servicedokuments auch inhaltlich konkretisiert.

Im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der Erstellung der Spezifikation gemäß § 11 PPP-RL (G-BA-Beschluss vom 14. Mai 2020) wurde gleichzeitig festgelegt, dass die Beauftragung der Spezifikation für die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweis vom G-BA im Januar 2021 erfolgen wird.

Zu Absatz 7:

Um die Folgen der in § 8 Absatz 5 festgelegten Höchstgrenzen zur Anrechnung von nicht in der PPP-RL benannten Berufsgruppen zu prüfen, finden diese Höchstgrenzen erst ab dem 1. Januar 2023 Anwendung. In dieser Zeit wird der G-BA auf Basis der übermittelten Nachweise eine Abschätzung der Auswirkungen der festgelegten Vorgaben in § 8 Absatz 5 vornehmen. In diesem Zusammenhang wird auch die bisher nicht vorgesehene Möglichkeit zur Anrechnung von nicht in § 5 genannten Berufsgruppen auf die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte überprüft.

Zur Anlage 1 Minutenwertetabellen

Zu 1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene

Die neue Kategorie P3 für teilstationäre psychotherapeutische Behandlung in der Psychosomatik entspricht inhaltlich im Wesentlichen dem Behandlungsbereich A6 (Allgemeine Psychiatrie, tagesklinische Behandlung). Entsprechend werden hier die gleichen Minutenwerte pro Berufsgruppe hinterlegt. Dieses Vorgehen folgt analog dem Vorgehen bei der Festlegung der Minutenwerte für die Behandlungskategorie P1, die inhaltlich der Kategorie A5 in der Allgemeinen Psychiatrie entspricht. Auch für den Behandlungsbereich P1 wurden die Minutenwerte des Behandlungsbereichs A5 festgelegt (siehe Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA über eine Erstfassung der PPP-RL vom 19. September 2019, Seite 10).

Die neue Kategorie P4 für teilstationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung entspricht inhaltlich der stationären Kategorie P2. Beide Behandlungsbereiche – P4 und P2 für teilstationäre und vollstationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung – werden mit der Mindestvorgabe von einer Therapiedosis von mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche (OPS-Code 9-62 oder 9-63)

vorgesehen. In Anlage 1 werden für beide Behandlungskategorien die gleichen Minutenwerte pro Berufsgruppe hinterlegt, da entsprechend der OPS-Codierung der therapeutische Aufwand gleich hoch ist.

Diese Entscheidung folgt auch zwei weiteren Rationalen:

1. In der Psychosomatik und in der Psychiatrie gibt es sowohl hinsichtlich der behandelten Diagnosen als auch in Bezug auf die Behandlungsmittel viele Übereinstimmungen. Es muss daher gewährleistet sein, dass Patientinnen und Patienten mit der gleichen Diagnose und dem gleichen Schweregrad der Krankheit eine qualitativ gleichwertige Behandlung erhalten und entsprechend unabhängig vom Behandlungsort eine gleichwertige Personalausstattung vorfinden. Dies bildet sich in den o. g. Regelungen zu den identischen Minutenwerten zwischen den Behandlungsbereichen P1 und A6 ab.
2. Die teilstationäre Behandlung ist aus Sicht der Patientinnen und Patienten oft attraktiver als die vollstationäre Behandlung und sollte deshalb gefördert werden. Viele Krankenhäuer haben sich entsprechend umgestellt und behandeln auch im teilstationären Bereich komplex-psychotherapeutisch, das heißt mit ebenso hohem Personaleinsatz wie vollstationär. Dieser Umstand bildet sich mit den o. g. Regelungen zu den identischen Minutenwerten in den voll- und teilstationären Behandlungsbereichen P2 und P4 ab.

Zur Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

Aus den in den Tragenden Gründen zu § 3 und zur Anlage 1 der Richtlinie aufgeführten Gründen werden die Behandlungsbereiche P3 und P4 zur teilstationären Versorgung in der Psychosomatik ergänzt. Mit der in Anlage 2 vorgenommenen Ergänzung werden die Eingruppierungsempfehlungen für diese neuen Behandlungskategorien festgelegt.

Die weiteren Änderungen sind redaktioneller Art.

Zur Anlage 3 Nachweis

- **<u>Allgemeines</u>**

Die Anlage 3 wird aufgrund zahlreicher klarstellender und redaktioneller Änderungen (wie Verweiskorrekturen zur bisherigen Tabelle A2 oder zu § 5) sowie erforderlicher Folgeanpassungen an die Änderungen im Paragrafenteil der Richtlinie (wie durch die Ergänzung der Behandlungsbereiche P3 und P4 in § 3 Absatz 1) neu gefasst.

Auf dem Deckblatt wird aus datenschutzrechtlichen Gründen der Hinweis ergänzt, dass im Nachweis für das Nachweisverfahren gemäß der PPP-RL ausschließlich statistische Angaben zu machen sind.

Zudem werden hier aufgrund der Änderungen in § 11 und § 16 Absatz 5 zur besseren Übersicht nochmals genau die Übermittlungspflichten der Einrichtungen aufgeführt:

- Teil A und Teil B des Nachweises werden gemeinsam gemäß § 11 Absatz 13 in der Übergangszeit bis zum 1. Januar 2024 quartalsweise zum Zwecke der Auswertung durch den G-BA an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) übermittelt, danach jährlich.
- Teil A des Nachweises wird gemäß § 11 Absatz 13 in der Übergangszeit bis zum 1. Januar 2024 quartalsweise an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt, danach jährlich.
- Ausgenommen von der quartalsweisen Lieferung an den oben genannten Empfängerkreis ist in der Übergangszeit das Erfassungsjahr 2020. Die diesbezüglichen Nachweise werden für alle vier Quartale gemeinsam bis zum 30. April 2021 übermittelt.

- Bei Nichterfüllung wird Teil A gemäß § 11 Absatz 2 ab dem 1. Januar 2021 quartalsweise an die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Landesaufsichtsbehörde übermittelt.

Die weiteren Ergänzungen auf dem Deckblatt sind redaktioneller Art.

- **Zu Teil A**

In Teil A werden die Ausfüllhinweise konkretisiert und bei fast allen Tabellen der zulässige Wertebereich der Angaben im Nachweis angepasst. Zentrale inhaltliche Änderungen werden nachfolgend im Einzelnen erläutert.

Zu Tabelle A2.2:

Die Aufnahme der Tabelle A2.2 dient der Umsetzung von § 14 Absatz 2, letzter Spiegelstrich (siehe auch Begründung zu § 14 Absatz 2). Danach ist eine Untersuchung der Mindestpersonalausstattung in besonders sensiblen Versorgungsbereichen notwendig, um die Folgen der einrichtungsbezogenen Messung der Mindestpersonalausstattung abzuklären. Dazu dient der stations- und monatsbezogene Nachweis.

Um diesem Auftrag gerecht zu werden, ist folgende Stationstypisierung vorzunehmen: geschützte Akut- oder Intensivstation, fakultativ geschlossene Station, offene, nicht elektive Station, Station mit geschützten Bereichen, elektive, offene Station, nicht-stationsbezogene Einheit mit innovativem Behandlungskonzept. Dabei ist anzumerken, dass sich psychiatrische Kliniken – insbesondere, wenn sie an der Pflichtversorgung teilnehmen – durch einen hohen Anteil an Akut- und Notfallbehandlungen auszeichnen und üblicherweise je nach Klinikkonzept in geschützten Akut- oder Intensivstationen, fakultativ geschlossenen Stationen, offenen, nicht elektiven Stationen und/oder Stationen mit geschützten Bereichen organisiert sind. Die Anzahl der elektiven Stationen, die vorwiegend Patientinnen und Patienten mit elektiver Aufnahme versorgen, ist dagegen in den Kliniken mit Pflichtversorgung eher klein.

Zusätzlich werden hier innovative stationsersetzende Modelle berücksichtigt. Dies dient der Umsetzung von § 14 Absatz 2, letzter Satz. Danach soll geprüft werden, ob in der klinischen Praxis alternative, stationsersetzende Modelle etabliert sind. Die Einrichtungen müssen diese Modelle im Nachweis erläutern.

Zusätzlich werden bei der Angabe Konzeptstationen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, für Allgemeinpsychiatrie, für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung, für psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung, für Suchterkrankungen, für Gerontopsychiatrie, für Psychosomatik, für psychosomatische Komplexbehandlung und andere Konzeptstationen (keine der obigen Konzeptstationen oder Mischstationen) unterschieden. Letztere müssen im Nachweis erläutert werden.

Zu Tabelle A3.1:

Die konkretere Definition der Behandlungstage, die bisher nur in den Tragenden Gründen aufgeführt wurde, wird durch diese Änderung auch in der Richtlinie verankert. Es wird hierbei die exakte Formulierung aus den Tragenden Gründen übernommen, auf deren Grundlage die Krankenhäuser die Behandlungstage ermitteln. Entlassungs- oder Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, sowie Tage, an denen eine über Mitternacht hinausgehende Beurlaubung oder Abwesenheit beginnt, werden somit bei der Ermittlung der Behandlungstage nicht berücksichtigt.

Darüber hinaus erfolgt eine Klarstellung zur Definition der Behandlungstage bei teilstationärer Behandlung. So ist bei teilstationärer Behandlung auch der letzte Tag des Aufenthaltes als Behandlungstag zu berücksichtigen.

Es wird darauf hingewiesen, dass in Spalte 2 aufgrund der Änderungen in § 16 Absatz 3 im Erfassungsjahr 2021 abweichend das Kalenderjahr des Nachweises (2021) oder das Kalenderjahr 2019 eingetragen werden kann.

Zu Tabelle A3.2:

Für die Stichtagserhebungen wird eine Regelung für die Fälle aufgenommen, an denen der vorgesehene Stichtag auf einen Feiertag fällt. Die Einstufung wird in diesen Fällen am nächsten Werktag vorgenommen.

Es wird darauf hingewiesen, dass in Spalte 2 aufgrund der Änderungen in § 16 Absatz 3 im Erfassungsjahr 2021 abweichend das Kalenderjahr des Nachweises (2021) oder das Kalenderjahr 2019 eingetragen werden kann.

Zu Tabelle A3.3:

Es wird darauf hingewiesen, dass in Spalte 2 aufgrund der Änderungen in § 16 Absatz 3 im Erfassungsjahr 2021 abweichend das Kalenderjahr des Nachweises (2021) oder das Kalenderjahr 2019 eingetragen werden kann. Auch bei den weiteren Änderungen zu den Angaben in Spalte 3 sowie im Hinweis zur Berechnung der Behandlungstage handelt es sich um Folgeanpassungen – hier: an die Änderungen in § 3 Absatz 1 und § 6 Absatz 4.

Zu Tabelle A4:

Zu den zulässigen Werten

In der Tabelle A4 (Tatsächliche Personalausstattung) wird durch Ermöglichung der Angabe von zwei Pseudoschlüsseln in der Spalte 1 eine Konkretisierung zur stationsäquivalenten Behandlung aufgenommen. 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 der Tabelle A5.1) nicht berücksichtigt. Das bei der stationsäquivalenten Behandlung tatsächlich eingesetzte Personal ist in den Nachweisen (Spalte 5 der Tabelle A4) in zusätzlichen Zeilen mit Verwendung der Pseudoschlüssel auszuweisen.

Zum Hinweis

Im Hinweis zu Spalte 5 werden Ergänzungen zur Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung aufgenommen. Die Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung erfolgt anhand des auf der Station jeweils tätigen Personals. Bei der Ermittlung ist eine Abgrenzung zu anderen Tätigkeiten vorzunehmen, die nicht den Tätigkeiten des Regeldienstes zuzuordnen sind. In § 2 Absatz 10 sind Zeiten bzw. Tätigkeiten aufgeführt, die nicht in den Minutenwerten der Anlage 1 berücksichtigt sind. Diese sind folglich im Regelfall auch nicht bei der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung zu berücksichtigen. Dies trifft beispielsweise auf Leitungstätigkeiten zu, die nicht in den Minutenwerten berücksichtigt sind und daher im Rahmen der Budgetverhandlungen auf der Ortsebene berücksichtigt werden sollten. Der ergänzte Hinweis führt die Tatbestände auf, um eine korrekte Ermittlung sicherzustellen.

Abweichend wird bei tatsächlich erbrachten Tätigkeiten von Personal bzw. bei Diensten, die 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 vierter Spiegelstrich erbracht werden, festgelegt, dass diese bei der tatsächlichen Personalausstattung zu berücksichtigen sind. Dies erscheint sachgerecht, da diese Tätigkeiten auch dem Regeldienst am Tag zuzuordnen sind. Nach § 2 Absatz 3 umfasst der Regeldienst am Tag alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten, die einen Bezug zur Behandlung der Patientinnen und Patienten haben. Im Gegensatz zu den anderen Tatbeständen in § 2 Absatz 10, wie beispielsweise den Ausfallzeiten und Leitungstätigkeiten, ist dies für die beiden oben genannten Tatbestände der Fall. Die Berücksichtigung ist jedoch auf Zeiten von Personal der Berufsgruppen nach § 5 zu beschränken. Zeiten anderer Berufsgruppen sind hingegen nicht zu berücksichtigen, auch wenn diese im Zusammenhang mit regionalen und strukturellen

Besonderheiten nach § 6 Absatz 2 BPflV und nach § 2 Absatz 10 Satz 1 zweiter Spiegelstrich PPP-RL erbracht werden.

Für die Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung wird auf den entsprechenden Hinweis in Tabelle A5.1 verwiesen.

Zu Tabelle A5.1:

In der Tabelle A5.1 wird durch Ermöglichung der Angabe von zwei Pseudoschlüsseln in Spalte 1 eine Konkretisierung zur stationsäquivalenten Behandlung aufgenommen. Für die stationsäquivalente Behandlung in den Behandlungsbereichen A9, S9, G9 und KJ9 sind vorläufig keine Minutenwerte festgelegt. Die diesbezügliche Personalausstattung wird bei der Ermittlung der Mindestanforderung an die Personalausstattung VKS-Mind (Spalte 3 der Tabelle A5.1) nicht berücksichtigt. Der getrennte Ausweis der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist erfolgt in Tabelle A5.1 über zusätzliche Zeilen mit Verwendung 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, 5, 8 und 9 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 in der PPP-RL benannten Berufsgruppen (Spalte 6) oder eine Anrechnung von Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (Spalte 7) sind diese Anrechnungen in Tabelle A5.3 zu erläutern.

Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass aufgrund der Änderungen in § 8 Absatz 5 in Spalte 6 nun Fach- und zusätzlich Hilfskräfte aus nicht in der PPP-RL benannten Berufsgruppen eingetragen werden können.

Für die Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung wird auf den entsprechenden Hinweis in Tabelle A4 verwiesen.

Zu Tabelle A5.3:

Aufgrund der Änderungen in Tabelle A5.1, Spalte 1, kann in Tabelle A5.3 in Spalte 1 zusätzlich 297 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29) und 307 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30) eingetragen werden.

Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass aufgrund der Änderungen in § 8 Absatz 5 in Spalte 2 die Ziffer 6 nun für Fach- und zusätzlich Hilfskräfte aus nicht in der PPP-RL benannten Berufsgruppen gilt.

Zu Teil A6:

Im Teil A6 des Nachweises sind Angaben zu den Ausnahmetatbeständen zu machen. Es ist vorgesehen, die bisherige übergreifende Tabelle nach den einzelnen Tatbeständen in § 10 differenziert darzustellen. In den Tabellen A6.1, A6.2 und A6.3 sind die Gründe für Abweichungen und genauere Angaben zu den Ausnahmetatbeständen zu erläutern.

Für den Ausnahmetatbestand Nummer 1 (kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle) sind auch Angaben zum konkreten Umfang der krankheitsbedingten Ausfallstunden und die damit verbundene Ausfallquote zu machen. Entsprechend den Änderungen in § 10 Absatz 2 sind die Angaben für quartalsbezogene oder kalendermonatliche Zeiträume zu machen.

Für den Ausnahmetatbestand Nummer 2 (kurzfristig stark erhöhte Patientenanzahl von in der Pflichtversorgung) sind auch Angaben zum konkreten Umfang der damit verbundenen Behandlungstage im aktuellen Jahr und im Vorjahr zu machen. Eine Veränderung kann dann als Ausnahmetatbestand geltend gemacht werden, wenn die sich aus den Angaben ergebende prozentuale Veränderung über dem in § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Schwellenwert liegt.

Für den Ausnahmetatbestand Nummer 3 (gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen) sind neben den Gründen für die Abweichung auch die damit verbundenen Auswirkungen auf die Behandlungsleistungen und die Personalausstattung in entsprechenden Feldern zu erläutern.

Zu Teil A6.4:

Durch die Änderungen in § 10 Absatz 1 erfolgt eine Konkretisierung für die Situation, wenn Ausnahmetatbestände für einen kürzeren Zeitraum als das gesamte Quartal vorliegen. In den zusätzlichen Tabellen im Anlage 3 erfolgt der Nachweis, dass die Mindestvorgaben in den anderen Zeiträumen des Quartals (ohne Ausnahmetatbestände) eingehalten werden.

Der Teil A6.4. ist nur bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen auszufüllen.

In Tabelle A6.4.1 sind die Zeiträume anzugeben, in denen keine Ausnahmetatbestände vorliegen. Dies erfolgt in Spalte 2 in einem Textfeld über die Angaben 01 bis 12 für kalendermonatsbezogene Zeiträume bzw. über konkrete Datumsangaben bei nicht-kalendermonatlichen Zeiträumen im Umfang von 1/3 oder 2/3 des Quartals.

In den Tabellen A6.4.2, A6.4.3 und A6.4.4 erfolgt der Nachweis über die Einhaltung der Mindestvorgabe in den anderen Zeiträumen des Quartals (die in Tabelle A6.4.1 aufgeführt sind). Bezüglich der Inhalte der Tabellen wird auf die entsprechenden Tabellen im Teil A5 verwiesen.

Beispiel 1: Ein Krankenhaus erfüllt die Mindestpersonalvorgabe im Fachgebiet Erwachsenen-psychiatrie nicht und es liegt der Ausnahmetatbestand Nummer 1 (kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle) nur im Februar 2021 vor. Der Nachweis umfasst dann in den Tabellen im Teil A5 die Angaben für das gesamte erste Quartal 2021. In der Tabelle A6.1 erfolgen die Angaben zum Ausnahmetatbestand im Monat Februar. In Tabelle A6.4.1 werden als Zeiträume ohne Ausnahmetatbestände die Monate 01 und 03 angegeben. In den Tabellen A6.4.2, A6.4.3 und A6.4.4 erfolgt dann ein Nachweis analog zum Teil A5 - aber nicht für das gesamte erste Quartal 2021, sondern für den zusammengefassten Zeitraum mit den Monaten Januar und März.

Beispiel 2: Ein Krankenhaus erfüllt die Mindestpersonalvorgabe im Fachgebiet Erwachsenen-psychiatrie nicht und es liegt der Ausnahmetatbestand Nummer 1 (kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle) von Mitte Januar bis Mitte Februar vor. Der Nachweis umfasst dann in den Tabellen im Teil A5 die Angaben für das gesamte erste Quartal 2021. In der Tabelle A6.1 erfolgen die Angaben zum Ausnahmetatbestand von Mitte Januar bis Mitte Februar. In Tabelle A6.4.1 werden als Zeiträume ohne Ausnahmetatbestände die erste Hälfte des Januars sowie der Zeitraum ab Mitte Februar mit konkreten Datumsangaben angegeben. In den Tabellen A6.4.2, A6.4.3 und A6.4.4 erfolgt dann ein Nachweis analog zum Teil A5 - aber nicht für das gesamte erste Quartal 2021, sondern für den zusammengefassten Zeitraum: Erste Hälfte des Januars zusammen mit dem Rest des Quartals ab Mitte Februar.

- **Zu Teil B**

In Teil B werden die Ausfüllhinweise konkretisiert und bei allen Tabellen der zulässige Wertebereich der Angaben angepasst. Weitere Änderungen werden im Folgenden erläutert.

Zu Tabelle B1.1:

Wie auch bei Tabelle A3.1 wird die Definition der Behandlungstage, die bisher nur in den Tragenden Gründen aufgeführt wurde, durch diese Änderung in der Richtlinie konkretisiert. Es wird hierbei die exakte Formulierung aus den Tragenden Gründen übernommen, auf deren Grundlage die Krankenhäuser die Behandlungstage ermitteln.

Es wird darauf hingewiesen, dass in Spalte 3 aufgrund der Änderungen in § 16 Absatz 3 im Erfassungsjahr 2021 abweichend das Kalenderjahr des Nachweises (2021) oder das Kalenderjahr 2019 eingetragen werden kann.

Zu Tabelle B1.2:

Es wird darauf hingewiesen, dass in Spalte 3 aufgrund der Änderungen in § 16 Absatz 3 im Erfassungsjahr 2021 abweichend das Kalenderjahr des Nachweises (2021) oder das Kalenderjahr 2019 eingetragen werden kann.

Zu Tabelle B1.3:

Es wird darauf hingewiesen, dass in Spalte 3 aufgrund der Änderungen in § 16 Absatz 3 im Erfassungsjahr 2021 abweichend das Kalenderjahr des Nachweises (2021) oder das Kalenderjahr 2019 eingetragen werden kann.

Im Hinweis zur Tabelle B1.3 (Behandlungstage nach Behandlungsbereichen) wird eine Konkretisierung zur Umsetzung der Vorgaben in § 6 Absatz 4 getroffen. Dies betrifft die Situation, wenn im laufenden Quartal die Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen deutlich von den Vorjahreswerten abweicht. Ist dies der Fall, hat die Ermittlung einheitlich für alle Stations- und Monatsangaben einer nach § 2 Absatz 5 differenzierten Einrichtung zu erfolgen. Damit wird eine bezogen auf die Teilwerte für einzelne Monate und Stationen sowie die Gesamtwerte konsistente Ermittlung der Mindestvorgaben sichergestellt.

Zu Teil B2:

Hier ist neben den differenzierten Einrichtungen auch die Angabe der Pseudoschlüssel 297 für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie und 307 für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30) möglich. Der ergänzende Hinweis unter der Tabelle zu den Pseudoschlüsseln bezieht sich auf diese Möglichkeit. Für die Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung sind die entsprechenden Hinweise in Anlage 3 Tabelle A5.1 zu berücksichtigen.

Zu Tabelle B2.1:

In der Tabelle B2.1 (Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Berufsgruppe je Station) wird ein konkretisierender Hinweis zur stationsäquivalenten Behandlung aufgenommen. Für die stationsäquivalente Behandlung in den Behandlungsbereichen A9, S9, G9 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 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 B2.1. Hierzu ist ein eigenes Tabellenblatt für die stationsäquivalente Behandlung auszufüllen. In den Spalten 3, 5, und 8 sind dann keine Angaben zu machen.

Der Einsatz von Fachkräften anderer Berufsgruppen nach PPP-RL ist nicht auszuweisen, da es keine Mindestvorgaben und somit kein VKS-Mind gibt. Erfolgt ein Einsatz von Fachkräften oder Hilfskräften aus nicht in der PPP-RL benannten Berufsgruppen (Spalte 6) oder Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (Spalte 7) ist dieser in Tabelle B2.1 aufzuführen und in Tabelle B2.2 zu erläutern.

Zu Tabelle B 2.2:

Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass aufgrund der Änderungen in § 8 Absatz 5 in Spalte 2 die Ziffer 6 nun für Fach- und zusätzlich Hilfskräfte aus nicht in der PPP-RL benannten Berufsgruppen gilt.

Zu Tabelle B3:

Zu den Angaben in Teil B3 (Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten - Regelaufgaben gemäß Anlage 4) wird ein Hinweis zur vorübergehenden Aussetzung der Erhebung der Angaben im Servicedokument ergänzt.

Zu Tabelle B4.1:

Die Spalten 5 bis 7 – und dementsprechend die bisherigen Erläuterungen zu diesen Spalten - entfallen, da die entsprechenden Angaben zur Anrechnung bereits in den Tabellen A5.1 und B2.1 enthalten sind.

Zu den Referenztabellen B4.2 und B4.3

Mit den Änderungen in der Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1 und 2 jeweils Buchstabe b werden die Begrifflichkeiten bezüglich der Qualifikationen an das Pflegeberufegesetz angepasst. Die Angaben zu c3 bzw. c4 „Davon psycholog. Psychotherapeuten im Praktikum“ werden gestrichen, da in dieser Berufsgruppe im Nachweis nur Psychologinnen und Psychologen zu berücksichtigen sind und damit diejenigen, die bereits ihr Studium abgeschlossen haben. Psychologinnen und Psychologen in Ausbildung werden bereits mit der Gruppe c2 bzw. c3 abgebildet. Bei den Berufsgruppen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 jeweils Buchstaben d, e und f sowie g werden mit den Änderungen die Qualifikationen, wie auch in den anderen Berufsgruppen, weiter differenziert. In der Berufsgruppe der Spezial-therapeutinnen und Spezialtherapeuten wird jeweils die Gruppe d3 vorgesehen, da ggf. nicht alle Therapeutinnen und Therapeuten eine ergotherapeutische Grundqualifikation besitzen oder den künstlerischen Therapien zugeordnet werden können. Insbesondere im spezialtherapeutischen Bereich gibt es weitere Berufsgruppen, die immer häufiger in der Versorgung psychisch kranker Menschen eingesetzt werden, wie zum Beispiel in der Tiertherapie.

Zur Anlage 4 Regelaufgaben

Die Ergänzung von Regelaufgaben der spezial- und bewegungstherapeutischen Berufsgruppen dient der Vervollständigung der Richtlinie. In der Erstfassung der PPP-RL wurden diese Regelaufgaben in der Psychosomatik nicht geregelt. Dies wird hier nachgeholt. Wie bereits in den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA über die Erstfassung der Richtlinie vom 19. September 2019 zur Anlage 4 beschrieben, orientieren sich die Regelaufgaben im Wesentlichen an den bisherigen Regelaufgaben der Psych-PV. Eine Änderung der Regelaufgaben für erste Berufsgruppen ist gemäß § 14 Absatz 2 u. a. für die Anpassung der Richtlinie zum 1. Januar 2022 vorgesehen.

Die weiteren Änderungen der Anlage 4 sind redaktioneller Art.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO). Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage I**.

4. Verfahrensablauf

Am 13. November 2019 begann die Arbeitsgruppe (AG) PPP mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In sieben Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

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

Stellungnahmeverfahren

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

gegeben, zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 5. August 2020 wurde das Stellungnahmeverfahren mit den gesetzlich stellungnahmeberechtigten Organisationen am 10. August 2020 eingeleitet. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 7. September 2020. Mit Beschluss des G-BA vom 20. August 2020 wurde der Kreis der Stellungnahmeberechtigten nach 1. Kapitel § 8 Absatz 2 VerfO um zehn weitere Organisationen ergänzt. Das entsprechende Stellungnahmeverfahren wurde am 20. August 2020 eingeleitet und endete am 3. September 2020. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage III**.

Es gingen 18 Stellungnahmen fristgerecht, zwei nicht fristgerecht sowie vier Stellungnahmen unaufgefordert ein. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage IV**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage V** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in zwei AG-Sitzungen am 11. und 17. September 2020 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seinen Sitzungen am 21. September und 7. Oktober 2020 durchgeführt (**Anlage V**). Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 11. September 2020 zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen (vgl. **Anlage V**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 15. Oktober 2020 beschlossen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

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

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage I:	Bürokratiekostenermittlung
Anlage II:	Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
Anlage III:	An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie sowie versandte Tragende Gründe
Anlage IV:	Von 24 Organisationen eingereichte Stellungnahmen
Anlage V:	Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 15. Oktober 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage I Bürokratiekostenermittlung

zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

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

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

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

Mit dem vorliegenden Beschluss wird für stationäre Einrichtungen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung das Nachweisverfahren anhand der Anlage 3, welches die Einhaltung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung quartals- und einrichtungsbezogen und die tatsächliche Personalausstattung monats- und stationsbezogen abbildet, verändert: Zudem werden in Teil A und Teil B eine Reihe von Ausfüllhinweisen überarbeitet und ergänzt. Durch die Änderungen entsteht den betroffenen Einrichtungen ein bürokratischer Mehraufwand, der folgendermaßen quantifiziert wird:

1. Ergänzung der Anlage 3 Teil A um Tabelle A2.2

In Teil A wurde die Tabelle „A2.2: Therapeutische Einheiten“ neu hinzugefügt. Die Angaben sollen die Untersuchung der Mindestpersonalausstattung in besonders sensiblen Versorgungsbereichen ermöglichen, um die Folgen der einrichtungsbezogenen Messung der Mindestpersonalausstattung abzuklären. Da es sich hierbei um Informationen über die Organisationsstruktur des Standortes handelt, die sich nur sehr selten ändern, wird von einem einmaligen Aufwand für die Datenbeschaffung von 15 Minuten bei einem hohen Qualifikationsniveau ausgegangen. Daraus resultieren für die etwa 600 Einrichtungen, die an der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung teilnehmen, einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 7.995 Euro (0,25 x 53,30 Euro x 600). Weiterhin entstehen einmalige Bürokratiekosten aus der Einarbeitung in die geänderten Vorgaben. Der hierfür erforderliche Zeitaufwand wird ebenfalls auf 15 Minuten geschätzt und ein hohes Qualifikationsniveau von 53,30 je Stunde zugrunde gelegt. Daraus resultieren einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 7.995 Euro (0,25 x 53,30 Euro x 600).

2. Änderung der Anlage 3 Teil A Abschnitt A6

In Teil A wurde der Abschnitt „A6 Ausnahmetatbestände“ in die Tabellen „A6.1 Ausnahmetatbestand Nr. 1 (kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle)“, „A6.2 Ausnahmetatbestand Nr. 2 (kurzfristige stark erhöhte Anzahl von Patienten in der Pflichtversorgung)“, „A6.3 Ausnahmetatbestand Nr. 3 (gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen)“ aufgegliedert und der Teil „A6.4 Datenfelder zur Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen“ ergänzt. Dabei bleiben die grundsätzlich anzugebenden Daten gleich, allerdings sind in den neuen Tabellen insgesamt präzisiere Angaben zu den in Anspruch genommenen Ausnahmetatbeständen zu machen. Jedoch entstehen für Krankenhäuser, die einen Ausnahmetatbestand zur Geltung

bringen, keine Bürokratiekosten i.S. des Standardkosten-Modells, da mit dem Heranziehen und Dokumentieren von Ausnahmetatbeständen eine Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen einhergeht und innerhalb dieser Methodik stets normkonformes Verhalten der Adressaten unterstellt wird. Allerdings entstehen den etwa 600 Einrichtungen, die an der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung teilnehmen, einmalige Bürokratiekosten aus der Einarbeitung in die oben genannten geänderten Vorgaben. Der hierfür je Nachweisverfahren erforderliche Zeitaufwand wird auf 45 Minuten geschätzt und ein hohes Qualifikationsniveau von 53,30 je Stunde zugrunde gelegt. Daraus resultieren einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 23.985 Euro (0,75 x 53,30 Euro x 600).

Zusätzlich entsteht einigen Einrichtungen mit Erweiterung der Behandlungsbereiche um „P3 Psychotherapie teilstationär“ und „P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“ 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.

3. Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass aufgrund der Änderungen der PPP-RL einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 39.975 Euro entstehen.

Informationspflicht	**Jährliche Bürokratiekosten**	**Einmalige Bürokratiekosten in €**
Ergänzung der Anlage 3 Teil A um Tabelle A2.2	-	15.990
Änderung der Anlage 3 Teil A Abschnitt A6	-	23.985
Gesamt:	-	39.975

Tabelle 1: Zusammenfassende Übersicht

Anlage II Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Stellungnahmeberechtigt nach § 91 Absatz 5a SGB V:
Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)
Stellungnahmeberechtigt nach § 136a Absatz 2 Satz 5 SGB V:
In der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) organisierte betroffene medizinische Fachgesellschaften: • Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) • Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) • Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) • Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP) • Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde (DGGN) • Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) • Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (dgkjp) • Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) • Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) • Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) • Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie, Epidemiologie (gmds) • Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) • Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie und Psychopathometrie (DGMPP) • Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) • Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) • Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) • Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFG) • Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) • Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) • Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) • Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) • Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM) • Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) • Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) • Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) • Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) • Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) • Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) • Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung Suchttherapie (DG-Sucht) • Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
Nicht in der AWMF organisierte betroffene medizinische Fachgesellschaften: • Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik (DGPPS) • Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) • Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung (DGSGB) • Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG)
Stellungnahmeberechtigt nach 1. Kapitel § 8 Absatz 2 lit. a) VerfO:
• Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE) • Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK) • Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)

- Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)
- Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)
- Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)

Beschlussentwurf

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Hinweise:

- Stand 05.08.2020 nach Sitzung des UA QS

- Abzustimmende dissente Punkte sind gelb markiert.

*- Folgedissense, deren Abstimmungsergebnis übernommen wird, und redaktionell anzupassende Passagen sind **grau** markiert.*

Vom 15. Oktober 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 15. Oktober 2020 beschlossen, die 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 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie) in der Fassung vom 19. September 2019 (BAnz AT 31.12.2019 B6), zuletzt geändert am 27. März 2020 (BAnz AT 08.04.2020 B4), wie folgt zu ändern:

I. Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie wird wie folgt geändert:

1.

DKG, BÄK	GKV-SV, PatV, BPtK, DPR
In § 1 Absatz 3 Satz 3 wird die Angabe „2021“ durch die Angabe „2022“ ersetzt.	*[keine Übernahme]*

2. Dem § 3 Absatz 1 werden folgende Zeilen angefügt:

   „P3 Psychotherapie teilstationär

   P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär.“

3. In § 4 Absatz 4 wird das Wort „sowie“ durch das Wort „inklusive“ ersetzt.

4. § 6 wird wie folgt geändert:

   a) In Absatz 1 Satz 3 wird das Wort „sowie“ durch die Wörter „ist kaufmännisch ohne Nachkommastelle,“ ersetzt.

   b) In Absatz 3 werden nach dem Wort „Behandlungstage“ die Wörter „je Behandlungsbereich“ eingefügt.

c) In Absatz 4 werden die Wörter „Kalendermonats des laufenden Jahres“ durch die Wörter „laufenden Quartals“ ersetzt.

5. In § 7 Absatz 4 Satz 1 werden nach dem Wort „über“ die Wörter „oder gleich“ eingefügt.

6. § 8 Absatz 5 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Fachkräfte“ die Wörter „und Hilfskräfte“ eingefügt.

b)

DKG, BPtK	GKV-SV, PatV
Satz 4 wird aufgehoben.	*[keine Übernahme]*

c) In Satz 4/5 werden nach dem Wort „Fachkräfte“ die Wörter „und Hilfskräfte“ eingefügt.

d) Dem Satz 4/5 werden folgende Sätze angefügt:

„Bei der Anrechnung von Fachkräften und Hilfskräften aus anderen Berufsgruppen sind folgende Höchstgrenzen zu beachten:

Diese gelten in der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie

DKG, BÄK	GKV-SV, PatV, BPtK
. Der Umfang der Anrechnungsmöglichkeiten in psychosomatischen Einrichtungen gemäß diesem Absatz wird bis zum 30. September 2021 festgelegt.	und Psychosomatik.

DKG, BPtK	GKV-SV, PatV
- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1a und 2a: maximal 5% der VKS-Mind.	*[keine Übernahme]*

<table>
<tr><th>DKG</th><th colspan="2">GKV-SV, BPtK</th><th>PatV</th></tr>
<tr><td rowspan="3">- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1b und 2b: maximal 20% der VKS-Mind.</td><td colspan="2">- Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1b und 2b in Höhe von maximal 6% der VKS, hierbei können Fachkräfte und Hilfskräfte anderer Berufsgruppen oder Pflegehilfskräfte</td><td></td></tr>
<tr><td>[keine Übernahme]</td><td colspan="2">mit mind.1 jähriger Ausbildung nach den jeweiligen landes-gesetzlichen Regelungen und mehrjähriger praktischer Tätigkeit in der psychiatrischen Pflege</td></tr>
<tr><td colspan="3">in Anrechnung gebracht werden.</td></tr>
</table>

DKG	GKV-SV, PatV, BPtK
- Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1c und 2c	
: maximal 10% der VKS-Mind.	in Höhe von maximal 4,8% der VKS.
- Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1d und 2d	
: maximal 10% der VKS-Mind.	in Höhe maximal 3,8% der VKS.
- Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1e und 2e	
: maximal 5% der VKS-Mind.	in Höhe von 2,2% der VKS.
- Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1f und 2f	
: maximal 5% der VKS-Mind.	in Höhe von maximal 1,2% der VKS.
- Berufsgruppe nach § 5 Abs. 2g	
: maximal 5% der VKS-Mind.	in Höhe von maximal 2% der VKS.

DKG	GKV-SV, BPtK, DPR
In jeder Einrichtung kann je Berufsgruppe mindestens ein halbes Vollzeitäquivalent angerechnet werden.“	*[keine Übernahme]*

7. § 10 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, das Vorliegen der Voraussetzungen eines Ausnahmetatbestandes nach Absatz 1 gemäß § 11 nachzuweisen.

DKG	GKV-SV
Die Ausnahmetatbestände nach Absatz 1 beziehen sich auf die einzelnen	
Einrichtungen gemäß § 2 Absatz 5. Der Ausnahmetatbestand nach Absatz 1 Nummer 1 bezieht sich auf das gesamte therapeutische Personal der jeweiligen Einrichtung gemäß § 5 in Verbindung mit § 8. Liegt ein Ausnahmetatbestand nicht im Quartal, sondern nur in einem Drittel oder zwei Dritteln des jeweiligen Quartals vor, ist das Krankenhaus verpflichtet, die quartalsbezogenen Mindestvorgaben anteilig in dem jeweils anderen Zeitraum zu zwei Drittel bzw. einem Drittel einzuhalten.	Fachgebiete in denen die Mindestvorgaben gemäß § 2 Abs. 5 einzuhalten sind und das gesamte therapeutische Personal der Berufsgruppen nach § 5 insgesamt. Liegen die Voraussetzungen der Ausnahmetatbestände nur für ein oder zwei Kalendermonate des Quartals vor, ist das Krankenhaus verpflichtet, die Mindestvorgaben anteilig in den anderen Zeiträumen des Quartals einzuhalten. Im Nachweis nach Anlage 3 hat das Krankenhaus diese Einhaltung nachzuweisen.

Das Krankenhaus hat die ihm zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten zu nutzen, um die verbindlichen Mindestvorgaben schnellstmöglich

DKG	GKV-SV
[keine Übernahme]	, spätestens jedoch nach vier Wochen,

wieder zu erfüllen.“

b)

DKG, BÄK, BPtK, DPR	GKV-SV, PatV
Absatz 3 wird wie folgt gefasst: „(3) Das gesamte Nachweisverfahren gemäß § 11 findet bis zum 31. Dezember 2020 keine Anwendung. Dies umfasst sowohl die Pflicht zur Dokumentation als auch die Pflicht zur Übermittlung der Nachweise des Jahres 2020 zu Beginn des Jahres 2021. § 16 Absatz 5 findet für die Übermittlung der Nachweise des Jahres 2020 keine Anwendung.“	*[keine Übernahme]*

8. § 11 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 werden die Wörter „gesamte Jahr“ durch die Wörter „jeweilige Quartal“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Die Angabe „Absatz 6“ wird durch die Angabe „Absatz 7“ ersetzt.

bb) Vor dem Wort „Ersatzkassen“ wird das Wort „der“ durch das Wort „die“ ersetzt.

c)

DKG	GKV-SV, PatV
[keine Übernahme]	Nach Absatz 3 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt: „In der Anzeige nach Satz 1 sind die konkreten nicht erfüllten Mindestanforderungen aufzuführen und die Voraussetzungen gegebenenfalls vorliegender Ausnahmetatbestände nach § 11 nachzuweisen.“

d) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„(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. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder veröffentlicht eine Auflistung der Landesaufsichtsbehörden. Die Auflistung enthält die Namen und Adressen der Landesaufsichtsbehörden sowie die entsprechenden E-Mail-Adressen.“

e) Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.

f) Der bisherige Absatz 5 wird Absatz 6 und wie folgt gefasst:

„(6) Der G-BA beauftragt das IQTIG, die Spezifikation zur EDV-technischen Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung gemäß Absatz 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."

g) Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 7, und in Satz 1 werden nach dem Wort „Spezifikation" die Wörter „nach Absatz 6" eingefügt.

h) Die bisherigen Absätze 7 bis 10 werden die Absätze 8 bis 11.

i) Der bisherige Absatz 11 wird Absatz 12, und in Satz 2 wird die Angabe „Absatz 9" durch die Angabe „Absatz 10" ersetzt.

j) Der bisherige Absatz 12 wird Absatz 13 und wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Bis zum 1. Januar 2024 gelten für den Nachweis der Einhaltung der Mindestvorgaben im Sinne von Absatz 1 folgende abweichende Regelungen:"

bb) In Nummer 1 werden in Satz 1 nach dem Wort „Mindestanforderungen" die Wörter „im Sinne von Absatz 1" eingefügt, in Satz 2 wird jeweils die Angabe „§ 11" gestrichen und nach dem Wort „IQTIG" die Wörter „(Teil A und B des Nachweises nach Anlage 3)

DKG	GKV-SV
[keine Übernahme]	und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (Teil A des Nachweises nach Anlage 3)"

eingefügt.

cc) Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von Nummer 1 findet die erste elektronische Übermittlung der Einhaltung der Mindestanforderungen im Sinne von Absatz 1 bis zum

DKG, BPtK, DPR	GKV-SV, PatV
15. Mai 2021 für das erste Quartal 2021 statt. Die quartalsweise Übermittlung erfolgt bis zum 1. Januar 2024.	30. April 2021 für alle vier Quartale des Jahres 2020 statt. Ab dem 15. Mai 2021 bis zum 1. Januar 2024 erfolgt dann die quartalsweise Übermittlung. "

dd) Nummer 3 wird wie folgt geändert:

aaa) In Satz 1 wird die Angabe „§ 11 Absatz 7" durch die Angabe „Absatz 8" ersetzt.

DKG, BPtK, DPR	GKV-SV, PatV
[keine Übernahme]	bbb) Folgender Satz wird angefügt: „Abweichend von Satz 1 ist für das Erfassungsjahr 2020 eine Übersendung von korrigierten Daten für alle vier Quartale bis zum 1. Juli 2021 möglich."

ee) Nummer 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Das IQTIG übermittelt dem G-BA die Ergebnisse nach Absatz 10

DKG, BPtK, DPR	GKV-SV, PatV
[keine Übernahme]	für das Erfassungsjahr 2020 als Jahresbericht spätestens zum 31. Juli 2021, für die Erfassungsjahre 2021, 2022 und 2023

quartalsweise jeweils spätestens vier Kalendermonate nach Ende des betreffenden Quartals in Form eines Quartalsberichtes."

ff) Nummer 5 wird wie folgt geändert:

aaa) In den Sätzen 1 und 2 wird jeweils die Angabe „§ 11 Absatz 11" durch die Angabe „Absatz 12" ersetzt.

DKG, BPtK, DPR	GKV-SV, PatV
[keine Übernahme]	bbb) Folgender Satz wird angefügt: „Abweichend von Satz 1 und 2 gilt für das Erfassungsjahr 2020 gemäß Abs. 13 Nr. 2 eine Datenlieferfrist bis zum 30. April 2021. Die Korrekturfrist endet am 1. Juli 2021."

9. § 13 wird wie folgt gefasst:

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

DKG, BÄK	GKV-SV, PatV
der Mindestvorgaben sind das Krankenhaus und die Krankenkassen, die als Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) an der Budgetvereinbarung des Krankenhauses gemäß § 11 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) beteiligt sind (im Folgenden: Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG).	von Qualitätsanforderungen sind: 1. das Krankenhaus, 2. die Krankenkassen, die als Vertragspartei nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) an der Budgetvereinbarung gemäß § 18 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.
[streichen]	(2) Die Einhaltung der Mindestvorgaben nach dieser Richtlinie wird vom Krankenhaus gemäß § 11 nachgewiesen.

(2) Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Ein Ausgleich über einzelne Wochen des Quartals ist möglich, soweit die Mindestvorgaben in der Einrichtung im gesamten Quartal im Durchschnitt je Berufsgruppe erfüllt werden. Gemäß § 7 Absatz 4 liegt eine Nichterfüllung innerhalb der Einrichtung vor, wenn für eine Berufsgruppe der Umsetzungsgrad unter 100 Prozent liegt. Bei einer Nichterfüllung der Mindestanforderungen an die Personalausstattung entfällt der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 SGB V. Die Berechnung der Höhe und die Umsetzung des Wegfalls des Vergütungsanspruchs werden im Folgenden geregelt.	(3) Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 quartalsbezogen in den Einrichtungen differenziert nach den Fachgebieten Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie einzuhalten. Ein Ausgleich über einzelne Wochen des Quartals ist möglich, soweit die Mindestvorgaben in der Einrichtung im gesamten Quartal im Durchschnitt erfüllt werden. Bei Nichterfüllung gemäß § 7 Absatz 4 liegt die Nichterfüllung für die Berufsgruppe innerhalb der Einrichtung vor, bei der der Umsetzungsgrad unter 100 Prozent liegt. Für Leistungen ohne Einhaltung der Mindestanforderungen an die Personalausstattung entfällt der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 SGB V.
(3) Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG haben begleitend zu den jährlichen Verhandlungen des Krankenhausbudgets gemäß § 11 BPflV die Einhaltung der Mindestanforderungen gemäß Absatz 4 zu prüfen und bei Feststellung einer Nichteinhaltung die vorgegebenen Durchsetzungsmaßnahmen umzusetzen. Die Umsetzung von Durchsetzungsmaßnahmen erfolgt im Rahmen eines gemeinsamen Dialogs, in dem für eine zurückliegende Nichteinhaltung die Höhe des Vergütungswegfalls gemäß der Absätze 5 bis 9 sowie die für eine zukünftige Einhaltung der Mindestanforderungen erforderlichen Maßnahmen gemäß Absatz 10 zu regeln sind. (4) Für die Prüfung der Einhaltung der Mindestanforderungen hat das Krankenhaus den beteiligten Krankenkassen die Tabellen A5.1 und A5.2 gemäß Anlage 3 für alle Einrichtungen des Krankenhauses und alle seit der vorhergehenden Nachweisführung abgelaufenen Quartale vorzulegen. Sofern das Krankenhaus einen Ausnahmetatbestand nach § 11 geltend macht, ist dies vom Krankenhaus gemäß	(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 Patienten erbracht wurden für die die Mindestanforderungen an die Personalausstattung gemäß § 6 in den Berufsgruppen nach § 5 nicht eingehalten wurden. Die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs bestimmt sich unter Berücksichtigung des Ausmaßes der Nichteinhaltung und den betroffenen Berufsgruppen sowie der Dauer der Nichteinhaltung nach den Vorgaben in Absatz 5 und 6. Bei der Umsetzung sind die Vorgaben in Absatz 7 zu berücksichtigen. (5) Die Vergütung ist um einen Prozentsatz in Abhängigkeit vom Umfang des Anteils der nicht eingehaltenen Berufsgruppen zu kürzen. Der Prozentsatz errechnet sich aus der Summe der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind für alle Berufsgruppen mit einem Umsetzungsgrad unter 100 Prozent dividiert durch die Summe der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind aller Berufsgruppen. Wird die Mindestpersonalausstattung bei allen Berufsgruppen unterschritten entfällt

Tabelle A6 der Anlage 3 für die betreffenden Quartale darzulegen. Auf dieser Grundlage haben die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG die Einhaltung bzw. Nichteinhaltung der Mindestanforderungen quartalsbezogen festzustellen. (5) Stellen die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG eine Nichteinhaltung der Mindestvorgaben fest, die nicht durch einen Ausnahmetatbestand nach § 11 begründet ist, entfällt der Vergütungsanspruch des Krankenhauses für die betroffene Einrichtung und das betroffene Quartal in Abhängigkeit der Höhe der Unterschreitung in den betroffenen Berufsgruppen. (6) Für die Berechnung der Höhe des Vergütungswegfalls ist für die betroffenen Berufsgruppen die Anzahl der VKS zu ermitteln, um die die Mindestvorgaben unterschritten wurden. Die Unterschreitung in VKS ist auf der Grundlage der Tabelle A5.1 der Anlage 3 als Differenz (VKS-Diff) der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind (Spalte 3) abzüglich der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist (Spalte 4) zu ermitteln. (7) Die nach Absatz 6 ermittelte Anzahl der VKS-Diff der jeweiligen Berufsgruppe ist mit einem quartalsbezogenen Vergütungsbetrag zu multiplizieren. Dieser beträgt für die Berufsgruppen a und c nach § 5 PPP-RL jeweils 45 Euro pro VKS-Diff und für die Berufsgruppe b sowie die Berufsgruppen d bis g nach § 5 PPP-RL jeweils 30 Euro pro VKS-Diff. (8) Die Höhe des Wegfalls der quartalsbezogenen Vergütung für die betroffene Einrichtung ergibt sich als Summe der berufsgruppenbezogenen Beträge nach Absatz 7. Die Höhe des Wegfalls der quartalsbezogenen Vergütung des Krankenhauses ergibt sich als Summe der Beträge nach Satz 1 aller betroffenen Einrichtungen des Krankenhauses. Die Höhe des Wegfalls der Vergütung des Krankenhauses für den betroffenen Zeitraum ergibt sich als Summe der Beträge nach Satz 2 aller betroffenen Quartale.	somit die Vergütung im Ergebnis vollständig. (6) Für eine Übergangszeit bis 31.12.2023 wird im ersten und zweiten Quartal einer Nichteinhaltung eines Fachgebietes der Prozentsatz abweichend von Absatz 5 in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkräftestunden berechnet. Dazu wird der Anteil der fehlenden Vollkräftestunden an der Gesamtanzahl der Vollkräftestunden für alle Berufsgruppen ermittelt. Der Anteil der fehlenden Vollkräftestunden nach Satz 2 errechnet sich aus der Summe der Differenzen zwischen der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind und der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist für alle Berufsgruppen mit einem Umsetzungsgrad unter 100 Prozent dividiert durch die Summe der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind aller Berufsgruppen. Der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs ergibt sich aus dem zweifachen Wert des Anteils der fehlenden Personalausstattung nach Satz 2 und 3. Ab dem dritten unmittelbar aufeinanderfolgenden Quartal einer Nichteinhaltung eines Fachgebietes wird auch in der Übergangszeit bis 31.12.2023 der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs nach den Vorgaben in Absatz 5 berechnet. (7) Der Wegfall des Vergütungsanspruchs nach Absatz 3 Satz 4 bezieht sich auf die abzurechnenden Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1,2, 4 und 5 BPflV, für die das therapeutische Personal der Berufsgruppen gemäß § 5 bei der Leistungserbringung beteiligt ist. Die beteiligten Stellen nach Absatz 1 Satz 1 setzen den Wegfall des Vergütungsanspruchs nach den näheren Einzelheiten in den Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Absatz 1 Nr. 3 BPflV um. Das Krankenhaus ist nach § 11 Absatz 3 verpflichtet die Nichterfüllung der Mindestvorgaben unverzüglich, jedoch spätestens 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals, den

(9) Bei der Ermittlung des Vergütungswegfalls haben die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG im Rahmen des gemeinsamen Dialogs nach Absatz 3 die Gründe für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zu prüfen, wobei auch die nach § 3 BPflV vereinbarte Personalausstattung sowie die gemäß § 18 Absatz 2 BPflV vom Krankenhaus nachzuweisende tatsächliche Personalausstattung und zweckentsprechende Mittelverwendung zu berücksichtigen sind. Sofern das Krankenhaus nachvollziehbar darlegt, dass eine Nichteinhaltung der Mindestvorgaben aus vom Krankenhaus nicht zu verantwortenden Gründen unvermeidbar war, ist der nach den Absätzen 5 bis 8 berechnete Vergütungswegfall entsprechend des darauf entfallenden Anteils zu mindern. (10) Im gemeinsamen Dialog nach Absatz 3 sind ebenfalls die Möglichkeiten des Krankenhauses zur zukünftigen Einhaltung der Mindestanforderungen zu prüfen. Sofern eine Nichteinhaltung der Mindestanforderungen in einer oder mehreren Berufsgruppen zukünftig zu erwarten ist, haben die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG geeignete Maßnahmen zur schnellstmöglichen Einhaltung der Mindestvorgaben zu vereinbaren. Dabei sind die mit den Maßnahmen ggf. zusätzlich verbundenen Kosten zu berücksichtigen. Soweit diese Kosten nicht bereits im Budget des Krankenhauses berücksichtigt sind, ist der Vergütungswegfall für die vergangenen Quartale in Höhe der zusätzlichen Kosten zu mindern. Nach Ablauf der Maßnahmen hat das Krankenhaus die zweckentsprechende Verwendung der zusätzlich erhaltenen Mittel nachzuweisen und ggf. nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zurückzuzahlen. (11) Die gemäß Absatz 5 bis 10 im Ergebnis festgestellte Höhe des Vergütungswegfalls ist von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG bei der Vereinbarung des Gesamtbetrags nach § 3 BPflV für den nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum zu regeln. Hierzu ist der	Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen anzuzeigen. Die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs wird unter Nutzung von Teil A des quartalsbezogenen Nachweises nach Anlage 3 ermittelt. Die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs ist in der Abrechnung und Budgetvereinbarung getrennt auszuweisen. Die Umsetzung soll in der Abrechnung der Behandlungsleistungen erfolgen. Die beteiligten Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 vereinbaren in der auf die Nichteinhaltung der Mindestanforderung folgenden Budgetvereinbarung nach § 11 BPflV die durch den Wegfall des Vergütungsanspruches notwendigen Ausgleiche und Berichtigungen für Vorjahre nach den Vorgaben von § 3 Absatz 3 Satz 12 BPflV. Die entfallenen Vergütungsansprüche sind nicht über Mindererlöse nach § 3 Absatz 7 BPflV auszugleichen.

festgestellte Betrag als Erlösausgleich nach § 3 Absatz 7 BPflV an die Krankenkassen zurückzuzahlen. Da der Vergütungswegfall auf Grund der Nicht-einhaltung von Mindestanforderungen keinen Mindererlös nach BPflV darstellt, ist der Rückzahlungsbetrag nicht über Mindererlöse nach § 3 Absatz 7 BPflV auszugleichen.	
(12) Krankenhäuser, die nach Ablauf der Korrekturfrist gemäß § 11 Absatz 8 und zweimaliger Aufforderung durch das IQTIG mit jeweils vierwöchiger Fristsetzung die Nachweise gemäß § 11 Absatz 2 und Absatz 13 Nr. 1 und die Erklärung über die Richtigkeit der Angaben gemäß § 11 Absatz 2 nicht oder nicht vollständig an das IQTIG übermittelt haben, werden für jede betroffene quartalsbezogene Nachweislieferung mit einem quartalsbezogenen Abschlag in Höhe von 2 Euro je Berechnungstag im Quartal sanktioniert. Die Anzahl der Berechnungstage pro Quartal ist durch Division der für das Kalenderjahr des betroffenen Quartals gemäß Anlage 1 Abschnitt L1 der AEB-Psych-Vereinbarung 2020 vereinbarten Berechnungstage durch 4 zu ermitteln. Die Vertragsparteien nach § 17 Absatz 2 KHG haben die konkrete rechnerische Höhe des Abschlages festzulegen und in der nächstmöglichen Budgetvereinbarung nach § 11 BPflV umzusetzen.	(8) Erfüllt ein Krankenhaus seine Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 2 und 3 nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Erinnerung durch den vorgesehenen Empfänger des Nachweises sowie eine Information der beteiligten Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2. Wird von einem Krankenhaus in einem Kalenderjahr die Frist in mindestens einer Mitwirkungspflicht nach Satz 1 um mehr als 90 Tage überschritten, wird ein Abschlag in Höhe von 20 Euro je vereinbarten Berechnungstag für das Kalenderjahr gemäß Anlage 1 Abschnitt L1 der AEB-Psych-Vereinbarung 2020 festgelegt. Die beteiligten Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 sind für die Umsetzung zuständig und legen die konkrete rechnerische Höhe des Abschlages in der auf die Nichterfüllung der Mitwirkungspflicht folgenden Budgetvereinbarung nach § 11 BPflV fest. “

10. § 14 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

DKG, BÄK, BPtK, DPR	GKV-SV, PatV
„Eine erste Anpassung der Richtlinie ist mit Wirkung zum 1. Januar 2022 (Beschluss bis zum 30. September 2021)	Eine entsprechende Überprüfung hat zum ersten Mal auf Grundlage des Erfassungsjahres 2020 zu erfolgen und eine entsprechende Anpassung der Richtlinie ist mit Wirkung zum 1. Januar 2022 (Beschluss bis zum 30. September 2021)

vorzunehmen.“

b)

DKG, GKV-SV, DPR	PatV
[keine Übernahme]	In Satz 2 wird nach dem Wort „Jugendlichenpsychotherapeuten“ der Spiegelstrich „- die Regelaufgaben der Genesungsbegleiter“ eingefügt.

11. § 16 wird wie folgt geändert:

a)

DKG	GKV-SV, PatV, BPtK, DPR
In Absatz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2025“ und die Angabe „2022“ durch die Angabe „2023“ ersetzt.	*[keine Übernahme]*

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13

DKG	GKV-SV
sowie die Vorgaben zur Meldung bei Nichterfüllung gemäß § 11 Absatz 3	*[keine Übernahme]*

finden erst ab dem 1. Januar

DKG	GKV-SV, PatV, BPtK
2022	2021

Anwendung.“

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa)

DKG, BPtK, DPR	GKV-SV, PatV
In Satz 1 wird nach den Wörtern „Mindestpersonalausstattung für das Jahr“ die Jahreszahl „2020“ durch die Jahreszahl „2021“ ersetzt.	*[keine Übernahme]*

bb)

DKG	GKV-SV, PatV
[keine Übernahme]	An Satz 2 wird folgender Satz angefügt: „Die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung für das zweite Quartal im Jahr 2021 basiert auf den vorgenommenen Einstufungen der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche im ersten, dritten und vierten Quartal 2020.“

d) Absatz 4 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für Einrichtungen der Psychosomatik werden bis zum 31. Dezember 2021 die Ermittlung der Mindestvorgaben nach § 6, die Ermittlung des Umsetzungsgrades nach § 7 und die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 inklusive der Meldung bei Nichteinhaltung ausgesetzt.“

e) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:

„Abweichend von § 11 Absatz 2 sind die Nachweise für das Jahr

DKG, BÄK, BPtK, DPR	GKV-SV, PatV
[keine Übernahme]	2020 und das Jahr

2021 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)

DKG	GKV-SV, PatV
[keine Übernahme]	und Teil A der Nachweise an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie bei Übermittlung des Teil A der Nachweise gemäß § 11 Absatz 3 bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben zusätzlich an die Landesaufsichtsbehörde

zu übermitteln.“

f) Dem Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„(6) Die Erfassung der Regelaufgaben in Tabelle B3 der Anlage 3 wird für das Servicedokument nach Absatz 5 ausgesetzt. Die Umsetzung der Erfassung der Regelaufgaben im Nachweis gemäß Teil B3 der Anlage 3 wird vom G-BA im Januar 2021 beschlossen.“

II. Die Anlage 1 (Minutenwertetabellen) wird wie folgt geändert:

1. In Teil 1 „Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene“ wird die Tabelle wie folgt geändert:

a)

DKG	GKV-SV
In der Zeile P1 wird in der Spalte „Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten“ die Angabe „103“ durch die Angabe „134“ und in der Spalte „Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten“ die Angabe „31“ durch die Angabe „-“ ersetzt.	*[keine Übernahme]*

b)

DKG	GKV-SV
In der Zeile P2 wird in der Spalte „Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten“ die Angabe „102“ durch die Angabe „152“ und in der Spalte „Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten“ die Angabe „50“ durch die Angabe „-“ ersetzt.	*[keine Übernahme]*

c) Der Zeile P2 werden folgende Zeilen P3 und P4 angefügt:

Behandlungs-bereiche	Ärztinnen und Ärzte	Pflegefachpersonen	Psychologinnen und Psychologen	Spezial-therapeutinnen und Spezialtherapeuten	Bewegungs-therapeutinnen und Bewegungs-therapeuten, Physio-therapeutinnen und Physiotherapeuten	Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen
„P3	*[GKV-SV, PatV:]* 114 *[DKG:]* -	*[GKV-SV, PatV:]* 329 *[DKG:]* -	*[GKV-SV, PatV:]* 107 *[DKG:]* -	*[GKV-SV, PatV:]* 176 *[DKG:]* -	*[GKV-SV, PatV:]* 17 *[DKG:]* -	*[GKV-SV, PatV:]* 67 *[DKG:]* -
P4	*[GKV-SV, PatV:]* 265 *[DKG:]* -	*[GKV-SV, PatV:]* 509 *[DKG:]* -	*[GKV-SV, PatV:]* 132 *[DKG:]* -	*[GKV-SV, PatV:]* 102 *[DKG:]* -	*[GKV-SV, PatV:]* 50 *[DKG:]* -	*[GKV-SV, PatV:]* 49 *[DKG:]* – "

2. Teil 2 „Psychiatrische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche“ wird wie folgt geändert:

a)

DKG	GKV-SV
Nach der Tabelle werden nach den Wörtern „Nummern 1 und 2“ die Wörter „sowie zu teilstationärer Behandlung in psychosomatischen Einrichtungen gemäß Tabelle Nummer 1“ eingefügt.	*[keine Übernahme]*

b) Die Angabe „§ 6“ wird durch die Angabe „§ 7“ ersetzt.

III. Die Anlage 2 (Eingruppierungsempfehlungen) wird wie folgt geändert:

1. In der Zeile A7 „Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung“ werden in Spalte 4 „Behandlungsmittel“ die Wörter „kognitiv behavioralen Grundverfahrens als reflektiertem multiprofessionellen“ durch die Wörter „kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller“ ersetzt.

2. In den Zeilen P1 „Psychotherapie“ und P2 „Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“ werden in Spalte 2 „Kranke“ jeweils das Wort „stationär“ durch das Wort „vollstationär“ und in Spalte 4 „Behandlungsmittel“ die Wörter „kognitiv behavioralen Grundverfahrens als reflektiertem multiprofessionellen“ durch die Wörter „kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller“ ersetzt.

3. Der Zeile P2 werden die folgenden Zeilen P3 und P4 angefügt:

1. Behandlungsbereiche	**2. Kranke**	**3. Behandlungsziele**	**4. Behandlungsmittel**	**5. Erläuterungen**	**6. Beispiele**
„P3 Psychotherapie teilstationär	Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden.	Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung	Psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller	Dies ist eine psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische	

	Beispielsweise Kranke mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen		Mehrpersonen-Interaktionsprozess	Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.	
P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär	Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und die Voraussetzungen der OPS-Codes 9-62 oder 9-63 erfüllen	Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung	Komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Die Mindestmerkmale des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 müssen erfüllt sein. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens 3 Therapieeinheiten pro Woche umfassen.	Dies ist eine komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.	"

IV. Die Anlage 3 (Nachweis) wird wie folgt gefasst:

„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.

Weitere Erläuterung zum Nachweis:
Dieser Nachweis ist in einen Teil A und einen Teil B gegliedert. Teil A des Nachweises wird nach § 11 PPP-RL jährlich oder bei Nichterfüllung quartalsweise an die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die Landesaufsichtsbehörde übermittelt.
Teil A und Teil B des Nachweises werden gemeinsam gemäß § 11 Absatz 13 bis zum 1. Januar 2024 quartalsweise zum Zwecke der Auswertung durch den G-BA an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) übermittelt, danach jährlich.

Administrative Daten:

Jahr der Leistungserbringung: _____

Name der Klinik/Abteilung: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Straße: _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Institutionskennzeichen (Haupt-IK): _____

Standort-ID: _____

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

Teil A des Nachweises zur PPP-RL

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN

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

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

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

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN

A2. Datenfelder zur Organisationsstruktur des Standortes

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

Tabelle A2: Organisationsstruktur des Standortes

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Station (ID), laufende Nummer	Bezeichnung der Station	Planbetten der voll-stationären Versorgung	Planplätze der teil-stationären Versorgung
1	2	3	4	5

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder-und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: laufende Nummer für die Stationen des Standortes 1 bis 999
Spalte 3: Textfeld 100 Zeichen
Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 999
Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 999

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN

A3. Datenfelder zur Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche pro Quartal und Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5

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

Tabelle A3.1: Gesamtbehandlungstage

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

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

Tabelle A3.2: Stichtagserhebung

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Jahr	Stichtag (Datum)	Behandlungsbereich	Anzahl Patientinnen und Patienten je Stichtag
1	2	3	4	5

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: Kalenderjahr des Nachweises oder Vorjahr
Spalte 3: Datum im Format JJJJ.MM.TT
Spalte 4: bei Spalte 1=29 A1/A2/A4/A5/A6/A7/A9/S1/S2/S4/S5/S6/S9/G1/G2/G4/G5/G6/G9, bei Spalte 1=30 KJ1/KJ2/KJ3/KJ5/KJ6/KJ7/KJ9,
bei Spalte 1=31 P1/P2/P3/P4
Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:
Die Stichtagserhebungen sind jeweils an jedem Mittwoch einer ungeraden Kalenderwoche des Jahres für um 14.00 Uhr anwesende Patientinnen und Patienten durchzuführen. Entfällt der Stichtag auf einen Feiertag, hat die Einstufung am nächsten Werktag zu erfolgen. Zum Nachweis der Vorgaben nach § 6 Absatz 3 sind in dieser Tabelle sowohl die Stichtagserhebungen für den Bezugszeitraum des Vorjahres als auch die Behandlungstage für das aktuelle Kalenderjahr anzugeben. Die quartalsbezogene Anzahl der Patientinnen und Patienten je Stichtag für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 (Spalte 5) ergibt sich aus der Summe der stationsbezogenen Werte in Tabelle B1.2.

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/A4/A5/A6/A7/A9/S1/S2/S4/S5/S6/S9/G1/G2/G4/G5/G6/G9, bei Spalte 1=30 KJ1/KJ2/KJ3/KJ5/KJ6/KJ7/KJ9,
bei Spalte 1=31 P1/P2/P3/P4
Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:
Die quartalsbezogene Anzahl der Behandlungstage je Behandlungsbereich für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 (Spalte 4) ergibt sich aus der Summe der stations- und monatsbezogenen Werte in Tabelle B1.3.
Liegt im Berichtsquartal die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in mindestens einem Behandlungsbereich um mehr als 2,5 Prozent über oder mehr als 2,5 Prozent unter der nach § 6 Absatz 3 ermittelten Anzahl der Behandlungstage des Vorjahres, erfolgt die Berechnung abweichend auf der Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage des Kalendermonats des laufenden Jahres. Zum Nachweis der Vorgaben nach § 6 Absatz 3 sind in dieser Tabelle sowohl die Behandlungstage für den Bezugszeitraum des Vorjahres als auch die Behandlungstage für das aktuelle Kalenderjahr anzugeben.

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN

A4. Datenfelder für die tatsächliche monatsbezogene und stationsbezogene Personalausstattung im Tagdienst

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

Tabelle A4: Tatsächliche Personalausstattung pro Monat und Station

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

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

DKG	GKV-SV
[keine Übernahme]	sowie 297 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29) / 307 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30)

Spalte 2: Station (ID) aus Tabelle A2
Spalte 3: 01 bis 12
Spalte 4: bei Spalte 1=29

DKG	GKV-SV
[keine Übernahme]	, 297

oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1,
bei Spalte 1=30

DKG	GKV-SV
[keine Übernahme]	oder 307

Buchstaben a bis g gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1

Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 999 999,99

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

DKG	GKV-SV
können berücksichtigt werden.	sind zu berücksichtigen.

Nicht zu berücksichtigen sind Zeiten für folgende Dienste und Tätigkeiten gemäß § 2 Absatz 10 Satz 1 erster und dritter Anstrich:
- 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, ärztlicher Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken, Nachtdienste Pflege, Genesungsbegleitung.

DKG	GKV-SV
[keine Übernahme]	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 Abs. 2 BPflV und nach § 2 Abs. 10 Satz 1 zweiter Anstrich erbracht werden.

Für die Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung

DKG	GKV-SV, PatV
und teilstationären Behandlung in psychosomatischen Einrichtungen	*[keine Übernahme]*

sind die entsprechenden Hinweise in Anlage 3 zu berücksichtigen.

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN

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

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

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Berufsgruppen	VKS-Mind Mindestpersonal-ausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS	VKS-Ist Tatsächliche Personalaus-stattung der differenzierten Einrichtung in VKS	Davon			Umsetzungs-grad der Berufsgruppen in %	Mindestanfor-derung der Berufsgruppe erfüllt: ja/nein
				Anrechnung Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fachkräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS	Anrechnung Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungs-verhältnis in VKS		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

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

DKG	GKV-SV
[keine Übernahme]	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

DKG	GKV-SV
[keine Übernahme]	, 297

oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1,

bei Spalte 1=30

DKG	GKV-SV
[keine Übernahme]	oder 307

Buchstaben a bis g gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1

Spalten 3 bis 7: Zahlenwerte 0 bis 999 999
Spalte 8: Zahlenwerte 0 bis 999,99
Spalte 9: ja/nein

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.
Für die Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung (Spalte 4) sind die Hinweise zu Spalte 5 von Tabelle A4 zu berücksichtigen.
Bei der Anrechnung von Personal in den Spalten 5 bis 7 sind diese Anrechnungen in Tabelle A5.3 zu erläutern.

DKG	GKV-SV, PatV
[keine Übernahme]	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 tatsächliche 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, 5, 8 und 9 sind keine Angaben zu machen. Eine Anrechnung von Fachkräften anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS ist ausgeschlossen. Erfolgt eine Anrechnung von Fachkräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen (Spalte 6) oder eine Anrechnung Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (Spalte 7) sind diese Anrechnungen in Tabelle A5.3 zu erläutern.

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Umsetzungsgrad der differenzierten Einrichtung in %	Mindestanforderungen aller Berufsgruppen erfüllt: ja/nein	Mindestanforderung der differenzierten Einrichtungen erfüllt: ja/nein
1	2	3	4

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: Zahlenwerte 0 bis 999,99
Spalte 3: ja/nein
Spalte 4: ja/nein

Hinweis:
Die Tabelle enthält die Angaben zum Umsetzungsgrad der Mindestpersonalanforderungen gemäß § 7 Absatz 3 sowie die Angaben zur Erfüllung gemäß § 7 Absatz 4.

Tabelle A5.3: Anrechnung von Fachkräften gemäß § 8 im Tagdienst

Bei der Anrechnung von Personal in Tabelle A5.1 (Eintrag in Spalten 5 bis 7) sind diese Vollkraftstunden in der folgenden Tabelle zu erläutern.

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Anrechnungstatbestand (siehe Tabelle A5.1 Spalten 5 bis 7)	Tatsächliche Berufsgruppe der angerechneten Fachkraft	Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgt	Angerechnete Tätigkeiten in VKS	Erläuterung[7]
1	2	3	4	5	6

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

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

Spalte 2: 5 für Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL, 6 für Fachkräfte aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen, 7 für Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis
Spalte 3: Freitextfeld bis 150 Zeichen
Spalte 4: bei Spalte 1=29 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1,
bei Spalte 1=30 Buchstaben a bis g gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1
Spalte 5: Zahlenwert 0 bis 999 999,99
Spalte 6: Freitextfeld bis 9 999 Zeichen

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN

A6. Ausnahmetatbestände

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

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

DKG	GKV-SV
Die Gründe für Abweichungen, die zum Ausnahmetatbestand Nr. 1 geführt haben, sind in folgender Tabelle zu erläutern.	Die Tabelle enthält Angaben zum Ausnahmetatbestand Nr. 1 nach § 10 Abs. 1 Satz 1 der PPP-RL.

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Zeitraum	*[DKG: keine Übernahme der Spalten 3 bis 5]*			Gründe für Abweichungen (Freitext)
		[GKV-SV:] Krankheitsbedingte Ausfallstunden	*[GKV-SV:]* Mindestpersonalvorgabe VKS-Mind in VKS	*[GKV-SV:]* Ausfallquote in %	
1	2	3	4	5	*[DKG:]* 3 *[GKV-SV:]* 6

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2:
[DKG: 1/3: für ein Drittel des Quartals, 2/3: für zwei Drittel des Quartals, 3/3: wenn der Ausnahmetatbestand das gesamte Quartal betrifft*]*
[GKV-SV: Q1/Q2/Q3/Q4 für quartalsbezogene Zeiträume und 01 bis 12 für monatsbezogenen Zeiträume*]*
[GKV-SV: Spalten 3 bis 4: Zahlenwerte 0 bis 999.999
Spalte 5: 0 bis 999,99*]*
Spalte 3 / 6: Freitextfeld 99.999 Zeichen

Tabelle A6.2: Ausnahmetatbestand Nr. 2 (kurzfristige stark erhöhte Anzahl von Patienten in der Pflichtversorgung)

DKG	GKV-SV
Die Gründe für Abweichungen, die zum Ausnahmetatbestand Nr. 2 geführt haben, sind in folgender Tabelle zu erläutern.	Die Tabelle enthält Angaben zum Ausnahmetatbestand Nr. 2 nach § 10 Abs. 1 Satz 1 der PPP-RL.

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

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2:
[DKG: 1/3: für ein Drittel des Quartals, 2/3: für zwei Drittel des Quartals, 3/3: wenn der Ausnahmetatbestand das gesamte Quartal betrifft*]*
[GKV-SV: Q1/Q2/Q3/Q4 für quartalsbezogene Zeiträume und 01 bis 12 für monatsbezogenen Zeiträume*]*
Spalten 3 bis 4: Zahlenwerte 0 bis 999.999
Spalte 5: 0 bis 999,99
Spalte 6 Freitextfeld 99.999 Zeichen

Tabelle A6.3: Ausnahmetatbestand Nr. 3 (Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen)

DKG	GKV-SV
Die Gründe für Abweichungen, die zum Ausnahmetatbestand Nr. 3 geführt haben, sind in folgender Tabelle zu erläutern.	Die Tabelle enthält Angaben zum Ausnahmetatbestand Nr. 3 nach § 10 Abs. 1 Satz 1 der PPP-RL.

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Zeitraum	*[DKG: keine Übernahme der Spalten 3 und 4]*		Gründe für Abweichungen (Freitext)
		[GKV-SV:] Auswirkungen auf die Behandlungsleistungen (Freitext)	*[GKV-SV:]* Auswirkungen auf die Personalausstattung (Freitext)	
1	2	3	4	*[DKG:]* 3 *[GKV-SV:]* 5

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2:
[DKG: 1/3: für ein Drittel des Quartals, 2/3: für zwei Drittel des Quartals, 3/3: wenn die Ausnahmetatbestände das gesamte Quartal betreffen*]*
[GKV-SV: Q1/Q2/Q3/Q4 für quartalsbezogene Zeiträume und 01 bis 12 für monatsbezogenen Zeiträume*]*
Spalte 3 *[GKV-SV:* bis 5*]*: Freitextfeld 99.999 Zeichen

[GKV-SV: keine Übernahme der nachfolgenden Tabelle A6.4]

[DKG:

Tabelle A6.4: Umsetzung der Mindestvorgaben in den Zeiträumen des Quartals, in denen kein Ausnahmetatbestand zum Tragen kommt

Hinweis:
Die Tabelle ist nur auszufüllen, wenn in den Tabelle A6.1 bis A6.3 in der Spalte 2 die Werte 1/3 oder 2/3 eingetragen wurden und somit angegeben wurde, dass ein Ausnahmetatbestand nur für ein oder zwei Drittel des jeweiligen Quartals zum Tragen kam.

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Zeitraum	VKS-Mind in VKS in nicht von Ausnahmetatbestand betroffenen Zeiträumen	VKS-Ist in VKS in nicht von Ausnahmetatbestand betroffenen Zeiträumen
1	2	3	4

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: 1/3: für ein Drittel des Quartals, 2/3: für zwei Drittel des Quartals
Spalte 3 und 4: Zahlenwerte 0 bis 999.999

Hinweis zu Spalten 3 und 4:
In Spalte 3 ist darzulegen, wie groß die Mindestvorgabe gemäß § 10 Absatz 2 Satz 3 in den anderen Zeiträumen war, in denen kein Ausnahmetatbestand zum Tragen kam (1/3 oder 2/3 der quartalsbezogenen Mindestvorgabe). In Spalte 4 ist darzulegen ob die jeweilige Mindestvorgabe eingehalten wurde.***]***

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

Unterschriften

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

Name			
	---	---	---
Datum			
	---	---	---
Unterschrift			
	Ärztliche Leitung	Pflegedirektion	Geschäftsführung/ Verwaltungsdirektion

Teil B des Nachweises zur PPP-RL

Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN

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

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

Tabelle B1.1: Gesamtbehandlungstage

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

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: Station (ID) aus Tabelle A2
Spalte 3: Kalenderjahr des Nachweises oder Vorjahr
Spalte 4: 01 bis 12
Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 99 999

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

Tabelle B1.2: Stichtagserhebung

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Station (ID)	Jahr	Monat	Stichtag (Datum)	Behandlungsbereich	Anzahl Patientinnen und Patienten je Stichtag
1	2	3	4	5	6	7

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: Station (ID) aus Tabelle A2
Spalte 3: Kalenderjahr des Nachweises oder Vorjahr
Spalte 4: 01 bis 12
Spalte 5: Datum im Format JJJJ.MM.TT
Spalte 6: bei Spalte 1=29 A1/A2/A4/A5/A6/A7/A9/S1/S2/S4/S5/S6/S9/G1/G2/G4/G5/G6/G9, bei Spalte 1=30 KJ1/KJ2/KJ3/KJ5/KJ6/KJ7/KJ9,
bei Spalte 1=31 P1/P2/P3/P4
Spalte 7: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:
Die Stichtagserhebungen sind jeweils stationsbezogen an jedem Mittwoch einer ungeraden Kalenderwoche des Jahres für um 14.00 Uhr anwesende Patientinnen und Patienten durchzuführen. Entfällt der Stichtag auf einen Feiertag, hat die Einstufung am nächsten Werktag zu erfolgen. Zum Nachweis der Vorgaben nach § 6 Absatz 3 sind in dieser Tabelle sowohl die Stichtagserhebungen für den Bezugszeitraum des Vorjahres als auch die Behandlungstage für das aktuelle Kalenderjahr anzugeben.
Aus den stationsbezogenen Werten in Tabelle B1.2 ergeben sich die Werte für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 in Tabelle A3.2.

Tabelle B1.3: Behandlungstage nach Behandlungsbereichen

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

Zulässige Werte:
Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik
Spalte 2: Station (ID) aus Tabelle A2
Spalte 3: Kalenderjahr des Nachweises oder Vorjahr
Spalte 4: 01 bis 12
Spalte 5: bei Spalte 1=29 A1/A2/A4/A5/A6/A7/A9/S1/S2/S4/S5/S6/S9/G1/G2/G4/G5/G6/G9, bei Spalte 1=30 KJ1/KJ2/KJ3/KJ5/KJ6/KJ7/KJ9,
bei Spalte 1=31 P1/P2/P3/P4
Spalte 6: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:
Die Behandlungstage eines Behandlungsbereiches werden aus der Anzahl der Behandlungstage einer Station multipliziert mit dem mittleren Anteil von Patientinnen und Patienten des jeweiligen Behandlungsbereiches an allen Patientinnen und Patienten der Stichtagserhebungen berechnet. Aus

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

Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN

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

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJJ): _____

Differenzierte Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 (29/30/31): _____ Station (ID): _____

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

Monat	Berufs-gruppen	VKS-Mind Mindest-personal-ausstattung in VKS	VKS-Ist Tatsächliche Personal-ausstattung in VKS	Davon			Umsetzungsgrad der Berufsgruppen in %
				Anrechnung Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fachkräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS	Anrechnung Fachkräfte ohne direktes Beschäfti-gungsverhältnis in VKS	
1	2	3	4	5	6	7	8

Zulässige Werte:
Spalte 1: 01 bis 12
Spalte 2: bei Spalte 1=29 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1,
bei Spalte 1=30 Buchstaben a bis g gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1
Spalten 3 bis 7: Zahlenwerte 0 bis 999 999,99
Spalte 8: Zahlenwerte 0 bis 999,99

Hinweis:
Die Tabelle enthält die berufsgruppenbezogenen Angaben zur Mindestpersonalausstattung, zur tatsächlichen Personalausstattung, zum Umsetzungsgrad pro Station.

DKG	GKV-SV
Hinweis zur stationsäquivalenten Behandlung: Für die Behandlung in den Behandlungsbereichen A9, S9, G9, KJ9 sind vorläufig keine Minutenwerte festgelegt Die diesbezügliche	Für die Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung (Spalte 4) sind die Hinweise zu Spalte 5 von Tabelle A4 zu berücksichtigen.

Personalausstattung wird bei der Ermittlung der VKS-Mind (Spalte 3) nicht berücksichtigt. Das bei der 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 B2.1. Hierzu ist ein eigenes Tabellenblatt für die stationsäquivalente Behandlung auszufüllen. Die in Tabelle A2 für die Stations-ID hinterlegte Stationsbezeichnung muss eine Zuordnung der Station zur stationsäquivalenten Behandlung ermöglichen (z. Bsp: Stationsbezeichnung: StäB oder stationsäquivalente Behandlung). In den Spalten 3, 5, und 8 sind keine Angaben zu machen. Der Einsatz von Fachkräften anderer Berufsgruppen nach PPP-RL ist nicht auszuweisen, da es keine Mindestvorgaben und somit kein VKS-Mind. gibt. Erfolgt ein Einsatz von Fachkräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen (Spalte 6) oder Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (Spalte 7) ist dieser in Tabelle B2.1 aufzuführen und in Tabelle B2.2 zu erläutern.	Die Angabe erfolgt unter Verwendung der Ziffern 297 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29) und 307 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30).
Hinweis zu teilstationärer psychosomatischer Behandlung: Analog zum getrennten Nachweis der tatsächlichen Personalausstattung bei der stationsäquivalenten Behandlung ist auch – soweit vorhanden – für die teilstationäre Behandlung in psychosomatischen Einrichtungen (P3 und P4) ein eigenes Tabellenblatt auszufüllen. Es gelten die Regelungen des Hinweises zur stationsäquivalenten Behandlung.	*[keine Übernahme]*

Tabelle B2.2: Anrechnungen von Fachkräften gemäß § 8 im Tagdienst

Bei der Anrechnung von Personal in Tabelle B2.1 (Eintrag in Spalten 5 bis 7) sind diese Vollkraftstunden in der folgenden Tabelle zu erläutern.

Monat	Anrechnungstatbestand (siehe Tabelle B2.1 Spalte 5 bis 7)	Tatsächliche Berufsgruppe der angerechneten Fachkraft	Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgt	Angerechnete Tätigkeiten in VKS	Erläuterung[8]
1	2	3	4	5	6

Zulässige Werte:
Spalte 1: 01 bis 12
Spalte 2: 5 für Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL, 6 für Fachkräfte aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen, 7 für Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis
Spalte 3: Freitextfeld bis 150 Zeichen
Spalte 4: bei Spalte 1=29 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1,
bei Spalte 1=30 Buchstaben a bis g gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1
Spalte 5: Zahlenwert 0 bis 999 999,99
Spalte 6: Freitextfeld bis 9 999 Zeichen

[8] In den Erläuterungen sind die betroffenen Regelaufgaben nach Anlage 4 aufzuführen.

Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN

B3. Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Regelaufgaben gemäß Anlage 4)

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJJ): _____ Station (ID): _____ Monat: _____

Tabelle B3.1: Dokumentation der bei den behandelten Patientinnen und Patienten erbrachten Regelaufgaben gemäß Anlage 4 je Station und Monat in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik

Regelaufgaben gemäß Anlage 4	Tage oder andere Einheit		
	vs	ts	stäb

vs=vollstationär, ts=teilstationär, stäb=stationsäquivalente Behandlung

Tabelle B3.2: Dokumentation der bei den behandelten Patientinnen und Patienten erbrachten Regelaufgaben gemäß Anlage 4 je Station und Monat in der KJP

Regelaufgaben gemäß Anlage 4	Tage oder andere Einheit		
	vs	ts	stäb

vs=vollstationär, ts=teilstationär, stäb=stationsäquivalente Behandlung

Hinweis:
Nach § 16 Absatz 6 ist die Erfassung der Regelaufgaben in Tabelle B3 der Anlage 3 für das Servicedokument nach § 16 Absatz 5 ausgesetzt. Die Umsetzung der Erfassung der Regelaufgaben im Nachweis gemäß Teil B3 der Anlage 3 wird vom G-BA im Januar 2021 beschlossen.

Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN

B4. Datenfelder zur Qualifikation des therapeutischen Personals

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

Tabelle B4.1: Qualifikation des tatsächlichen Personals

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

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

Hinweis:
Die Tabelle enthält Zusatzinformationen zur Qualifikation der tatsächlichen Personalausstattung. Die Differenzierung erfolgt spezifisch für die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 gemäß Referenztabellen B4.2 und für die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 2 gemäß Referenztabellen B4.3.
In Spalte 3 können Personen mit zwei und mehr Qualifikationen entsprechend mehrfach den „Davon"-Teilgruppen zugeordnet werden.
Die Angaben zur Anrechnung von weiteren Fachkräften in den Spalten 5 bis 7 sind nur für die Gesamtwerte der Berufsgruppen anzugeben.

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

Berufsgruppe	Teilgruppe mit spezifischer/zusätzlicher Qualifikation
1	2
a) Ärztinnen und Ärzte	a0) Gesamt
	a1) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte
	a2) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie
	a3) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychosomatik
	a4) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie
b) Pflegefachpersonen	b0) Gesamt
	b1) Davon Pflegefachpersonen
	b2) Davon Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Psychiatrische Pflege
	b3) Davon Pflegefachpersonen mit Bachelor Psychiatrische Pflege
c) Psychologinnen und Psychologen	c0) Gesamt
	c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten
	c2) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten
	[BPtK: c3) Davon Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit*]*
d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	d0) Gesamt
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten
	d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2
e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	e0) Gesamt
	e1) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten
	e2) Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten
f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	f0) Gesamt
	f1) Davon Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter
	f2) Davon Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen
h) Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter	h0) Gesamt

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

Berufsgruppe	Teilgruppe mit spezifischer/zusätzlicher Qualifikation
1	2
a) Ärztinnen und Ärzte	a0) Gesamt
	a1) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte
	a2) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
b) Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst	b0) Gesamt
	b1) Davon Pflegefachpersonen
	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) Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten)9	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
	[BPtK: c4) Davon Psycholog. Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit *]*
d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	d0) Gesamt
	d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten
	d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten
	d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2
e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	e0) Gesamt
	e1) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten e2) Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten
	f0) Gesamt

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

f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	f1) Davon Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter
	f2) Davon Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen
	f3) Davon Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen
g) Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden	g0) Gesamt
	g1) Davon Sprachheiltherapeutinnen oder Sprachheiltherapeuten
	g2) Davon Logopädinnen oder Logopäden

Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN

B5. Datenfelder zur tatsächlichen Besetzung im Nachtdienst

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____Jahr (JJJJ): _____ Monat (1-12): _____

Station (ID)	durchschnittliche Personalausstattung Pflegefachpersonen (VKS je Nacht)	davon Bereitschaftsdienst in Höhe von	durchschnittliche Patientenbelegung	Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegefachperson (1 Pflegefachperson = 10 Stunden)	Anzahl Nächte < 16 VKS je Nacht	Anzahl Nächte < 14 VKS je Nacht
1	2	3	4	5	6	7

Zulässige Werte:
Spalte 1: Station (ID) aus Tabelle A2
Spalten 2 bis 5: Zahlenwerte 0 bis 999,99
Spalten 6 und 7: Zahlenwerte 0 bis 31

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

Unterschriften

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

Name

Datum

Unterschrift

Ärztliche Leitung	Pflegedirektion	Geschäftsführung/ Verwaltungsdirektion **“**

V. Die Anlage 4 (Regelaufgaben) wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 1 „Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Erwachsenenpsychiatrie“ Buchstabe b Ziffer 2 erster Spiegelstrich werden die Wörter „Ärzte-/Psychologiekonferenzen“ durch die Wörter „Ärzte-/Psychologenkonferenzen“ ersetzt.

2.

DKG	GKV-SV
[keine Übernahme]	Nummer 3 „Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik“ Buchstabe d wird wie folgt gefasst: „<u>d. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten</u> 1. Grundversorgung – Mitwirkung bei Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung – Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung – Spezifische kreativitätsfördernde Behandlung einschließlich Gestaltungstherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie – Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung – Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung 3. Gruppenbezogene Behandlung – Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Gestaltungstherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, Musiktherapie – Lebenspraktisch orientierte Therapie – Arbeitstherapie und Belastungserprobung – Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen – Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten – Vor- und Nachbereitung

	– Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision – Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie“

3.

DKG	GKV-SV
[keine Übernahme]	Der Nummer 3 „Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik“ Buchstabe d „Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten“ wird folgender Buchstabe e angefügt: „e. 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“

VI. Die Änderung der Richtlinie tritt am / mit Wirkung vom 1. Januar 2021 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 15. Oktober 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

Gemeinsamer Bundesausschuss

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Hinweise:
- Entwurf, Stand 05.08.2020 nach Sitzung des UA QS
- gelb markiert: Erläuterungen zu dissenten Positionen
*- **grau** markiert: redaktionell anzupassende Passagen*

Vom 15. Oktober 2020

Inhalt

1. Rechtsgrundlage 2
2. Eckpunkte der Entscheidung 2
3. Bürokratiekostenermittlung 39
4. Verfahrensablauf 39
5. Fazit 40
6. Zusammenfassende Dokumentation 40

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 und vorliegend geändert wird.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie beschloss der G-BA bereits am 27. März 2020 im Rahmen der Regelung befristeter Ausnahmen zu Qualitätssicherungs-Anforderungen Änderungen insbesondere in Bezug auf die in der PPP-RL normierten Nachweispflichten für das Jahr 2020.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Anlass zur vorliegenden Änderung der Richtlinie sind zum einen die in § 13 Absatz 3 Satz 5 PPP-RL normierte Selbstverpflichtung des G-BA zur Regelung der Berechnung der konkreten Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs der Krankenhäuser bis zum 30. Juni 2020, und zum anderen weiterer vom G-BA festgestellter Überarbeitungsbedarf der Richtlinie.

Dabei wurden sowohl die Anmerkungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) aus dem Schreiben vom 20. Dezember 2019 zur Nichtbeanstandung des Beschlusses über eine Erstfassung der PPP-RL sowie Hinweise aus externen Anfragen zur Auslegung der Richtlinie und aus dem fachlichen Austausch mit dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Rahmen seiner beiden Beauftragungen durch den G-BA mit der Übernahme von Aufgaben gemäß der PPP-RL berücksichtigt.

Schließlich wurden auch einige redaktionelle Nachbesserungen vorgenommen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 3 Behandlungsbereiche

<u>Zu Absatz 1:</u>

DKG	GKV-SV
Für die Einstufung der tagesklinisch versorgten Patienten psychosomatischer Einrichtungen werden die neuen Kategorien P3 und P4 ergänzt. Da keine ausreichenden Informationen und keine ausreichende Evidenz bezüglich der Festlegung von Mindestvorgaben vorliegen, werden hier in Analogie zu den Behandlungskategorien der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) vorerst keine Minutenwerte definiert. *[Es ist nicht sachgerecht, die Minutenwerte der A6 zu verwenden, die zur spezifischen Abbildung tagesklinischer Behandlung in*	Analog zur psychiatrischen Versorgung wird auch in der Psychosomatik die teilstationäre Behandlung in die Behandlungsbereiche eingeführt. Dazu werden zwei neue Behandlungsbereiche P3 und P4 aufgenommen. Die P3 als psychotherapeutische teilstationäre Behandlung entspricht inhaltlich im Wesentlichen dem Behandlungsbereich A6 (Allgemeine Psychiatrie, tagesklinische Behandlung). Entsprechend werden hier die gleichen Minutenwerte pro Berufsgruppe hinterlegt.

psychiatrischen Einrichtungen dienen. Erfahrungen und Kenntnisse aus der Anwendung der Psych-PV liegen für die Psychosomatik nicht vor. Die Heuft-Zahlen haben keine Werte für die teilstationäre Behandlung vorgesehen. Auch die Minutenwerte der Kategorien P1 und P2 können hier keine Anwendung finden, da bisher keine empirischen Daten und noch weniger ausreichend Evidenz für die Festlegung von Mindestvorgaben vorliegen. Es ist nicht sachgerecht, die für die vollstationäre Behandlung festgelegten Minutenwerte in P1 und P2 lediglich durch eine Umrechnung der Werte auf eine 5-Tage-Woche für die teilstationäre Behandlung vorzusehen. Hierzu ist es zunächst erforderlich, die Heterogenität teilstationärer psychosomatischer Behandlungskonzepte in den unterschiedlichen Settings (u.a. Fachkrankenhäuser, psychosomatische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern) zu analysieren, um dies entsprechend bei der Festlegung von Mindestvorgaben berücksichtigen zu können.] Zudem besteht aufgrund der Verlängerung der Übergangsfrist gemäß § 16 Absatz 4 für die Psychosomatik keine Notwendigkeit einer voreiligen Festlegung von Mindestvorgaben bei der teilstationären Behandlung. Die Einstufung in die neuen Behandlungsbereiche sowie die tatsächliche Personalausstattung in der teilstationären Behandlung in psychosomatischen Einrichtungen ist in den Nachweisen auszuweisen. Die Mindestvorgaben sind auf Basis der Ist-Daten der Nachweise des Jahres 2021 festzulegen.	Dieses Vorgehen folgt analog dem Vorgehen bei der Festlegung der Minutenwerte für die P1, die, da der P1-Bereich inhaltlich der A5 entspricht, genau wie die Minutenwerte der A5 festgelegt wurden (sieh TG zum Beschluss des G-BA über eine PPP-RL: Erstfassung vom 19. September 2019, S. 10) Die P4 als teilstationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung entspricht inhaltlich der P2. Beide Bereiche - P4 und P2 als teilstationäre und vollstationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung – werden mit der Mindestvorgabe von einer Therapiedosis von mindestens 3 Therapieeinheiten pro Woche (OPS-Code 9-62 0der 9-63) vorgesehen. In beiden Bereichen (P4 und P2) werden die gleichen Minutenwerte in Anlage 1 pro Berufsgruppe hinterlegt, da entsprechend der OPS-Codierung der therapeutische Aufwand gleich hoch ist. Diese Entscheidung folgt auch zwei weiteren Rationalen: 1. In der Psychosomatik und in der Psychiatrie gibt es sowohl hinsichtlich der behandelten Diagnosen als auch in Bezug auf die Behandlungsmittel viele Übereinstimmungen. Es muss daher gewährleistet sein, dass Patienten mit der gleichen Diagnose und dem gleichen Schweregrad eine qualitativ gleichwertige Behandlung erhalten und entsprechen unabhängig vom Behandlungsort eine gleichwertige Personalausstattung vorfinden. Dies bildet sich in den o.g. Regelungen zu den identischen Minutenwerten zwischen P1 und A6 ab. 2. Die teilstationäre Behandlung ist aus Sicht der Patienten attraktiver als die vollstationäre Behandlung und sollte deshalb gefördert werden. Viele Krankenhäuer haben sich entsprechend umgestellt und behandeln auch im teilstationären Bereich komplex-psychotherapeutisch, d.h. mit ebenso hohem Personaleinsatz wie vollstationär. Dieser Umstand bildet sich mit den o.g. Regelungen zu den identischen Minutenwerten im teil- und im vollstationären Bereich (P2 und P4) ab.

	Neben all diesen Überlegungen bleibt aber festzuhalten, dass die psychosomatische Versorgung im Vergleich zur psychiatrischen Versorgung nicht den Regelungen der Psychiatrie-Personalverordnung unterlag. Für die psychosomatische Versorgung fehlt es bei der Festlegung der entsprechenden Mindestvorgaben folglich an bereits erprobten Anhaltszahlen. Vor diesem Hintergrund hat der G-BA in § 16 Abs. 4 der PPP-RL u.a. die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 inklusive der Meldung bei Nichterfüllung gemäß § 11 Abs. 3 bis zum 31. Dezember 2021 ausgesetzt. Bis dahin sind die Daten des Nachweisverfahrens in § 11 ausgewertet worden. Auf der Grundlage dieser Daten prüft der G-BA ggf. erforderliche Anpassungen der Behandlungsbereiche und der Minutenwerte pro Berufsgruppe in der Psychosomatik.

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

Zu Absatz 4:

Die Ersetzung des Wortes „sowie“ durch das Wort „inklusive“ dient der Harmonisierung mit der entsprechenden Regelung in Absatz 3 bzw. § 7 Absatz 6 der PPP-RL.

Zu § 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

Zu Absatz 1:

Die Ergänzung zur Angabe des Rechenergebnisses ohne Nachkommastelle dient der Harmonisierung mit der entsprechenden Regelung in Anlage 3 der PPP-RL.

Zu Absatz 3:

Die Ergänzung „je Behandlungsbereich“ dient der Klarstellung.

Zu Absatz 4:

Die Änderung dient der Harmonisierung der Regelungen im Hinblick auf den Quartalsbezug der zu ermittelnden Mindestvorgaben.

Zu § 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

Zu Absatz 4:

Die Ergänzung „oder gleich“ dient der bisher fehlenden Definition einer Erfüllung der Mindestvorgaben bei Vorliegen eines durchschnittlichen Umsetzungsgrades von genau 100 Prozent.

Zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen:

Zu Absatz 5:

Im Hinblick auf immer neu entstehende Berufsbilder, die Tätigkeiten der in § 5 aufgeführten Berufsgruppen umfassen, ist es erforderlich, dass auch andere nicht in § 5 aufgeführte Berufsgruppen auf eben diese in begrenztem Umfang angerechnet werden können. Dies betrifft sowohl Fachkräfte als auch Hilfskräfte. Dies wird mit der vorgenommenen Ergänzung der „Hilfskräfte“ klargestellt.

Bei der Anrechnung der nicht in § 5 aufgeführten Berufsgruppen sind das therapeutische Konzept und die Vorgaben zu einer leitliniengerechten Behandlung zu beachten. Dies gilt insbesondere bei Tätigkeiten, die neben der Befriedigung von menschlichen Grundbedürfnissen (z.B. Nahrungsaufnahme) auch therapeutische Bedeutung (z.B. Überwachung der Nahrungsaufnahme bei Essstörungen) haben. Die besonderen Bedingungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind beim Einsatz anderer Berufsgruppen zu beachten.

Voraussetzung für die Anrechnung ist stets, dass die Fachkräfte und Hilfskräfte tatsächlich Regelaufgaben gemäß Anlage 4 erbringen können. Dazu ist eine entsprechende Qualifikation der anzurechnenden Fachkräfte und Hilfskräfte erforderlich.

Fachkräfte und Hilfskräfte im Sinne dieser Vorschrift sind Personen, die durch den Nachweis entsprechender Qualifikationen in die Lage versetzt werden, die in dieser Richtlinie beschriebenen Tätigkeiten im Sinne einer leitliniengerechten Behandlung ausführen können.

DKG, BPtK	GKV-SV, PatV
Zu Satz 4 Satz 4 wird gestrichen, da der maximale Umfang der Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Personal auf die Berufsgruppe der Ärzte mit dem ersten Spiegelstrich nun neu definiert wird. Wie weiter unten dargestellt, können auch in der Berufsgruppe der Ärzte Dokumentationsaufgaben von anderen Berufsgruppen übernommen werden.	*[Kommentar: Eine Anrechnung bei den Berufsgruppen gemäß § 5 Absatz 1a und 2a ist ausgeschlossen. Durch die besondere Rolle der Berufsgruppe in der stationären Behandlung sollten für die Regelaufgaben bzw. Tätigkeiten von Ärztinnen und Ärzten auch weiterhin keine Anrechnungen von anderen Fach- oder Hilfskräften ermöglicht werden, so wie es auch in der Psych-PV geregelt war.]*

Zu Satz 5 / 6

Zur Umsetzung des Hinweises vom Bundesministerium für Gesundheit in seinem Schreiben vom 20. Dezember 2019 zu einer Ergänzung der Anrechnungsmöglichkeit in § 8 Absatz 5 PPP-RL durch konkrete Zahlen bzw. Prozentsätze werden vorliegend entsprechende Höchstgrenzen aufgenommen.

Zu Satz 7

DKG, BÄK	GKV-SV, PatV, BPtK
Der Anrechnungsumfang in psychosomatischen Einrichtungen wird vor dem Hintergrund der Übergangsregelungen für die Psychosomatik in § 16 Absatz 4 im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie überprüft und festgelegt. Bisher liegen keine ausreichenden Informationen aus der Psychosomatik vor, in welchem Umfang Nicht-PPP-RL-Personal in der Praxis eingesetzt und somit zur Anrechnung	Die Höchstgrenzen gelten auch für die Psychosomatik. Da auch für den Bereich der Psychosomatik Regelaufgaben für die einzelnen Berufsgruppen festgelegt sind, sollten diese im Regelfall auch durch entsprechend qualifiziertes Fachpersonal erbracht werden. Eine unbeschränkte Anrechnung von Fachkräften und Hilfskräften anderer nicht in § 5 genannter

gebracht werden könnte. Hierzu sind die Daten aus den Nachweisen abzuwarten und auszuwerten.	Berufsgruppen würde diese Qualitäts-vorgabe unverhältnismäßig aufheben.

Zu den Spiegelstrichen (Höchstgrenzen)

Aktuell gibt es keine Evidenz für die Höhe der Anrechnungsmöglichkeit aus nicht in § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen (PPP-RL-fremde Berufsgruppen wie Kodierfachkräfte, Medizincontroller, Stationssekretäre, Empfangskräfte, medizinische Fachangestellte, Arzthelferinnen, Pflegehilfskräfte, Personen für den Patiententransport, Servicekräfte, Physician Assistants) auf die Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL. Für die Festlegung des maximalen Umfangs der Anrechnungsmöglichkeiten von nicht in § 5 genannten Berufsgruppen gemäß § 8 Absatz 5 wurden daher

DKG	GKV-SV, PatV
verschiedene Verfahren in Betracht gezogen. Zum einen könnte auf die bisherige Anrechnung von Nicht-Psych-PV Berufsgruppen anhand der Psych-Personalnachweise zurückgegriffen werden. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass nicht alle psychiatrischen Einrichtungen und die psychosomatischen Einrichtungen gar nicht abgebildet werden. Zudem zeigen sich große Unterschiede in der durchschnittlichen Anrechnung zwischen den Bundesländern, was darauf hindeutet, dass die Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern nochmals deutlich höher liegen. Darüber hinaus waren – im Unterschied zur PPP-RL - die Pflegehilfskräfte noch in der Berufsgruppe der Pflege enthalten und wurden somit nicht als Nicht-Psych-PV-Personal ausgewiesen. Seit dem 1. Januar 2020 können Pflegehilfskräfte nur als Anrechnungstatbestand gemäß § 8 Absatz 5 PPP-RL berücksichtigt werden. Aus diesen Gründen stellen die Psych-Personalnachweise keine ausreichende Evidenz zur Festlegung der Anrechnungsumfänge dar. Zum anderen wurde eine Ableitung der Anrechnungsmöglichkeiten aus einer Festlegung von Regelaufgaben, die auch von nicht in § 5 genannten Berufsgruppen übernommen werden könnten, in Betracht gezogen. Sowohl die definierten Regelaufgaben als auch die Verteilung der Minutenwerte, die in der Psych-PV für die einzelnen Regelaufgaben vorgesehen waren, entsprechen jedoch nicht mehr der aktuellen Versorgungsrealität und dem realen Personalbedarf je Tätigkeit. Zudem	die empirischen Daten zu Anrechnungen in den Einrichtungen der Psych-PV-Nachweise aus 2018 herangezogen. Konkret haben die Einrichtungen in den Psych-PV-Nachweisen angegeben, in welcher Höhe sie Psych-PV-fremde Berufsgruppen auf die Psych-PV Berufsgruppen angerechnet haben. Diese empirischen Daten zur Anrechnung von Psych-PV-fremden Berufsgruppen auf Psych-PV-Berufsgruppen sind auf die Anrechnungen nach § 8 Abs. 5 PPP-RL übertragbar, da es sich um die gleichen Berufsgruppen handelt. Nach Auswertung der Psych-PV-Daten 2018 wurden Psych-PV fremde Berufsgruppen im Schnitt zu folgenden Prozentzahlen angerechnet: - bei der Berufsgruppe der Ärzte (1a und 2a): 0 Prozent - bei der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen (1b und 2b): 3 % - bei der Berufsgruppe der Psychologen (1c und 2c): 2,4 % - bei der Berufsgruppe der Spezial-therapeuten (1d und 2d): 1,9 % - bei der Berufsgruppe der Bewegungs-therapeuten (1e und 2e): 1,1 % - bei der Berufsgruppe der Sozialarbeiter (1f und 2f): 0,6 % - bei der Berufsgruppe der Sprachheil-therapeuten (2g): 1 % Da diese Prozentwerte Durchschnittswerte sind und nicht die Extremwerte abbildet, wurden die Durchschnittswerte mit dem Faktor 2 mal genommen, um auch die Extremwerte annähernd abzubilden.

lässt sich der Anteil an Regelaufgaben, die tatsächlich auf Nicht-PPP-RL-Personal entfallen, nur schwer verifizieren. Dies könnte zu überhöhten Prozentwerten bei der Berechnung der notwendigen Anrechnungsumfänge führen. Mangels vorhandener Evidenz zur Herleitung konkreter Anrechnungsumfänge werden in Anlehnung an die Ergebnisse der beiden beschriebenen Methoden normativ pauschale abstrakte Höchstgrenzen definiert. Da keine Evidenz für konkrete Prozentwerte vorliegt, wird ein Stufenansatz verwendet und die Prozentwerte in 5er-Schritten festgelegt (5%, 10%, 15%, 20%). Auf Basis der im Rahmen des Nachweisverfahrens gesammelten Daten, wird der G-BA die Anrechnungsumfänge prüfen und ggf. entsprechende Anpassungen vornehmen.	Entsprechen ergeben sich folgende Höchstgrenzen für die Anrechnung von PPP-RL fremden Berufsgruppen auf die - Berufsgruppe der Ärzte (1a und 2a) von maximal 0 Prozent der VKS - Berufsgruppe der Pflegefachpersonen (1b und 2b) von maximal: 6 % der VKS (3 % mal Faktor 2) - Berufsgruppe der Psychologen (1c und 2c) von maximal 4,8 % der VKS (2,4 % mal Faktor 2) - Berufsgruppe der Spezialtherapeuten (1d und 2d) von maximal 3,8 % der VKS (1,9 % mal Faktor 2) - Berufsgruppe der Bewegungstherapeuten (1e und 2e) von maximal 2,2 % der VKS (1,1 % mal Faktor 2) - Berufsgruppe der Sozialarbeiter (1f und 2f) von maximal 1,2 % der VKS (0,6 % mal Faktor 2) - Berufsgruppe der Sprachheiltherapeuten (2g) von maximal 2 % der VKS (1 % mal Faktor 2)

DKG, BPtK	GKV-SV, PatV
Es werden für alle Berufsgruppen – auch die der Ärzte – begrenzte Anrechnungsumfänge vorgesehen. Auch in der Berufsgruppe der Ärzte können insbesondere Dokumentationsaufgaben von anderen Berufsgruppen, wie zum Beispiel Kodierfachkräften, medizinische Fachangestellten, Arzthelferinnen und Dokumentationsassistenten übernommen werden. Auch wenn die Verantwortung für die Dokumentation schlussendlich bei der ärztlichen Berufsgruppe liegt, so ist unbestritten, dass die vorbereitende und unterstützende Dokumentation, beispielsweise die Vorbereitung von Arztbriefen unter anderem durch die beispielhaft aufgeführten Berufsgruppen übernommen werden. Aus diesem Grund wird auch für die Berufsgruppe der Ärzte die Möglichkeit der Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Personal in begrenztem Umfang vorgesehen. Dies erfolgt auch, damit das in der Praxis vorhandene Nicht-PPP-RL-Personal bei der jeweiligen Berufsgruppe	*[keine Übernahme]*

angerechnet wird, die tatsächlich konkret entlastet wird.	

DKG	GKV-SV, BPtK	PatV
[keine Übernahme, da auch in der Berufsgruppe der Pflege neben den Pflegehilfskräften unter anderem auch die anderen oben aufgeführten Berufsgruppen (Kodierfachkräfte, Dokumentationsassistenten, Stationssekretäre, Empfangskräfte, medizinische Fachangestellte, Arzthelferinnen, Personen für den Patiententransport, Servicekräfte, Physician Assistants) und somit nicht nur bei der „Allgemeinen Pflege“ angerechnet werden können müssen. Beispielsweise bei Personen für den Patiententransport, Empfangs- und Servicekräften handelt es sich mit großer Wahrscheinlichkeit nicht um ausgebildete Fachkräfte. Der Verweis auf Fachkräfte und ausschließlich Pflegehilfskräfte wird die Frage aufwerfen, ob diese anderen Berufsgruppen (Hilfskräfte) dann trotzdem angerechnet werden können.]	Für den Bereich der Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1b und 2b (Pflegefachpersonen) ist Unterstützung bei der allgemeinen Pflege durch Fachkräfte andere Berufsgruppen oder durch Pflegehilfskräfte denkbar.	
[keine Übernahme, denn der Versuch einer konkreten Definition der Berufsgruppe der Pflegehilfskräfte schränkt die Anrechnungsmöglichkeiten zusätzlich weiter ein, ohne dass die Auswirkungen diesbezüglich abschätzbar sind. Die Definition und somit Ausbildungsmöglichkeiten von Pflegehilfskräften variiert stark zwischen den Bundesländern. *Sowohl das weite Spektrum an Berufsgruppen, die zur Anrechnung kommen können müssen, als auch das Nichtvorliegen einer einheitlichen Definition von Pflegehilfskräften widersprechen einer Konkretisierung an dieser Stelle.]*	*[keine Übernahme]*	Pflegehilfskräfte im Sinne dieser Richtlinie sind insbesondere Personen, 1. die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Assistenz- oder Helferausbildung in der Pflege von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben, die die „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ (BAnz AT 17.02.2016 B3) erfüllt, die von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und von der Gesundheitsministerkonferenz 2013 als

		Mindestanforderungen beschlossen wurden, 2. die erfolgreich eine landesrechtlich geregelte Ausbildung in der Krankenpflegehilfe oder in der Altenpflegehilfe von mindestens einjähriger Dauer abgeschlossen haben oder 3. denen auf der Grundlage des Krankenpflegegesetzes vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 893) in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung eine Erlaubnis als Krankenpflegehelferin oder Krankenpflegehelfer erteilt worden ist. Eine Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben erfordert bei Pflegehilfskräften zudem eine mehrjährige praktische Tätigkeit in der psychiatrischen Pflege.
[keine Übernahme]	Hierbei ist jedoch zu beachten, dass insbesondere bei Tätigkeiten der allgemeinen Pflege auch ein Beitrag zur Therapie geleistet wird und diese auch nur anteilig von Fachkräften aus anderen Berufsgruppen oder durch Pflegehilfskräfte erbracht werden können. So ist zum Beispiel die Unterstützung einer Pflegefachkraft durch Pflegehilfskräfte bei der Dekubitusprophylaxe denkbar. Dabei geht es im Wesentlichen, um eine Unterstützung für eine körperlich schwere Tätigkeit. Eine alleinige Ausführung dieser Tätigkeit durch Pflegehilfskräfte ist damit jedoch nicht intendiert, da für die fachliche Beurteilung des Mobilitätsgrades und der psychischen Gesamtverfassung eine entsprechende fachliche Ausbildung unabdingbar ist.	

Neben den aufgeführten Aspekten werden teilweise Berufsgruppen, die in § 5 Absatz 2 nur im Hinblick auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgeführt werden, auch in der Erwachsenenpsychiatrie eingesetzt – insbesondere bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Intelligenzminderung. Bei dieser Patientengruppe übernehmen in einigen Einrichtungen zum Beispiel Heilpädagogen eine wichtige Rolle bei der Behandlung. Auch in Anerkennung dieses Sachverhaltes ist es von großer Bedeutung auch andere Berufsgruppen als die jeweils für die Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgeführten anrechnen zu können.

DKG	GKV-SV, BPtK, DPR
In besonders kleinen Einrichtungen wie Tageskliniken mit eigenem Standortkennzeichen können die	*[keine Übernahme: Zur Wahrung der mit den Vorgaben verbundenen Qualitätszielen ist eine allgemeine Ausnahmeregelung bei*

berufsgruppenbezogenen Werte einen Anrechnungsumfang von unter einer Vollkraft je Berufsgruppe ausmachen. Wenn beispielsweise der berufsgruppenbezogene prozentuale Wert einer Anrechnung von 0,2 Vollzeitäquivalenten in einer Berufsgruppe entspricht, führt dies zu erheblichen organisatorischen Herausforderungen. Kleine Tageskliniken werden in der Praxis in der betreffenden Berufsgruppe keinerlei Anrechnung vornehmen können, da es nicht möglich sein wird Personal mit derart geringen Teilzeitstellen an organisatorisch kleinen und ggf. räumlich weiter entfernten Standorten zu beschäftigen. Aus diesem Grund wird zusätzlich zu den maximalen Anrechnungsumfängen je Berufsgruppe die Möglichkeit der Anrechnung von mindestens einem halben Vollzeitäquivalent je Berufsgruppe vorgesehen.	*kleinen Einrichtungen nicht sachgerecht. Die vorgeschlagene Ausnahmeregel würde insbesondere bei Berufsgruppen mit einem kleinen Tätigkeitsumfang die Möglichkeit einer vollständigen Ersetzung durch Hilfskräfte ermöglichen. Außerdem haben die Krankenhäuser durch Teilzeitbeschäftigung oder anteilige Tätigkeit im Bereich der stationären Behandlung ausreichend organisatorische Möglichkeiten.]*

Zu § 10 Ausnahmetatbestände

Zu Absatz 2:

DKG	GKV-SV
Die Ausnahmetatbestände gemäß § 10 beziehen sich entsprechend der Mindestvorgaben auf das gesamte Quartal und die gesamte Einrichtung. *[Eine Abweichung vom Einrichtungsbezug auf das Fachgebiet ist hier nicht möglich. Dies würde der getroffenen Definition des räumlichen Bezugs der Mindestvorgabe in § 2 Absatz 5 der PPP-RL widersprechen.]*	Wie die Vorgaben zur Einhaltung der Mindestvorgaben, beziehen sich die Ausnahmetatbestände gemäß § 10 grundsätzlich auf das gesamte Quartal und das gesamte Fachgebiet (nach § 2 Abs. 5 differenzierte Einrichtungen: Erwachsenen-psychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie).
Da gemäß Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 jedoch explizit kurzfristige Effekte zu berücksichtigen sind, müssen bei diesen Tatbeständen auch kürzere Zeiträume ermöglicht werden. Die rein quartalsbezogene Berücksichtigung ist hier nicht ausreichend, da beispielsweise ein Personalausfall in Höhe von 40 Prozent, der	
nur auf ein Drittel des Quartals begrenzt ist, im gesamten Quartal einem Personalausfall von ca. 13 Prozent entspricht und damit nicht zum Tragen käme.	auf den ersten Monat begrenzt ist, im gesamten Quartal einem Personalausfall von ca. 13 Prozent entspricht und damit nicht Tragen käme. Dies entspricht nicht dem Sinn und Zweck der Regelung gemäß Absatz 1 Satz 1. Auf der anderen Seite ist eine tagesbezogene Betrachtung von Ausnahmetatbeständen grundsätzlich nicht möglich, da die Mindestvorgaben als wochenbezogene Zeitwerte festgelegt sind.

Auch bei dem Ausnahmetatbestand Nr. 3 ist die Betrachtung kürzerer Zeiträume sinnvoll.	Auch wenn bei dem Tatbestand Nr. 3 nicht im Wortlaut nicht explizit kurzfristige Tatbestände genannt werden, ist auch hier eine monatsbezogene Betrachtung zweckmäßig.
Liegt ein Ausnahmetatbestand für einen kürzeren Zeitraum als das gesamte Quartal vor, muss die Mindestvorgabe in den anderen Zeiträumen des Quartals eingehalten werden.	
Die quartalsbezogene Mindestvorgabe ist entsprechend auf diese Zeiträume umzurechnen. Die Verwendung der monatsbezogenen fiktiven Sollvorgaben aus dem Teil B des Nachweises ist nicht möglich, da hierfür keine Mindestvorgaben vorgesehen sind. Diese beziehen sich ausschließlich auf das Quartal.	Für diesen Fall muss klargestellt werden, dass es neben dem regulären quartalsbezogenen Nachweis eines zusätzlichen Nachweises bedarf, in dem nachgewiesen wird, dass die Mindestvorgaben in den übrigen Zeiten des Quartals eingehalten wurden. Liegt ein Ausnahmetatbestand beispielsweise für den zweiten Kalendermonat eines Quartals vor, kann der Nachweis der Einhaltung der Mindestvorgaben in den anderen Zeiträumen (im Beispiel der Zeitraum des ersten und dritten Monats) auf Grundlage der differenzierten monatsbezogenen Nachweise zur tatsächlichen Personalausstattung aus Anlage 3 Teil B erfolgen. Damit ist kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand notwendig. Der zusätzliche Nachweis erfolgt für den gesamten übrigen Zeitraum, eine monats- und stationsbezogene Differenzierung ist weiterhin nicht vorgesehen. Das bedeutet, dass weiterhin ein Ausgleich zwischen einzelnen Wochen eines Quartals und einzelnen Stationen eines Fachgebietes möglich ist, soweit die Mindestvorgaben des Fachgebiets im gesamten restlichen Zeitraum des Quartals im Durchschnitt erfüllt werden. Nur die Festlegung einer kalendermonatlichen Betrachtung vermeidet zusätzlichen Dokumentationsaufwand. Bei einer Drittelteilung der quartalsbezogenen Mindestvorgaben ist keine Konsistenz zu den im Teil B vorliegenden Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung gewährleistet. Liegt ein Ausnahmetatbestand beispielsweise im Februar 2021 vor, würde sich bei einer Drittelbetrachtung ein Zeitraum von 60 Kalendertagen ergeben, obwohl sich für Januar und März 2020 tatsächlich 62 Kalendertage ergeben.
Die Verwendung der stationsbezogenen fiktiven Sollvorgaben aus dem Teil B des Nachweises ist nicht möglich, da hierfür keine Mindestvorgaben vorgesehen sind.	Die Ausnahmetatbestände beziehen sich räumlich immer auf die gesamten Fachgebiete Psychiatrie, Psychosomatik und KJP. Sie können nicht für einzelne

Eine Abweichung vom Einrichtungsbezug auf die stationsbezogenen fiktiven Sollvorgaben des Teil B ist nicht möglich.	Stationen geltend gemacht werden. Da die Mindestpersonalvorgaben fachgebietsbezogenen festgelegt sind, hat das Krankenhaus die die Möglichkeit Personal flexibel in den einzelnen Stationen eines Fachgebietes einzusetzen.
Die Ausnahmetatbestände (insbesondere die krankheitsbedingten Personalausfälle gemäß § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1) beziehen sich auf das Gesamtpersonal (d.h. alle Berufsgruppen).	
Auf eine berufsgruppenbezogene Betrachtung wird vor dem Hintergrund der Anrechnungsmöglichkeiten in § 8 verzichtet.	Auf eine berufsgruppenbezogene Betrachtung kann verzichtet werden, da nach § 8 Abs. 3 weitreichende Ersetzungen zwischen den Berufsgruppen möglich sind.
Auf die Befristung von Ausnahmetatbeständen in Absatz 2 kann im Zusammenhang mit den in Absatz 1 festgelegten Ausnahmetatbeständen verzichtet werden.	*[keine Übernahme]*
Die Mindestvorgabe ist unter Nutzung aller Handlungsmöglichkeiten im Verantwortungsbereich des Krankenhauses schnellstmöglich wieder zu erfüllen. Die Ausnahmetatbestände sind insbesondere bei einer Nichterfüllung der Mindestvorgaben relevant. Das Vorliegen eines Ausnahmetatbestandes ist nachzuweisen. Eine gesonderte Meldung bei Vorliegen von Ausnahmetatbeständen und ein gesonderter Nachweis ist nicht notwendig, da Ausnahmetatbestände bereits Teil der Nachweise (§ 11 Abs. 1) sowie der Mitteilungspflicht bei Nichterfüllung (§ 11 Abs. 2, Meldung innerhalb von 14 Tagen nach Quartalsende) sind.	
[keine Übernahme]	Beispiel zum Ausnahmetatbestand Nr. 1 (kurzfristigen krankheitsbedingte Personalausfälle): Der Umfang der krankheitsbedingten Personalausfälle wird auf Basis der krankheitsbedingten Abwesenheitstage sowie der durchschnittlichen täglichen Arbeitszeit ermittelt. Dieser Wert wird dann durch die ermittelten Mindestpersonalausstattung VKS-Mind dividiert. Ein Abweichen von den verbindlichen Mindestpersonalvorgaben ist dann zulässig, wenn die Ausfallquote größer als 15 Prozent ist. Formel: Ausfallquote = Krankheitsbedingte Ausfallstunden / VKS-Mind Teilzeitbeschäftigte sind entsprechend ihrer regulären täglichen Arbeitszeit zu berücksichtigen. Krankheitstage von fachabteilungsfremdem Personal sind nicht zu berücksichtigen. Bei einer krankheitsbedingten Langzeit-Arbeitsunfähigkeit ist nur der Zeitraum der ersten 41 Tage zu berücksichtigen.

	Beispiel zum Ausnahmetatbestand Nr. 2 (kurzfristig stark erhöhten Anzahl von Patienten in der Pflichtversorgung): Für den Zeitraum ist die Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme zu ermitteln. Die Quartalsbezogenen Angaben sind bereits im Nachweis Teil A1 der Anlage 3 vorgesehen. Dieser Wert wird dann durch den entsprechenden Durchschnittswert aus dem Vorjahr dividiert. Der Durchschnittswert des Vorjahres wird aus der Gesamtanzahl an Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme im gesamten Vorjahr geteilt durch die Anzahl der Tage im Bezugszeitraum (z.B. 90 Tag für das ersten Quartal 2021) berechnet. Ein Abweichen von den verbindlichen Mindestpersonalvorgaben ist dann zulässig, wenn der Prozentsatz größer als 110 Prozent ist. Formel: Prozentsatz = Anzahl Behandlungstage im aktuellen Jahr / Vergleichswert Vorjahr

Zu Absatz 3:

DKG, BÄK, BPtK, DPR	GKV-SV, PatV
Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass mit dem am 27. März 2020 getroffenen G-BA-Beschluss, welcher zur Aufnahme von Satz 1 geführt hat, nicht nur die Übermittlung der Nachweise bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben ausgesetzt wurde. Vielmehr sind in Anbetracht der Corona-Pandemie die gesamten Nachweispflichten für das Jahr 2020 auszusetzen. Dies umfasst sowohl die laufende Dokumentation als auch die nachträgliche Nachweisübermittlung Anfang 2021. Das Aussetzen der Dokumentations-verpflichtung und damit auch der Nachweisübermittlung ist unbedingt erforderlich, um die Krankenhäuser bei der Umsetzung der sich der aktuellen Lage stetig anpassenden Landes-Pandemiepläne zu unterstützen. Dies ist notwendig, da durch die Umsetzung der Pandemiepläne deutlich höhere organisatorische und administrative	*[Kommentar: Die Regelung unter § 10 Ausnahmetatbestände Abs. 3 entspricht dem Beschluss des Gemeinsamen Bundes-ausschusses über eine Erklärung zur Aussetzung von QS-Anforderungen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie vom 27.03.2020 in Bezug auf die PPP-RL.* *Die von der DKG hier vorgeschlagenen Ergänzungen sind keine Klarstellungen, sondern verändern den oben genannten Beschluss inklusive der Tragenden Gründe gravierend und werden vom GKV-Spitzenverband und der Patientenvertretung im G-BA abgelehnt.* *So werden durch den o.g. Beschluss für diverse QS-Richtlinien zwar die Nachweis-pflichten bis zum 31.12.2020 vorübergehend ausgesetzt. Mit der Aussetzung der Nachweispflichten bis zum 31.12.2020 ist für die psychiatrischen und psychosomatischen*

Aufwände entstehen. Eine im Rahmen der Pandemiepläne reduzierte Bettenzahl führt keineswegs zu einer entsprechenden Freisetzung personeller Kapazitäten, da auch die nicht stationär aufgenommenen Patienten insbesondere bei bestehender Versorgungsverpflichtung weiterhin versorgt werden müssen. Dies geschieht durch neue, zum Beispiel intensivambulante Konzepte, welche in der kurzfristigen Umsetzung mehr Ressourcen binden als die bisherige Versorgung. Zudem müssen auch hier die aktuellen Hygienevorschriften eingehalten werden, was im Hinblick auf teilweise enge Raumkapazitäten der Krankenhäuser einen hohen organisatorischen Aufwand darstellt. Dies umfasst unter anderem die Eröffnung von reinen Infektionsstationen und auch den Aufbau einer digitalen Infrastruktur. Darüber hinaus werden Patientenzimmer häufig zu Einzelzimmern umgewandelt. Neu aufgenommene Patienten müssen getestet und zumeist für die relevante Inkubationszeit isoliert werden. Bei Entlassungen in andere Einrichtungen sind wiederrum Umkehrisolierungen erforderlich. Insbesondere für schwer psychisch kranke Menschen stellt eine derartige Isolation eine große Herausforderung dar, so dass häufige Einzelkontakte und Kriseninterventionen erforderlich sind, die höheren personellen Einsatz erfordern. Aufgrund der Hygienevorschriften sind zudem Gruppenangebote kaum möglich, so dass entsprechend mehr Einzeltherapien stattfinden oder die Gruppengrößen deutlich reduziert werden müssen, wodurch ebenfalls entsprechend mehr personelle Kapazitäten erforderlich werden. Auch wenn die Corona-Pandemie sich zunächst nicht so dramatisch entwickelt hat, wie zuvor angenommen und Kliniken versuchen, sukzessive ihren Betrieb wieder zu normalisieren, wird es noch Monate dauern, bis so etwas wie ein Normalbetrieb erreicht wird. Darüber hinaus besteht nach wie vor die Gefahr, dass sich die Pandemie-Situation in Deutschland, insbesondere vor dem Hintergrund einer Lockerung der Eindämmungsmaßnahmen, wieder verschlechtert. Hier brauchen die Kliniken die Sicherheit, dass sie sich in diesem Jahr nicht – bzw. ausschließlich mit der Vorbereitung auf die Verpflichtungen ab 2021 - mit den Dokumentationspflichten der	*Einrichtungen eine Behandlung in 2020 auch ohne Erfüllung der Mindestvorgaben zulässig, so wie es die Pandemie erfordert. Die Vorgaben bei Nichteinhaltung sind ohnehin nach § 16 Abs. 2 für das Jahr 2020 ausgesetzt.* *Die Nachweispflichten ab dem 01.01.2021 sind dagegen nicht ausgesetzt. Eine Übersendung der Nachweise für das Jahr 2020 zum 30. April 2021 ist daher von den Einrichtungen - so wie in der RL-PPP geregelt, vorzunehmen. Dies ist auch aus folgenden Gründen sinnvoll:*

PPP-RL beschäftigen müssen. Die Krankenhäuser müssen die Möglichkeit haben, die personellen Kapazitäten, die durch die Dokumentationsverpflichtungen der PPP-RL gebunden sind, flexibel anderweitig einzusetzen. Ergänzend kommt hinzu, dass die gesammelten Daten aus dem Nachweisverfahren für das Jahr 2020 ohnehin nicht als Referenzwerte für das Folgejahr zu verwenden sind. Die deutlich geringere Gesamtanzahl von Patienten in diesem Jahr, wird zu einer entsprechend niedrigeren Anzahl der Behandlungstage im Vergleich zum Vor- und Folgejahr führen. Auch die Patientenbedarfe werden deutlich von denen in anderen Jahren abweichen. Die Entscheidung, welche psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungen verschoben werden können, ist unter rein medizinischen Gesichtspunkten im Einzelfall zu treffen. Es werden somit hauptsächlich Behandlungen von Patienten verschoben, die einen gemäß PPP-RL-Einstufung niedrigeren Personalbedarf aufweisen. Die deutlich veränderte Anzahl der Behandlungstage und der Patienteneinstufungen würde zu einer Mindestvorgabe für das Jahr 2021 führen, welche aufgrund eines bisher fehlenden PPP-RL-Vergleichsjahres, in nicht abschätzbarem Ausmaß von einer in der Normalsituation ermittelten Mindestvorgabe abweichen würde. Auch für die Weiterentwicklung der Richtlinie können daher weder die Patienteneinstufungen noch die ermittelte Anzahl der Behandlungstage im Jahr 2020 verwendet werden. Die Nutzung der Daten aus 2020 ist somit in Gänze nicht angemessen. Da die Dokumentation somit weder zielführend, noch in der Praxis in diesem Jahr realisierbar ist, muss mit der vorgenommenen Ergänzung ihre Aussetzung klargestellt werden.	
[1. Zur Weiterentwicklung der Richtlinie können damit erst die Daten des ersten Erfassungsjahres 2021 verwendet werden. Es wird keinesfalls ein Jahr verschenkt. Die Kliniken benötigen, wie vom GKV-SV in Nr. 4 richtig dargestellt, ein Jahr zum Üben. Aus diesem Grund werden die Sanktionen im ersten Erfassungsjahr 2021 ausgesetzt.]	*1. Der DKG-Vorschlag sieht die erste Datenübermittlung erst zum 30. April 2022 vor. Der erste Bericht mit Auswertungen der Daten erscheint damit erst zum 31. Juli 2022. Damit wird ein wertvolles Jahr verschenkt, in dem die ersten Datenströme praktiziert, Daten ausgewertet und die geplante erste Anpassung der Richtlinie zum*

	01.01.2022 erfolgen kann gemäß § 14 Abs. 2 der RL. Entsprechend hat die DKG in ihrem Vorschlag zur RL-Änderung auch die Anpassung der RL gemäß § 14 um ein Jahr nach hinten verschoben auf den 01.01.2023.
[2. und 3. Erst §11 regelt die Dokumentation gemäß Anlage 3. Die §§6 und 7 gelten weiter fort. Diese beinhalten jedoch keine Verpflichtung zur Dokumentation, sondern ausschließlich Vorgaben zum Vorgehen bei der Ermittlung der Mindestvorgaben und der tatsächlichen Personalausstattung. Keinesfalls geht es um den zusätzlichen Aufwand der Übermittlung, welcher im Gegensatz zu dem enormen Dokumentationsaufwand insbesondere im Hinblick auf die erstmalige Implementierung entsprechender Systeme eine untergeordnete Rolle spielt.]	*2. Die Krankenhäuser sind nach den §§ 6 und 7 auch in 2020 verpflichtet laufend ihre Leistungen und ihr Personal zu dokumentiert. Der o.g. Beschluss hat diese Vorgaben nicht ausgesetzt. Es geht also hier um den zusätzlichen Aufwand der Übermittlung.* *3. Die Angaben müssen erst zum 30. April 2021 an den G-BA übermittelt werden.* *4. Die Übermittlung der Daten in 2021 wird die Praxis der Datenübermittlung schärfen und die Fehlersucht frühzeitig befördern. Die Einrichtungen können „üben“.*
[5. Da die Nutzung der Daten aus 2020 aus den oben dargestellten Gründen in Gänze nicht angemessen ist, können auch nicht Teildaten dieses Jahres als Referenzwerte für das Folgejahr verwendet werden.]	*5. Zudem können bei aller gebotenen Vorsicht bei veränderter Betrachtungsweise nach § 16 Abs. 3 der RL auch Teildaten aus dem Jahr 2020 als Referenzwerte für das Folgejahr verwendet werden.*
[6. Aus den oben dargestellten Gründen kann das erste Erfassungsjahr erst das Jahr 2021 sein. Wie vom GKV-SV zu Nr.4 dargestellt benötigen Kliniken dieses Jahr zum Üben. Aus diesem Grund ist es unbedingt geboten, dass auch die Übergangszeit zur Erfüllung der Mindestvorgaben mit dem Jahr 2021 beginnt. In Folge müssen die Fristen zur notwendigen Höhe der Einhaltung jeweils um ein Jahr verschoben werden. *Aus demselben Grund kommen auch die finanziellen Sanktionen ein Jahr später (2022) zum Tragen. Daher ist eine Übermittlung der Nachweise bei Nichterfüllung im Jahr 2021 – zusätzlich zur quartalsbezogenen Übermittlung an das IQTIG – überflüssig.]*	*6. Ergänzend kommt hinzu, dass der DKG-Vorschlag noch weiter Änderungen umfasst: Die Übergangs-zeit für die Erfüllung der Mindestvorgaben nach § 16 Abs. 1 wird ebenfalls für ein Jahr nach hinten verschoben. Damit müssen die Einrichtungen erst zum 01.01.2025 die Mindestvorgaben erfüllen: Der Bezug zur Covid-19-Pandemie lässt sich bei derart langfristigen Veränderungen der RL nicht erschließen. Ebenso wenig wie die um ein weiteres Jahr nach hinten verschobene verpflichtende Meldung der Einrichtungen bei Nichterfüllung der RL. Statt ab dem 01.01.2021 muss nun erst ab dem 01.01.2022 gemeldet werden* *Gerade die letzten Punkte sind aus Sicht der Qualitätssicherung inakzeptabel.]*

Zu § 11 Nachweisverfahren

Zu Absatz 1:

Die Änderung dient der Harmonisierung mit Anlage 3 der PPP-RL.

Zu Absatz 2:

Die Änderung ist redaktioneller Art und dient der Klarstellung. Ersatzkassen haben keine Landesverbände.

Zu Absatz 3:

DKG	GKV-SV, PatV
[keine Übernahme, da dies missverständlich ist. Mit dem folgenden Satz wird bereits erörtert, dass der Teil A zu übermitteln ist. Dieser beinhaltet sowohl die nicht eingehaltenen Mindestanforderungen als auch ggf. vorliegende Ausnahmetatbestände. Die zusätzliche Konkretisierung in diesem Satz führt zu Missverständnissen, da eine zusätzliche Datenübermittlung vermutet werden kann.]	Die Änderungen dienen der Klarstellung. Die Einrichtung haben bei der Meldung bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen als auch an die zuständige Landesaufsichtsbehörde gemäß § 11 Abs. 3 PPP-RL Teil A des Nachweises mitzuliefern. Darin enthalten sind die nicht erfüllten Mindestanforderungen und die Angaben zu den ggf. vorliegenden Ausnahme-tatbeständen.

Zu Absatz 4 (neu):

Die Einrichtungen benötigen zur Umsetzung des Nachweisverfahrens eine Information über die entsprechenden Zuständigkeiten und Kontaktadressen bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie bei den Landesaufsichtsbehörden. Mit diesem Absatz wird geregelt, wer die Listen mit den jeweiligen Informationen zu veröffentlichen hat.

Zu Absatz 5 und 6 (alt):

Die Änderungen dienen der Klarstellung.

Zu Absatz 12 (alt):

Für den Nachweis der Erfüllung der Mindestvorgaben bis zum 1. Januar 2024 wurden abweichende Regelungen festgelegt, die vorliegend präzisiert und harmonisiert werden.

Zu Nummer 1:

DKG	GKV-SV
Mit der Ergänzung wird konkretisiert, dass das IQTIG quartalsweise sowohl Teil A als auch Teil B des Nachweises erhält.	Für die Übergangszeit bis zum 1. Januar 2024 sollen die Nachweise quartalsweise übermittelt werden. Dabei werden die Daten des Nachweises quartalsweise gemäß § 1 Abs. 2 an das IQTIG (Teil A und Teil B des Nachweises in Anlage 3)
[keine Übernahme: Da eine Übermittlung an die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemäß § 11 Absatz 3 nur bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben erforderlich ist, findet keine zusätzliche quartalsweise Übermittlung an diese Adressaten statt. Eine quartalsweise Übermittlung an das IQTIG dient der Weiterentwicklung der Richtlinie. Es ist	als auch an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (Teil A des Nachweises in Anlage 3) übermittelt. Dies dient der Harmonisierung mit § 11 Abs. 2, in dem ebenfalls beide Adressaten (IQTIG und Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen) für das reguläre Nachweisverfahren vorgesehen sind.

hingegen unklar, welchen Zweck eine Übermittlung an die Krankenkassen bei Einhaltung der Mindestvorgaben aus Sicht der Qualitätssicherung haben soll. Da der Zweck nicht dargestellt wird, ist der damit zusammenhängende Mehraufwand nicht gerechtfertigt.]	Das heißt konkret, dass z. B. die Daten für das 1. Quartal 2021 zum 15. Mai 2021 standortbezogen in elektronischer Form an das IQTIG und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet werden müssen, für das zweite Quartal 2021 bis zum 15. August 2021, für das dritte Quartal 2021 bis zum 15. November 2021 und für das vierte Quartal 2021 bis zum 15. Februar 2022. Für die Daten ab dem 1. Januar 2024 gelten dann die Fristen nach § 11 Absatz 2 bis 12. Das heißt konkret, dass die Daten für das 1. bis 4. Quartal 2024 bis zum 15. Februar 2025 standortbezogen in elektronischer Form an das IQTIG und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet werden müssen. Davon unberührt sind die Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2021 gemäß § 11 Absatz 3 verpflichtet, eine Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach § 6 unter Angabe des Standortes unverzüglich, jedoch spätestens a14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und der zuständigen Landesaufsichtsbehörde anzuzeigen. D. h. konkret für das erste Quartal 2021 muss die Meldung bei Nichterfüllung bis zum 15. April 2021 erfolge, für das zweite Quartal 2021 bis 15. August usw.

Zu Nummer 2:

DKG, BPtK, DPR	GKV-SV, PatV
Allein für das Erfassungsjahr 2020 wird die Übermittlung der Nachweise ausgesetzt. Ab dem Erfassungsjahr 2021 soll wie vorgesehen in die quartalsweise Übermittlung der Daten eingestiegen werden. Die erste Datenlieferung für das erste Quartal 2021 soll bis zum 15, Mai 2021 erfolgen.	Allein für das erste Erfassungsjahr 2020 wird die bis zum 1. Januar 2024 vorgesehene quartalsweise Übermittlung ausgesetzt: die Daten des Erfassungsjahres 2020 werden gemeinsam für alle vier Quartale am 30. April 2021 übermittelt. Damit bleibt den Einrichtungen genügend Zeit die erhobenen Daten des Jahres 2020 mittels des bis zum 1. Juli 2020 vom G-BA veröffentlichten Servicedokumentes zu übermitteln.

Zu Nummer 3 bis 5:

[vgl. Erläuterungen zu Nummer 2]

Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

DKG, BÄK

Zu Absatz 1:

Gemäß § 6 Absatz 1 der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) werden in den jeweiligen themenspezifischen Richtlinien die für die Durchsetzung der Maßnahmen zuständigen Stellen festgelegt. Als zuständige Stellen für die Durchsetzung von Sanktionsmaßnahmen in Rahmen der PPP-RL werden die Krankenhäuser und die Krankenkassen, die als Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) an der Budgetvereinbarung des Krankenhauses gemäß § 11 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) beteiligt sind, festgelegt.

Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG werden als zuständige Stellen festgelegt, da somit auf der Ortsebene eine Prüfung und eine gemeinsame Feststellung zur Einhaltung der Mindestanforderungen durch das Krankenhaus und die Krankenkassen erfolgen kann. Zudem kann, sofern die Vertragsparteien gemeinsam eine Nichteihaltung feststellen, nur auf dieser Ebene ein sinnvoller Dialog über die Ursachen und die zukünftige Vermeidung einer Nichteinhaltung geführt werden. Auch die Rückzahlung des Vergütungswegfalls durch das Krankenhaus an die Krankenkassen in Form eines Ausgleiches im Budget für das Folgejahr kann nur von den benannten Vertragsparteien geregelt werden.

[zu Absatz 2 (alt): streichen, da die erforderliche Konkretisierung des § 11 in Absatz 4 erfolgt. In Absatz 4 wird konkret festgelegt, welche Teile des Nachweises für die Ermittlung der Höhe des Vergütungswegfalls vorzulegen sind. § 11 gilt davon unbenommen. Ein zusätzlicher Verweis ist nicht erforderlich und an dieser Stelle missverständlich.]

Zu Absatz 2 (neu):

Mit Absatz 2 wird klargestellt, dass eine Nichterfüllung der Mindestvorgaben gegeben ist, wenn der Umsetzungsgrad innerhalb einer Einrichtung in einem Quartal bei einer Berufsgruppe unter 100% liegt. Entsprechend dieser Regelung greift der Vergütungswegfall einrichtungs- und quartalsbezogen für jede Berufsgruppe, in der die Mindestanforderungen nicht eingehalten wurden.

Zu Absatz 3 (neu):

Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG haben begleitend zu den jährlichen Verhandlungen des Krankenhausbudgets die Einhaltung der Mindestanforderungen zu prüfen und bei gemeinsamer Feststellung einer Nichteinhaltung die mit dieser Richtlinie vorgegebenen Durchsetzungsmaßnahmen umzusetzen Die Prüfung und Feststellung der Einhaltung sowie die Umsetzung der Durchsetzungsmaßnahmen erfolgt begleitend zu den Budgetverhandlungen. Die gesetzlichen Vorschriften der BPflV für die Budgetverhandlungen bleiben davon unberührt. Die Verhandlung des Budgets erfolgt somit wie bisher und unabhängig von den Vorgaben dieser Richtlinie. Mit dieser Richtlinie wird lediglich vorgegeben, dass nach erfolgter Budgetfindung die für den zurückliegenden Zeitraum wegfallende Vergütung vom Krankenhaus in Form eines Erlösausgleiches an die Krankenkassen zurückzuzahlen ist. Zudem ist eine Verknüpfung mit den Budgetverhandlungen sinnvoll, da beide Regelungskreise inhaltlich in einem engen Zusammenhang stehen und beide von denselben Vertragsparteien umzusetzen sind.

Die Prüfung und Feststellung zur Einhaltung erfolgt gemäß den Vorgaben in Absatz 4. Bei Feststellung einer Nichteinhaltung erfolgt die Umsetzung der Durchsetzungsmaßnahmen im Dialog der zuständigen Stellen. Im Rahmen dieses gemeinsamen Dialoges sind für eine zurückliegende Nichteinhaltung die Höhe des Vergütungswegfalls gemäß der Absätze 5 bis 9 sowie die ggf. für eine zukünftige Einhaltung der Mindestanforderungen erforderlichen Maßnahmen gemäß Absatz 10 durch die zuständigen Stellen zu regeln.

Zu Absatz 4 (neu):

Das Krankenhaus hat gegenüber den Krankenkassen die Einhaltung der Mindestanforderungen für alle bis zum aktuellen Zeitpunkt der Budgetverhandlung abgelaufenen Quartale nachzuweisen. Hierzu hat das Krankenhaus die Tabellen A5.1 und A5.2 gemäß Anlage 3 für alle Einrichtungen des Krankenhauses und alle seit der vorhergehenden Nachweisführung abgelaufenen Quartale vorzulegen. Bei erstmaliger Nachweisführung sind alle Nachweise ab Inkrafttreten des Vergütungswegfalls vorzulegen. Sofern das Krankenhaus einen Ausnahmetatbestand nach § 10 geltend macht, hat es dies gemäß Tabelle A6 der Anlage 3 für die betreffenden Quartale darzulegen. Auf der Grundlage dieser Nachweise haben die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG die Einhaltung bzw. Nichteinhaltung der Mindestanforderungen quartalsbezogen festzustellen. Bei diesem Verfahren liegt die Nachweispflicht beim Krankenhaus. Da die Prüfung und Feststellung vom Krankenhaus und den Krankenkassen gemeinsam zu erfolgen hat, haben die Krankenkassen die Möglichkeit, die Nachweise des Krankenhauses im Dialog zu hinterfragen und ggf. vom Krankenhaus weitere Erläuterungen zu fordern.

Zu Absatz 5 (neu):

Mit Absatz 5 wird klargestellt, dass eine Nichteinhaltung der Mindestvorgaben, die nicht durch einen Ausnahmetatbestand nach § 11 begründet ist, grundsätzlich zu einem Verlust des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses führt. Zudem wird geregelt, dass die Höhe des Vergütungswegfalls grundsätzlich in Abhängigkeit von der Höhe der Unterschreitung in den betroffenen Berufsgruppen zu ermitteln ist.

Die Mindestvorgaben betreffen die Personalausstattung der gesamten Einrichtung und sind gemäß § 2 Absatz 5 quartalsbezogen einzuhalten. Es wäre vollkommen unverhältnismäßig, bei Nichteinhaltung in einer Berufsgruppe grundsätzlich die gesamte Quartalsvergütung einer Einrichtung zu streichen. Daher wird der Vergütungswegfall zum einen berufsgruppenbezogen geregelt. Zum anderen wäre aber auch ein Vergütungswegfall in Höhe des Leistungsanteils der gesamten Berufsgruppe weder sachgerecht noch verhältnismäßig, da z. B. bereits eine fehlende Stunde (VKS) im Pflegedienst (entsprechend des durchschnittlichen Anteils der Pflege an allen Berufsgruppen) zu einem Vergütungsverlust von rd. 70 % der gesamten Quartalsvergütung einer Einrichtung führen würde. Bei einer Jahresvergütung von beispielsweise 20 Millionen Euro pro Jahr bzw. 5 Millionen Euro pro Quartal würde diese eine fehlende Stunde zu einem Vergütungswegfall in Höhe von 3,5 Millionen Euro in jedem betroffenen Quartal führen. Zudem wäre es auf Grund der Vorgabe von einrichtungs- und quartalsbezogenen (und nicht patientenbezogenen Mindestanforderungen) auch fachlich nicht zu begründen, die fehlenden Stunden einer Berufsgruppe auf alle Patienten und Behandlungstage zu beziehen und somit davon auszugehen, dass alle Patienten an allen Tagen nicht ausreichend versorgt wurden.

Aus diesen Gründen wird die Höhe des Vergütungswegfalls grundsätzlich in Abhängigkeit von der Höhe der Unterschreitung bzw. der fehlenden VKS festgelegt. Somit steigt der Vergütungswegfall mit zunehmender Unterschreitung der Mindestanforderungen. Da die Mindestanforderungen berufsgruppenbezogen gelten, steigt der Vergütungswegfall ebenfalls mit zunehmender Anzahl der betroffenen Berufsgruppen.

Zu Absatz 6 bis 8 (neu):

In den Absätzen 6 bis 8 wird der Rechenweg zur Ermittlung der Höhe des Vergütungswegfalls geregelt. Hierzu ist als erstes auf der Grundlage der Tabelle A5.1 der Anlage 3 die Höhe der Unterschreitung (VKS-Diff) in den Berufsgruppen zu berechnen (VKS-Diff = VKS-Min - VKS-Ist). Die Unterschreitung ist dann mit einem quartalsbezogenen Vergütungsbetrag zu multiplizieren. Die Festlegung der Beträge erfolgt entsprechend der Anrechnungsmöglichkeiten nach § 8 Absatz 3 der PPP-RL einheitlich für Ärzte/ Ärztinnen und Psychologen/Psychologinnen in Höhe von 45 Euro pro VKS-Diff. In den weiteren therapeutischen Berufsgruppen wird eine Nichteinhaltung einheitlich mit 30 Euro pro VKS-

Diff bewertet. Eine unterschiedliche Wertschätzung der Berufsgruppen ist damit nicht verbunden.

Die Beträge wurden unter Berücksichtigung der Zielsetzung und Anreizwirkung eines Vergütungswegfalls als Durchsetzungsmaßnahme zur Sicherstellung der Versorgungsqualität und unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit festgesetzt. Dabei war zu beachten, dass die Mindestanforderungen in der Erstfassung ausschließlich den Regeldienst am Tag und somit nicht den vollständigen Personaleinsatz einer Berufsgruppe an einem Tag betreffen, der mit den tagesbezogenen Entgelten vergütet wird. Auch war zu berücksichtigen, dass eine Kompensation durch andere Berufsgruppen, auch wenn in diesen die Mindestvorgaben deutlich überschritten werden, nicht zulässig ist.

In den darauf folgenden Berechnungsschritten sind die Beträge aller betroffenen Berufsgruppen in allen betroffenen Einrichtungen sowie allen betroffenen Quartalen zu addieren Da die Höhe des Vergütungswegfalls gesondert für alle Berufsgruppen, in denen die Mindestvorgaben überschritten werden, und auf der Grundlage der Summe der VKS in einem gesamten Quartal zu ermitteln ist, resultiert auch bei einem niedrig erscheinendem Betrag von 30 bzw. 45 Euro pro VKS-Diff im Ergebnis ein für das Krankenhaus bedeutsamer Vergütungswegfall. Beispielsweise resultiert bei Mindestanforderungen für die Pflege in Höhe von 25.000 VKS-Mind und für Ärzte in Höhe von 5.000 VKS-Mind und einer Unterschreitung um jeweils 2% eine Differenz von 500 bzw. 100 Stunden (VKS-Diff). Dies führt zu einem Vergütungswegfall in Höhe von 15.000 Euro und 4.500 Euro. In Summe beträgt der Vergütungswegfall des Krankenhauses für das betreffende Quartal 19.500 Euro. Sofern weitere Einrichtungen des Krankenhauses betroffen wären, würde sich der Vergütungswegfall des Krankenhauses entsprechend erhöhen.

Zu Absatz 9 (neu):

Bei der Ermittlung des Vergütungswegfalls haben die Vertragsparteien zu berücksichtigen, inwieweit eine Nichteinhaltung der Mindestvorgaben durch das Krankenhaus zu verantworten ist. Bei dieser Ursachenanalyse haben die Vertragsparteien die nach § 3 BPflV vereinbarte Personalausstattung sowie die gemäß § 18 Absatz 2 BPflV vom Krankenhaus nachzuweisende tatsächliche Personalausstattung und die zweckentsprechende Mittelverwendung der für das therapeutische Personal vereinbarten Finanzmittel zu beachten. Da die Personalbesetzung im Regeldienst am Tag (VKS-Ist) insbesondere von der für das betrachtete Jahr zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbarten Personalausstattung und der auf dieser Grundlage durch das Krankenhaus tatsächlich umgesetzten Stellenbesetzung abhängig ist, besteht ein enger inhaltlicher Zusammenhang zwischen dem vereinbarten und beschäftigten Personal und der Umsetzung der Mindestanforderungen. So könnte eine zu niedrige Personalausstattung im Regeldienst am Tag sowohl auf eine unzureichende Vereinbarung als auch auf eine unzureichende Stellenbesetzung zurückzuführen sein. Durch die Berücksichtigung der Mittelverwendung wird zudem erkennbar, ob das Krankenhaus aus einer ggf. zu niedrigen Stellenbesetzung einen finanziellen Vorteil gezogen hat.

Sofern das Krankenhaus nachvollziehbar darlegt, dass eine Nichteinhaltung aus vom Krankenhaus nicht zu verantwortenden Gründen unvermeidbar war, ist der berechnete Vergütungswegfall entsprechend des darauf entfallenden Anteils zu mindern. Es ist zu beachten, dass die Darlegungspflicht beim Krankenhaus liegt. Daher muss das Krankenhaus für die Krankenkassen nachvollziehbar darlegen, dass es alle ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, beispielsweise der Personalplanung und auch der Leistungsteuerung, ausgeschöpft hat. Diese Möglichkeit zur Reduktion des Erlöswegfalls ist somit mit sehr hohen Anforderungen an die Darlegungspflicht des Krankenhauses und zudem mit der Zustimmung der Krankenkassen verknüpft, so dass sie nur in nachweislich begründeten Fällen zum Tragen kommen kann. Die Möglichkeit, diese Aspekte im Dialog zu berücksichtigen, ist dennoch zwingend erforderlich, da eine für das Krankenhaus unvermeidbare Unterschreitung der Mindestvorgaben nicht unreflektiert zu einem Vergütungswegfall in voller Höhe des ermittelten Betrages führen darf.

Zu Absatz 10 (neu):

Im gemeinsamen Dialog sind ebenfalls die Möglichkeiten des Krankenhauses zur zukünftigen Einhaltung der Mindestanforderungen zu prüfen. Sofern eine Nichteinhaltung der Mindestanforderungen zukünftig zu erwarten ist, sind geeignete Maßnahmen zur schnellstmöglichen Erfüllung der Mindestvorgaben zu vereinbaren. Soweit die mit den Maßnahmen ggf. zusätzlich verbundenen Kosten nicht bereits im Budget des Krankenhauses berücksichtigt sind, ist der Vergütungswegfall für die vergangenen Quartale in Höhe der zusätzlichen Kosten zu mindern. Nach Ablauf der Maßnahmen hat das Krankenhaus die zweckentsprechende Verwendung der zusätzlich erhaltenen Mittel nachzuweisen und ggf. nicht zweckentsprechend verwendete Mittel zurückzuzahlen.

Zu Absatz 11 (neu):

Die wegfallende Vergütung wird über die bereits etablierten Erlösausgleiche im Rahmen der Budgetvereinbarungen geregelt. Eine Rückzahlung von Vergütungen bzw. Erlösen vom Krankenhaus an die Krankenkassen erfolgt im Budgetsystem nach BPflV durch einen Ausgleich im Budget für das Folgejahr. Absatz 11 schreibt vor, dass die Rückzahlung im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum zu erfolgen hat. Ergänzend wird klargestellt, dass der Vergütungswegfall auf Grund der Nichteinhaltung von Mindestanforderungen keinen Mindererlös nach BPflV darstellt. Somit wird sichergestellt, dass die durch die Rückzahlung bedingte Erlösminderung vollständig zum Tragen kommt und nicht durch einen Mindererlösausgleich nach BPflV zu Gunsten des Krankenhauses teilweise kompensiert wird.

Zu Absatz 12 (neu):

In Absatz 12 werden die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Nachweislieferungspflichten der Krankenhäuser geregelt. Krankenhäuser, die nach Ablauf der Korrekturfrist gemäß § 11 Absatz 8 und zweimaliger Aufforderung durch das IQTIG mit jeweils vierwöchiger Fristsetzung die Nachweise gemäß § 11 Absatz 2 und Absatz 13 Nr. 1 und die Erklärung über die Richtigkeit der Angaben gemäß § 11 Absatz 2 nicht oder nicht vollständig an das IQTIG übermittelt haben, werden für jede betroffene quartalsbezogene Nachweislieferung mit einem quartalsbezogenen Abschlag in Höhe von 2 Euro je Berechnungstag im Quartal sanktioniert. Grundlage für die Berechnung sind die mit der letzten Budgetvereinbarung in Anlage 1 Abschnitt L1 der AEB-Psych-Vereinbarung 2020 vereinbarten Berechnungstage dividiert durch vier. Die Vertragsparteien nach § 17 Absatz 2 KHG haben die konkrete rechnerische Höhe des Abschlages festzulegen und in der nächstmöglichen Budgetvereinbarung nach § 11 BPflV umzusetzen.

Da der Abschlag für die vereinbarten Berechnungstage des gesamten Krankenhaues in einem Quartal wirksam ist, resultiert aus der festgelegten Höhe des Abschlags im Ergebnis ein für das Krankenhaus bedeutsamer Sanktionsbetrag. Bei einem Krankenhaus mit beispielsweise 60.000 Berechnungstagen pro Jahr bzw. 15.000 Berechnungstagen im Quartal resultiert ein Sanktionsbetrag von 30.000 Euro im Quartal. Sofern die Nachweispflichten für alle vier Quartale nicht erfüllt werden, beträgt der Sanktionsbetrag 120.000 Euro.

GKV-SV, PatV

Zu Absatz 1:

[keine Übernahme: Die vorgeschlagene Streichung der Krankenkassen, bei denen das Krankenhaus einen Vergütungsanspruch hat, ist nicht zulässig. In § 137 Abs. 1 SGB V ist der Wegfall des Vergütungsanspruches gesetzlich festgelegt. Bei der Umsetzung der Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind die Krankenkassen damit zwangsweise als beteiligte Stellen zu berücksichtigen.]

Zu Absatz 3 (alt) und 4 bis 8 (neu):

Die Berechnung der konkreten Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs bei Nichterfüllung der Mindestanforderungen gemäß PPP-RL basiert auf folgenden Eckpunkten:

Die Mindestpersonalvorgaben sind quartalsbezogen in den Fachgebieten Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie (§ 2 Abs. 5 PPP-RL) einzuhalten. Die Nachweise enthalten zusätzlich Angaben zum monats- und stationsbezogen Umsetzungsgrad der Mindestvorgaben.

Der Vergütungsanspruch entfällt nur dann, wenn die Mindestvorgabe für das Fachgebiet im gesamten Quartal nicht eingehalten wird. Die monats- und stationsbezogenen Nachweise (Anlage 3 Teil B der PPP-RL) werden nicht berücksichtigt, da diese bei der Feststellung der Einhaltung der Vorgaben nicht berücksichtigt werden und nur an den G-BA übermittelt werden.

Die Konsequenzen beziehen sich auf die Leistungen, bei deren Erbringung die Vorgaben der PPP-RL zu berücksichtigen sind. Da die Richtlinie Mindestvorgaben zur Personalausstattung für die therapeutischen Berufsgruppen festlegt, sind damit alle Leistungen umfasst, an denen das entsprechende Personal bei der Behandlung von Patienten beteiligt ist und die damit verbundenen Entgelte des Vergütungssystems.

Zur Wahrung der Verhältnismäßigkeit wird die Höhe des Vergütungswegfalls in Abhängigkeit vom **Ausmaß der Nichteinhaltung** und den **betroffenen Berufsgruppen** sowie der **Dauer der Nichteinhaltung** festgelegt. In der Richtlinie wird die Berechnung für einen Prozentsatz festgelegt, um den die Vergütungen bzw. die entsprechenden Entgelte zu kürzen sind.

Bei der Höhe des Vergütungswegfalls wird berücksichtigt, ob die Mindestvorgaben in einer einzelnen oder in allen Berufsgruppen nicht erfüllt wurden und welchen Anteil die Berufsgruppen am Gesamtpersonal haben.

In einer ersten Stufe entfällt im ersten und zweiten Quartal einer Nichterfüllung eines Fachgebietes die Vergütung in Abhängigkeit vom fehlenden Personal. Zur Vermeidung von wirtschaftlichen Fehlanreizen entfällt die Vergütung im Umfang des 2-fachen Prozentsatzes der sich aus dem Umfang des nicht vorhandenen Personals bezogen auf das notwendige Gesamtpersonal ergibt. Ab dem dritten Quartal einer aufeinanderfolgenden Nichterfüllung entfällt in einer zweiten Stufe die Vergütung in Abhängigkeit des Anteils der nicht erfüllten Berufsgruppen. Wird die Mindestpersonalausstattung in dieser zweiten Stufe bei allen Berufsgruppen unterschritten, entfällt die Vergütung somit vollständig. Die erste Stufe wird als Übergangsregel bis Ende 2023 befristet. Ab dem 1. Januar 2024 berechnet sich die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs auf der Grundlage der zweiten Stufe.

Da das PEPP-Vergütungssystem grundsätzlich eine tagesbezogene Vergütungsstruktur hat, bezieht sich der Vergütungswegfall auf die Kalendertage im Quartal, an denen die Mindestvorgaben nicht erfüllt sind. Die konkrete rechnerische Umsetzung des Wegfalls der Vergütung soll unter entsprechender Anwendung der Regelungen in § 8 Abs.3 BPflV bzw. § 8 Abs. 4 KHEntgG erfolgen (Abschlag bei Nichteinhaltung von Verpflichtungen zur Qualitätssicherung) und ist in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Festlegung der betroffenen Entgelte und die konkrete rechnerische Umsetzung soll in den Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs. 1 Nr. 3 BPflV geregelt werden (Bundesvereinbarung von DKG und GKV-SV). Die Umsetzung sollte, soweit möglich, bereits in der Abrechnung der Behandlungsleistung erfolgen. Im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum sind die Auswirkungen auf die Budgetfestlegung (insbesondere die Berichtigungen des Gesamtbetrages und Erlösbudgets sowie die damit verbundenen Erlösausgleiche) zu berücksichtigen. Die entfallenen Vergütungsansprüche sind nicht über Mindererlöse nach § 3 Absatz 7 BPflV auszugleichen.

Die Berechnung der Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs wird im Folgenden an einigen Beispielen erläutert.

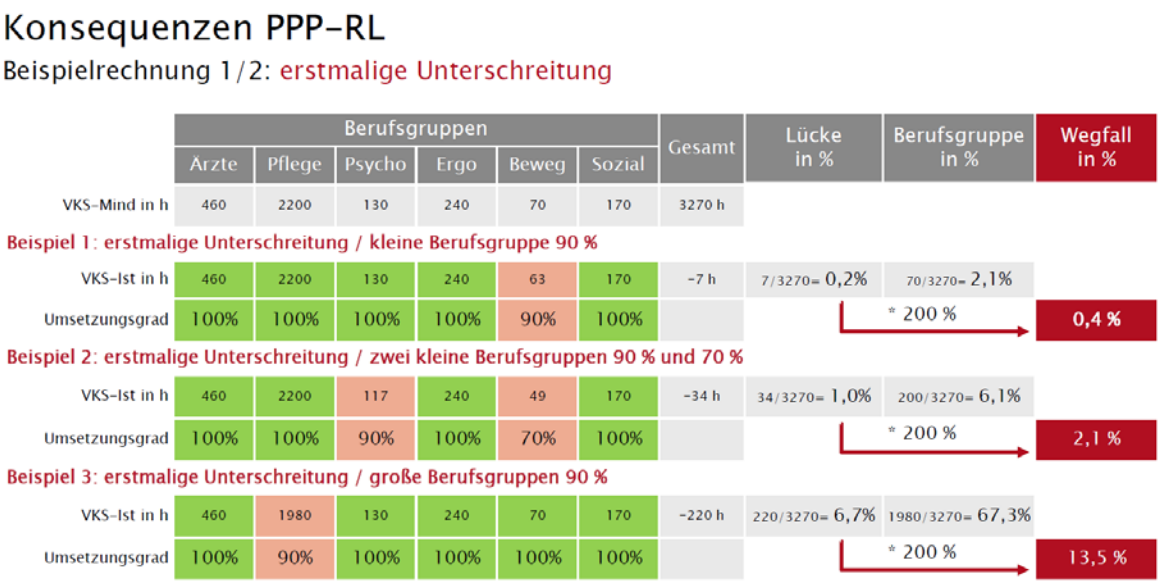


Abb. 1: Wegfall Vergütungsanspruch bei erstmaliger Unterschreitung

Für das Fachgebiet der Erwachsenenpsychiatrie ergeben sich im Beispiel gemäß § 7 folgende Mindestvorgaben für die Personalausstattung VKS-Mind. in Stunden:

a) Ärzte	b) Pflege	c) Psycho	d) Ergo	e) Beweg	f) Sozial	Gesamt
460	2200	130	240	70	170	3.270 h

Beispiel 1: Erstmalige Unterschreitung / kleine Berufsgruppe 90 %

Im Beispiel 1 wird die Mindestvorgabe in einer kleinen Berufsgruppe (e Bewegungstherapeuten und Physiotherapeuten) nur zu 90 % erfüllt.

Berufs-gruppe	a) Ärzte	b) Pflege	c) Psycho	d) Ergo	e) Beweg	f) Sozial
VKS-Ist in h	460	2200	130	240	63	170
Umsetzungs-grad	100%	100%	100%	100%	90%	100%

Der Wegfall des Vergütungsanspruchs wird bei einer erstmaligen Unterschreitung in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkräftestunden festgelegt. Im Beispiel fehlen 7 Stunden in der Berufsgruppe e). Dies entspricht 0,2 % der Mindestvorgabe für alle Berufsgruppen (7/3270). Die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs wird dann mit 0,4 % festgelegt (2 x 0,2 %).

Beispiel 2: Erstmalige Unterschreitung / zwei kleine Berufsgruppe 90 % und 70 %

Im Beispiel 2 wird die Mindestvorgabe in der Berufsgruppe c) Psychologen nur zu 90 % und in der Berufsgruppe e) Bewegungstherapeuten und Physiotherapeuten nur zu 70 % erfüllt.

Berufs-gruppe	a) Ärzte	b) Pflege	c) Psycho	d) Ergo	e) Beweg	f) Sozial
VKS-Ist in h	460	2200	117	240	49	170
Umsetzungs-grad	100%	100%	90%	100%	70%	100%

Der Wegfall des Vergütungsanspruchs wird bei einer erstmaligen Unterschreitung in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkräftestunden festgelegt. Im Beispiel fehlen insgesamt 34 Stunden. Dies entspricht 1,0 % der Mindestvorgabe für alle Berufsgruppen (34/3270). Die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs wird dann mit 2,1 % festgelegt (2 x 1,04 %).

Beispiel 3: Erstmalige Unterschreitung / große Berufsgruppe 90 %

Im Beispiel 3 wird die Mindestvorgabe in der Berufsgruppe b) Pflegefachpersonen nur zu 90 % erfüllt.

Berufs-gruppe	a) Ärzte	b) Pflege	c) Psycho	d) Ergo	e) Beweg	f) Sozial
VKS-Ist in h	460	1980	130	240	70	170
Umsetzungs-grad	100%	90%	100%	100%	100%	100%

Der Wegfall des Vergütungsanspruchs wird bei einer erstmaligen Unterschreitung in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkräftestunden festgelegt. Im Beispiel fehlen insgesamt 220 Stunden. Dies entspricht 6,7 % der Mindestvorgabe für alle Berufsgruppen (220/3270). Die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs wird dann mit 13,5 % festgelegt (2 x 6,7 %).

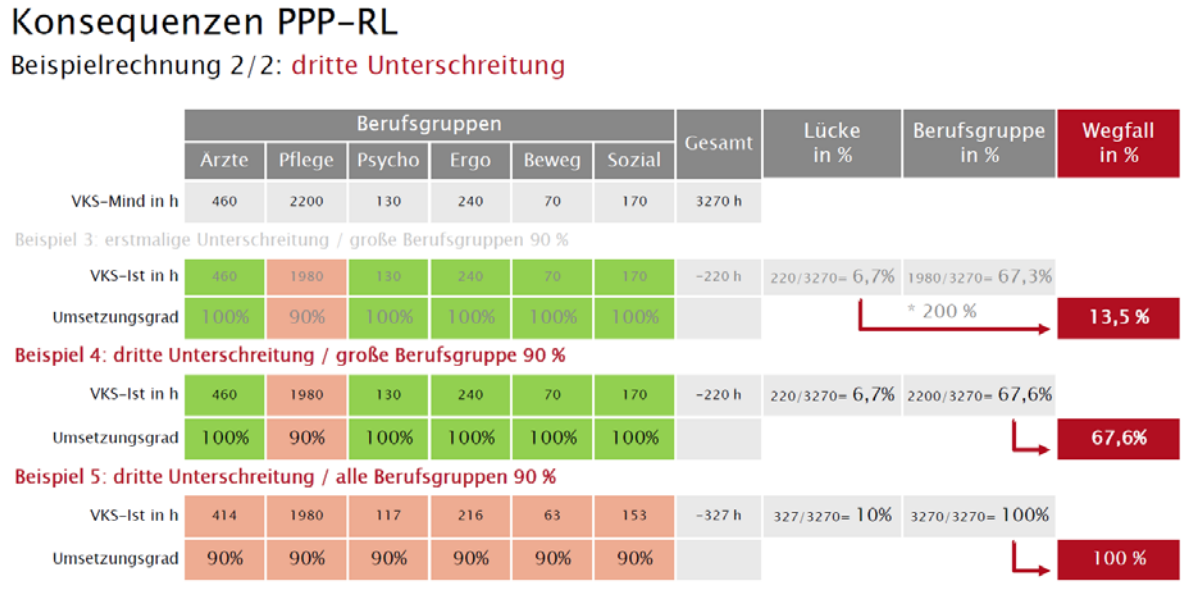


Abb. 2: Wegfall Vergütungsanspruch bei wiederholter Unterschreitung

Beispiel 4: Wiederholte Unterschreitung / große Berufsgruppe 90 %

Im Beispiel 4 wird die Mindestvorgabe in der Berufsgruppe b) Pflegefachpersonen nur zu 90 % erfüllt. Die Mindestvorgabe wurde wiederholt in drei aufeinanderfolgenden Quartalen nicht eingehalten.

Berufs-gruppe	a) Ärzte	b) Pflege	c) Psycho	d) Ergo	e) Beweg	f) Sozial
VKS-Ist in h	460	1980	130	240	70	170
Umsetzungs-grad	100%	90%	100%	100%	100%	100%

Der Wegfall des Vergütungsanspruchs wird in den ersten beiden Quartalen entsprechend Beispiel 3 berechnet. Im Fall einer wiederholten Nichterfüllung der Mindestvorgaben wird der Wegfall des Vergütungsanspruchs dann in Abhängigkeit von Umfang des Anteils der nicht erfüllten Berufsgruppen festgelegt. Im Beispiel hat die Mindestvorgabe für die Berufsgruppe b) einen Umfang von 2200 Stunden. Dies entspricht 67,6 % der Mindestvorgabe für alle Berufsgruppen (2200/3270). Die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs wird dann mit 67,6 % festgelegt (2200/3270).

Beispiel 5: Wiederholte Unterschreitung / alle Berufsgruppe 90 %

Im Beispiel 5 wird die Mindestvorgabe in allen Berufsgruppe nur zu 90 % erfüllt. Die Mindestvorgabe wurde wiederholt in drei aufeinanderfolgenden Quartalen nicht eingehalten.

Berufs-gruppe	a) Ärzte	b) Pflege	c) Psycho	d) Ergo	e) Beweg	f) Sozial
VKS-Ist in h	414	1980	117	216	63	153
Umsetzungs-grad	90%	90%	90%	90%	90%	90%

Der Wegfall des Vergütungsanspruchs wird in den ersten beiden Quartalen entsprechend der Beispiele 1 bis 3 berechnet. Im Fall einer wiederholten Nichterfüllung der Mindestvorgaben wird der Wegfall des Vergütungsanspruchs dann in Abhängigkeit von Umfang des Anteils der nicht erfüllten Berufsgruppen festgelegt. Im Beispiel beträgt die Summer der Mindestvorgaben für alle nicht erfüllten Berufsgruppen 3270 Stunden. Dies entspricht 100 % der Mindestvorgabe für alle Berufsgruppen (3270/3270). Die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs wird dann mit 100 % festgelegt (3270/3270).

Die Beispiele zeigen ein gestuftes Verfahren in der die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs in Abhängigkeit vom Ausmaß der Nichteinhaltung und den betroffenen Berufsgruppen sowie der Dauer der Nichteinhaltung festgelegt wird. Abbildung 3 zeigt die Höhe der verbleibenden Vergütung in Anhängigkeit vom Umsetzungsgrad. Im Vergleich zu einem vollständigen Vergütungsausschluss bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben zeigt die Abbildung auch den verhältnismäßig geringeren Wegfall bei einer erstmaligen Unterschreitung und einer geringfügigen Unterschreitung der Mindestvorgaben.

Da die Mindestvorgaben gemäß § 16 Abs. 1 im Jahr 2021 nur 85 % und im Jahr 2022 nur zu 90 % erfüllt sein müssen, bezieht sich der Wegfall des Vergütungsanspruchs auf ein entsprechend niedrigeres Niveau. Im Jahr 2021 ist damit erst eine Personalausstattung unter

85 Prozent der vollen Minutenwerte mit einem Wegfall des Vergütungsanspruchs verbunden. Bei einem Gesamtumsetzungsgrad von 75 Prozent beträgt der Wegfall des Vergütungsanspruchs in der ersten Stufe damit lediglich 20 Prozent.

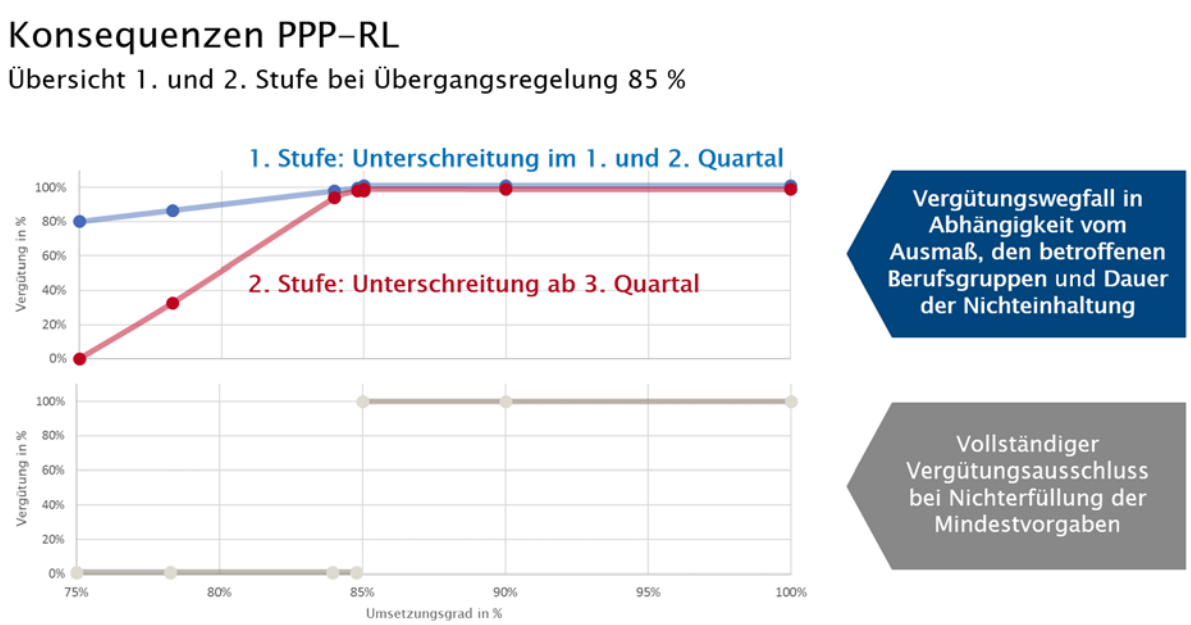


Abb. 3: Übersicht Wegfall Vergütungsanspruch

Die Nichterfüllung der Mitwirkungspflichten wird mit einem Vergütungsabschlag von 20 € je Berechnungstag sanktioniert.

Zu Absatz 3 Satz 5 i.V.m. § 2 Absatz 10 Satz 2:

Mit dem deklaratorischen Hinweis in § 2 Absatz 10 Satz 2 PPP-RL auf die Einbeziehung der in § 2 Abs. 10 Satz 1 PPP-RL genannten Punkte soll gegenüber den für die Budgetvereinbarung auf der Ortsebene zuständigen Vertragspartner die Bedeutung der in § 2 Abs. 10 Satz 1 PPP-RL genannten Punkte betont werden. Eine verbindliche Vorgabe für die Vertragspartner scheidet hierbei mangels Rechtsgrundlage für den G-BA aus.

Zu § 14 Anpassung der Richtlinie

Zu Absatz 2:

DKG, BÄK, BPtK, DPR	GKV-SV, PatV
Auch ohne Daten aus dem Jahr 2020 kann mit der Anpassung und Überarbeitung der Richtlinie begonnen werden, da für die Überarbeitung der Regelaufgaben der Berufsgruppen keine Daten erforderlich sind und auch die Anpassung der Minutenwerte letztlich nur normativ erfolgen kann.	*[Keine Übernahme des DKG-Vorschlags, der die erste Anpassung der Richtlinie zum 1.1.2022 gemäß § 14 Abs. 2 der RL um ein Jahr nach hinten verschiebt auf den 1.1.2023. Damit wird ein volles wertvolles Jahr für die Überarbeitung der RL verloren. Siehe dazu auch TG des GKV-SV zu § 10 Abs. 3.]*

Die Ergänzung „der Richtlinie“ dient der Klarstellung.

DKG	GKV-SV, DPR	PatV
[keine Übernahme, da Regelaufgaben in der PPP-RL nur für diejenigen Berufsgruppen beschrieben werden, für die auch Mindestvorgaben vorgesehen werden. Da dies auf die Berufsgruppe der Genesungsbegleiter nicht zutrifft, wird von der Aufnahme eines Kataloges an Regelaufgaben abgesehen.]	*[keine Übernahme]*	§ 14 Abs. 2 verlangt die Prüfung, Anpassung oder Neudefinition nicht nur der Mindestvorgaben oder Minutenwerte, sondern im Spiegelstrich 5 auch der Regelaufgaben der Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen (…). In Analogie gilt Letzteres nach Auffassung der PatV auch für die Genesungsbegleiter, deren Einsatz in § 9 der PPP-RL vom 19.9.2019 empfohlen wird. Die PatV erwartet, dass mit dem Berichtsjahr 2020 ein erster bundesweiter Überblick über den Einsatz von Genesungs-begleiterinnen und -begleitern in der stationären psychiatrischen Versorgung vorliegen wird (mit den gleichen qualitativen Einschränkungen des Erhebungsjahres 2020, wie dies für alle anderen Daten 2020 der Fall sein wird). Aus den Daten zum Einsatz der Genesungsbegleiterinnen und -begleiter sind Konkretisierungen hinsichtlich der Regel-aufgaben und auch Hinweise für die zukünftige Bestimmung der Mindest-personalausstattung der Genesungsbegleiterinnen und -begleiter zu erwarten.

Zu § 16 Übergangsregelungen

Zu Absatz 1-3, jeweils Satz 1:

DKG	GKV-SV, PatV
Da eine Meldung bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben erst mit Inkrafttreten der Vorgaben bei Nichteinhaltung relevant wird, wird diese mit der vorgenommenen	*[keine Übernahme*; *siehe dazu auch GKV-SV-Kommentar zu § 10 Abs. 3. Eine Verschiebung der quartalsweisen Meldung bei Nichterfüllung vom 1.1.2021 auf den*

Ergänzung für den gleichen Zeitraum ausgesetzt. Dieser Zeitraum wird bis zum 1. Januar 2022 verlängert. Aufgrund der in den Tragenden Gründen zu § 10 Absatz 3 beschriebenen durch die Corona-Pandemie ausgelösten Situation, haben die Kliniken im Jahr 2020 keine ausreichenden Ressourcen um sich mit der Umsetzung der PPP-RL, insbesondere der Dokumentation und dem Nachweisverfahren vertraut zu machen. Das sanktionsfreie Jahr 2020 sollte als „Übungsjahr“ gelten, in dem eben diese Möglichkeit besteht. Aufgrund der Komplexität der PPP-RL, den hohen Mindestvorgaben und den Aufwänden in der Erstellung eines entsprechenden Dokumentationssystems muss ein entsprechendes Übungsjahr vorgesehen werden, welches nunmehr für 2021 vorgesehen wird. *[Es wird somit keinesfalls davon ausgegangen, dass auch im Jahr 2021 keine Daten erhoben werden können. Diese Daten sollen sowohl zur Weiterentwicklung der Richtlinie als auch zur Ermittlung der Mindestvorgabe im Jahr 2022 dienen. Es wird somit nicht die Situation im Jahr 2020 auf das Jahr 2021 übertragen.]*	*1.1.2022 ist nicht auf die Corona-Pandemie zurückzuführbar. Der zeitliche Zusammenhang von der Situation im Frühjahr/Sommer 2020 auf die Situation im ganzen Jahr 2021 ist nicht herstellbar.]*
BPtK:	
Da die Nachweise für das Jahr 2020 ausgesetzt sind, muss die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung für das Jahr 2021 auf Basis der Einstufung der Patienten im Jahr 2019 erfolgen.	*[keine Übernahme]*

Zu Absatz 3 Satz 3:

DKG	GKV-SV, PatV
[keine Übernahme, da auch bei Ablehnung der DKG-Position in § 10 Absatz 3 und der damit vorgesehenen Datenübermittlung für das Jahr 2020, die Daten des Jahres 2020 in Anbetracht der in den Tragenden Gründen zu § 10 Absatz 3 dargestellten Situation nicht als Grundlage für die Ermittlung einer Mindestvorgabe im Jahr 2021 dienen können. Nicht nur das zweite, sondern auch das dritte und voraussichtlich auch das vierte Quartal in 2020 werden keinem Normalbetrieb entsprechen, so dass sie nicht als Grundlage für die Festlegung von Mindestvorgaben herangezogen werden können. Den 2,5 %-igen Korridor nach § 6 Absatz 4 als regelhafte Notlösung für diese	Die Ermittlung der Mindestpersonalvorgaben erfolgt im Regelfall basierend auf den vorgenommenen Einstufungen im Vorjahr. Bedingt durch Covid-19 ergibt sich im zweiten Quartal 2020 eine deutlich verringerte Belegung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser. Auch die Struktur der behandelten Patienten weicht voraussichtlich erheblich von vergleichbaren Vorjahren ab. Um diese Besonderheiten zu berücksichtigen, wird vorgeschlagen die Ermittlung der Mindestpersonalvorgaben im zweiten Quartal des Jahres 2021 auf Grundlage der Einstufungen im ersten, dritten und vierten Quartal des Jahres 2020 zu ermitteln. Weicht

Problematik heranzuziehen, ist nicht nachvollziehbar und auch nicht sachgerecht. Die einzige Grundlage kann somit das Jahr 2019 darstellen.]	dann die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen deutlich (mehr als 2,5%) vor den so ermittelten Werten ab, ist wie bereits in § 6 Abs. 4 festgelegt, dann die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage des zweiten Quartals 2021 bei der Ermittlung der Mindestpersonalausstattung zu Grunde zu legen.

Zu Absatz 4:

Für Einrichtungen der Psychosomatik werden bis zum 31. Dezember 2021 die Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades sowie die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben inkl. der Meldung bei Nichterfüllung ausgesetzt. Damit wird gemäß der Auflage des BMG die Aussetzung der Sanktionierung für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben in der Psychosomatik um ein weiteres Jahr verlängert, da zurzeit keine ausreichenden Hinweise für mögliche Anpassungsbedarfe vorliegen.

Zu Absatz 5:

Mit den Änderungen wird festgelegt, dass das vom G-BA veröffentlichte Servicedokument für die Übermittlung der Nachweisdaten nicht nur für das Jahr 2020, sondern auch für das Jahr 2021 verwendet werden soll. Die Übermittlungsfristen für diesen Übergangszeitraum werden zur Klarstellung nunmehr ausschließlich in § 11 Absatz 13 PPP-RL verortet und an dieser Stelle gestrichen. Klargestellt wird auch der Adressatenkreis der verschiedenen Nachweisteile in diesem Zeitraum.

DKG	GKV-SV, PatV
[keine Übernahme, da eine Meldung bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben erst mit Inkrafttreten der Vorgaben bei Nicht-einhaltung relevant wird. Diese wird gemäß Absatz 2 bis zum 1. Januar 2022 ausgesetzt. Somit sind im Jahr 2021 die Teile A und B nur an das IQTIG zu übermitteln.]	Beim Adressatenkreis handelt es sich gemäß § 11 Abs. 2 und 3 der PPP-RL bei Übermittlung der jährlichen Nachweise um das IQTIG und um die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Dies gilt selbstverständlich auch für das Servicedokument. Die Adressaten „Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen“ für das Servicedokument dagegen hier auszuschließen entspricht nicht dem Geist der RL und den in § 11 Abs. 2 explizit festgelegten Adressaten der Nachweise. Zusätzlich muss bei Nichterfüllung der Richtlinie gemäß § 11 Abs. 3 eine Meldung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen als auch an die Landesaufsichtsbehörde übermittelt werden. Auch dies gilt für das Servicedokument. Die Regelung entspricht damit dem Hinweis des BMG in seinem Schreiben zur Nichtbeanstandung mit Auflage der Richtlinie vom 20.12.2019. Hier weist das BMG darauf hin, dass „…von der Übergangsregelung insbesondere nicht die Anzeigepflicht bei Nichterfüllung gemäß § 11

	Absatz 3 PPP-RL erfasst (ist)“. Diese solle unmittelbar zum Tragen kommen. Eine Meldung erst ab dem 1.1.2022, also zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie, genügt diesem Hinweis nicht.

Zu Absatz 6 (neu):

Dieser Absatz dient der Harmonisierung der Richtlinie mit zwei Beschlüssen des G-BA. Im Beschluss vom 19. Dezember 2019 wurde das IQTIG vom G-BA mit der Erstellung eines Servicedokumentes beauftragt. In der Beauftragung wurde darauf verwiesen, dass die Erfassung der Regelaufgaben in Teil B3 der Anlage 3 der PPP-RL für das Servicedokument nicht zu berücksichtigen ist, da sie mit vorliegendem Beschluss ausgesetzt wird. Im Rahmen der Beauftragung des IQTIG mit der Spezifikation gemäß § 11 der Richtlinie (Beschluss des G-BA vom 14. Mai 2020) wurde gleichzeitig beschlossen, dass die Beauftragung der Spezifikation für die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweis vom G-BA im Januar 2021 beschlossen wird.

Zur Anlage 1 Minutenwertetabellen

Zu 1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene

DKG	GKV-SV, PatV
Die Kategorie „P“ für psychosomatische Einrichtungen orientierte sich bei der Erstfassung der PPP-RL an den Personalanhaltszahlen von Heuft (1999). Diese differenzieren jedoch nicht zwischen SpezialtherapeutInnen und BewegungstherapeutInnen. So wurden für die Berufsgruppe der BewegungstherapeutInnen in den Personalanhaltszahlen von Heuft keine differenzierten Regelaufgaben oder Minutenwerte vorgesehen. Im Hinblick auf eine Anpassung an die Psych-PV-Systematik, in der die beiden Berufsgruppen separat ausgewiesen werden, wurden in der Erstfassung der PPP-RL für die Minutenwerte der BewegungstherapeutInnen der Anteil der Heuft-Minutenwerte vorgesehen, der in der Berufsgruppe der SpezialtherapeutInnen für die Regelaufgabe „Konzentrative Bewegungstherapie“ (1/3) vorgesehen war. In der Versorgungsrealität wird die Konzentrative Bewegungstherapie in der Regel jedoch nicht primär von Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen, sondern von SpezialtherapeutInnen mit verschiedenen Qualifikationen durchgeführt. Durchaus sind Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen in psychosomatischen Einrichtungen teilweise tätig. Es liegen derzeit jedoch keinerlei Daten	Die P3 als psychotherapeutische teilstationäre Behandlung entspricht inhaltlich im Wesentlichen dem Behandlungsbereich A6 (Allgemeine Psychiatrie, tagesklinische Behandlung). Entsprechend werden hier die gleichen Minutenwerte pro Berufsgruppe hinterlegt. Dieses Vorgehen folgt analog dem Vorgehen bei der Festlegung der Minutenwerte für die P1, die, da der P1-Bereich inhaltlich der A5 entspricht, genau wie die Minutenwerte der A5 festgelegt wurden (sieh TG zum Beschluss des G-BA über eine PPP-RL: Erstfassung vom 19. September 2019, S. 10) Die P4 als teilstationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung entspricht inhaltlich der P2. Beide Bereiche - P4 und P2 als teilstationäre und vollstationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung – werden mit der Mindestvorgabe von einer Therapiedosis von mindestens 3 Therapieeinheiten pro Woche (OPS-Code 9-62 0der 9-63) vorgesehen. In beiden Bereichen (P4 und P2) werden die gleichen Minutenwerte in Anlage 1 pro Berufsgruppe hinterlegt, da entsprechend der OPS-Codierung der therapeutische Aufwand gleich hoch ist.

zum Einsatz dieser mit konkreten Minutenwerten vor, so dass die Festlegung einer entsprechenden spezifischen Mindestvorgabe nicht angemessen ist. Da es psychosomatische Einrichtungen gibt, die in ihrem Behandlungskonzept keine Bewegungs- oder Physiotherapie vorgesehen haben, ist es nicht sachgerecht, mit entsprechenden Mindestvorgaben Behandlungskonzepte vorzugeben. Auch der Ausgleich durch andere Berufsgruppen über die Anrechnungsmöglichkeiten kommt nicht in Frage, da die spezifisch auf die Berufsgruppen zugeschnittenen Regelaufgaben (in diesem Fall der Bewegungs- und Physiotherapeuten) im Wesentlichen gar nicht von anderen Berufsgruppen erbracht werden können. Vor diesem Hintergrund sind die Minutenwerte der Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen gemäß der Personalanhaltszahlen von Heuft in den „P“-Kategorien der Berufsgruppe der SpezialtherapeutInnen zuzuordnen. Für die Einstufung der tagesklinisch versorgten Patienten psychosomatischer Einrichtungen werden die neuen Kategorien P3 und P4 ergänzt. Da keine ausreichenden Informationen und keine ausreichende Evidenz bezüglich der Festlegung von Mindestvorgaben vorliegen, werden hier in Analogie zu den Behandlungskategorien der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) vorerst keine Minutenwerte definiert. *[Es ist nicht sachgerecht, die Minutenwerte der A6 zu verwenden, die zur spezifischen Abbildung tagesklinischer Behandlung in psychiatrischen Einrichtungen dienen. Erfahrungen und Kenntnisse aus der Anwendung der Psych-PV liegen für die Psychosomatik nicht vor. Die Heuft-Zahlen haben keine Werte für die teilstationäre Behandlung vorgesehen. Auch die Minutenwerte der Kategorien P1 und P2 können hier keine Anwendung finden, da bisher keine empirischen Daten und noch weniger ausreichend Evidenz für die Festlegung von Mindestvorgaben vorliegen. Es ist nicht sachgerecht, die für die vollstationäre Behandlung festgelegten Minutenwerte in P1 und P2 lediglich durch eine Umrechnung der Werte auf eine 5-Tage-Woche für die teilstationäre Behandlung vorzusehen. Hierzu ist es zunächst erforderlich, die Heterogenität teilstationärer psychosomatischer*	Diese Entscheidung folgt auch zwei weiteren Rationalen: 1. In der Psychosomatik und in der Psychiatrie gibt es sowohl hinsichtlich der behandelten Diagnosen als auch in Bezug auf die Behandlungsmittel viele Übereinstimmungen. Es muss daher gewährleistet sein, dass Patienten mit der gleichen Diagnose und dem gleichen Schweregrad eine qualitativ gleichwertige Behandlung erhalten und entsprechen unabhängig vom Behandlungsort eine gleichwertige Personalausstattung vorfinden. Dies bildet sich in den o.g. Regelungen zu den identischen Minutenwerten zwischen P1 und A6 ab. 2. Die teilstationäre Behandlung ist aus Sicht der Patienten attraktiver als die vollstationäre Behandlung und sollte deshalb gefördert werden. Viele Krankenhäuer haben sich entsprechend umgestellt und behandeln auch im teilstationären Bereich komplex-psychotherapeutisch, d.h. mit ebenso hohem Personaleinsatz wie vollstationär. Dieser Umstand bildet sich mit den o.g. Regelungen zu den identischen Minutenwerten im teil- und im vollstationären Bereich (P2 und P4) ab.

Behandlungskonzepte in den unterschiedlichen Settings (u.a. Fachkrankenhäuser, psychosomatische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern) zu analysieren, um dies entsprechend bei der Festlegung von Mindestvorgaben berücksichtigen zu können. Dazu reicht es nicht aus die Werte auf eine 5-Tage-Woche umzurechnen.] Zudem besteht aufgrund der Verlängerung der Übergangsfrist gemäß § 16 Absatz 4 für die Psychosomatik keine Notwendigkeit einer voreiligen Festlegung von Mindestvorgaben bei der teilstationären Behandlung. Die Einstufung in die neuen Behandlungsbereiche sowie die tatsächliche Personalausstattung in der teilstationären Behandlung in psychosomatischen Einrichtungen ist in den Nachweisen auszuweisen. Die Mindestvorgaben sind auf Basis der Ist-Daten der Nachweise des Jahres 2021 festzulegen.	

Zur Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

Aus den in den Tragenden Gründen zu § 3 und Anlage 1 aufgeführten Gründen wurden die Behandlungsbereiche P3 und P4 zur teilstationären Versorgung ergänzt. Mit der in Anlage 2 vorgenommenen Ergänzung werden die Eingruppierungsempfehlungen für diese neuen Behandlungskategorien festgelegt.

Die weiteren Änderungen sind redaktioneller Art.

Zur Anlage 3 Nachweis

Zu Tabelle A3.1 und B1.1:

Die konkretere Definition der Behandlungstage, die bisher nur in den Tragenden Gründen aufgeführt wurde, wird durch diese Änderung auch in der Richtlinie verankert. Es wird hierbei die exakte Formulierung aus den Tragenden Gründen übernommen, auf deren Grundlage die Krankenhäuser die Behandlungstage ermitteln. Entlassungs- oder Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, sowie Tage an denen eine über Mitternacht hinausgehende Beurlaubung oder Abwesenheit beginnt, werden somit bei der Ermittlung der Behandlungstage nicht berücksichtigt.

Darüber hinaus erfolgt eine Klarstellung zur Definition der Behandlungstage bei teilstationärer Behandlung.

So ist bei teilstationärer Behandlung auch der letzte Tag des Aufenthaltes als Behandlungstag zu berücksichtige

Zu Tabelle A3.2:

Für die Stichtagserhebungen wird eine Regelung für die Fälle aufgenommen, an denen der vorgesehene Stichtag auf einen Feiertag fällt. Die Einstufung wird in diesen Fällen am nächsten Werktag vorgenommen.

Zu Tabelle A4:

Zu Spalte 1, Zulässige Werte

DKG	GKV-SV
[keine Übernahme, da die Abbildung des VKS-Ist in der StäB nur im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Richtlinie relevant ist. Somit hat der Nachweis im Teil B der Anlage 3 zu erfolgen und nicht im Teil A in dem die Erfüllung der Mindestanforderungen nachzuweisen ist. Mit dem Hinweis in Anlage 1 zur Abbildung der StäB ist bereits festgehalten worden, dass das hier eingesetzte Personal bei der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung nicht zu berücksichtigen und getrennt auszuweisen ist. Ein Ausweis in Teil A kann hier zu Missverständnissen führen. Eine deutlichere Trennung entsteht durch den Ausweis in Teil B.]	In der Tabelle A4 (Tatsächliche Personalausstattung) wird eine Konkretisierung zur stationsäquivalenten Behandlung aufgenommen. 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.

Zu Spalte 5, Hinweis

DKG	GKV-SV
Mit der Ergänzung des Hinweises wird konkretisiert, welches Personal bei der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung berücksichtigt werden kann. Die in § 2 Absatz 10 aufgeführten Dienste und Tätigkeiten sind nicht in den Minutenwerten der Anlage 1 umfasst und damit bei der Budgetvereinbarung zusätzlich zu berücksichtigen. Bei der Ermittlung des tatsächlichen IST im Abgleich zur ermittelten Mindestvorgabe, können alle erbrachten Regelaufgaben der Anlage 4 berücksichtigt werden – auch wenn diese von Diensten gemäß § 2 Absatz 10 Satz 1 zweiter und vierter Anstrich erbracht wurden. Diese Regelung wird vorgesehen, da schlussendlich nur relevant ist, ob gemäß den ermittelten Mindestvorgaben ausreichend Personal vor Ort ist, um die Regelaufgaben der Anlage 4 zu erbringen. Nicht relevant ist, ob das Personal auf Basis der Mindestvorgabe oder als „on top zur Mindestvorgabe“ in der Budgetverhandlung berücksichtigt wurde. Zudem wird Letzteres in den Psych-Personalnachweisen dargestellt. [*Ziel des Nachweises des tatsächlichen IST ist die Überprüfung, ob gemäß den Mindestvorgaben ausreichend Personal zur Erbringung der Regelaufgaben vorhanden war. Vor diesem Hintergrund und auch im Rahmen der Qualitätssicherung gibt es*	In den Hinweisen werden Ergänzungen zur Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung aufgenommen. Die Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung erfolgt anhand des auf der Station jeweils tätigen Personals. Bei der Ermittlung ist eine Abgrenzung zu anderen Tätigkeiten vorzunehmen, die nicht den Tätigkeiten des Regeldienstes zuzuordnen sind. In § 2 Abs. 10 sind Zeiten bzw. Tätigkeiten, die nicht in den Minutenwerten der Anlage 1 berücksichtigt sind. Diese sind folglich im Regelfall auch nicht bei der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung zu berücksichtigen. Dies trifft beispielsweise auf Leitungstätigkeiten zu, die nicht in den Minutenwerten berücksichtigt sind und im Rahmen der Budgetverhandlungen auf der Ortsebene zu berücksichtigen sind. Der ergänzte Hinweis führt die Tatbestände auf um eine korrekte Ermittlung sicherzustellen. Abweichend wir bei tatsächlich erbrachte Tätigkeiten von Personal bzw. bei Diensten, die im Zusammenhang mit Besonderheiten der strukturellen und organisatorischen Situation der Einrichtung gemäß § 2 Abs. 10 Satz 1 zweiter Anstrich und der Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung gemäß § 2 Abs. 10 Satz 1 vierter Anstrich erbracht werden festgelegt,

keinen Grund zur Verpflichtung der Krankenhäuser zur Darlegung des vollständigen und ggf. gemäß § 2 Absatz 10 Satz 1 zweiter und vierter Anstrich zusätzlich vereinbarten Personals. Dies wird in den Psych-Personalnachweisen dargestellt. Aus diesem Grund handelt es sich hierbei um eine Kann- und keine Muss-Regelung.] Nicht zu berücksichtigen sind hingegen die in § 2 Absatz 10 Satz 1 erster und dritter Anstrich aufgeführten Dienste und Tätigkeiten. Wobei zu berücksichtigen ist, dass auch Leitungskräfte in dem Umfang berücksichtigt werden können, indem sie Regelaufgaben gemäß Anlage 4 erbringen.	dass diese bei der tatsächlichen Personalausstattung zu berücksichtigen sind. Dies erscheint sachgerecht, da diese Tätigkeiten auch dem Regeldienst am Tag zuzuordnen sind. Nach § 2 Abs. 3 umfasst der Regeldienst am Tag alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten, die einen Bezug zur Behandlung der Patientinnen und Patienten haben. Im Gegensatz zu den anderen Tatbeständen in § 2 Abs. 10 wie beispielsweise den Ausfallzeiten und Leitungstätigkeiten ist dies für die beiden oben genannten Tatbestände der Fall.
[keine Übernahme, da dies bereits mit dem vorherigen Absatz und der Regelung zur Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Personal in § 8 Absatz 5 geregelt wird. Die Ergänzung ist insbesondere im Hinblick auf die Möglichkeiten der Berücksichtigung von Nicht-PPP-RL-Personal gemäß § 8 Absatz 5 missverständlich.]	Die Berücksichtigung ist jedoch auf Zeiten von Personal der Berufsgruppen nach § 5 zu beschränken. Zeiten anderer Berufsgruppen sich hingegen nicht zu berücksichtigen, auch wenn diese im Zusammenhang mit regionalen und strukturellen Besonderheiten nach § 6 Abs. 2 BPflV und nach § 2 Abs. 10 Satz 1 zweiter Anstrich erbracht werden.

Zu Tabelle A6:

DKG	GKV-SV
Die Änderung dient der getrennten Darstellung der drei Ausnahmetatbestände in einzelnen Tabellen. Es werden keine zusätzlichen Daten abgefragt und damit kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand geschaffen. Auch bisher musste der Zeitraum des Ausnahmetatbestandes und Gründe für die Abweichung angegeben werden. Die in Tabelle A6.2 abgefragten Daten bezüglich der Anzahl der Behandlungstage werden bereits in Tabelle A1 abgefragt. Die in A1 gemachten Angaben sind hier zu addieren um zu ermitteln, ob der Ausnahmetatbestand 2 zum Tragen kommt oder nicht. *[Von zusätzlichen Angaben, wie den krankheitsbedingten Ausfallstunden und der Ausfallquote in % in Tabelle A6.1 wird abgesehen, da diese Angaben obsolet sind. Der Ausnahmetatbestand kann erst bei über 15% des vorzuhaltenden Personals geltend gemacht werden. Ob die krankheitsbedingte Ausfallquote 16% oder 17% ausmacht ist hier irrelevant und stellt damit unnötigen zusätzlichen Dokumentationsaufwand dar.*	Im Teil A6 des Nachweises sind Angaben zu den Ausnahmetatbeständen zu machen. Es ist vorgesehen die bisherige einheitliche Tabelle nach den einzelnen Tatbeständen in § 10 differenziert darzustellen. In den Tabellen A6.1, A6.2 und A6.3 sind die die Gründe für Abweichungen und genauere Angaben zu den Ausnahmetatbeständen zu erläutern. Für den Ausnahmetatbestand Nr. 1 (kurzfristige krankheitsbedingte Personal-ausfälle) sind auch Angaben zum konkreten Umfang der krankheitsbedingten Ausfallstunden und die damit verbundene Ausfallquote zu machen. Entsprechend der Änderungen in § 10 Abs. 2 sind die Angaben für kalendermonatliche Zeiträume zu machen. Für den Ausnahmetatbestand Nr. 2 (kurzfristige stark erhöhte Anzahl von Patienten in der Pflichtversorgung) sind auch Angaben zum konkreten Umfang der damit verbundenen Behandlungstage im aktuellen Jahr und im Vorjahr zu machen. Eine Veränderung kann dann als Ausnahmetatbestand geltend gemacht

Darüber hinaus ist bezüglich des zum Tragen kommen des dritten Ausnahmtatbestandes irrelevant, welche Auswirkungen dieser hatte. Es ist daher in Tabelle A6.3 ausreichend, wenn das Krankenhaus in Spalte 3 erläutert, inwiefern gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen zu Abweichungen geführt haben.]	werden, wenn die sich aus den Angaben ergebende prozentuale Veränderung über dem in § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 genannten Schwellenwert liegt. Für den Ausnahmetatbestand Nr. 3 (Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen) sind nehmen den Gründen für die Abweichung auch die damit verbundenen Auswirkungen auf die Behandlungsleistungen und die Personalausstattung in entsprechenden Feldern zu erläutern.
Die Ergänzung der Tabelle A6.4 dient der Darstellung der Umsetzung der Mindestvorgaben in den Zeiträumen des Quartals, in denen kein Ausnahmetatbestand zum Tragen kommt. Die Tabelle ist nur auszufüllen, wenn ein Ausnahmetatbestand zum Tragen kam. Die Darstellung ist erforderlich um auch kürzere Zeiträume als das gesamte Quartal hinsichtlich der Ausnahmetatbestände geltend machen zu können. *[Alternativ könnten zur Einhaltung der Mindestvorgaben in den anderen Monaten nur die Nachweise des Teil B genutzt werden. Dies führt zum einen jedoch dazu, dass die Soll-Werte für den jeweiligen Monat als Mindestvorgabe betrachtet werden. Zum anderen schließt dies die Möglichkeit aus, dass der Ausnahmetatbestand von der Mitte eines Monats bis zur Mitte des nächsten Monats andauert. Diese Alternative bildet damit weder die Realität ab, noch stimmt sie mit der quartalsbezogenen Mindestvorgabe überein. Aus diesem Grund ist die Tabelle A6.4 unbedingt erforderlich.]*	*[keine Übernahme]*

Zu Tabelle B1.3, Hinweis

In den Hinweisen zur Tabelle B1.3 (Behandlungstage nach Behandlungsbereichen) wird eine Konkretisierung zur Umsetzung der Vorgaben in § 6 Abs. 4 getroffen. Dies betrifft die Situation, wenn im laufenden Quartal die Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen [*DKG:* um mehr als 2,5% / *GKV-SV:* deutlich] von den Vorjahreswerten abweicht. Ist dies der Fall, hat die Ermittlung einheitlich für alle Stations- und Monatsangaben einer nach § 2 Abs. 5 differenzierten Einrichtung zu erfolgen. Damit wird eine bezogen auf die Teilwerte für einzelne Monate und Stationen sowie die Gesamtwerte konsistente Ermittlung der Mindestvorgaben sichergestellt.

Zu Tabelle B2.1, Hinweis:

Hinweis zur stationsäquivalenten Behandlung

DKG	GKV-SV
Gemäß dem Hinweis in Anlage 1 zu stationsäquivalenter Behandlung ist die	In der Tabelle B2.1 (Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung,

tatsächliche Personalausstattung getrennt auszuweisen. Dies wird durch die Ergänzung des Hinweises in Tabelle B2.1 umgesetzt. So ist für diese Behandlungsform ein eigenes Tabellenblatt auszufüllen in dem die tatsächliche Personalausstattung abgebildet wird. Die hier dargelegte Personalausstattung lässt sich für die Weiterentwicklung der Richtlinie mit der in Teil A dargelegten Einstufung der Patienten und Behandlungstage ins Verhältnis setzen.	Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Berufsgruppe je Station) wird eine Konkretisierung zur stationsäquivalenten Behandlung aufgenommen. Für die stationsäquivalente Behandlung in den Behandlungsbereichen A9, S9, G9 und KJ9 sind vorläufig keine Minutenwerte festgelegt. Die diesbezügliche Personal-ausstattung wird bei der Ermittlung der Mindestanforderung an die Personal-ausstattung VKS-Mind (Spalte 3) nicht berücksichtigt. Das bei der Behandlung tatsächlich eingesetzte Personal ist pro Berufsgruppe in den Nachweisen getrennt von der tatsächlichen Personalausstattung nach § 6 auszuweisen. Der getrennte Ausweis der tatsächlichen Personal-ausstattung VKS-Ist erfolgt in Tabelle B2.1. Hierzu ist ein eigenes Tabellenblatt für die stationsäquivalente Behandlung auszufüllen. In den Spalten 3, 5, und 8 sind keine Angaben zu machen. Der Einsatz von Fachkräften anderer Berufsgruppen nach PPP-RL ist nicht auszuweisen, da es keine Mindestvorgaben und somit kein VKS-Mind. gibt. Erfolgt ein Einsatz von Fachkräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen (Spalte 6) oder Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (Spalte 7) ist dieser in Tabelle B2.1 aufzuführen und in Tabelle B2.2 zu erläutern.

Hinweis zur teilstationären psychosomatischen Behandlung

Selbiges gilt für die teilstationäre Behandlung in psychosomatischen Einrichtungen. Auch hier ist ein getrennter Ausweis der tatsächlichen Personalausstattung erforderlich. Auch für diese Behandlungsform ist somit ein eigenes Tabellenblatt unter Berücksichtigung der Hinweise zu Tabelle B2.1 auszufüllen.	*[keine Übernahme: Ein getrennter Ausweis der tatsächlichen Personalausstattung bei der teilstationären Behandlung in psychosomatischen Einrichtungen ist nicht notwendig, da für diese ebenfalls Minutenwerte vorgegeben werden. Dadurch kann auf den mit einem getrennten Ausweis verbundenen Aufwand für eine getrennte Erfassung der Tätigkeiten bei vollstationären und bei teilstationären Patienten in verzichtet werden.]*

Zu Tabelle B3:

[vgl. Erläuterung zu § 16 Absatz 6 (neu)]

Zu Tabelle B4.1:

Die Spalten 5 bis 7 können entfallen, da die entsprechenden Angaben zur Anrechnung bereits in den Tabellen A5.1 und B2.1 enthalten sind.

Zu Referenztabelle B4.2:

Mit den Änderungen in der Berufsgruppe b werden die Begrifflichkeiten bezüglich der Qualifikationen an das Pflegeberufegesetz angepasst.

DKG, GKV-SV	BPtK
Die Angabe zu c3 „Davon psycholog. Psychotherapeuten im Praktikum“ ist zu streichen, da in dieser Berufsgruppe nur PsychologInnen zu berücksichtigen sind und damit diejenigen, die bereits ihr Studium abgeschlossen haben. PsychologInnen in Ausbildung werden bereits mit der Gruppe c2 abgebildet.	Die Bezeichnung in c3) für Psychologische Psychotherapeuten im Praktikum wird zur Klarstellung durch die Formulierung „in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit“ gemäß Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) ersetzt.

Bei den Berufsgruppen d, e und f werden mit den Änderungen die Qualifikationen, wie auch in den anderen Berufsgruppen, weiter differenziert. In der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten wird die Gruppe d3 vorgesehen, da nicht alle Therapeutinnen und Therapeuten eine ergotherapeutische Grundqualifikation besitzen oder den künstlerischen Therapien zugeordnet werden können. Insbesondere im spezialtherapeutischen Bereich gibt es weitere Berufsgruppen, die immer häufiger in der Versorgung psychisch kranker Menschen eingesetzt werden, wie zum Beispiel in der Tiertherapie.

Zu Referenztabelle B4.3:

Mit den Änderungen in der Berufsgruppe b werden die Begrifflichkeiten bezüglich der Qualifikationen an das Pflegeberufegesetz angepasst.

DKG, GKV-SV	BPtK
Die Angabe zu c3 „Davon Psycholog. Psychotherapeuten im Praktikum“ ist zu streichen, da in dieser Berufsgruppe nur PsychologInnen zu berücksichtigen sind und damit diejenigen, die bereits ihr Studium abgeschlossen haben. PsychologInnen in Ausbildung werden bereits mit der Gruppe c3 abgebildet.	Die Bezeichnung in c4) für Psychologische Psychotherapeuten im Praktikum wird zur Klarstellung um die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergänzt und durch die Formulierung „in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit“ gemäß Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) ersetzt.

Bei den Berufsgruppen d, e, f und g werden mit den Änderungen die Qualifikationen, wie auch in den anderen Berufsgruppen, weiter differenziert.

DKG	GKV-SV
In der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten wird die Gruppe d3 vorgesehen, da nicht alle Therapeutinnen und Therapeuten eine ergotherapeutische Grundqualifikation besitzen oder den künstlerischen Therapien zugeordnet werden können. Insbesondere im spezialtherapeutischen Bereich gibt es weitere Berufsgruppen, die immer häufiger in der Versorgung psychisch kranker Menschen eingesetzt werden, wie zum Beispiel in der Tiertherapie.	*[keine Übernahme]*

Zur Anlage 4 Regelaufgaben

DKG	GKV-SV
[keine Übernahme, da aus den in den Tragenden Gründen zu Anlage 1 genannten Gründen die ursprünglich für die Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen vorgesehenen Minutenwerte in den „P"-Kategorien der Berufsgruppe der SpezialtherapeutInnen zugeordnet werden. Demnach entfällt der Bedarf einer Definition der Regelaufgaben der Berufsgruppe der Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen in psychosomatischen Einrichtungen]	Die Änderung dient der Vervollständigung der RL. In der Erstfassung der RL-PPP wurden die Regelaufgaben für die Spezialtherapeuten und die Bewegungstherapeuten in der Psychosomatik nicht geregelt. Dies wird hier nachgeholt. Wie in den TG zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss über eine Personalausstattung Psychiatrie- und Psychosomatik-Richtlinie: Erstfassung vom 19 September 2019 bereits zur Anlage 4 beschrieben, orientieren sich die dort beschriebenen Regelaufgaben im Wesentlichen an den bisherigen Regelaufgaben de Psych-PV. Eine Änderung der Regelaufgaben für erste Berufsgruppen ist u.a. für die Anpassung der RL zum 1. Januar 2022 gemäß § 4 Abs. 2 vorgesehen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

[oder]

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. *[… weitere Ausführungen…]*

4. Verfahrensablauf

Am 13. November 2019 begann die Arbeitsgruppe PPP mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In sieben Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V und 136a Absatz 2 Satz 5 SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit sowie den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage II**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 5. August 2020 wurde das Stellungnahmeverfahren am 10. August 2020 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage III**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 7. September 2020.

[…]

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 15. Oktober 2020 beschlossen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss nicht/mit.

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

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage I:	*[ggf.:]* Bürokratiekostenermittlung
Anlage II:	Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
Anlage III:	An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie sowie versandte Tragende Gründe
Anlage IV:	Stellungnahmen des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, …
Anlage V:	Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 15. Oktober 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage I ***[ggf.:]*** **Bürokratiekostenermittlung**

Anlage II Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Stellungnahmeberechtigt nach § 91 Abs. 5a SGB V:
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)
Stellungnahmeberechtigt nach § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V:
In der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) organisierte betroffene medizinische Fachgesellschaften: *[…]*
Nicht in der AWMF organisierte betroffene medizinische Fachgesellschaften: • Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik (DGPPS) • Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) • Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung (DGSGB) • Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG)

[…]

Anlage IV Von 24 Organisationen eingereichte Stellungnahmen

dgsgb
Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

G-BA
Postfach 120606
10596 Berlin

Cc: [redacted]

Berlin, 12.8.2020

Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Zusendung des Beschlussentwurfs über die *Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen.* In der Stellungnahme der DGSGB vom 14.6.2019 haben wir insbesondere die Aufnahme von spezifischen Behandlungsbereichen (Behandlungsbereich „I“) und die Anerkennung der Berufsgruppen der HeilpädagogInnen und HeilerziehungspflegerInnen in §5 Absatz (1) in der stationär psychiatrischen Behandlung von Erwachsenen mit Intelligenzminderung vorgeschlagen. Leider ist keiner unserer Änderungsvorschläge übernommen worden. Auch alternative Lösungsmöglichkeiten wie z. B. die Eingruppierung von Erwachsenen mit Intelligenzminderung entsprechend dem kognitiven Referenzalter in die KJ-Behandlungsbereiche sind nicht erfolgt, so dass die für die Genesung von psychisch kranken Personen mit Intelligenzminderung erforderlichen Rahmenbedingungen in der PPP-RL weiter unberücksichtigt bleiben. Dies ist umso bedauerlicher, da dieser Personenkreis besonders vulnerabel für psychische Erkrankungen ist und mit ca. 1 Million Bürgerinnen und Bürger in Deutschland einen relevanten Bevölkerungsanteil ausmacht. In diesem Zusammenhang weisen wir auf mögliche Konflikte mit der UN-Behindertenrechtskonvention hin und erlauben uns, den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen über die ggw. Entwicklung in Kenntnis zu setzen.
An der mündlichen Anhörung möchten wir gerne teilnehmen. Mit freundlichen Grüßen,

[redacted] [redacted]

PD Dr. Tanja Sappok — Dr. Knut Hoffmann

Stelltretende Vorsitzende der DGSGB — Vorsitzender der DGSGB

Anlage: Änderungsvorschläge der DGSGB und Begründung vom 14.6.2019

I Allgemeines

Laut WHO leiden etwa 1-3% der Bevölkerung an einer geistigen Behinderung (WHO Fact Sheet 2001[1]). Menschen mit geistiger Behinderung (Synonym: Intelligenzminderung) werden häufiger psychisch krank als die Allgemeinbevölkerung oder entwickeln häufig schwere Verhaltensauffälligkeiten (Cooper et al 2007[2]), die der stationär psychiatrischen Abklärung und Behandlung bedürfen (vgl. Stellungnahme der Bundesregierung Drucksache 19/3551: „Kinder und Erwachsene mit geistiger Behinderung benötigen im Falle von medizinischer Behandlung eine besondere Fürsorge und Betreuung. Viele Praxen und Krankenhäuser sind nicht auf die besonderen Anforderungen und den erhöhten Aufwand, die Menschen mit geistiger Behinderung brauchen, eingerichtet." Die besonderen Bedarfe dieser hochvulnerablen Bevölkerungsgruppe sind entsprechend der seit 2009 ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention der WHO auch in Deutschland umzusetzen. Dies hat u. a. zu weitreichenden Änderungen in der Eingliederungshilfe (Bundesteilhabegesetz) und zur Schaffung der gesetzlichen Rahmenbedingungen nach §§ 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für die Entwicklung ambulanter medizinischer Behandlungszentren zur Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) geführt (vgl. Stellungnahme der Bundesregierung Drucksache 19/3551: Mit […] der im Jahr 2015 eingeführten neuen Ermächtigung für medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung nach § 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), sollen *im ambulanten Bereich* frühzeitig eine umfassende Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder mit Mehrfachbehinderungen möglich sein). Im stationären psychiatrischen Bereich wurde den besonderen Bedarfen dieser Patientengruppe bisher jedoch nicht Rechnung getragen. Die Ergänzungsvorschläge der DGSGB zum ggw. Beschlussentwurf sollen diesen Mangel für die stationär psychiatrisch behandelten Menschen mit Behinderungen beheben. Die Öffnungsklausel aus der aktuell gültigen Psych-PV (vgl. §3 Absatz (4)) gibt dazu den möglichen Spielraum bei „besonderen Verhältnissen einer Einrichtung zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit oder Wirtschaftlichkeit". Fast alle Personen mit geistiger Behinderung beziehen Leistungen aus der Eingliederungshilfe, wobei der Tagessatz zwischen 150-285 € für die Unterstützung im Lebensalltag bei Wohneinrichtungen schwankt. Diese „Basisbetreuung" ist

[1] WHO: Mental an neurological disorders fact sheet (2001). Via: http://www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_fact_sheet1_en.pdf

[2] Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L (2007) Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. Br J Psychiatry 190: 27-35

in der ggw. Psych-PV für Personen mit geistiger Behinderung in keiner Weise berücksichtigt, so dass es zu einem kontinuierlichen Unterstützungsdefizit kommt, sobald dieser Personenkreis stationär behandlungsbedürftig wird.

Mit einer geistigen Behinderung gehen häufig weitere Krankheitsbilder einher:

- ca. 45 % leiden zusätzlich an schweren Verhaltensstörungen
- bei bis zu 40 % liegt eine zusätzliche psychische Störung vor
- bei ca. 20% besteht zusätzlich eine Autismusspektrumstörung
- ca. 30% haben zusätzlich eine Epilepsie und
- bei mindestens 30% liegen zusätzliche körperliche Erkrankungen wie Bewegungsstörungen (Spastik, Parkinson...) oder sensorische Beeinträchtigungen (Hörminderung, Blindheit) vor.

Daher sind eine sorgfältige und umfassende medizinische Abklärung und Behandlung erforderlich, um ein Höchstmaß an psychischer Gesundheit zu erreichen. Die medizinische Diagnostik ist hier im Allgemeinen umfänglicher und erfordert Spezialkenntnisse: häufig sind eine kognitive Leitungsdiagnostik, eine emotionale Entwicklungsdiagnostik und eine besonders zeitaufwändige Autismusdiagnostik erforderlich. Die Psychodiagnostik ist ebenfalls zeitaufwändiger, z. B. eine zweizeitig durchzuführende Demenzdiagnostik. Spezifische psychotherapeutische Verfahren sind für Menschen mit Behinderungen deutlich zeitaufwändiger und personalintensiver, da Menschen mit geistiger Behinderung langsamer lernen und mehr Wiederholungen notwendig sind. Darüber hinaus sind weitere körper- und erlebnisbasierte Therapiemethoden erforderlich, die dem mentalen Entwicklungsalter der Patienten Rechnung tragen (z. B. Tanz- oder Theatertherapie). Für häufig auftretende schwere Verhaltensstörungen müssen - unter Einbeziehung von pflegerischen und (heil-)pädagogischen Fachkräften - umfassende Behandlungspläne entwickelt werden, die nur in multiprofessioneller Teamarbeit unter Einbeziehung der individuellen Hilfsnetzwerke gelingen kann. Insbesondere die Berufsgruppe (heil)pädagogischer MitarbeiterInnen ist für eine professionelle und erfolgreiche Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung unabdingbar und findet in den aktuellen personellen Ausstattungsvorschlägen keine Berücksichtigung.

Die Fachgesellschaft DGSGB setze sich seit 1995 für die Verbesserung der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderungen ein und entwickelt - in enger Vernetzung mit weiteren nationalen und internationalen Fachgesellschaften – wissenschaftlich fundierte Standards zur psychiatrischen Versorgung dieses Personenkreises. Vor diesem Hintergrund wurden die erforderlichen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen Ver-

sorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung entwickelt und in den Beschlussentwurf des G-BA über die Personalausstattung in der Psychiatrie eingearbeitet. Dabei wurden neben der Definition spezifischer Behandlungsbereiche (I1, I2, I4, I5, I6, I9) auch Minutenwerte für die Personalausstattung ermittelt, die auf einer Minutenanalyse aus dem Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge beruhen, welches seit dem Jahr 2000 mit 34 stationären Behandlungsplätzen die Pflichtversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung für ganz Berlin innehat. Darüber hinaus wurden die Tätigkeiten weitere Berufsgruppen, die bisher dem KJP Bereich vorbehalten waren (z. B. HeilpädagogInnen, ErzieherInnen und Sprach- bzw. SprechtherapeutInnen), definiert und in die stationären Behandlungsteams eingearbeitet. Bei der Minutenwertanalyse ist zu berücksichtigen, dass sie unter der ggw. Psych-PV Personalausstattung durchgeführt wurde und – bei einer den Bedarfen angepassten Personalausstattung – eine erneute Evaluation erforderlich sein wird.

Die DGSGB möchte damit dem G-BA konkrete Ergänzungen für den Beschlussentwurf zuarbeiten, die auch im stationär psychiatrischen Bereich eine evidenzbasierte, fachlich hochwertige Behandlung von psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung ermöglicht.

Dies wäre ein wichtiger Beitrag, das Anliegen der Bundesregierung für eine gute gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen und die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention auch im stationär psychiatrischen Bereich umzusetzen.

II Einzelbemerkungen

1. **Zu § 2 Grundsätze**

Die DGK schlägt vor:

„Die Mindestvorgaben sollen gemäß § 136a Absatz 2 Satz 3 SGB V einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung kann unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein."

Die DGSGB unterstützt diese Variante.

Begründung:

Dadurch wird eine höhere Personalausstattung in spezialisierten stationär psychiatrischen Behandlungsbereichen für Personen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung ermöglicht, die den damit verbundenen personellen und zeitlichen Mehraufwand berücksichtigt.

2. **Zu § 3 Behandlungsbereiche Absatz (1)**

Die DGSGB schlägt folgende, gelb markierte Ergänzung am Ende von Absatz (1) vor. „I" steht dabei für Intelligenzminderung, dem aktuellen medizinischen Fachbegriff für „geistige Behinderung" nach ICD-10 der WHO:

I 1 Regelbehandlung bei Intelligenzminderung
I 2 Intensivbehandlung bei Intelligenzminderung
I 4 Langanhaltende Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker mit Intelligenzminderung
I 5 Psychotherapie bei Intelligenzminderung
I 6 Tagesklinische Behandlung bei Intelligenzminderung
I 9 Stationsäquivalente Behandlung bei Intelligenzminderung

Begründung:

Die stationär psychiatrische Behandlung von Personen mit geistiger Behinderung bedarf einer spezifischen Expertise, einer erweiterten Berufsgruppenzusammensetzung, einem höheren Personalbedarf und mehr Zeit. Grundlage der Behandlung ist das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, welches entsprechend den Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesellschaften um den emotionalen Entwicklungsaspekt erweitert wurde (vgl. Sappok & Diefenba-

cher 2017[3]). Die Arbeit basiert auf der sorgfältigen Anamnese- und psychische wie körperliche Befunderhebung. Im Sinne des ganzheitlichen Behandlungsansatzes ist dazu eine vertrauensvolle, wertschätzende, konstruktive Zusammenarbeit mit den zentralen Bezugspersonen und den verschiedenen Lebenswelten (Wohnen, Arbeiten, Freizeit und Familie) der PatientInnen erforderlich, die auf Gegenseitigkeit beruht. Eine umfängliche somatische Ursachenabklärung ist von eminenter Wichtigkeit, da somatische Ursachen häufig für psychische Symptome verantwortlich sind.

Beispielsweise wurde ein Patient mit schwerer geistiger Behinderung mit dem V.a. eine „Jammerdepression" psychiatrisch vorgestellt, der aufgrund eines Oberschenkelhalsbruchs beim Aufstehen „jammerte". Die somatische Ursachenabklärung ist daher insbesondere bei PatientInnen wichtig, die Schwierigkeiten haben, selbst über sich und die Vorstellungsgründe in der Klinik zu berichten (sog. Underreporting, vergl. Sovner & Hurley 1983[4]). Körperliche Ursachen für psychische Auffälligkeiten sind v. a. aufgrund von Kommunikationsproblemen (wie oben beispielhaft beschrieben) deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Dies muss daher diagnostisch abgeklärt werden und erfordert z. B. eine Untersuchung in Narkose. Weiterhin können mit Hilfe einer Verhaltensanalyse gezeigte Verhaltensweisen systematisch erfasst und ausgewertet werden. Standardisierte, spezifisch für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelte oder angepasste Untersuchungsinstrumente ermöglichen eine qualitativ hochwertige Abklärung einzelner Krankheitsbilder wie z. B. Autismus, Demenz oder Persönlichkeitsstörungen. Die emotionale Entwicklungsdiagnostik gibt Einblicke in das innere Erleben der PatientInnen (vgl. Sappok & Zepperitz 2016[5]). Basierend auf dem emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand werden gezeigte Verhaltensweisen verstehbar und international gebräuchliche Diagnosesysteme anwendbar.

Auf der Grundlage der erhobenen Befunde wird gemeinsam mit dem Patienten bzw. der Patientin und dem Helfersystem ein bedarfsgerechter, zielorientierter Gesamtbehandlungsplan erarbeitet, der die unterschiedlichen Störungsebenen (bio-psycho-sozio-emotional) einbezieht. Dabei werden die PatientInnen als kompetente, in ihre Umgebung eng verflochtene Personen betrachtet. Die PatientInnen werden über die Diagnose und Therapieoptionen in sog. „Leichter Sprache" aufgeklärt (vgl.: Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V.: Das neue Wörterbuch für Leichte Sprache. Kassel: Nordlicht Digitaldruck 2008). Sie bzw. er ist

[3] Sappok T & Diefenbacher A (2017) Die 4. Dimension: Erweiterung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells um die emotionale Entwicklungskomponente bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bethel Verlag, ISBN 978-3-935972-48-2

[4] Sovner R, Hurley A (1983) Do the mentally retarded suffer from mental illness. Arch Gen Psychiatry 40(1): 61-7

[5] Sappok T, Zepperitz S (2016) Das Alter der Gefühle − über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. Bern: Hogrefe.

mitverantwortlich, einzelne Aspekte des Behandlungsplans umzusetzen und trägt maßgeblich durch die aktive Mitarbeit zum Therapieerfolg bei.

Die Behandlung basiert auf national bzw. international gültigen Leitlinien[6,7] und bezieht psychopharmakologische und nichtmedikamentöse Verfahren mit ein. Neben strukturierten Therapiekonzepten, z. B. die adaptierte Version der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBToP[8]), der Interpersonellen Therapie (IPT) oder das Autismus Kompetenztraining (AutKom), werden dabei verhaltenstherapeutisch und heilpädagogisch ausgerichteten Ansätze wie z. B. Verstärkerpläne, kognitive Verhaltenstherapie, Entspannungsübungen, basale Therapie, Snoezelen, Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Impulskontrolle und Erarbeiten alternativer Selbstregulationsstrategien eingesetzt. In Einzelfällen kommen auch tiefenpsychologisch fundierte Behandlungskonzepte zum Einsatz (vgl. Beail 1998[9],2003[10]). Ergänzend werden Kreativtherapien wie z. B. Musik-, Kunst-, Ergo-, Tanz- und Theatertherapie angeboten. Ein zentraler Aspekt der Arbeit ist die Psychoedukation sowohl der Betroffenen als auch der Bezugspersonen, z. B. in Bezug auf Ernährung, die Gestaltung einer Autismus freundlichen Umgebung oder eine entwicklungsbasierte Therapie- und Förderplanung und Beziehungsgestaltung. Die Therapie wird ggf. durch Labor- und EKG-Kontrollen und häufig durch eine zielorientierte Verhaltensbeobachtung kontrolliert und ggf. angepasst[11].

Bei dem dargestellten ganzheitlichen Ansatz der Störungsentstehung und den sich daraus ableitenden Interventionen ist die multidisziplinäre Herangehensweise unerlässlich. Zum Team gehören ÄrztInnen, Pflegepersonal, *HeilerziehungspflegerInnen, Diplom(heil)pädagogInnen* und -psychologInnen, diverse KreativtherapeutInnen (Garten-, Musik-, Kunst-, Ergo-, Tanz-, Bewegungs- und Theatertherapie, ggf. tiergestützte Therapien und ErlebnispädagogInnen), PhysiotherapeutInnen, *Sprach- und SprechtherapeutInnen (unterstütze Kommunikation und ggf. GebärdensprachlerInnen!)*, SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen.

Die Diagnostik und Therapie erfordert nicht nur eine multiprofessionelle Arbeit, sondern auch **mehr zeitliche und personelle Ressourcen, die sich beispielhaft für die einzelnen**

---

[6] Gardner W-I, Dosen A, Griffiths D.M(2006) Practice guidelines for diagnostic, treatment and related support services for people with developmental disabilities and serious behavioral problems. NADD Press, New York

[7] Häßler et al. (2014) S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. AWMF-Register Nr. 028-042

[8] Elstner S, Schade Ch, Diefenbacher A (2012) DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit _an der Dialektisch Behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung Emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung, Band 1, Schriftenreihe Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung, Bethel-Verlag Bielefeld.

[9] Beail N (1998) Psychodynamic psychotherapy with men with intellectual disabilities: a preliminary outcome study. Br J Med Psychol 71 (1): 1-11

[10] Beail N (2003) What works with people with mental retardation? Critical commentary on cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy research. Ment retard 41(4): 468-72

[11] Sappok T (2018) Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung: Ein Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Berufsgruppen wie folgt begründen:

ÄrztInnen:

- Anamnese länger (hohe Komorbidität, komplexes Helfersystem, oft sehr lange Krankengeschichten, Kommunikationseinschränkungen, Verständnisprobleme etc.)
- längere Antwortlatenz
- reduzierte Introspektionsfähigkeit (Selbstwahrnehmung und Selbstbericht) der PatientInnen bei Diagnostik und Therapie
- Kommunikation reduziert/nicht möglich, z. T. zus. körperliche Erkrankungen/ Behinderungen, deshalb Zeitbedarf für Diagnostik und Therapie deutlich erhöht und häufig zusätzlich aufwändigere Verhaltensbeobachtungen notwendig
- psychopharmakologische Einstellung erschwert durch mehr Medikamenteninteraktion, höhere Sensibilität für Nebenwirkungen und verlängerte Medikamentenaufklärung sowie Komorbiditäten
- intensiveres Einbeziehen von Bezugspersonen erforderlich (mehr Kommunikation/Erhebung der Vorgeschichte/Fremdanamnese)
- erhöhter Kommunikationsbedarf mit gesetzlichen BetreuerInnen (nahezu alle PatientInnen) bspw. zum Einverständnis für Diagnostik und Therapie oder Narkosen
- veränderte Krankheitszeichen müssen erkannt werden; mehr Verhaltensbeobachtung, umfassende körperliche Diagnostik nötig, mehr Fremdanamnese nötig
- Behinderungsassoziiert oder wegen genetischem Syndrom mehr körperliche Komorbiditäten, z. B. Epilepsie, Bewegungsstörungen, sensorische Beeinträchtigung etc.
- Diagnostik erfordert mehr Ärztekapazität (Durchführung und z. T. Begleitung)
- zusätzlicher Organisationsaufwand von somatischer Diagnostik
- Untersuchungen dauern länger (kann Patienten nicht erklären was passiert) und sind personalintensiver (Vermeiden von Abwehrreaktionen, erklären, beruhigen, unterstützen bei körperlichen Behinderungen…)
- deutlich erhöhter Aufwand für Krisenintervention aufgrund von erhöhter Selbst- und Fremdaggressivität mit anschließender Verhaltensanalyse
- höhere Fremdaggressivität gegenüber Personal/Einrichtung
- höherer Anteil von Unterbringung gemäß PsychKG oder §1906 BGB sowie freiheitsentziehenden Maßnahmen (Time-out-Raum auf Station, Fixierung)
- erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen/runde Tische aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten

- zusätzlicher Behandlungsaufwand aufgrund behinderungsbedingter Sturzgefährdung (Bewegungsstörungen/ Spastik/Ataxie), andere Komplikationen oder aufgrund genetischer Syndrome (Epilepsie etc.)
- 20% der PatientInnen haben begleitend zu der geistigen Behinderung eine Autismusspektrumstörung => zusätzlicher Zeitbedarf für Diagnostik und Therapie aufgrund noch geringerer Introspektionsfähigkeit, verringerten Schmerzempfindens, massiver Kommunikationsschwierigkeiten; Fallkonferenzen
- mehr juristische Aufgaben (Unterbringung, Einverständniserklärungen durch gesetzliche BetreuerInnen)
- Aufnahmegespräch, Verlaufsgespräch, Entlassungsgespräch und Helferkonferenzen (erfolgen regelhaft und umfassen einen hohen zeitl. Aufwand durch Einbindung des komplexen komplementären Systems - mit vielen Personen und Entscheidungsträgern, die in den Behandlungsprozess involviert werden
- (Psycho-)Edukation und nicht medikamentöse Therapie muss wiederholt und kleinschrittig mit den PatientInnen erfolgen (Visiten, Einzelkontakte etc.), dauern länger und müssen wiederholt werden.
- Interventionen, Medikamente, Aufklärung über Medikamentennebenwirkungen und -interaktionen etc. – alles muss häufiger und kleinschrittiger mit den PatientInnen erläutert werden – und ist damit zeitaufwändiger; zusätzlich Konsultation mit den rechtlichen BetreuerInnen erforderlich
- mehr Austausch mit TherapeutInnen und dem Pflegeteam aufgrund komplexer und individuell verschiedener Krankheitsbilder
- längere Epikrisen aufgrund komplexerer Störungsbilder und häufiger somatischer Komorbiditäten

<u>Pflegeteam (Gesundheits- und Krankenpflege sowie **Heilerziehungspflege** (nicht in Psych-PV enthalten!):</u>

- umfangreichere und individuellere Pflegeplanung aufgrund körperlicher Komorbidität, sensorischer Beeinträchtigungen, Spastiken
- reduzierte/fehlende alltagspraktische Fähigkeiten wie Eigenhygiene, Toilettengänge (z. T. Inkontinenzmaterial erforderlich), selbständige Nahrungsaufnahme => Durchführung und/oder Training zum Teil mit zwei Pflegekräften
- Richten und Verabreichen der Medikamente und Sicherstellen der Einnahme

- kontinuierliche Begleitung zur Diagnostik und infolge reduzierter Orientierung- und Einsichtsfähigkeit, körperlicher Beeinträchtigungen, erhöhter Ängstlichkeit
- deutlich erhöhter Gesprächsbedarf mit komplexem Helfersystem und BetreuerInnen/ Familien
- ständige Verhaltensbeobachtung wegen reduzierter Selbstauskunft und zur Gefahrenabwehr
- Wundversorgung aufgrund Selbstverletzung, Immobilität, mangelnde Eigenhygiene, insbesondere im Intimbereich, Stürze
- höhere Prävalenz für Übergewicht, Immobilität, Verhaltensauffälligkeit/Aggressivität, reduzierte Kooperationsfähigkeit => für pflegerische Maßnahmen ist häufig eine 2. Pflegekraft erforderlich
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten (Sozialtraining, Ausflüge, Einkauf)
- erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten
- Umsetzung psychotherapeutischer Maßnahmen im Lebensalltag, da die PatientInnen mehr körper- und erlebnisbasiert lernen
- deutlicher erhöhter Aufwand für Krisenintervention aufgrund von erhöhter Selbst- und Fremdaggressivität z. T. mit 1:1 Betreuung und detaillierter Auswertung
- höhere Fremdaggressivität gegenüber Personal mit deutlich erhöhten Ausfallzeiten aufgrund Verletzung des Personals
- herkömmliche Methoden zum Spannungsabbau unwirksam, deshalb alternative zeitintensive Beschäftigung und individualisierte Konzeptentwicklung
- mehr Deeskalationsmanagement wegen erhöhter Aggressivität/Störung der Impulskontrolle/reduzierter Affektregulationsmöglichkeit
- veränderter Schlaf-Wach-Rhythmus
- oft 1:1 Betreuung notwendig, um Therapie- und Genesungsprozess nicht zu gefährden
- Begleitungen zu Diagnostik und Therapie, z.B. Röntgen, Physiotherapie
- Blutentnahmen teilweise nur mit Unterstützung von 2-3 Pflegekräften möglich, die beruhigend oder ablenkend einwirken und Sicherheit gegeben
- Mobilisierung der PatientInnen durch das Pflegepersonal
- kleinere Gruppen, mehr Einzeltherapie, mehr Therapieeinheiten, mehr Wiederholungen
- Begleitung von Therapeuten bei Therapien zur Unterstützung (z. B. für die Wege, aber auch während der Therapie zum Deeskalieren)
- erhöhter Gesprächsbedarf durch Helfersystem, häufige Anrufe von ges. BetreuerInnen, Familienangehörigen, WG-BetreuerInnen

- Pflege ist einbezogen in die Diagnostik (Leistungsdiagnostik, Entwicklungsdiagnostik, Demenzdiagnostik, Autismusdiagnostik)
- Teilnahme an multiprofessionellen Fallkonferenzen
- Umsetzung heil- und entwicklungspädagogischer Konzepte

Sozialdienst, SozialpädagogInnen und **(Heil-) PädagogInnen (nicht in Psych PV enthalten!)**

- komplexes Aufnahme und Entlass Management, Kommunikation mit div. Systemen erforderlich (Betreuer, ges. Betreuer, Familien, ÄrztInnen etc.)
- herkömmliche Methoden zum Spannungsabbau unwirksam, deshalb alternative zeitintensive Beschäftigung
- Sozialtherapeutisches Kompetenztraining erfolgt häufiger und länger
- umfassendes Deeskalationsmanagement/Krisenintervention wegen vermehrtem Unterstützungsbedarf zur Selbstregulation und mehr Verhaltensanalyse
- Deeskalationsmanagement: Mitarbeiterschulung & Krisenauswertung zur Vermeidung von Fixierungen und aggressiven Übergriffen
- erhöhter Zeitbedarf aufgrund Kommunikation mit komplementärem System (Familie, Werkstatt, Heim, gesetzliche Betreuer, ÄrztInnen) zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Behandlung
- erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten
- zusätzliche heilpädagogische Aufgaben (nicht in PsychPV): Erarbeitung heilpädagogischer Konzepte und Umsetzung derselben im stationären Setting sowie Vermittlung der Konzepte an das ambulante Helfersystem
- heilpädagogische Weiterentwicklung und Anpassung psychotherapeutischer Verfahren/Angeboten (z. B. Kiesler Kreis bei chron. Depressionen, DBToP bei Impulskontrollstörungen) in Zusammenarbeit mit psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten, die spezifische Lernformate (z. B. Lernen am Modell) ermöglichen und heilpädagogische Expertise in Psychotherapieverfahren einfließen lassen.
- Beratung und Überleitung aus stationärer Behandlung in das Lebensumfeld mit besonderem Schwerpunkt auf Verkürzung der Liegedauer
- mehr interne Kommunikation im Behandlungsteam

PhysiotherapeutInnen:

- erhöhter Bewegungsbedarf zum Spannungsabbau, da herkömmliche Methoden zum Spannungsabbau unwirksam
- zusätzlicher Zeitbedarf aufgrund Bewegungsstörungen (u.a. Spastik, Parkinson)
- PatientInnen können nicht selbstständig in den Bewegungsraum kommen, wenn dieser nicht in unmittelbarer Nähe der Station ist
- individuelle Behandlung bei mittelgradig bis schwerster Intelligenzminderung erforderlich, deshalb mehr Einzeltherapie
- zusätzliche Gruppentherapien bei leichter geistiger Behinderung zur Deeskalation
- erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten
- Therapie wegen Kommunikations- und Verständnisschwierigkeiten zeitaufwändiger und länger erforderlich
- Einholen der Fremdanamnese
- mehr Verhaltensbeobachtung

PsychologInnen und PsychotherapeutInnen:

- deutlich erhöhter Aufwand bei der Anamnese und Befunderhebung
- aufwändigere Therapieplanung
- kleinere Gruppen, mehr Einzeltherapie
- PatientInnen müssen zur Therapie abgeholt und zurückgebracht werden
- mehr Therapieeinheiten,
- oft zwei TherapeutInnen erforderlich: Krisensituationen, individuellere Vermittlung, Unterstützung auch bei ATLs während der Therapie/Diagnostik
- mehr Wiederholungen
- mehr Rollenspiele und praktische Übungen
- personalintensivere interdisziplinäre Therapeutengruppe (z. B. 4:1 Betreuung bei Angsttherapie anstelle von 1:1 Therapie)
- deutlicher erhöhter Aufwand für Krisenintervention aufgrund von erhöhter Selbst- und Fremdaggressivität
- deutlich erhöhter Gesprächsbedarf mit komplexen Helfersystem und ges. BetreuerInnen
- zusätzliche Diagnostik z. B. Leistungsdiagnostik, Entwicklungsdiagnostik, Autismusdiagnostik: längere Erhebungen, individuelle Anpassung der Tests, komplexe, zeitintensive Auswertung

- Diagnostik aufgrund der Behinderung und erschwerten Kommunikation zeitaufwändiger und komplexer (z. B. zweizeitig bei Demenzdiagnostik wegen fehlender Normwerte)
- erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten
- zusätzliche Diagnostik (Leistungsdiagnostik, Entwicklungsdiagnostik, Autismus) erforderlich, um suffiziente Therapieplanung zu ermöglichen
- mehr interdisziplinärer Austausch
- Erarbeitung entwicklungspsychologischer Konzepte und Umsetzung mit dem Team
- Angebot von Mitarbeitergesprächen nach Krisensituationen und Übergriffen

KreativtherapeutInnen:

- herkömmliche Methoden zum Spannungsabbau unwirksam, deshalb alternative zeitintensive Beschäftigung
- individuelle leistungsbetonte Übungsbehandlung
- kleinere Gruppen, mehr Einzeltherapie
- Patienten müssen zur Therapie abgeholt und zurückgebracht werden
- mehr Beschäftigungsaufwand wegen geringerer Selbstbeschäftigung
- deutlich erhöhter Aufwand zur Vor- und Nachbereitung der Therapien
- erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten
- spezifisch kreativitätsfördernde Behandlung mehr Beschäftigungsangebote
- Sensorisches Integrationstraining
- Unterstützung/Begleitung von Patienten z. B. bei Toilettengängen etc. während der Therapie

Sprachtherapeuten und Logopäden (nicht in Psych-PV enthalten!):

Diese Berufsgruppe ist bisher nicht vorgesehen, aber aufgrund der Schwierigkeiten in der Kommunikation, beim Sprechen und Schlucken und ggf. erforderlicher Gebärdensprache dringend erforderlich. Daher fallen zusätzlich an:

- Kommunikationsförderung, insbesondere mit Mitteln der unterstützen Kommunikation
- Anwendung von Methoden der Leichten Sprache: Implementierung in den Lebens- und Betreuungsalltag, aber auch der Therapie- und Unterstützungspläne; Teamanleitung
- Entwicklung alternativer Kommunikationsmöglichkeiten
- Schulung der MitarbeiterInnen in individueller Gebärdensprache

- Fachspezifische Ergänzung der Diagnostik, insbesondere des Schluck- und Sprechapparats, aber auch in Bezug auf die Kommunikation an sich
- Planung und Durchführung von Behandlungsmaßnahmen zur Verbesserung von Kommunikation, Schlucken und Sprechen
- akute Wahrnehmungsförderung
- Förderung der Sprechmotorik und Artikulationstraining
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
- Vermittlung von Kommunikationsmethoden und sprech- bzw. schlucktherapeutischer Maßnahmen ins ambulante Helfersystem
- Übersetzung von Gebärdensprache in der Diagnostik und Therapie

Die Eingruppierungsempfehlungen mit einer genauen Definition der Behandlungsbereiche, der Kranke, der Behandlungsziele, der Behandlungsmittel, der Erläuterungen und der Beispiele wird in Anlage 1 eingearbeitet. Die Minutenwerte für die einzelnen Behandlungsbereiche und Berufsgruppen basierend auf einer Minutenanalyse im Berliner Behandlungszentrum für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen wird in Anlage 2 eingearbeitet.

3. Zu § 5 Berufsgruppen

Die für eine erfolgreiche stationär psychiatrische Behandlung erforderlichen Berufsgruppen sind bei Personen mit geistiger Behinderung um ErzieherInnen, HeilpädagogInnen, SprachheiltherapeutInnen und LogopädInnen zu erweitern. Die DGSGB schlägt daher folgende, gelb markierte Änderung des § 5 vor:

„Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert:

a) Ärzte

b) Krankenpflegepersonen, Erzieher, Heilerziehungspflege (~~nur~~ KJP und bei Intelligenzminderung)

c) Diplom-Psychologen, Master-Psychologen

d) Spezialtherapeuten

e) Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten

f) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (~~nur~~ KJP und bei Intelligenzminderung)

g) Sprachheiltherapeuten (~~nur~~ KJP und bei Intelligenzminderung), Logopäden (~~nur~~ KJP und bei Intelligenzminderung)“

Zwischen den Berufsgruppen ist in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen und Konzepten ein Switch zwischen den Berufsgruppen möglich.

Begründung:

Um den in der Begründung zu § 3 Behandlungsbereiche Absatz (1) dargestellten, ganzheitlichen Behandlungsansatz entsprechend den nationalen und internationalen Leitlinien umzusetzen, ist die multidisziplinäre Herangehensweise unerlässlich, die neben ÄrztInnen, Pflegepersonal, und PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen, diversen KreativtherapeutInnen (Garten-, Musik-, Kunst-, Ergo-, Tanz- und Theatertherapie, ggf. tiergestützte Therapien und Erlebnispädagogen) und PhysiotherapeutInnen aufgrund der kommunikativen Einschränkungen und neurologischen Komorbiditäten auch *Sprach- und SprechtherapeutInnen (unterstütze Kommunikation und ggf. GebärdensprachlerInnen!)* und aufgrund der mit der geistigen Behinderung verbundenen Entwicklungsverzögerungen und häufigen, schweren Verhaltensprobleme (stationär ca. 45% der Patienten!) auch *HeilerziehungspflegerInnen und HeilpädagogInnen* beinhalten muss.
Bei Menschen mit Intelligenzminderung (Synonym: geistiger Behinderung) ist ein koordiniertes, multiprofessionelles Vorgehen unerlässlich. Dazu ist auch eine gewisse Flexibilität in der VK-Zuordnung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen nötig (Switch zwischen den Berufsgruppen), je nach Schwerpunk und Ausstattung der Klinik und regionalen Rahmenbedingungen.

4. Zu § 10 Stationsgröße

5. Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung vor:

Aus Qualitätsgründen sollte sich die Stationsgröße bei Personen mit Intelligenzminderung an den Werten für die Kinder- und Jugendpsychiatrie orientieren.

Begründung:

Bei einer Intelligenzminderung (Synonym: geistiger Behinderung) ist nicht nur die kognitive Intelligenz und damit verbunden die Lerngeschwindigkeit und Komplexität von Lerninhalten betroffen, auch die sozio-emotionalen Fähigkeiten (Impulskontrolle, Exekutivfunktionen, Mentalisierungsfähigkeit, Stressregulation, etc.) sind beeinträchtigt. Gerade bei Personen mit psychischen Erkrankungen sind die sozio-emotionalen Kompetenzen häufig stärker entwick-

lungsverzögert als die rein kognitiven Fähigkeiten. Daher sollte das Setting dem mentalen Entwicklungsalter angepasst werden.

6. Zu § 11 Nachtdienste

Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung bei Vorschlag von PatV vor:

„In der vollstationären Versorgung ist im Nachtdienst der Pflege eine Mindestpersonalausstattung je Station in den Bereichen A und S von 1,4 Pflegefachpersonen und in dem Bereich G und I von 1,6 Pflegefachpersonen zugrunde zu legen."

Begründung:

Auch für die Nachtdienste sind die besonderen Anforderungen an das hochvulnerable Patientenklientel zu berücksichtigen. Wir verweisen hierbei insbesondere auf die erhöhte Mortalität und Unfallgefahr sowie die Störung der circadianen Rhythmik bei kognitiven Einschränkunen

7. Zu § 13 Anpassung der Richtlinie

Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung vor:

„Der besondere Bedarf von Personen mit Intelligenzminderung sind zu berücksichtigen."

Begründung:

Vgl. Ausführungen unter I Allgemeines.

8. Zu § 15 Übergangsregelungen

Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung vor:

„Dem besonderen Bedarf von Personen mit Intelligenzminderung wird in den Behandlungsbereichen I1, I2, I4, I5, I6 und I9 Rechnung getragen."

Begründung:

Vgl. Ausführungen unter I Allgemeines.

9. Zu Anlage 1: Eingruppierungen

Die DGSGB schlägt die Ergänzung folgender Behandlungsbereiche vor (vgl. dazu auch § 3 Behandlungsbereiche Absatz (1)):

I 1 Regelbehandlung bei Intelligenzminderung

I 2 Intensivbehandlung bei Intelligenzminderung

I 4 Langanhaltende Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker mit Intelligenzminderung

I 5 Psychotherapie bei Intelligenzminderung

I 6 Tagesklinische Behandlung bei Intelligenzminderung

I 9 Stationsäquivalente Behandlung bei Intelligenzminderung

In Anlage 1 sollte daher folgende Eingruppierungsempfehlung ergänzt werden:

dgsgb
Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

I Intelligenzminderung

1. Behandlungs-bereiche	2. Kranke	3. Behandlungs-ziele	4.Behandlungsmittel	5. Erläuterungen - Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele	Kurzbeschreibung
I 1 Regelbehandlung	Akut psychisch Kranke mit leichter-mittelgradiger IM	Erkennen und Heilen, Bessern, psychische, somatische und soziale Stabilisierung, vorwiegend Entlassung nach Hause	Psychiatrische, neurologische, allgemeinmedizinische und soziale Diagnostik und Therapie. Medizinische Grundversorgung; gegebenenfalls Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen	Hier sind stationär aufgenommene Patienten einzugruppieren, bei denen die Besonderheiten der Intelligenzminderung zu berücksichtigen sind, sofern nicht unmittelbare Gefährdungen vorliegen. Besonderheiten der Intelligenzminderung sind zum Beispiel: Langsameres Lerntempo, mehr körper- und erlebnisbasierte Therapien, ggf. Multimorbidität (med. gut behandelte somatische Krankheitsbilder, z. B. gut eingestellte Epilepsien oder Bewegungsstörungen), intensivere	Patient, Alter 27, leichte Intelligenzminderung, mit einer paranoid-hallzinatorischen Schizophrenie. Er lebt allein in seiner eigenen Wohnung und wird durch ein betreutes Einzelwohnen 2x/Woche unterstützt. Besucht eine geschützte Werkstatt. In letzter Zeit Arbeitsdruck zugenommen und häufige Konflikte. Zusätzlich belastet durch neu aufgetretene Krebserkrankung der Mutter und Bezugsbetreuerwechsel. Durch den Stress häufiger Medikamente vergessen einzunehmen. Seit einigen Wo-	F70.0/F71.0 leichte bis mittelgradige Intelligenzminderung (IM) ohne schwere Verhaltensauffälligkeiten mit psychischer Erkrankung incl. z. B. Abhängigkeit, beginnende Demenz

				Umfeldarbeit mit ambulantem Helfersystem/ges. Betreuern; höherer Unterstützungsbedarf (Wohnen, Selbstversorgung, Arbeiten)	chen zunehmend misstrauisch, bezieht Fernsehnachrichten auf sich und hört dialogisierende und befehlende Stimmen. Schlaf schlecht, Gedanken gehen durcheinander. Braucht für tägliche Verrichtungen sehr lange, benötigt aber keine fremde Hilfe.	
I 2 Intensivbehandlung	Psychisch Kranke mit Intelligenzminderung, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend oder somatisch vitalgefährdet	Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung, Bessern der vital bedrohlichen Störungen, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen	Psychiatrische und somatische Diagnostik. Erst- und Notfallbehandlung, einzelbezogene Intensivbehandlung einschließlich medikamentöser Therapie	In den Behandlungsbereich I2- sind Patienten einzugruppieren, die anhaltend sehr unruhig und verwirrt sind. Diese Patienten gefährden schwache, hilflose Mitpatienten oder sie gefährden sich selbst. Die unmittelbare Gefährdung kann auch von somatischen Erkrankungen ausgehen (Vitalgefährdung), die eine kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter erfordern. Manifeste Selbst- oder Fremdgefährdung ist zu bejahen, wenn der Patient nicht absprachefähig oder sein Verhalten nicht vorhersehbar ist.	Patient, 23 Jahre, mittelgradige Intelligenzminderung und Autismus, mit raptusartiger schwerer Fremdverletzung (schmeißt Stühle, kratzt, tritt, beißt) und anhaltend motorischer Unruhe. Schmeißt in unbeobachteten Momenten Rollstühle von Mitpatienten um, schlägt den Kopf gegen die Wand und hält durch Pulen Wunden im Gesicht offen. Muss ständig beaufsichtigt werden, tägliche Verrichtungen nur im 2:1 Kontakt möglich, Essen nur in separiertem Bereich möglich. In Krisensituationen rasches, personalintensives Deeskalationsmanagement mit zum	F70.1/F71.1, F72, F73 leichte bis schwerste IM, manifest selbst oder fremdgefährdend oder somatisch vital gefährdet infolge entweder einer schweren psychischer Erkrankung und/oder einer schwerer Verhaltensauffälligkeit, ggf. mit zusätzlicher chronischer körperlicher Erkrankung/Behinderung

					Teil 1:1 Betreuung, Einsatz von Time-out und Fixierungen erforderlich.	
I 4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	Psychisch Kranke mit Intelligenzminderung mit anhaltenden akuten Symptomen und erheblichen psychischen, somatischen und sozialen Einbußen	Bessern und Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen oder Entlassungen nach Hause oder Wohnheim	Medizinische Grundversorgung mit kontinuierlich hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, gegebenenfalls ergänzt durch Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen, Gestaltung des therapeutischen Milieus	Diesem Behandlungsbereich sind die Patienten zuzuordnen, bei denen die Krankenhausbehandlung neben der schweren psychischen Erkrankung durch die Mehrfacherkrankung wegen der Schwere der IM bzw. schweren Verhaltensstörung oder einer relevanten somatischen Begleiterkrankung mitbegründet ist. Diese Kranken haben einen anhaltenden akuten Krankheitsverlauf. Hoher pflegerischer und therapeutischer Aufwand können beispielsweise erforderlich werden, wenn neben einer Depression eine schwere, komplexe Mehrfachbehinderung erschwerend hinzukommt oder wenn neben der psychischen Erkrankung relevante somatische Erkrankungen (Diabetes Mellitus, Epilepsie, M. Parkinson) vorlie-	**I4 Beispiel 1** Patientin, 43 Jahre, schwere Intelligenzminderung infolge einer Rötelnembryopathie, gehörlos seit Geburt, erblindet durch schwere Selbstverletzung der Augen. Psychomotorische Unruhe, Schlaflosigkeit, Gewichtsabnahme. Sie hat einen erheblichen therapeutischen und pflegerischen Aufwand und ist anhaltend beaufsichtigungspflichtig. Sie benötigt regelmäßig strukturierende Begleitung, um nicht tragbare Verhaltensweisen wie Kotschmieren oder Aufkratzen von Wunden oder Schlagen auf die Ohren und Augen zu verhindern. Eine Fixierung oder 1:1 Betreuung ist nicht erforderlich. **I4 Beispiel** 2 Patient, 52 Jahre, mittelgradige Intelligenzminderung mit rezidivierend depressiver Störung und Parkin-	F70.1/F71.1, F72, F73 leichte bis schwerste IM mit anhaltend akuter Symptomatik infolge einer psychischen Erkrankung und/oder einer schweren Verhaltensauffälligkeit und/oder schwerer chronischer körperlicher Erkrankung/Behinderung (Rollstuhl, blind etc.)

				gen. Patienten im Behandlungsbereich A4-IM können in der Regel nicht selbständig zu ihren therapeutischen Aktivitäten oder zu ihrem diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen und bedürfen daher der Begleitung durch Pflegekräfte. In der Regel besteht Hilfebedarf im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL).	sonerkrankung mit Wirkfluktuationen. Schwere Antriebsstörung und depressiver Affekt bei gleichzeitig schwerer Einstellbarkeit der Parkinsonmedikamente mit häufigem Verharren, deutlicher Verlangsamung der Beweglichkeit und starrer Mimik. Parkinsonerkrankung und Depression verstärken sich gegenseitig und die Symptome überlagern sich zum Teil. Aufgrund der Bewegungsstörung und der Depression benötigt der Patient pflegerische Hilfe bei der Ernährung und Körperpflege.	
I 5 Psychotherapie	Kranke mit Intelligenzminderung mit psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Persönlichkeitsstörungen, chronische Depressionen, ….), welche psychotherapeutischen Interventionen zugänglich	Erkennen von Krankheit, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung	Komplexe psychotherapeutische Behandlung	Hierbei handelt es sich um eine typische stationäre psychotherapeutische Behandlung bei Patienten mit Intelligenzminderung, wobei die damit verbundenen Änderungen im Lerntempo und in den therapeutischen Methoden (körper- und erlebnisbasiert, Rollenspiele) berücksichtigt sind. Die psychotherapeutische Be-	Patientin, 32 Jahre, leichte Intelligenzminderung, Missbrauch als Kind durch den Vater, früh ins Heim gekommen. Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit selbstverletzenden Verhaltensweisen (Schnittwunden an Armen), wiederholten Suizidgedanken, -impulsen und –versuchen,	F70/F71 leichte bis mittelgrade IM und psychische Erkrankung zur stationären Psychotherapie

	sind und stationär psychotherapeutisch behandelt werden müssen.			handlungseinheit muss an die Belastbarkeit des behinderten Menschen angepasst werden. Auf die kognitiven und emotionalen Einschränkungen wird eingegangen und das Lebensumfeld einbezogen. Es steht die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund. Ergänzend können eine Psychopharmakotherapie sowie Maßnahmen zur Verbesserung des sozialen Lebenskontextes durchgeführt werden.	instabilen Beziehungen und Pseudohalluzinationen. Wird stationär psychotherapeutisch behandelt, keine Unterstützung bei alltagspraktischen Tätigkeiten, aber erhöhter Gesprächs- und Behandlungsbedarf durch Pflege und Psychologen aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung.	
I 6 Tagesklinische Behandlung	Kranke mit Intelligenzminderung mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen	Wahrung des Wohnorts und der Inklusion in die Gesellschaft; Verbesserung der psychosozialen Kompetenz; Befähigung zur Fortsetzung der beruflichen Ausbildung.	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische Behandlung; Beratung des ambulanten Betreuungssystems und der Familie; Schulung und Aufklärung der Bezugspersonen; Einzel- und Gruppenpsychotherapie;	In diesen Behandlungsbereich sind Erwachsene mit Intelligenzminderung aller Schweregrade einzugruppieren. Voraussetzungen für die tagesstationäre Behandlung sind: Fähigkeit des Patienten zur Mitwirkung in der Behandlung ein ausreichend belastbares soziales Umfeld die vorhandene Bereitschaft und Fähigkeit der ambulanten Bezugspersonen aus dem unmittel-	Patient 23 Jahre, leichte Intelligenzminderung, emotionales Entwicklungsalter 2-3 Jahre. Im 2. Lebensjahr aufgrund der schweren Verhaltensauffälligkeiten mit raptusartigen Erregungsdurchbrüchen und schwerer Fremdverletzung der Eltern ins Heim gekommen. Jetzt sehr aufmerksamkeitssuchend und psychomotorisch unruhig sowie Sach- und Fremdaggression. Werkstattplatz aufgrund der	F70-F73 leichte bis schwerste IM mit anhaltender Symptomatik infolge einer psychischen Erkrankung und/oder einer schweren Verhaltensauffälligkeit.

			funktionelle Therapien; Entwicklungstherapie	baren Lebensumfeld (z. B. Einzelfallhelfer, Wohngruppenbetreuer, Werkstattbetreuer, Familienangehörige) zur aktiven Mitwirkung bei der Behandlung ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden. Die tagesklinische Behandlung kann integriert im vollstationären Bereich oder in einer Tagesklinik erfolgen. Tagesklinische Behandlung ermöglicht einen schnellen Transfer von Therapieerfolgen ins psychosoziale Umfeld, vor allem durch den engen Kontakt und regelmäßigen Austausch zwischen Therapeuten und Bezugspersonen.	hohen Betreuungsintensität und aggressiven Verhaltensweisen wiederholt gekündigt. Ein pädagogisch-therapeutisches Rahmenkonzept mit klarer Tagesstruktur, Bestätigung der Person, Skillstraining, Verlängerung der Konzentrationsphasen, Schulung des Umfelds in Deeskalation und Bewegungsangeboten.	
I 9 Stationsäquivalente Behandlung	Kranke, die eine stationsäquivalente Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen.					

dgsgb
Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Begründung:

Aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen, der Entwicklungsverzögerung, der häufigen somatischen Komorbiditäten und der häufigen sensorischen Beeinträchtigungen sind – in Analogie zur Gerontopsychiatrie und KJP – spezifische Behandlungsbereiche zu definieren. Vgl. dazu auch Begründung zu I Allgemeines und § 3 Behandlungsbereiche Absatz (1).
Behinderung ist nicht gleich Behinderung. Die hier definierten Behandlungsbereiche liefern erstmalig eine sehr differenzierte Eingruppierungsstruktur für Personen mit kognitiver Beeinträchtigung (synonym: Intelligenzminderung; geistiger Behinderung) unterschiedlicher Schweregrade und ggf. zusätzlicher Körperbehinderung. Dies liefert die Voraussetzung für eine bedarfsgerechte stationär psychiatrische Versorgung dieser Patientengruppe, die die jeweiligen Behandlungsbedarfe berücksichtigt und dem ggf. vorliegenden Mehrbedarf Rechnung trägt.

10. Zu Anlage 2: Minutenwerte

Die DGSGB schlägt für die o.g. Behandlungsbereiche folgende Minutenwerte vor:

Minuten neu	Behandlungsbereich	Ärzte	Pflegedienst	Dipl./MA Psych.	Beweg.-Th. Etc.	Sozialarb./Heilpädagoge	Ergo- und Kreativth.
Intelligenzminderung							
Regelbehandlung	I1	256	670	99	40	76	135
Intensivbehandlung	I2	291	1.977	59	75	97	300
Langdauer. Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	I4	327	1.691	89	92	131	278
Psychotherapie	I5	255	609	250	28	204	136
Tagesklinik[12]	I6	247	761	182	63	133	128

Begründung:

Grundlage der Minutenwerte für I1, I2, I4 und I5 ist eine Minutenanalyse im Berliner Behandlungszentrum für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen am Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge. Dabei hat im Jahr 2017 jede Berufsgruppe für jeden Patienten für 2 Wochen die benötigten Minutenwerte dokumentiert. 2018 fanden an allen 4 Stichtagen erneute

[12] Die I6 Minutenwerte entsprechen den Werten der KJP. Hier liegen keine eigenen Minutenanalysen vor.

Minutenanalysen vor dem Hintergrund der neu definierten Behandlungsbereiche I1-I5 statt, die in die final dargestellten Werte eingeflossen sind. Es ist zu berücksichtigen, dass die Minutenwerte unter der ggw. in der Psych-PV vorgesehenen Personalausstattung ermittelt wurden. Dies führte zu vergleichsweise niedrigen Minutenwerten im Behandlungsbereich I1 (Regelbehandlung), und zwar über alle Berufsgruppen hinweg. Dies ist dadurch erklärbar, dass das vorhandene Personal am ehesten bei den – im Vergleich zu den anderen Behandlungsgruppen – am wenigsten kranken bzw. schwer behinderten Personen die Zeit eingespart hat, die bei den schwerer Kranken bzw. betroffenen Personen noch dringender erforderlich war. Aus Sicht der DGSGB ist daher – außer beim ärztlichen Personal – voraussichtlich eine Verdopplung der Minutenwerte der anderen Berufsgruppen erforderlich. Eine weitere Anpassung der Minutenwerte sollte daher nach Einführung der behindertenspezifischen Behandlungsbereiche und Anpassung der Personalausstattung erfolgen.

Die I6 Minutenwerte entsprechen den Werten der KJP, der die bereits in den 90iger Jahren aufgestellte Forderung der Bundesdirektorenkonferenz aufgreift, die Psych-PV KJP für diesen Personenkreis zu verwenden. Hier liegen keine eigenen Minutenanalysen vor.

Bei den abgegebenen Minutenwerten ist entsprechend der aktuellen geltenden Psych-PV der „Sockelbetrag“ beim Pflegepersonal abgezogen. Dieser müsste ggf. hinzuaddiert werden (278 min/Behandlungsbereich).

Die Minutenwerte wurde entsprechend der im aktuellen Beschlussentwurf aufgeführten Aufgabenbereiche (Anlage 4/5; Seiten 71-80 im Beschlussentwurf) ermittelt. Details für die verschiedenen Behandlungsbereiche und Berufsgruppen sind in den folgenden Tabellen zusammengefasst:

Ärztlicher Dienst:

Regelaufgaben Ärztlicher Dienst *Bearbeitungsstand Spalte PPV/Patient: 13. Juli 1990*	**PPV/ Patient**	**KEH BHZ/ Patient**	**PPV/ Patient**	**KEH BHZ/ Patient**	**PPV/ Patient**	**KEH BHZ/ Patient**	**PPV/ Patient**	**KEH BHZ/ Patient**
		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche
	Regel-behandlung	Regel-behandlung	Intensiv-behandlung	Intensiv-behandlung	Schwer-kranke	Schwer-kranke	Psycho-therapie	Psycho-therapie
	A1	**A1**	**A2**	**A2**	**A4**	**A4**	**A5**	**A5**
Angenommene Rechengrößen:								
- Tagesdienst 38,5 Stunden/Woche								
- Bezugsgröße: Spalte PPV/Patient 18 Patienten,	23	23	10	10	1	1	2	2
- Behandlungsdauer durchschnittlich in Tagen	35	21	21	42	39	26	90	28
- Wochen	5	3	3	6	6	4	13	4
Ärzte im Stationsdienst								
1. Medizinisch-psychiatrische Grundversorgung								
2. Einzelfallbezogene Behandlung								
Zwischensumme	48	59	64	60	37	71	44	71
3. Gruppentherapie								
Zwischensumme	18	15	17	0	28	0	16	0
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten								
Zwischensumme	30	19	40	17	20	17	18	17
Summe "Ärzte im Stationsdienst"	174	223	220	251	108	282	115	212
Oberärzte								
1. Stationsbezogene Tätigkeiten								
Zwischensumme	22	23	28	32	17	37	30	34
2. Stationsübergreifende Tätigkeiten								
Zwischensumme	7	7	7	7	4	7	7	7
3. Außenkontakt								
Zwischensumme	4	4	2	2	3	2	2	2
Summe "Ärzte im Oberarztdienst"	33	34	37	40	24	45	39	43
Summe Ärztlicher Dienst	**207**	**256**	**257**	**291**	**132**	**327**	**154**	**255**

Pflegedienst:

Regelaufgaben "Pflegepersonal" Bearbeitungsstand Spalte PPV/Patient 13. Juli 1990	**PPV/ Patient**	**KEH BHZ/ Patient**	**PPV/ Patient**	**KEH BHZ/ Patient**	**PPV/ Patient**	**KEH BHZ/ Patient**	**PPV/ Patient**	**KEH BHZ/ Patient**
		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche
	Regel-behandlung	Regel-behandlung	Intensiv-behandlung	Intensiv-behandlung	Schwer-kranke	Schwer-kranke	Psycho-therapie	Psycho-therapie
	A1	**A1**	**A2**	**A2**	**A4**	**A4**	**A5**	**A5**
Angenommene Rechengrößen:								
- Tagesdienst 14 Stdn. und eine 1/2 Stunde Übergabe								
- Bezugsgröße: 18 Patienten	23	23	10	10	1	1	2	2
- Behandlungsdauer durchschnittlich in Tagen	35	21	21	42	39	26	90	28
- Woche	5	3	3	6	6	4	13	4
1. Allgemeine Pflege								
Summe "Allgemeine Pflege"	172	345	288	1 069	220	1.160	288	231
2. Spezielle Pflege								
2.1 Somatische Pflege								
Summe "Somatische Pflege"	113	139	176	228	101	210	14	120
2.2 Psychiatrische Pflege								
2.2.1 Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung								
Zwischensumme "Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung"	208	239	540	720	280	368	176	358
2.2.2 Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung								
Zwischensumme ,,Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung"	135	65	60	54	170	54	93	30
Summe ,,Psychiatrische Pflege"	343	303	60	774	170	422	93	387
2.3 Visiten des Arztes								
Visiten etc.	25	33		42		42		33
Summe "Spezielle Pflege"	480	475	276	1 043	288	673	117	540
3. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten								
3.1. Therapie- und Arbeitsbesprechungen								
Summe ,,Therapie- und Arbeitsbesprechungen"	148	72	235	85	173	85	86	86
3.2. Stationsorganisation								
Summe ,,Stationsorganisation"	56	56	57	57	51	51	31	31
Tätigkeiten"	203	128	292	142	224	136	116	117
Zusammen	**855**	**948**	**1.395**	**2.255**	**1.012**	**1.969**	**475**	**887**
abzüglich Basiswert ("Sockel")	278	278	278	278	278	278	278	278
verbleiben je Woche und Behandlungsbereich	**578**	**670**	**1.118**	**1.977**	**734**	**1.691**	**198**	**609**

Die Angaben für den Pflegedienst beziehen sich nur auf den Tagdienst.

Medizinisch-technischer Dienst:

Regelaufgaben Medizinisch-Technischer-Dienst Bearbeitungsstand Spalte PPV/Patient 13. Juli 1990	**PPV/ Patient**	**KEH BHZ/ Patient**	**PPV/ Patient**	**KEH BHZ/ Patient**	**PPV/ Patient**	**KEH BHZ/ Patient**	**PPV/ Patient**	**KEH BHZ/ Patient**
		Min/ Woche		Min/ Woche		Min/ Woche		Min/ Woche
	Regel-behandlung	Regel-behandlung	Intensiv-behandlung	Intensiv-behandlung	Schwer-kranke	Schwer-kranke	Psycho-therapie	Psycho-therapie
	A1	**A1**	**A2**	**A2**	**A4**	**A4**	**A5**	**A5**
Angenommene Rechengrößen:								
- Tagesdienst 38,5 Stunden/Woche								
- Bezugsgröße: 18 Patienten	23	23	10	10	1	1	2	2
- Behandlungsdauer durchschnittlich in Tagen	35	21	21	42	39	26	90	28
- Woche	5	3	3	6	6	4	13	4
Dipl.-Psychologen								
1. Klinisch-psychologische Grundversorgung								
Zwischensumme	8	52	10	58	21	77	28	110
2. Einzelfallbezogene Behandlung								
Zwischensumme	7	23	-	0	14	0	44	99
3. Gruppentherapie								
Zwischensumme	10	20	-	0	10	0	16	25
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten								
Zwischensumme	4	4	2	2	12	12	18	17
Summe "Dipl.-Psychologen"	**29**	**99**	**12**	**59**	**57**	**89**	**107**	**250**
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten und Physiotherapeuten								
1. Grundversorgung								
Zwischensumme	6	1	6	1	2	1	5	1
2. Einzelfallbezogene Behandlung								
Zwischensumme	4	12	7	68	3	72	7	10
3. Gruppentherapie								
Zwischensumme	13	23	10	0	17	15	13	10
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten								
Zwischensumme	5	5	6	6	4	4	7	7
Summe "Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten und Physiotherapeuten"	**28**	**40**	**29**	**75**	**27**	**92**	**31**	**28**
Sozialarbeiter und Sozialpädagogen								
1. Sozialpädagogische Grundversorgung								
Zwischensumme	13	19	14	43	3	67	3	61
2. Einzelfallbezogene Behandlung und sozialpädagogische Behandlung								
Zwischensumme	31	2	28	33	20	50	9	100
3. Gruppenbezogene Behandlung								
Zwischensumme	14	36	13	3	25	3	-	40
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten								
Zwischensumme	19	19	18	18	11	11	2	2
Summe "Sozialarbeiter und Sozialpädagogen"	**76**	**76**	**74**	**97**	**59**	**131**	**14**	**204**

Funktionsdienst:

Regelaufgaben Funktionsdienst Bearbeitungsstand Spalte PPV/Patient 13. Juli 1990	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient
		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche
	Regel-behandlung	Regel-behandlung	Intensiv-behandlung	Intensiv-behandlung	Schwer-kranke	Schwer-kranke	Psycho-therapie	Psycho-therapie
	A1	A1	A2	A2	A4	A4	A5	A5
Angenommene Rechengrößen:								
- Tagesdienst 38,5 Stunden/Woche								
- Bezugsgröße: 18 Patienten	23	23	10	10	1	1	2	2
- Behandlungsdauer durchschnittlich in	35	21	21	42	39	26	90	28
- Woche	5	3	3	6	6	4	13	4
1. Grundversorgung								
Zwischensumme	3	1	3	1	3	1	2	0
2. Einzelfallbezogene Behandlung								
Zwischensumme	11	0	18	205	11	205	4	0
3. Gruppentherapie								
Zwischensumme	80	105	68	68	72	45	70	110
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten								
Zwischensumme	29	29	27	27	27	27	26	26
Summe "Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Ergotherapeuten)"	**122**	**135**	**117**	**300**	**113**	**278**	**103**	**136**

Der Mehraufwand ergibt sich aus den Kommunikationseinschränkungen (einfache Sprache, längere Antwortlatenzen, mehr Zeit für Antworten/Fragen/Diskussion, nonverbaler Kommunikationsmethoden, Bildmaterialien), dem verlangsamten Lernen (Verständnisüberprüfung und Wiederholungen erforderlich, mehr Therapieeinheiten), den aufwändigeren Methoden, z. B. Rollenspiele, Lernen am Modell, körper- und erlebnisorientierte Methoden, den kleineren Gruppen und mehr Einzeltherapie, der Notwendigkeit zur intensiven Einbeziehung der Bezugspersonen mit Vor- bzw. Nachgesprächen, Schulungen, individuellen Informationsgespräche mit Teams/Familien, dem erhöhter Unterstützungsbedarf (Begleitung Toilettengänge…), der Beachtung Komorbiditäten (sensorische Einschränkungen, Epilepsie, Autismus…) und der niedrigen Selbstregulation und der damit verbundenen erhöhten Anzahl von Krisen & Konflikte. Für die einzelnen Berufsgruppen ist der Mehraufwand bei Menschen mit Behinderungen ausführlich unter 2. § 3 Behandlungsbereiche Absatz (1) aufgeführt.

BfDI Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Postfach 1468, 53004 Bonn

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON [redacted]
FAX [redacted]
E-MAIL [redacted]
BEARBEITET VON [redacted]
INTERNET www.bfdi.bund.de
DATUM Bonn, 28.08.2020
GESCHÄFTSZ. [redacted]

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei allen Antwortschreiben unbedingt an.

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

per E-Mail an:
PPP-RL@g-ba.de

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie**
Ihr Schreiben vom 10. August 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5a SGB V danke ich Ihnen.

Bereits im vergangenen Jahr habe ich im Rahmen des damaligen Stellungnahmeverfahrens empfohlen, aufgrund der Vielzahl der Freitextfelder in Anlage 3 - „Checkliste für das Nachweisverfahren und Strukturabfrage gemäß der PPP-RL“ einen zusätzlichen Ausfüllhinweis aufzunehmen , dass keine personenbezogenen Daten, sondern ausschließlich statistische Angaben in der Checkliste zu treffen sind.

Erfreut habe ich zur Kenntnis genommen, dass dieser Empfehlung gefolgt wurde und die Formulierung „Ausfüllhinweis: Es sind keine personenbezogenen Daten anzugeben.“ im vorliegenden Entwurf enthalten ist. Allerdings empfehle ich, diesen Hinweis im Text optisch hervorzuheben (durch einen deutlichen Absatz oder Fett-Druck) und diesen um den Hinweis, dass lediglich statistische Angaben zu machen sind, zu ergänzen.

Darüber hinaus gebe ich keine Stellungnahme ab.

An der für den 21. September 2020 terminierten Anhörung werde ich nicht teilnehmen.

Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

[redacted]

Bundesdirektorenkonferenz
Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken
für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.

Dr. med. Sylvia Claus ▫ Pfalzklinikum AdöR ▫ Weinstraße 100 ▫ 76889 Klingenmünster

28.08.2020

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

Vorsitzende
Dr. med. Sylvia Claus
Stv. Ärztliche Direktorin und Chefärztin
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Pfalzklinikum für Psychiatrie und Neurologie AdöR
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel.:
Fax:
E-Mail: [redacted]

per mail: PPP-RL@g-ba.de

Stellungnahme der BDK zum
Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine
Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Der Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V. begrüßt ausdrücklich die Initiative des Gesetzgebers, die Sicherung der Qualität der Versorgung über eine Richtlinie zur Personalausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken vorzunehmen.

Mit Datum vom 11.07.2019 hat die BDK bereits Stellung genommen zur Erstfassung der sogenannten PPP-RL, die nach unserer Einschätzung unverändert weit hinter den Erwartungen aller klinisch tätigen Experten zurückbleibt und der Forderung nach mehr Zeit für Patient*innen und einem Abbau der Bürokratie nicht gerecht wird (s. Anlage 1).

Die gemeinsamen Kernpositionen zum substantiellen Änderungsbedarf der Richtlinie wurden von einer Vielzahl an Fachgesellschaften und Verbänden konsentiert und bereits im letzten Jahr publiziert (s. Anlage 2).

Die BDK nimmt nun entsprechend der Aufforderung des G-BA vom 20.08.2020 Stellung zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen.
Unter Berücksichtigung der vorgenannten prinzipiellen Kritikpunkte an der PPP-RL nehmen wir zu folgenden weiteren Aspekten Stellung:

§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich

Bei der Verabschiedung der Erstfassung der Richtlinie vom 19.09.2019 waren die ausgesprochen ungewöhnlichen und unerwarteten Herausforderungen des Jahres 2020 mit Eintritt einer weltweiten Pandemie nicht vorstellbar. 2020 sollte als Jahr dazu dienen, sich mit den Inhalten der PPP-RL vertraut zu machen und die Mindestanforderungen an die Personalausstattung sicherzustellen. Darüberhinausgehende Sanktionsmaßnahmen sollten in 2020 konkretisiert werden.
Am 27.03.2020 hat der G-BA beschlossen, dass vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie die Nachweispflichten gem. § 11 PPP-RL zum 31.12.2020 keine Anwendung finden. Ziel war die Entlastung der Krankenhäuser, die sich bundesweit erheblichen Umstrukturierungs- und Prozessoptimierungsmaßnahmen gestellt haben, um auch in der Pandemie die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen zu gewährleisten.
Der sogenannte COVID-19 Beschluss des G-BA war hierfür wesentlich, er war zielführend und wurde uneingeschränkt begrüßt von sämtlichen Verbänden psychiatrischer Kliniken und Abteilungen. Vor diesem Hintergrund verschieben sich sämtliche in der Richtlinie festgelegten Fristen um ein Jahr:

§ 1 Abs. 3	2022 (statt 2021)
§ 10 Abs. 3	(Übermittlung der Nachweise erstmals zu Beginn des Jahres 2022)
§ 16 Abs. 1	Erfüllung der Mindestvorgaben nach § 6 ab dem 01.01.2025, Erfüllung zu 90 % in 2023 und entsprechend um jeweils ein Jahr verzögert in Abs. 2, Abs. 3, Abs. 4 und Abs.5.

Begründung:

Wie bereits oben angeführt ist das Jahr 2020 als Referenzwert nicht nutzbar. Weitreichende Umstrukturierungs- und Separationsnotwendigkeiten haben neben stark schwankenden Belegungsraten zu erheblichen personellen Verschiebungen geführt, die durch Quarantäneregelungen für Mitarbeitende noch weiter verschärft wurden.

§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen

In der Erstfassung der Richtlinie wurden in § 5 die Berufsgruppen definiert, die bei der Ermittlung der Mindestvorgaben Berücksichtigung finden.
Im aktualisierten Beschlussentwurf sind nun in § 8 Abs. 5 neben den Fachkräften auch **Hilfskräfte** genannt, die im begrenzten Umfang angerechnet werden können.
Die BDK spricht sich deshalb dafür aus, § 8 Abs. 5 um den Begriff der Hilfskräfte zu ergänzen und die von Seiten der DKG vorgeschlagenen prozentualen Anteile anzurechnen.
Insbesondere für die kleineren Einrichtungen, wie z.B. die Tageskliniken oder Gemeindenahen Abteilungspsychiatrien, sollte in jeder Berufsgruppe mindestens ein halbes Vollzeitequivalent angerechnet werden können.

Begründung:

Schon vor Inkrafttreten des PsychVVG konnte anhand von Tätigkeitsanalysen eine erhebliche Zunahme von patientenfernen Tätigkeiten für Dokumentation und Administration belegt werden: Für pflegerische Tätigkeiten um den Faktor 3 (Hodek et al. 2011), im Ärztlichen Dienst liegt der Anteil der Arbeitszeit bei mehr als 35 %, das sind mehr als 3h täglich (Blume et al. 2018; Putzhammer et al. 2006). Nach der Einführung des PEPP-Systems hat sich dies weiter verschärft, die Notwendigkeit der Dokumentation der Leistungseinheiten als Basis der OPS-Codes hat dazu geführt, dass vermehrt nicht PPP-RL-relevantes Personal, wie z.B. Stationssekretärinnen, Kodierkräfte oder Medizinische Fachangestellte zum Einsatz kommen, um die Patientenversorgung unter den vorgenannten Bedingungen aufrechterhalten zu können.

Der zunehmende Fachkräftemangel insbesondere im Ärztlichen Dienst und die zu verzeichnende Zunahme von nicht-muttersprachlichen Ärzt*innen auch in der psychiatrischen Versorgung hat den Bedarf an Unterstützern des Ärztlichen Dienstes deutlich erhöht (z.B. durch Oberarztassistenzen, Arzthelferinnen oder physician assistants).

§ 10 Ausnahmetatbestände

Die Formulierung in Abs. 1 Pkt. 2 sollte wie folgt geändert werden:

2. bei einer kurzfristig stark erhöhten Anzahl von Behandlungstagen bei Patient*innen im ***Rahmen einer Notfallbehandlung***, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 110 % des Umfangs des Vorjahres) hinausgehen.

Begründung:

Die in Abs. 1 Pkt. 2 genannte kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen bei Patient*innen mit gesetzlicher Unterbringung kann nicht als relevante Größe für einen Ausnahmetatbestand herangezogen werden.

Der Anteil der Patient*innen mit Notfallbehandlungen macht ca. 70 % der Aufnahmen in einer psychiatrischen Klinik oder Abteilung aus. Hiervon ist lediglich ein kleiner Anteil gesetzlich untergebracht gem. PsychKG oder nach dem Betreuungsrecht. Moderne psychiatrische Behandlung beinhaltet neben vielem Anderen auch die Begegnung auf Augenhöhe und die Stärkung einer partizipativen Entscheidungsfindung. Hierdurch gelingt es in vielen Fällen selbst bei Notfallbehandlungen auf eine gesetzliche Unterbringung zu verzichten. Dennoch kann es mitunter zu nicht steuerbaren Belegungsspitzen durch Notfallbehandlungen kommen, ohne dass sich der Anteil der untergebrachten Patient*innen erhöht.

Des Weiteren ist der in Abs. 2 genannte Kalendermonat als Bezugsgröße nicht zielführend, da sich weder *kurzfristig krankheitsbedinge Personalausfälle* noch kurzzeitig stark erhöhte Notfallbehandlungen an die Kalendermonatsgrenze halten. Wir sprechen uns hier für den Formulierungsvorschlag der DKG aus.

§ 11 Nachweisverfahren

Wie bereits in unserer Stellungnahme zur Erstfassung der PPP-RL ausgeführt sehen wir eine erhebliche Gefahr in der kleinteiligen Nachweispflicht mit Monats- und Stationsbezug (PPP-RL Anlage 3 Teil B) bzw. Standort und Quartalsbezug (PPP-RL Anlage 3 Teil A). Durch den hohen Anteil von Akut- und Notfallbehandlungen sind Einsatzplanungen mit starrem Stations- und Monatsbezug, insbesondere bei nicht Ausnahmetatbestand-relevanten Personal- und Belegungsschwankungen, nicht zu managen. Innovative Versorgungsmodelle wie z.B. integrierte tagesklinische Behandlungen, ACT-Behandlungen im häuslichen Umfeld oder ambulante Intensivbehandlungen lassen den Stationsbezug als relevante Größe nicht mehr zu. Die Gefahr von Personalallokationen im stationären Bereich mit Ausbluten von stationsungebundenen Leistungen entsprechen nicht der Intention des Gesetzgebers, der an verschiedenen Stellen die Bedeutung Sektor-übergreifender Behandlungsangebote für schwer psychisch kranke Menschen unterstreicht. Die im vorliegenden Beschlussentwurf komplexen, im Hinblick auf Zeit und Bezug kleinteiligen, Personalnachweise führen zu einem Erstarren des psychiatrischen Versorgungssystems im Krankenhaus. Der nunmehr vorliegende Beschlussentwurf mit weitreichenden Sanktionierungen mit Vergütungswegfall, wie sie vom GKV-Spitzenverband in § 3 Abs. 3 ff aufgeführt werden, ist rundum abzulehnen.

Begründung:

Zusammen mit den vorgenannten Fehlanreizen für eine Personalallokation in der stationären Versorgung und den erheblichen finanziellen Einbußen sehen wir ein hohes Risiko für all jene psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungspsychiatrien, die aufgrund von Fachkräftemangel, aufgrund ihrer besonderen regionalen Verortung oder aufgrund von erheblichen Belegungsschwankungen über einen längeren Zeitraum nicht in der Lage sind, den Mindestanforderungen Folge zu leisten.

Dies kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein!

§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Die BDK spricht sich auch weiterhin gegen belegungs- und vergütungsrelevante Durchsetzungsmaßnahmen aus und fordert einen gestuften Beratungsprozess (s. a. Anlage 1).

Begründung:

Dem Bundesgesundheitsministerium, welches darauf hingewiesen hat, dass die Folgen von Nichteinhaltung der Mindestvorgaben im Verhältnis sein müssen, wird aus unserer Sicht durch den vorgelegten Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes nicht Folge geleistet.

Im Gegensatz zur somatischen Medizin, wo lediglich für spezialisierte Behandlungsleistungen besondere Mindestanforderungen gestellt werden, würde durch den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes nicht spezielle Behandlungseinheiten, sondern die gesamte psychiatrische Versorgung von der Schließung bedroht werden bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen.

In § 13 schlägt die DKG vor, dass auf der Ortsebene zwischen Krankenhaus und an den Budgetverhandlungen beteiligte Krankenkassen (Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG) einerseits eine Budgetvereinbarung treffen und andererseits Durchsetzungsmaßnahmen umsetzen bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen. Neben einem Dialog und der Prüfung von Verbesserungspotentialen wird der Vergütungswegfall berechnet und mit einem Eurobetrag belegt.

Aus Sicht der BDK wird hierdurch einerseits die inhaltliche Weiterentwicklung zur Verbesserung der Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungen befördert und andererseits die Nichteinhaltung von Mindestanforderungen sanktioniert, wie vom Gesetzgeber gefordert.

Aus unserer Sicht ist es dabei aber zwingend erforderlich, dass ein über die Mindestvorgaben hinausgehendes **Plus von 5-10 % in allen Berufsgruppen gesichert refinanziert** wird, um einerseits Schwankungen in der Belegung, die nicht das Ausmaß eines Ausnahmetatbestandes haben, und kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle ausgleichen zu können, ohne dass die Kliniken und Abteilungspsychiatrien in eine finanzielle Abwärtsspirale eintreten.

Für den Vorstand der Bundesdirektorenkonferenz

[redacted]

Dr. med. Sylvia Claus
BDK-Vorsitzende
Stellvertretende Ärztliche Direktorin
Pfalzklinikum AdöR
Chefärztin der Klinik für Psychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
Klingenmünster

Bundesdirektorenkonferenz
Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.

Anlage 1:
BDK Stellungnahme vom 11.07.2019 zur PPP-RL: Erstfassung

Anlage 2:
Gemeinsame Kernpositionen der Verbände (Stand 10.09.2019) zur PPP-RL: Erstfassung

Literatur:
Hodek JM, Scholz S, Vieten B, Greiner W (2011)
Tätigkeitsanalyse im ärztlichen und pflegerischen Dienst
Nervenarzt 82: 351-359

Blume A, Brückner-Bozetti P, Steinert T (2018)
Tätigkeiten ohne Patientenkontakt
Nervenarzt 89: 814-820

Putzhammer A, Senft I, Fleischmann H et al. (2006)
Der Arbeitsalltag von Ärzten im Stationsdienst: Eine Tätigkeitsanalyse in psychiatrischen Versorgungskliniken
Nervenarzt 77: 372-376

Bundesdirektorenkonferenz
Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V.

11.07.2019

An den
Gemeinsamen Bundesauschuss
mail to: qs@g-ba.de

Stellungnahme
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik
(RL-PPP): Erstfassung

Die Bundesdirektorenkonferenz bedankt sich für das im Nachhinein eingeräumte Stellungnahmerecht zur obengenannten Richtlinie und kommt der entsprechenden Aufforderung fristgerecht nach.

Als Verband der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (Bundesdirektorenkonferenz, BDK) lehnen wir den vorliegenden Beschlussentwurf grundsätzlich ab, da er weder dem gesetzlichen Auftrag einer Maßnahme zur Sicherung der Qualität gerecht wird, noch die gesetzlich geforderte Umsetzung einer leitlinienorientierten Behandlung und damit die namentlich im PsychVVG genannte Weiterentwicklung der Versorgung befördert. Mehr als 3 Jahre nach Inkrafttreten des PsychVVG bleibt die vorliegende Personalrichtlinie PPP weit hinter den Erwartungen aller klinisch tätigen Experten zurück: die in Auftrag gegebene Erhebungsstudie hat bis zum heutigen Zeitpunkt keinerlei verwertbare Daten geliefert, die Erkenntnisse aus den verschiedenen Expertenrunden finden in der Richtlinie keine Berücksichtigung und das Studium der nationalen und internationalen Literatur zum Thema Personalmindestvorgaben blieb ebenfalls ergebnislos. Auf die Einsetzung einer von Anfang an von vielen klinisch tätigen Wissenschaftlern geforderte Expertenkommission wurde verzichtet und zuletzt wurden im Stellungnahmeverfahren die für die klinische Praxis in den psychiatrischen Kliniken relevanten Verbände weitestgehend ausgeschlossen. Statt der Umsetzung eines zukunftsträchtigen Personalbemessungskonzeptes wird die verbindliche Umsetzung einer 30 Jahre alten Verordnung empfohlen. Die einzige Innovation besteht in der massiven Steigerung der Nachweispflichten für die Struktur der behandelten Patienten und des vorgehaltenen Personals, d.h. mehr Dokumentationsaufwand und ein deutlicher Eingriff in einen flexiblen Personaleinsatz.

Vor diesem Hintergrund kann aus Sicht der BDK die bis zum 31.12.2019 zu beschließende Richtlinie PPP allenfalls eine Übergangslösung darstellen; diese muss später zwingend von einem Personalbemessungsinstrument abgelöst werden, welches eine am Patientenbedarf orientierte, settingunabhängige, leitliniengerechte Behandlung ermöglicht, einer regelmäßigen dynamischen Anpassung unterliegt und

welches nicht zuletzt auch die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung nachhaltig sicherstellt. Von allen derzeit erarbeiteten Modellen scheint dies mit dem sog. Plattformmodell (Hauth et al. 2019) am ehesten realisierbar zu sein, welches von einer breiten Allianz der relevanten Fachgesellschaften und Verbänden, einschließlich solcher die Krankenhausträger, Angehörige und Patienten vertreten, entwickelt wurde.

Die Gültigkeitsdauer der jetzt zu beschließenden Übergangsregelungen sollte längstens 3 Jahre, also bis zum 31.12.2022 betragen, da in der vorliegenden Richtlinie der wesentliche Änderungsbedarf bezüglich der 30 Jahre alten PsychPV nicht adressiert wird, der sich durchveränderte Anforderungen an Diagnostik, Behandlung, Aufklärung, Psychotherapie, Entlassmanagement, aktueller Berufsgruppenmix u.v.m. ergibt.

Für die Übergangszeit ist ab dem 01.01.2020 die unmittelbare lineare Anhebung der Personalausstattung von jeweils 5% PsychPV in den nächsten 3 Jahren über alle Berufsgruppen hinweg auf das Niveau von 115% PsychPV erforderlich u.a. aufgrund der Verkürzung der Verweildauern, der massiv erhöhten Anforderung an die Dokumentation, einer Zunahme patientenferner Tätigkeiten aber auch aufgrund der Integration psychotherapeutischer Behandlungselemente und trialogischer Aktivitäten in allen Settings und der Stärkung von Patientenrechten.

Die BDK spricht sich für die Entwicklung einer zukunftsorientierten Personalrichtlinie unter Einbeziehung einer unabhängigen Expertenkommission in einem verbindlichen Zeithorizont aus (§1 Absatz (3)). Für die Übergangszeit bedarf es der Anhebung der Personalausstattung aus medizinischen und rechtlichen Aspekten.

Unter der Prämisse einer Übergangsregelung (Stufe 1, §1 (3) DKG/DPR/BPtHK/LV) bezieht die BDK Stellung zu einigen Kernpunkten der Richtlinie:

§2 Grundsätze

Unbestritten stellte die Einführung einer Personalverordnung in der Psychiatrie (PsychPV) den wesentlichen Baustein für die Veränderung der psychiatrischen Versorgung dar, die mit der Psychiatrie-Enquete verfolgt wurde. Die Voraussetzungen für die Weiterentwicklung einer eher verwahrenden und sichernden Psychiatrie hin zu einer modernen medizinischen Disziplin mit zunehmender Ausdifferenzierung des Fachgebietes wurde erst durch die PsychPV geschaffen, um für Patienten in jedem Setting eine evidenz-basierte qualitätsgesicherte Behandlung zu gewährleisten. Insofern ist es nur konsequent, dass der Gesetzgeber auch im PsychVVG verbindliche Mindestvorgaben für das Personal fordert, die - laut Gesetzestext - einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten sollen. Die Umsetzung einer solchen Behandlung und das dafür erforderliche Personal steht im engen Zusammenhang mit den jeweiligen Behandlungskonzepten, mit der Struktur und Organisation der Klinik (z.B. Abteilungspsychiatrie versus Fachklinik, gemischte versus spezialisierte Stationen), mit regionalen Besonderheiten (z.B. Größe des Einzugsgebietes, Anteil der

Patienten mit Migrationshintergrund, psychosoziale Risikofaktoren wie Arbeitslosenquote, Wohnungslosigkeit u.v.m.) oder auch mit dem Anteil der richterlich untergebrachten Patienten. Diese teilweise auch im Jahresverlauf variierenden Faktoren (z.B. saisonale Häufung einzelner Störungsbilder) machen eine Flexibilisierung der Personalausstattung innerhalb der einzelnen Klinik unabdingbar. Starre, stationsbezogene Personaluntergrenzen stehen im Widerspruch zu den genannten Notwendigkeiten und führen zwangsläufig zu einer Verschlechterung der Versorgung, insbesondere, wenn sie mit einer kleinteiligen Nachweispflicht und Sanktionen einhergehen, wie in der Richtlinie-PPP vom GKV-SV vorgesehen.

Die BDK spricht sich gegen Personaluntergrenzen aus (§2 (2)), die lediglich der Patientensicherheit dienen, und fordert an der Qualität ausgerichtete Personalmindestvorgaben.

Noch komplexer wird die Versorgungslandschaft, wenn es um die Zeiträume außerhalb der Regelarbeitszeit geht: veränderte Arbeitszeitmodelle, insbesondere der ärztlichen Kollegen, Fachkräftemangel mit der Notwendigkeit die Berufsgruppen flexibel einzusetzen, interprofessionelle Zusammenarbeit und sich daraus ergebende Kommunikation- und Abstimmungsbedarfe prägen den klinischen Alltag. In vielen Kliniken müssen Dienstzeitmodelle flexibel angepasst werden vor dem Hintergrund von Fachkräftemangel und gestiegenen Ausfallszeiten, immer mit dem Ziel, die Patientenversorgung sicherzustellen und Ressourcen für die Krisen- und Notfallbehandlung im Rahmen der regionalen Versorgungspflicht vorzuhalten. Kliniken brauchen wie bisher die Möglichkeit, in diesen Zeiträumen den Einsatz des Personals für die Patientenversorgung eigenverantwortlich planen zu können.

Die BDK spricht sich für Personalmindestvorgaben im Regeldienst am Tag ohne Berücksichtigung der Ausfallszeiten aus (§2 (3)). Nachtdienste und Ausfallzeiten sollen auch zukünftig in den Budgetgesprächen auf der Ortsebene verhandelt werden.

Wie in den somatischen Disziplinen ist die Ausdifferenzierung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie vorangeschritten und findet auf Abteilungsebene (z.B. Gerontopsychiatrie, Suchtmedizin, Psychosomatik usw.) oder Stationsebene (regionale Zuordnung, störungsspezifische Zuordnung usw.) ihren Niederschlag. Orientiert am Bedarf der Patienten erfolgen tagesklinische Behandlungen integriert in der Klinik oder in den Tageskliniken in den Gemeinden, werden Akutbehandlungen vollstationär in der Klinik oder stationsäquivalent im Lebensumfeld der Betroffenen durchgeführt. Regional und saisonal variieren die Bedarfe an spezialisierten Behandlungsangeboten (z.B. affektive Störungen, aber auch Suchterkrankungen und hirnorganische Störungen), die für die Kontinuität der Behandlungsqualität unter Umständen kurzfristige Wechsel und Umsetzungen von Personal erforderlich machen. Dies hat sich in vielen Kliniken bewährt und sichert die konsequente Orientierung an den Behandlungsleitlinien und den individuellen Patientenbedarfen.

Die BDK spricht sich deshalb für den Personalnachweis auf Einrichtungsebene im Jahresdurchschnitt aus (§2 (5)).

§3(DKG)/ §4 (GKV-SV/PatV) Behandlungsbereiche

Seit dem 01.01.2018 können Patienten neben vollstationären/teilstationären/ ambulanten Behandlungen stationsäquivalent unter Einbeziehung der individuellen Lebenswelt im häuslichen Umfeld behandelt werden. Dies ist besonders zu begrüßen, da mit dem PsychVVG die sektorenübergreifende Behandlung gestärkt wurde und diese nun in StäB regional übergreifend in die Umsetzung gegangen ist. Hier zeigt sich, dass neben der allgemeinpsychiatrischen auch fachspezifische Behandlungen von Patienten mit gerontopsychiatrischen oder suchtmedizinischen Erkrankungen ausgesprochen sinnvoll sind und entsprechend in den Personalmindestvorgaben Berücksichtigung finden müssen.

Die Organisation der psychosomatischen Behandlung unterscheidet sich in den Kliniken erheblich: neben Fachabteilungen für Psychosomatik werden psychosomatische Schwerpunktstationen oder aber auch psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienste vorgehalten. Die Erfordernisse psychosomatischer Behandlungen stehen in engem Zusammenhang mit dem jeweiligen Behandlungsumfeld (z.B. Psychoonkologie, intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeiten bei schweren Essstörungen, Krankheitsbewältigung bei Autoimmunerkrankungen etc.). Die Abbildung der Psychosomatik sollte Gegenstand der zukünftig zu entwickelnden Personalrichtlinie sein.

Die BDK spricht sich während der Übergangsregelung neben dem Erhalt aller in der PsychPV abgebildeten Behandlungsbereiche (betrifft A4/S4/S5/G4/G5) für die Einführung der fachspezifischen Behandlungsbereiche A9, S9 und G9 (stationsäquivalente Behandlung) aus.

§10 Nachweisverfahren und Durchsetzungsmaßnahmen (§12 DKG/§17 GKV-SV)

Im vorliegenden Beschlussentwurf der Richtlinie PPP spricht sich der GKV-SV für einen stationsbezogenen monatlichen Nachweis der Mindestvorgaben aus. Wie bereits unter §2 ausgeführt, birgt dies die Gefahr einer nicht am Patientenbedarf ausgerichteten starren stations- und monatsgenauen Einsatzplanung, insbesondere wenn die Durchsetzung der Maßnahme mittels Sanktionen erfolgt (Reduzierung der Leistungsmenge und Wegfall des Vergütungsanspruches, **§ 17 GKV-SV (3) und (5)**).

Psychiatrische Kliniken, insbesondere dann, wenn sie an der Pflichtversorgung teilnehmen, zeichnen sich durch einen hohen Anteil an Akut- und Notfallbehandlungen aus. Die Anzahl der elektiven Aufnahmen in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit Pflichtversorgung ist hingegen vernachlässigbar.

Patienten mit akuter Fremd- oder Eigengefährdung werden rund um die Uhr an allen Tagen (24h/365d) aufgenommen und benötigen eine personalintensive Behandlung

und Betreuung in der Aufnahmesituation und in den Tagen danach. Die Mehrzahl aller anderen Patienten kommt ebenfalls als Notfall und bedarf einer sofortigen Aufnahme bei bestehender Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Um diesen Aspekten gerecht zu werden, bedarf es gut qualifizierten Fachpersonals in auskömmlicher Menge mit flexiblen Einsatzmöglichkeiten. Dabei ist es wesentlich, dass möglichst viel klinisches Personal möglichst viel Zeit unmittelbar am Patienten verbringen kann und nicht weitere Ressourcen für die Dokumentation der Personaleinsätze im Rahmen einer kleinteiligen Nachweispflicht verbraucht werden.

Die BDK spricht sich gegen belegungs- und vergütungsrelevante Durchsetzungsmaßnahmen und für einen gestuften Beratungsprozess durch Fachkommissionen aus (§12 DKG (1) – (10)). Die berufsgruppenspezifischen Personalnachweise sind einrichtungs- und jahresbezogen vorzulegen.

Die BDK wird sich an der Weiterentwicklung eines zukunftsorientierten Personalbemessungsinstrumentes, wie es im Plattformmodell vorliegt, beteiligen um die Versorgung in den Kliniken auch im Hinblick auf medizinethische Aspekte sicherzustellen, Behandlungsleitlinien im klinischen Alltag weiter zu implementieren und innovative settingübergreifende Behandlungskonzepte am Bedarf der Patienten auszurichten. Der vorliegende Beschlussentwurf der Richtlinie PPP birgt aus Sicht der BDK weitreichende Gefahren und das Risiko einer kontinuierlichen Verschlechterung der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. Das war und ist nicht die Intention des Gesetzgebers!

[redacted]

Dr. Sylvia Claus
Vorsitzende BDK
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Pfalzklinikum AdöR
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
[redacted]

Literatur:

Hauth I, Brückner-Bozetti P, Heuft G, Kölch M, Löht M, Richert A, Deister A (2019)

Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen Ein patientenorientiertes und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung

Nervenarzt 90: 285-292

Gemeinsame Kernpositionen zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Aus Sicht der Organisationen

- Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e. V. (BPM)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG KJPP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie)
- Bundesdirektorenkonferenz e. V. (BDK)
- Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BApK)
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE)
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)
- ChefärzteInnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik e. V. (DATPPP)
- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
- Deutsche DepressionsLiga e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP)
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e. V. (DMtG)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
- EX-IN Deutschland e. V.
- Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)
- Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (LIPPs)
- Pandora – Selbsthilfeverein für Psychiatrie Erfahrene e. V.
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)
- Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e. V. (WFKT)

sind die folgenden substanziellen Änderungen der Richtlinie unabdingbar:

1. Verbindliche Weiterentwicklung der Richtlinie

Es ist festzuschreiben, dass die Richtlinie in der ersten Stufe nur eine Übergangslösung beschreibt und mit einem verbindlichem Zeitplan zu einem zukunftsfähigen Personalbemessungsinstrument [1] weiterentwickelt wird, welches geeignet ist, eine den Leitlinien und Menschenrechten gerechte Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Erfüllung der Vorgaben des Psych-VVG zu garantieren.

2. Anpassung der Personalmindestvorgaben an die aktuellen ethischen, medizinischen und rechtlichen Standards

Die Psych-PV kann zwar als Grundlage der übergangsweisen Personalmindestvorgaben dienen, ihre Vorgaben müssen aber sofort quantitativ an die durch die Leitlinien vorgegebenen aktuellen ethischen, medizinischen und rechtlichen Standards inklusive der UN-BRK und höchstrichterlicher Urteile angepasst und finanziert werden. [2] Es ist eine lineare Erhöhung der Minutenwerte vorzunehmen, um der Weiterentwicklung der Versorgung der letzten 30 Jahre gerecht zu werden.

3. Sicherstellung der leitliniengerechten Versorgung und menschenrechtskonformen Behandlung

Die Richtlinie muss den Menschenrechten entsprechende und leitlinienorientierte Personalmindestvorgaben machen. Die neuen Personalmindestvorgaben sollen in der Übergangszeit bis zur Etablierung eines zukunftsfähigen Personalbemessungsinstrument nach den bestehenden Regeln des Psych-VVG kontrolliert und nachgewiesen werden.

4. Unterstützung bei der Erfüllung der Personalmindestvorgaben

Es muss ein differenziertes und auf die Erreichung der Qualität ausgerichtetes System von Maßnahmen vorgesehen werden, welche die Kliniken angesichts von hohen Ausfallquoten und Fachkräftemangel bei der Erfüllung der Umsetzung der leitliniengerechten und menschenrechtskonformen Versorgung unterstützt. Das bisher im G-BA vorgeschlagene Sanktionssystem gefährdet die regionale Versorgung und wird deshalb abgelehnt.

---

[1] Ein solches Modell wurde von der Plattform Personalbemessung der psychiatrischen und psychosomatischen Fachgesellschaften und Verbände entwickelt und publiziert.

[2] Derzeit hat die Psych-PV in der Psychosomatik keine Gültigkeit. Die Vorgaben ab 1.1.2020 müssen die Psychosomatik adäquat berücksichtigen.

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege

DFPP

Stellungnahme der DFPP e.V. zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP e.V.) hat sich zur PPP-RL mit ihrer Stellungnahme vom 19.11.2019 geäußert. Die DFPP dankt für die Möglichkeit, sich nun zum „Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ äußern zu können.

Die DFPP bedauert ausdrücklich, dass in der Überarbeitung der Richtlinie anscheinend viel Energie in Fragen von Nachweisen und Dokumentation geflossen ist, aber in kleinster Art und Weise die am 19.11.2019 geforderten Anpassungen der Minutenwerte an die vorhandene Evidenz, die Aktualisierung der Tätigkeitesprofile sowie die ethisch gebotenen Aspekte der Patientenversorgung eingeflossen sind.

Die DFPP wird, vertreten durch Herrn Prof. Dr. Michael Löhr, am Anhörungstermin (21.09.2020) zugegen sein.

Zu den Paragrafen:

§ 1 Absatz 3, vorletzter Satz

Eine erste Anpassung dieser Richtlinie gemäß § 14 erfolgt mit Beschluss zum 30. September 2021 (GKV-SV, PatV, BPtK, DPR)

Die DFPP schließt sich dem GKV-SV, PatV, BPtK, DPR an.

Begründung:

Die PPP-RL soll alle zwei Jahre fortgeschrieben werden und der Handlungsdruck ist so hoch, dass hier weitere Verzögerungen nicht tolerabel sind. Erste Schritte für eine Anpassung aller Minutenwerte an die Patientenbedarfe und Therapieerfordernisse sowie für die Fortschreibung der Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen müssen möglichst zeitnah erfolgen.

§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen Absatz 5 Satz 4

6.) b) Eine Anrechnung anderer in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1 a und 2 b ist ausgeschlossen.

Der beantragten Streichung durch die DKG und der BPtK wird zugestimmt.

Begründung:

Durch den aktuellen Richtlinientext gibt es keine Möglichkeit, Unterstützungsleistungen für den ärztlichen Dienst anzurechnen. Die einzige Möglichkeit, die der aktuell gültige Richtlinientext vorsieht ist eine Anerkennung über die Psychologinnen und den Psychologen. Diese können einerseits quer zu den ärztlichen Kollegen angerechnet werden. Das bedeutet im Endeffekt, dass der geringe Zuwachs an Psychologinnen und Psychologen durch evtl. Unterstützungsleistungen im ärztlich-therapeutischen Dienst wieder aufgezehrt wird. Die Anerkennung von Hilfskräften über den pflegerischen Dienst, oder die Spezialtherapeuten ist im aktuellen Richtlinientext ausgeschlossen und dieser Ausschluss sollte auch weiterhin so Bestandteil der Richtlinie sein. Die Geschichte zeigte, dass in den letzten Jahrzehnten immer wieder Unterstützungsleistungen, die nicht der Kernleistung der Patientenversorgung entsprachen, aus den großen Berufsgruppen finanziert und damit quersubventioniert wurden. Aus diesem Grund sollte eine Anerkennung von Hilfsleistungen über den ärztlichen Dienst möglich sein.

6.) c) *wird zugestimmt.*

6.) d) *Satz 4/5 wird zugestimmt unter der Maßgabe, dass für die Psychosomatik die gleichen definierten Anrechnungsmöglichkeiten gelten wie für die Psychiatrie. Eine abweichende Anerkennung der Anrechnungsmöglichkeiten ist für den Pflegedienst nicht notwendig. Dies gilt in Ergänzung der zu definierenden Prozentanteile der Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 a und 2 b. Es wird weder dem Vorschlag der DKG noch dem Vorschlag des GKV-SV, BPtK und der PatV entsprochen.*

Dem Vorschlag der DKG, dass maximal 20 % der VKS-Mind. wird ***deutlich widersprochen****. Ebenfalls* ***widersprechen*** *wir dem Vorschlag des GKV-SV sowie der BPtK sowie den PatV, die zwar eine Anerkennung von nur maximal 6 % der VKS fordern, hierbei aber Hilfskräfte anderer Berufsgruppen mit eingerechnet werden können.*

Begründung:

Die PPP-RL steht für eine Mindestvorgabe an Fachkräften. Diese überarbeitete Richtlinie beinhaltet noch keine Anpassung der Minutenwerte an die aktuelle Evidenz und entspricht weitgehend den Minuten auf Grundlage der Evidenz von vor ca. 30 Jahren (Psych-PV). Die Erhöhung im Pflegedienst in den Bereichen A2, S2 und G2 würdigt in Ansätzen die Zusatzaufwände, die im Kontext der (auch aufgrund rechtlicher Vorgaben) enorm angestiegenen Zeiten für 1:1-Betreuungen erforderlich sind. Dies ist eine marginale Anpassung

an die notwendige Versorgungsrealität gewesen und stellt noch keine adäquate Personalbemessung dar. Mit der Abschmelzung eines Fachkräfteniveaus um 20 % verringert man die notwendigen pflegerischen Fachpersonen, die in der Versorgung von Menschen in stationärer und teilstationärer psychiatrischer Behandlung notwendig sind.

Schließlich handelt es sich bei dieser Richtlinie um eine Mindestbesetzung. Eine solche, wie die hier vorgeschlagene Regelung, stellt die Gefährdung der Patientenversorgung dar und diskreditiert in jeglicher Art und Weise den Versorgungsauftrag der psychiatrischen Pflege, der sich schließlich (und im Gegensatz zu allen anderen Berufsgruppen) in der Versorgung von 168 Stunden in der Woche und nicht in 40 Stunden in der Woche zeigt. Ebenfalls widersprechen wir dem Vorschlag des GKV SV sowie BPtK sowie PatV, die zwar eine Anerkennung von nur maximal 6 % der VKS fordern, hierbei aber Hilfskräfte anderer Berufsgruppen mit eingerechnet werden können. Dies gleicht faktisch einer „Selbstbedienungsoption“ im Bereich professioneller Pflege, die ebenfalls die Behandlungsleistung der psychiatrischen Pflege diskreditiert und die Patientenversorgung gefährdet.

<u>Für die Anerkennung macht die DFPP folgenden Vorschlag</u>:

Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 b und 2 b in Höhe von maximal 5 % der VKS-Mind. Hierbei können Hilfskräfte innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden angerechnet werden, solange diese in der direkten und indirekten Patientenversorgung tätig sind und im stationären Kontext in der Hilfestellung der professionell Pflegenden eingebunden werden. Administrative Hilfestellungen wie zum Beispiel die Kodierung, das Medizincontrolling oder Schreibtätigkeiten nach Diktaten sind von dieser Anrechnungsmöglichkeit ausgeschlossen.

Absatz 5, Vorschlag der DKG

„In jeder Einrichtung kann je nach Berufsgruppe mindestens ein halbes Vollzeit Äquivalent angerechnet werden“

Dieser Ergänzung stimmt die DFPP nicht zu.

<u>Begründung:</u>

Die Argumentation der DKG ist richtig, dass in kleinen Tageskliniken Vollzeitäquivalente entstehen, die nicht einmal einer 0,5 VK entsprechen. Dies kann aber nicht dazu führen, dass aus anderen Berufsgruppen Anrechnungsprozedere geschaffen werden Die Tageskliniken sind seit Beginn der Psych-PV unterfinanziert. Dies ist seit etlichen Dekaden bekannt. Die Minutenwerte sind durch diese Richtlinie nicht angepasst worden. Daher wäre eine Anerkennung von Vollzeitäquivalenten eine reine Mängelverwaltung und entspricht nicht dem Personalbedarf, der heute für eine tagesklinische Behandlung notwendig

ist. Daher sollten grundlegend die Minutenwerte für die tagesklinische Behandlung angepasst werden und kein Flickenteppich im Sinne von Verschiebungen entsteht, die die Unterfinanzierung mit Personalstellen nicht grundlegend verändert.

§10 Ausnahmetatbestände

7.) a) *Dem Vorschlag der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft zu Absatz 2 wird zugestimmt.*

Begründung:

Die von der GKV-SV dargestellten Veränderungen sind mit zu viel Dokumentation verbunden. Die hierüber geforderten Nachweise sind aus Sicht der DFPP nicht zielführend.

7.) b) *Die Änderung des Absatz 3 der DKG, BÄK, BPtK, DPR wird durch die DFPP unterstützt.*

Begründung:

Durch die Corona bedingten Veränderungen in psychiatrischen Kliniken, die dem Infektionsschutz Rechnung tragen, haben sich die Prioritäten in der Versorgung und Verwaltung verschoben. Daher ist die Ergänzung der genannten Verbände zwingend erforderlich.

§11 Nachweisverfahren

8.) c) *Die Ergänzung des GKV-SV, PatV „in der Anzeige nach Satz 1 sind die konkreten nicht erfüllten Mindestanforderungen aufzuführen und die Voraussetzung gegeben falls vorliegender Ausnahmetatbestände nach § 11 nachzuweisen“, wird durch die DFPP unterstützt.*

Begründung:

Diese Richtlinie soll zu einer besseren Patientenversorgung führen und Strukturqualität im Sinne von Personal nachweisen. Dementsprechend gehören auch im Sinne einer Qualitätsorientierung die konkreten nicht erfüllten Mindestanforderungen dazu.

8.) cc) *Die DFPP unterstützt die Formulierung der DGK, BPtK, DPR.*

Begründung:

Die Begründung ist im Zusammenhang mit § 10 Ausnahmetatbestände Absatz 3 zu sehen.

§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

9.) *Die DFPP votiert weder für die Vorschläge der DKG, BÄK noch für den der GKV-SV, PatV.*

Begründung:

Der Vorschlag der DKG bzw. BÄK ist der DFPP zu weit formuliert. Mit vielen formulierten Aspekten bleibt ein tatsächlicher Nachweis der Mindestvorgaben aus und Sanktionen sind nur bedingt, wenn überhaupt durchsetzbar. Der Vorschlag des GKV-SV sowie der PatV ist punktuell zu differenziert und bringt implizit eine hohe Verwaltungssaufwand mit sich, damit die geforderten Nachweise und damit verbundenen Folgen erbracht werden können, bzw. umgesetzt werden können.

Auch an dieser Stelle wird deutlich, dass in der Überarbeitung der Richtlinie Fragen von Nachweisen und Dokumentation anstelle der Anpassung der Minutenwerten im Fokus stehen. Der § 13 ist ein gutes Beispiel dafür, dass sich weiterhin im klein-klein der Mängelverwaltung probiert wird, ohne tatsächlich die Patientenversorgung im Sinne einer der Evidenz, der UN-BK und Gesetzesvorgaben entsprechenden Mindestpersonalausstattung verbessert zu haben.

§ 14 Anpassung der Richtlinie

Absatz 2 Satz 1

10.) a) *die DFPP stimmt den Änderungen der DKD, BÄK, BPtK, DPR zu.*

Begründung: Siehe oben.

10.) b) In Satz 2, so der Antrag der PatV wird nach dem Wort „jugendlichen Psychotherapeuten“ der Spiegelstrich „– die Regelaufgaben der Genesungsbeleiter“ eingefügt.

Diese Ergänzung wird durch die DFPP unterstützt.

Begründung:

Es hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass der Einsatz von Genesungsbegleitern/Genesungsbegleiterinnen einen Mehrwert in der Behandlung darstellt. Allerdings stellt der Begriff Genesungsbegleiter / Genesungsbegleiterin einen nicht definierten Berufsabschluss dar. Daher sollte bei der Ergänzung über die notwendige Qualifikation nachgedacht werden.

§ 16 Übergangsregelungen

11.) Die DFPP stimmt allen, mit Ausnahme des angefügten Absatz 6, Änderungsvorschlägen der DKG zu.

Begründung: siehe oben.

Ulm, den 03.09.2020

[redacted]

Dorothea Sauter
Präsidentin

[redacted]

Prof. Dr. rer. medic Michael Löhr
Delegierter des DFPP Präsidiums

[redacted]

[redacted]

Uwe Genge
Stellv. Präsident

[redacted]

[redacted]

Michael Mayer
Stellv. Präsident

[redacted]

STELLUNGNAHME

DGSP Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

DGSP-Stellungnahme zur Änderung der PPP-Richtlinie in der Fassung vom 05.08.2020

Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) nimmt das Stellungnahmerecht zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wahr.

DGSP-Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Die Richtlinien-Fassung vom 05.08.2020 wird aus Sicht der DGSP weiterhin dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V an den G-BA nicht gerecht, Mindestvorgaben zur Personalausstattung vorzulegen, die evidenzbasiert sind und zu einer leitliniengerechte Versorgung beitragen. Es werden lediglich Mindestvorgaben im Sinne einzuhaltender Untergrenzen beschrieben. Die Minutenwerttabellen in Anlage 1 sind ausschließlich für teilstationäre psychosomatische Leistungen ausgeweitet worden. Die Regelversorgung ist auf dem Stand der aktuell geltenden Richtlinie vom Vorjahr.

Das notwendigerweise ausreichend vorhandene Personal der verschiedenen Fachdisziplinen sowie die Genesungsbegleiter sind die wichtigste Ressource zur Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen. Das Personal begleitet, behandelt und schützt Menschen in Krisen und steht jederzeit mit hoher Verantwortung unterstützend zur Verfügung. Es geht nicht nur darum, die Psych-PV zu überarbeiten, es geht darum, Menschen die bestmögliche Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen anbieten zu können.

Wir können nicht erkennen, in wie weit die hier vorgeschlagene Änderung die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Krisensituationen verbessern kann. Vielmehr sehen wir durch die vielfältigen Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben die stationäre Versorgung besonders für schwerst erkrankte Menschen erheblich gefährdet. Dabei muss beachtet werden, dass durch die Arbeitsmarktsituation in vielen Regionen gar nicht ausreichend Personal zur Verfügung steht. Andererseits gibt es ökonomische Anreize, die Personalkosten gering zu halten, sei es durch eine quantitative Geringbesetzung, sei es durch qualitative Einschränkungen. Es fehlen nach dem Scheitern der sogenannten Wittchen-Studie vor allem weiterhin wissenschaftliche Erkenntnisse als Grundlage der Richtlinie.

Allgemein erweckt die Richtlinie den Eindruck, dass hier nicht die Belange der psychisch erkrankten und behandlungsbedürftigen Menschen im Vordergrund stehen sondern ökonomische Partialinteressen. Besonders deutlich wird das in den zahlreichen Dissenspunkten bei den Folgen der Nichteinhaltung in § 13.

Weiterhin bleibt es mit der Änderung die Richtlinie bei der grundsätzlich begrüßenswerten Anerkennung von Genesungsbegleitern sehr unverbindlich. Eine verbindliche Regelung wird die breite Etablierung dieser für die Umsetzung des Recoveryansatzes wichtigen Unterstützungspersonen befördern.

Demgegenüber wird die Psychosomatik gestärkt, wobei hier einige Punkte nicht klar begründet werden: die Bereiche der Psychosomatik P3 und P4 stellen keine Trennschärfe zwischen Psychiatrie und Psychosomatik dar. Es gibt auch keinen erkennbaren Grund der Aufspaltung der Bereich P1 und P2, was sich auch in der fast wortgleichen Begründung zeigt.

Die Nachweispflichten sollten auch wenn die DKG dies aus Gründen des höheren Verwaltungsaufwands ablehnt, stationsbezogen sein, um sicherzustellen, dass Personal auch wirklich dort ankommt, wo es hinge hört. Außerdem befürchten wir einen zu großen Gestaltungszeitraum bezüglich Urlaubs- und Fortbildungszeiten. Diese müssten klar zu benennen und mit den tatsächlichen Bedarfen zu begründen sein.

Ausrichtung und Ausstattung der Hilfen müssen von den Bedarfen der einzelnen betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen gedacht werden, im Krankenhaus ebenso wie in ambulanter Therapie und Wiedereingliederung. Die DGSP fordert einen Prozess der grundlegenden Erarbeitung von Personalbedarfen in den psychiatrischen Hilfssystemen über die stationäre Akutversorgung hinaus. Dabei schließen wir uns der Forderung des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) nach der umfassenden Beteiligung einer trialogischen Expertengruppe mit Vertretern aus Wissenschaft und Praxis an. Dazu sollte baldmöglichst eine Nachfolgestudie zur Wittchen-Studie erstellt werden.

Andere Modelle der Personalbemessung wie die Psych-PV plus von Ver.di oder das Plattform-Modell der DGPPN können Anhaltspunkte für eine grundlegende Neufassung sein. Die DGSP wird sich daran oder an einer trialogischen Expertenkommission gerne beteiligen.

Außerdem wird auch die Fachkraftquote in der Pflege in der Richtlinie nicht berücksichtigt. Eine Fachkraftquote von 30-50 Prozent, idealerweise auch eine Akademisierungsrate von 10 Prozent sollte sichergestellt sein, um eine hochwertige Versorgung und Patientensicherheit zu gewährleisten sowie Zwangshandlungen zu vermeiden.

Des Weiteren möchten wir auf unsere Stellungnahme vom 10. Juli 2019 verweisen.

Der begrenzte Zeitraum zwischen der Veröffentlichung der Änderung am 20. August 2020 und die Frist zur Einreichung der Stellungnahme bis 3. September 2020 lässt kaum Raum für unsere verbandsinterne Kultur der gemeinsamen Meinungsbildung und dem dazu gehörigen Abstimmungsprozess.

Für den Vorstand

[redacted]

Patrick Nieswand (stf. GF)

Köln, 02.09.2020

Stellungnahme

Stellungnahmerecht gemäß 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

§	Text	Kommentierung
§2 Grundsätze (5)	Vorsitzende des UA QS: In den Minutenwerten sind die Zeiten für die Ausbildung und die Fort- und Weiterbildung, Urlaub sowie sonstige Ausfallzeiten, wie etwa krankheitsbedingter Ausfall des Personals, nicht berücksichtigt. Im Rahmen seiner eigenverantwortlichen Personalplanung hat das Krankenhaus demnach sicherzustellen, dass über die vorgegebenen Minutenwerte hinaus auch entsprechendes Personal zur Abdeckung dieser Zeiten vorgehalten wird.]	Diesen Zusatz unterstützen wir ausdrücklich.
§ 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen	Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert: a) Ärzte b) Krankenpflegepersonen, Erzieher (nur KJP) c) Diplom-Psychologen, Master-Psychologen [GKV-SV/PatV: Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten (nur KJP)] d) Spezialtherapeuten [GKV-SV/PatV: (Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten)] e) Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten f) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP)	Ein Berufsbild des Bewegungstherapeuten existiert nicht. Hierfür fehlt eine klare Definition. Laut Bundesagentur für Arbeit gibt es kein geregeltes Berufsbild Bewegungstherapeut. Bewegungstherapie ist Bestandteil der Physiotherapie.

	g) Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)	
§ 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen	[DKG] (2) Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräfte aus den Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen b, d, e, f und g. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern. [GKV-SV/PatV] [in Anlage 4 verortet]	Die Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen für die tatsächliche Personalausstattung sollte hinterfragt werden. Sollte hier nicht die Qualifikation des Personals im Vordergrund stehen, damit die Basis für eine adäquate Behandlung gegeben ist. In § 8: Anrechnung von anderen Berufsgruppen muss mit Erfüllung der Regelaufgaben differenziert nachgewiesen werden.
Anlage 2: Minutenwertetabellen	1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene [DKG: Zeitwerte in Minuten je Woche und Behandlungsbereich] 2. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche	Die für eine Regelbehandlung durch einen Physiotherapeuten vorgegebene Therapiezeit beträgt 28 Minuten pro Woche. Bei Intensivbehandlung 29 Minuten pro Woche. Sowohl aus wissenschaftlichen Veröffentlichungen als auch dem heutigen medizinischen Standard ist bekannt und belegt, wie wichtig regelmäßige Bewegungstherapie als auch aktive Bewegung für den Patienten sein kann. Sofern 28 Minuten auf 5 Wochentage (Arbeitstage/Woche) aufgeteilt werden, bleiben dem Patienten etwas mehr als 5 Minuten aktive Bewegungstherapie pro Tag, was für eine methodisch durchdachte Therapie einen unmöglich zu realisierenden

		kurzen Zeitrahmen steckt. Daher ist es fraglich, wie realistisch die Minutenwerte sind. Ebenso stellt sich die Frage, ob die Therapie in Einzeltherapie oder auch Gruppentherapie durchgeführt werden kann, und ob dies genauer definiert werden sollte.

03.09.2020

DVE
Deutscher Verband der Ergotherapeuten

Deutscher Verband der Ergotherapeuten Becker-Göring-Str. 26/1 76307 Karlsbad

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Vorstand
Standards & Qualität
Birthe Hucke

07248 – 91 81 0
[redacted]

per Mail an **PPP-RL@g-ba.de**

Karlsbad, 12.06.2019

Stellungnahme des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE) zu dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgelegten Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen / Ihr Schreiben vom 20.08.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten fristgerecht die unten stehende Stellungnahme des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. (DVE) zu dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgelegten Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL einreichen.

An der geplanten Anhörung am 21.09.2020 werden wir gerne teilnehmen.

Bitte bestätigen Sie den Eingang dieses Schreibens.

Mit freundlichen Grüßen

[redacted]

Birthe Hucke
Vorstandsmitglied für Standards und Qualität
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE)

Für die Ergotherapie der Zukunft.

DVE
Deutscher Verband der Ergotherapeuten

Stellungnahme des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE)

zu dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgelegten Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Die Psychiatrie ist für Ergotherapeut:innen ein wichtiges Arbeitsfeld und die Ergotherapie für psychiatrische Klient:innen eine bedeutsame Maßnahme, insbesondere in Bezug auf die Teilhabe.
Ergotherapie ist z.B. für Menschen, die an Depressionen erkrankt sind, die am häufigsten angebotene nicht-medikamentöse Therapie in der stationären psychiatrischen Versorgung. Noch vor der Psychotherapie. Dies zeigt eine Ergebung des deutschen Krankhausinstituts. Zu ähnlichen Ergebnissen führte auch die Betrachtung ihrer Einsatzhäufigkeit bei Menschen mit schizophrenen Störungen (vgl. S3-LL Psychosoziale Therapien, 2019: 270f [1i]).

Mit der vorliegenden Stellungnahme möchten wir uns auf die Aspekte konzentrieren, die direkt die Belange der Ergotherapie betreffen. Denn weiterhin müssen wir feststellen, dass die Anliegen der Ergotherapie und damit auch die Anliegen psychiatrischer Klient:innen nahezu unberücksichtigt geblieben sind.

§5 Berufsgruppen / §14 Anpassung der Richtlinie

Bezüglich der Berufsgruppen (§ 5) ist für uns weiterhin nicht nachvollziehbar, dass Ergotherapeut:innen und Vertreter:innen der künstlerischen Therapien unter dem **fragwürdigen und inkonsistent genutzten Begriff der „Spezialtherapeuten" zusammengefasst** werden. Die Ergotherapie und die Berufe der künstlerischen Therapien verfügen jeweils über eine eigenständige Ausbildung, eigene Inhalte, Konzepte sowie Maßnahmen und Methoden. Sie nutzen spezifische Verfahren der Diagnostik, Therapieplanung, -durchführung und Evaluation.
Zeitgemäße Ergotherapie beinhaltet eine Ausrichtung auf Alltags- und Handlungskompetenz. Sie setzt sinnvolle und individuell bedeutsame Betätigungen in der Therapie ein und orientiert sich an der Lebenswelt und dem Alltag der Patient:innen. Dies findet sich bei den künstlerischen Therapien in dieser Form nicht.
Eine Vermischung bzw. Zusammenfassung der Berufe bedeutet, diese Spezifika und die daraus resultierenden Wirkungsunterschiede der Therapien zu ignorieren und den Patient:innen relevante und notwendige Behandlungsmöglichkeiten vorzuenthalten.
Die Zusammenfassung der Berufsgruppen führt zudem zu **Folgeproblemen** z.B. bei dem Thema Anrechnung anderer Berufsgruppen (s.u.), bei den Minutenwerten und auch bei der Aufgabenbeschreibung (Anlage 2). Gerade die Aufgabenbeschreibung macht deutlich, dass keine gemeinsame Darstellung von Ergotherapie und künstlerischen Therapien möglich ist.

[1] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2019) (Hrsg.) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen ErkrankungenS3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie2. Auflage. Berlin: Springer

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. | Becker-Göring-Straße 26/1 | 76307 Karlsbad
Telefon 07248 9181 0 | Fax 07248 918171 | www.dve.info

Dazu kommt, das die Aufgabenbeschreibung auf dem Stand der 90er Jahre und somit völlig veraltet ist. Sie bleibt weit hinter einer zeitgemäßen und inhaltlich angemessenen Beschreibung der Ergotherapie zurück (siehe z.B. DVE-Entwurf zur Novellierung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung [2]). Von daher muss auch diese Problematik bei der Anpassung der Richtlinie berücksichtigt werden.

> Vorschlag zu §14 (2)(Ergänzung eines zusätzlichen Spiegelstrichs):
> Dabei sind insbesondere folgende Bereiche zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen oder neu zu definieren:
> - Regelaufgaben der Spezialtherapeuten inklusive Überprüfung des Konstruktes „Spezialtherapeuten“ und der Begrifflichkeit

Einen Entwurf für eine Aufgabenbeschreibung der Ergotherapie hatten wir bereits unserer ersten Stellungnahme vom 12.06.2019 beigefügt(s.a. Anlage zu diesem Dokument, S. 12ff).

§8 (5) Hilfskräfte und Umfänge der Anrechenbarkeit

Der Einsatz von **Hilfskräften** ist im Bereich der Ergotherapie keine Option. Die Tätigkeiten (s.a. Aufgabenbeschreibungen) können nur mit einer qualifizierten und abgeschlossenen Fachausbildung durchgeführt werden. Bereits die Anrechnungen von Fachkräften (aus in §5 benannten oder nicht benannten Berufsgruppen) ist nur in engen Grenzen vorstellbar (s.u.) Von daher fordert der DVE, bei der Thematik der Hilfskräfte eine differenzierte Benennung für welche Berufsgruppen, der Einsatz von Hilfskräften in Frage kommt.

> Vorschlag:
> 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, solange eine Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt. Die Qualifikation muss eine mindestens vergleichbare pflegerische oder therapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten sicherstellen. Die Qualifikationserfordernisse können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung nachgewiesen werden. Die Anrechnung von Hilfskräften auf dieser Grundlage ist für die Berufsgruppen der ... und der Ergotherapeuten ausgeschlossen.

In Bezug auf die **Umfänge der Anrechenbarkeit anderer Fachkräfte** auf die Berufsgruppe der „Spezialtherapeuten“ bedeutet die Zusammenfassung von Ergotherapie und künstlerischen Therapien bereits einen großen Spielraum für eine Flexibilität im Personaleinsatz. Von daher

[2] Deutscher Verband der Ergotherapeuten: Entwurf zur Novellierung der Ausbildungs-und Prüfungsverordnung, Anlage 1; https://dve.info/attachments/article/253/ErgThAPrV_Homepage.pdf

Für die Ergotherapie der Zukunft.

fordern wir eine deutliche Begrenzung der Anrechenbarkeit anderer Fachkräfte auf diese Berufsgruppe auf 3%, um die inhaltliche Qualität, die patientenbezogenen Notwendigkeiten oder individuellen Bedarfe der psychiatrischen Versorgung hier sicherzustellen.

§9 Weitere Qualitätsempfehlungen

Wir vermissen weiterhin, dass bei den weiteren Qualitätsempfehlungen (§ 9) bzgl. der **Gruppengrößen** keine Empfehlung ausgesprochen wurde. Eine wirksame therapeutische Gruppe, die den Bedürfnissen der einzelnen Patient:innen gerecht wird, muss in der Anzahl ihrer Teilnehmenden begrenzt sein. Im Rahmen der Heilmittelrichtlinie (HMR) für die ambulante Versorgung mit Ergotherapie sind Gruppengrößen von 3-6 Personen festgelegt. Eine wesentliche Abweichung davon wäre bei Patient:innen in der stationären Versorgung, die im Vergleich zur ambulanten Situation eher schwerer betroffen sind, nicht zu begründen.

Anlage 3 Teil B Referenztabellen B4.2 und B4.3 Qualifikationen des Personals

Wir begrüßen ausdrücklich die Differenzierung des Nachweises der einzelnen Berufsgruppen innerhalb der „Spezialtherapeuten“.

Anlage 4 Teil 3 Psychosomatik / d) Regelaufgaben „Spezialtherapeuten“

Die Ausformulierung der Regelaufgaben der „Spezialtherapeuten“ halten wir für notwendig, diese Formulierung muss deutlich über den Vorschlag der DKG hinausgehen. Eine Orientierung an der Erwachsenenpsychiatrie ist sinnvoll (s. GKV-SV-Vorschlag), muss aber einer zeitgemäßen Beschreibung ergotherapeutischer Maßnahmen gerecht werden (s.a. Anlage zu diesem Dokument, S. 12ff).

Als Verband bedauern wir sehr, dass dringend notwendige Nachbesserungen in der PPP-RL für die Ergotherapie und ihre Klient:innen unter Berücksichtigung aktueller und internationaler Standards für eine zeitgemäße Ergotherapie bisher vollkommen unberücksichtigt geblieben sind.
Ebenso bedauern wir die geringe Einbeziehung unserer, für die psychiatrische Versorgung so zentralen Berufsgruppe, in den Prozess der Anpassung der PPP-RL. Wir stellen unsere Expertise jederzeit gerne zur Verfügung, um eine zeitgemäße Versorgung der Klient:innen mit Ergotherapie sicherzustellen.

03.09.2020

Anlage

Für die Ergotherapie der Zukunft.

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. | Becker-Göring-Straße 26/1 | 76307 Karlsbad
Telefon 07248 9181 0 | Fax 07248 918171 | www.dve.info

DEUTSCHER VERBAND DER ERGOTHERAPEUTEN E.V.

Anlage (Stellungnahme vom 12.06.2019)

Deutscher Verband der Ergotherapeuten Becker-Göring-Str. 26/1 76307 Karlsbad

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06

10596 Berlin

per Mail an gs@g-ba.de

Vorstand
Standards & Qualität
Birthe Hucke

07248 – 91 81 0
[redacted]

Karlsbad, 12.06.2019

Stellungnahme des DVE zum Beschlussentwurf des G-BA zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) / Ihr Schreiben vom 17.05.2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten fristgerecht die unten stehende Stellungnahme des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. (DVE) zum Beschlussentwurf des G-BA zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (Erstfassung vom 08.05.2019) einreichen.

An der geplanten Anhörung am 07.08.2019 werden wir gerne teilnehmen.

Bitte bestätigen Sie den Eingang dieses Schreibens.

Mit freundlichen Grüßen

[redacted]

Birthe Hucke
Vorstandsmitglied für Standards und Qualität
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE)

DEUTSCHER VERBAND DER ERGOTHERAPEUTEN E.V.

Stellungnahme **Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)** zum Beschlussentwurf des G-BA zur **Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie** (Erstfassung vom 08.05.2019)

Der DVE bewertet den Richtlinienentwurf als problematisch, er wird dem gesetzlichen Auftrag zu qualitätsbezogenen und leitliniengerechten Personalmindestvorgaben nicht gerecht. Da das ursprüngliche Konzept zur Ermittlung belastbarer Daten für eine Berechnungsgrundlage keine nutzbaren Ergebnisse gebracht hat und sich nun tendenziell eine Fortschreibung der bisherigen PsychPV-Berechnung abzeichnet, muss die Richtlinie mit verbindlichem Zeitplan weiterentwickelt werden. Das sich aktuell abzeichnende Verfahren kann nur eine Übergangslösung sein. In diesem Sinne sind unsere Ausführungen zu den einzelnen Abschnitten zu verstehen.

lfd. Nr.	**Stellungnahme / Änderungsvorschlag**	**Begründung**
1	§1 Abs 3 (DKG etc) … Die aus dieser Richtlinie resultierenden Personalvorgaben gestalten somit den Übergang in die zweite Stufe bis zum 31. Dezember 2024.	Die konkrete Begrenzung der Übergangszeit wird vom DVE ausdrücklich begrüßt.
2	§2 Abs 9 (DPR) Die Anzahl der Patienten einer Station (Stationsgröße) hat einen erheblichen Einfluss auf das Stationsmilieu und die Qualität der Behandlung. Ziel ist deshalb, auf den Stationen der Erwachsenenpsychiatrie 18 Behandlungsplätze, der Kinder- und Jugendpsychiatrie zehn Behandlungsplätze und der Psychosomatik 22 Behandlungsplätze nicht zu überschreiten	Diese Zielgrößendefinition der Stationsgrößen unterstützen wir unter qualitativen Gesichtspunkten ausdrücklich.
3	§2 Abs 10 (neu) Die Anzahl der Patienten in einer Gruppe bei der Gruppentherapie hat einen erheblichen Einfluss auf die Durchführbarkeit und die Qualität der Behandlung. Ziel ist deshalb, dass die Gruppengröße von 3-8 Personen in therapeutischen Gruppen eingehalten wird.	Eine wirksame therapeutische Gruppe, die den Bedürfnissen der einzelnen Patienten gerecht wird, muss in der Anzahl der Teilnehmer begrenzt sein. Im Rahmen der Heilmittelrichtlinie (HMR) in der ambulanten Versorgung der Ergotherapie sind Gruppengrößen mit 3-6 Personen festgelegt; eine wesentliche Abweichung davon wäre bei Patienten, die im Vergleich zur ambulanten Situation in der stationären Versorgung eher schwerer betroffen sind, nicht nachvollziehbar. (Quelle: Anlage 1 zur HMR, Leistungsbeschreibung Ergotherapie, 10.4 Psychisch-funktionelle Behandlung)

4	§3 Abs 1 +2 Streichung der A3, S3,G3, KJ4 Beibehaltung der A4, S4, G4, KJ5 Auflösung A5, S5, G5 Erweiterung um A9, KJ9 (StäB), Neudefinition P oder alternativ Umwidmung A5	Auf Grundlage der vorgelegten Daten und Erläuterungen können wir der Streichung der Positionen A3, S3, G3, KJ4 folgen, allerdings ist dies dann mit ein Argument dafür, die Minutenwerte bei den Ergotherapeuten anzuheben (diese waren bei A3 höher, wenn diese nun in A1 aufgehen braucht es eine Angleichung) Wir sprechen uns für die Beibehaltung der Positionen A4, S4, G4, KJ5 aus. Auch wenn eine Langzeitbehandlung vermieden werden soll, so erfordert ein Klientel mit schwerer oder mehrfacher Erkrankung ein angepasstes Behandlungskonzept. Leider bilden die derzeitigen Minutenwerte hier keine angemessene Grundlage, so dass hier Anpassungsbedarf besteht. Dies spricht aber nicht gegen die Kategorisierung. Hier können wir der vorgelegten Argumentation folgen bzgl. der inhaltlichen Integration der A5/S5/G5 in die anderen Behandlungsbereiche. Wir unterstützen die Einrichtung der Behandlungsbereiche A9, KJ9, die eine eigenständige Kategorisierung verlangen. Wir unterstützen eine (Neu-)Definition eines Behandlungsbereichs für die Psychosomatik.
5	§5 d) Spezialtherapeuten [GKV-SV/PatV: (Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten)] Änderung in d) Ergotherapeuten e) Künstlerische Therapeuten f) Bewegungstherapeuten/ Physiotherapeuten g) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP) h) Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)	Ergotherapeuten bilden eine eigenständige Berufsgruppe und unterscheiden sich von den anderen Fachtherapeuten wie Kunst-, Musik- oder Kreativtherapeuten. Jede dieser Berufsgruppen verfügt über eine eigenständige Ausbildung und eigenständige Inhalte und Konzepte. Ebenso erfolgt eine eigenständige, spezifische Befunderhebung, Therapieplanung und Evaluation. Zudem beinhaltet zeitgemäße Ergotherapie eine Ausrichtung auf Alltags- und Handlungskompetenz. Kreative Aspekte sind nur ein Zugang unter vielen zur Verbesserung von Handlungskompetenz, Alltagfähigkeiten und Teilhabe. In der Ergotherapie ist die konkrete Lebenswelt des Patienten der

		Bezugsrahmen. Diese Spezifika finden sich so nicht in den künstlerischen Therapien, es kann also nicht egal sein, welche Berufsgruppe welche Therapie erbringt.
6	§6 Abs 6 (GKV-SV) Der G-BA legt bis zum 31. Dezember 2021 die Qualifikation und die fachlichen Anforderungen an das Personal fest. Für die zukünftige Festlegung ist die tatsächliche diesbezügliche Personalausstattung zu erheben	Eine Festlegung von Qualifikation und fachlichen Anforderungen unterstützen wir unter qualitativen Gesichtspunkten ausdrücklich.
7	§6 Abs 8 (DKG) (Urlaub, Arbeitsunfähigkeit, Kur- und Heilverfahren, Externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Tätigkeiten als Personalrat/Betriebsrat/Angehöriger der Mitarbeitervertretung/ Sicherheitsbeauftragter/ Beauftragter für Arbeitssicherheit/ Suchthelfer für eigene Mitarbeiter/ Vertrauensmann für Schwerbehinderte/ Vertreter der ausländischen Beschäftigten, Wochenfeiertage, Schutzfristen, Wehrübungen und weitere relevante Ausfallzeiten) sind bei der Vereinbarung von Personalstellen zwischen den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu berücksichtigen. Die gemäß Absatz 1 bis 6 ermittelten Personalstellen sind bei der Vereinbarung auf Ortsebene um die den Ausfallzeiten entsprechende Anzahl an Personalstellen zu erhöhen	Im Sinne der Klarstellung unterstützen wir eine entsprechende Formulierung.
8	§7 Abs 2 (DKG) Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräfte aus den Berufsgruppen nach § 5 begrenzt auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen ~~b,~~ d, e, f ~~und g~~. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern. Voraussetzung für eine Anrechnung ist eine gleichwertige Ausbildung.	Abs 2 Eine grundsätzliche Anrechnung von Berufsgruppen auf andere Berufsgruppen kann nur in engen Grenzen erfolgen, da die Überschneidungsbereiche inhaltlich sehr begrenzt sind. Sie ist für die Ergotherapie nur innerhalb der Fachtherapien (Ergotherapie (d), Bewegungstherapie/Physiotherapie (e), Künstlerische Therapien (f)) denkbar.

9	§7 Abs 3 (DKG) Gemäß § 6 Absatz 6 können für den Nachweis der tatsächlichen Personalausstattung Fachkräfte anderer, in § 5 nicht genannter Berufsgruppen im begrenzten Umfang auf die Berufsgruppen gemäß § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Dies gilt nicht für Genesungshelfer. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern. Eine Anrechnung anderer, in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe des ärztlichen Dienstes ist ausgeschlossen. Voraussetzung für eine Anrechnung ist eine gleichwertige Ausbildung.	Im Sinne der Klarstellung sollten diese Ergänzungen erfolgen.
10	§8 (DKG) ~~[DKG: In Abgrenzung zu den anderen in Anlage 2 aufgeführten Behandlungsbereichen, werden für die Behandlungsbereiche der stationsäquivalenten Behandlung keine Minutenwerte quantifiziert.]~~	Aus unserer Sicht sollte eine Richtlinie auch eine Maßgabe bzgl. der StäB beinhalten.
11	§8 / §10 (PatV etc) (1) … (2) … (3) Für den Bereich der Fachtherapien (Ergotherapeuten (d), Künstlerische Therapeuten (e), Bewegungstherapeuten/Physiotherapeuten (f), Sprachheiltherapeuten/Logopäden (h)) sowie ggf. in Kombination mit Sozialarbeitern/Sozialpädagogen (g), gibt es eine (eigenständige) Leitung.	Eine eigenständige Leitung der Fachtherapien ggf. in Kombination mit Sozialarbeitern/Sozialpädagogen ist eine notwendige Maßnahme im Rahmen des Qualitätsmanagements. Sie sorgt für die Sicherstellung und Koordination von Prozessen der Patientenversorgung und der Einrichtung.
12	§10 (GKV-SV) Abs 2 Sofern die mittlere Anzahl der Patienten über die in Absatz 1 definierte Anzahl hinausgeht, sind die Minutenwerte für die über die Empfehlung hinausgehenden Patienten zu erhöhen. Das heißt, für die Berufsgruppen der Ärzte und Krankenpflegepersonen sowie der Fachtherapeuten werden die je Patient und Woche festgelegten Minutenwerte um 20 Prozent erhöht.	Auch für die Ergotherapeuten bedeuten größere Stationen einen Mehraufwand bzw. wirken sich auf die Patienten und damit die Behandlungsanforderungen aus.

13	§11 (GKV-SV) Abs 1 Aus Qualitätsgründen sollen zusätzlich zu den in §6 genannten Berufsgruppen Genesungsbegleiter auf den Stationen eingesetzt werden.	Als zusätzliches Angebot wird der Einsatz von Genesungsbegleiter seitens des DVE unterstützt.
14	§11 (DKG) Abs 1 (GKV-SV etc) Die Erfüllung der Mindestvorgaben (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) ist für die einzelnen Berufsgruppen differenziert nach Fachabteilungen und Stationen im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen.	Wir unterstützen eine differenzierte berufsgruppenspezifische Darstellung als Datengrundlage im Sinne der Versorgungsforschung
15	§13 (DKG) Abs 1 (1) Der G-BA ist verpflichtet, die Erreichung der Ziele nach § 1 zu überprüfen, [GKV-SV/PatV: die tatsächliche Personalausstattung,] den Umsetzungsgrad der Richtlinie sowie ggf. vorliegende Umsetzungshindernisse zu bewerten und ggf. eine Anpassung der Richtlinie vorzunehmen. Grundlage für diese Bewertungen stellen die Nachweise	Diese Ergänzung im Sinne der Klarstellung unterstützen wir.
	Anlage 1	
16	Explizite Nennung der Ergotherapie in Spalte 4 bei allen Behandlungsbereichen	Allgemein: aus Anlage 2 ist aufgrund der vorgesehenen Minutenwerte zu entnehmen, dass in allen Behandlungsbereichen Ergotherapie vorgesehen ist. Behandlungsbereiche: - A1 Regelbehandlung: ET ist bereits genannt, → kein Handlungsbedarf - A2 Intensivbehandlung: auch im Rahmen von Kriseninterventionen/ Intensivversorgung leistet Ergotherapie(im Einzelsetting bzw. Kleinstgruppensetting) einen Beitrag zur Stabilisierung und Entaktualisierung (s. Spalte 5) → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - A4 Schwer-/Mehrfacherkrankte: gerade bei diesem Klientel ist Ergotherapie für die individuelle Förderung und Stabilisierung von Alltagkompetenzen und Selbstversorgung von größter

		Relevanz, diese kann im Einzel und/oder Kleingruppensetting erfolgen; zudem ist aus den Erläuterungen in Spalte 5 zu entnehmen, dass eine Teilnahme an „therapeutische Aktivitäten“ vorgesehen ist. → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - A6 Tagesklinik: ET ist bereits genannt → kein Handlungsbedarf - S1 Regelbehandlung: Ergotherapie ist ein zentrales und etabliertes Element in der Suchtbehandlung (s. z.B. Leitlinien, Heilmittelrichtlinie) → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - S2 Intensivbehandlung: auch im Rahmen von Entzugsbehandlung/Intensivversorgung leistet Ergotherapie(im Einzelsetting bzw. Kleinstgruppensetting) einen Beitrag zur Stabilisierung und Entaktualisierung → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - S4 Schwer-/Mehrfacherkrankte: gerade bei diesem Klientel ist Ergotherapie für die individuelle Förderung und Stabilisierung von Alltagkompetenzen und Selbstversorgung unter Berücksichtigung von Komorbiditäten oder andauernden Schädigungen von größter Relevanz, diese kann im Einzel und/oder Kleingruppensetting erfolgen → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - S6 Tagesklinik: ET ist bereits genannt → kein Handlungsbedarf - G1 Regelbehandlung: Ergotherapie ist ein zentrales Element in der Behandlung gerontopsychiatrischer Patienten und muss entsprechend benannt werden. Ergotherapie kann in besonderem Maße auf die Kombination von psychischen und somatischen

		Problemen und hier konkret Alltags- und Handlungskompetenz stabilisieren, fördern und anpassen. Dies erfolgt im Einzel- oder Kleingruppensetting. → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - G2 Intensivbehandlung: auch im Rahmen von Intensivversorgung leistet Ergotherapie (im Einzelsetting bzw. Kleinstgruppensetting) einen Beitrag zur Stabilisierung und zum Ausbau der Therapiefähigkeit. → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - G4 Schwer-/Mehrfacherkrankte: gerade bei diesem Klientel ist Ergotherapie für die individuelle Förderung und Stabilisierung von Alltagkompetenzen und Selbstversorgung unter Berücksichtigung von Komorbiditäten oder andauernden Schädigungen von größter Relevanz, diese kann im Einzel und/oder Kleingruppensetting erfolgen → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - S6 Tagesklinik: Es sind zwar Maßnahmen und Inhalte von Ergotherapie geannt, aber nicht die Ergotherapie selbst → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - KJ1 Regelbehandlung Kinder: Die explizite Nennung der Ergotherapie fehlt, obwohl sie zentrales Element der kinderpsychiatrischen Therapie etabliert ist, Heilpädagogik wird auch erwähnt, von daher muss auch die Ergotherapie benannt werden. → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - KJ2 Regelbehandlung Jugendliche: Hier findet sich der Begriff der „Beschäftigungstherapie“. Dieser ist nicht mehr zeitgemäß und bereits seit 1999 auch rechtlich durch „Ergotherapie“ ersetzt worden.

		- KJ3 Intensivbehandlung: Intensivbehandlung: auch im Rahmen von Kriseninterventionen/Intensivversorgung leistet Ergotherapie(im Einzelsetting bzw. Kleinstgruppensetting) einen Beitrag zur Stabilisierung und Entaktualisierung → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - KJ5 / KJ6 / KJ7: Die explizite Nennung der Ergotherapie fehlt, obwohl sie als zentrales Element der kinder-/jugendpsychiatrischen Therapie etabliert ist, Heilpädagogik wird auch erwähnt, von daher muss auch die Ergotherapie benannt werden. → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4
17	Begriff „Soziotherapie“ in Anlage 1	Der in Anlage 1 verwendete Begriff „Soziotherapie“ wurde als Überbegriff für Fachtherapien verwendet. Da mittlerweile Soziotherapie eine eigenständige, ambulante und im SGB V verortete Leistung ist, sollte der Begriff hier ersetzt bzw. gestrichen werden. Möglicherweise wäre der Begriff „psycho-soziale Therapie“, wie er in den Leitlinien Verwendung findet, sinnvoll.
	Anlage 2	
18	Minutenwerttabellen	In logischer Konsequenz der Differenzierung zwischen Ergotherapie und Künstlerischen Therapie (Nr. 5) und der Begrenzung der Ersetzbarkeit (Nr. 8), sind diese auch in den Minutenwerttabellen getrennt zu führen. Bezüglich der Minutenwerte folgen wir grundsätzlich der Argumentation des PatV. Es kann nicht sein, dass nach 30 Jahren keine Anpassung erfolgt und die Werte der PsychPV nur fortgeschrieben werden. Da es derzeit keine belastbaren Daten für eine zeitgemäße Minutenwertberechnung gibt, sollte eine Orientierung an den „Schussenrieder Tabellen“ erfolgen, die zumindest einige Veränderungen der letzten Jahre berücksichtigt. Hier zeigt sich für die Ergotherapie in den Hauptpositionen eine Steigerung von 13% und in den anderen

		Positionen zwischen 9 und 48%. Da hier aber die Veränderungen in der Ergotherapie nur begrenzt berücksichtigt wurden und auch durch die Streichung der A3/S3/G3 einen Mehrbedarf in der A1/S1/G1 generiert wird sowie sollte für die Ergotherapie ein Aufschlag von 15% auf die Werte der PsychPV erfolgen. Denn zeitgemäße ergotherapeutische Maßnahmen und Prozesse (wie z.B. der Einsatz spezifischer ergotherapiespezifischer Befunderhebung u.a. mittels Assessmentverfahren und die Evaluation, die vermehrte Einbeziehung der Patienten und Bezugspersonen; die vermehrten einzeltherapeutische Maßnahmen, …) müssen abgebildet werden. Zudem ist aufgrund der Verweildauerverkürzungen und verbesserten ambulanten Versorgung das Klientel in der stationären Versorgung heute deutlich schwerer krank als zu Zeiten der Etablierung der PsychPV.
	Anlage 4	
19	Abschnitt Erwachsenenpsychiatrie e) Ergotherapeuten Anpassung s.u. S.11 in diesem Dokument Abschnitt KJP e) Ergotherapeuten Anpassung s.u. S.12 in diesem Dokument Abschnitt Psychosomatik d) Ergotherapeuten Anpassung analog der Systematik aus dem Erwachsenenbereich s.u. S.13 in diesem Dokument	Allgemein: Eine Tätigkeitsbeschreibung lässt keine gemeinsame Darstellung der Ergotherapie und der künstlerischen Therapien zu, sie muss berufsspezifisch erfolgen (Hintergrund s.o. Nr. 5). Eine Darstellung von Musik-, Kunst- oder Kreativtherapie muss separat erfolgen. Von daher hier jeweils die Anpassung auf die (zeitgemäße) Ergotherapie. Auch ist die Bezeichnung „Beschäftigungstherapie“ bereits seit 1999 überholt und muss ersetzt werden. s.a.: Klier, R.; Görmar, Y. (2016): Leistungsbeschreibung erstmals ICF-basiert und teilhabeorientiert - Neufassung der Rahmenempfehlung Ergotherapie; Ergotherapie & Rehabilitation 07/2016 Klier, R., George, S. (2008): Ergotherapie in der ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen - Eine Leistungsbeschreibung orientiert an der ICF;

		DVE, Karlsbad 2008 https://dve.info/resources/pdf/service/marketing-service/volle-kraft-im-leben/2445-pdf-gruppe-04-psychiatrie-1/file

Tätigkeitsbeschreibungen → Anlage 4:

Hinweis: gelb hinterlegt sind die Elemente, die aus der Anlage 4 übernommen wurden

I Erwachsenenpsychiatrie

e) Regelaufgaben der Ergotherapeuten ~~[GKV-SV: , Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten]~~

1. Grundversorgung
   - ergotherapiespezifische Anamnese und Befunderhebung in Ergänzung zur allgemeinen Anamnese/Diagnostik: Erfassung und Analyse krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf Aktivitäten im Alltag und auf die Teilhabe in den Bereichen Selbstversorgung, Arbeit/Beruf und Freizeitaktivitäten mit Schwerpunkt im sozioemotionalen Bereich
   - interprofessionell abgestimmte Therapieplanung
   - Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung und Entlassmanagement
   - Dokumentation und Evaluation

2. Einzelfallbezogene Behandlung
   - Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
   - Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten
   - Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Skillstraining, ausdruckszentrierte Verfahren, arbeitsbezogene Maßnahmen, …

3. Gruppenbezogene Behandlung
   – Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
   – Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten
   – Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Soziales Kompetenztraining, Skillstrainig, Projektarbeit, ausdruckzentrierte Verfahren, präventive Verfahren
   – Arbeitstherapie und Belastungserprobung
   – Aktivitäten im Rahmen von Freizeitgestaltung
   – Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen (interaktionelle Aktivitäten)

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
   – Vor- und Nachbereitung
   – Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
   – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
   – Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben, Leitungstätigkeiten, Anleitung von Lernenden in der Ergotherapie
   – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie

II Kinder-/Jugendpsychiatrie

e) Regelaufgaben der ~~Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten~~ Ergotherapeuten~~) [GKV-SV: , Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten]~~

1. Grundversorgung
   - ergotherapiespezifische Anamnese und Befunderhebung in Ergänzung zur allgemeinen Anamnese/Diagnostik: Erfassung und Analyse krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf Aktivitäten im Alltag und auf die Teilhabe in den Bereichen Selbstversorgung, Schule/Beruf und Freizeitaktivitäten mit Schwerpunkt im sozioemotionalen Bereich
   - interprofessionell abgestimmte Therapieplanung
   - Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung und Entlassmanagement
   - Dokumentation und Evaluation

2. Einzelfallbezogene Behandlung
   - Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training, neurophysiologisch orientierte Behandlung
   - Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten unter spezieller Berücksichtigung emotionaler Probleme
   - Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Skillstraining, ausdruckszentrierte Verfahren, Entwicklungsförderung, Eltern-Kind-Angebote, …

3. Gruppenbezogene Behandlung
   – Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
   – Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten unter spezieller Berücksichtigung emotionaler Probleme
   – Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Soziales Kompetenztraining, Skillstrainig, Projektarbeit, ausdruckzentrierte Verfahren, erlebnispädagogische Maßnahmen
   – Schulspezifisches Kompetenztraining / Arbeitstherapie, Fertigkeits- und Belastungserprobung
   – Aktivitäten im Rahmen von Freizeitgestaltung
   – Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen (interaktionelle Aktivitäten)

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
   – Vor- und Nachbereitung
   – Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
   – Netzwerkgespräche mit Patient, Angehörigen, Sorgeberechtigten, Betreuern, Vormund
   – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
   – Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben, Leitungstätigkeiten, Anleitung von Lernenden in der Ergotherapie
   – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie

III Psychosomatik

d) Regelaufgaben der ~~Spezialtherapeuten~~ Ergotherapeuten

1. Grundversorgung
   - ergotherapiespezifische Anamnese und Befunderhebung in Ergänzung zur allgemeinen Anamnese/Diagnostik: Erfassung und Analyse krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf Aktivitäten im Alltag und auf die Teilhabe in den Bereichen Selbstversorgung, Arbeit/Beruf und Freizeitaktivitäten mit Schwerpunkt im sozioemotionalen Bereich
   - interprofessionell abgestimmte Therapieplanung und Evaluation
   - Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung und Entlassmanagement
   - Dokumentation und Evaluation

2. Einzelfallbezogene Behandlung
   - Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
   - Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten
   - Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie Skillstraining, ausdruckszentrierte Verfahren, arbeitsbezogene Maßnahmen, …

3. Gruppenbezogene Behandlung
   – Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
   – Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten
   – Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie Soziales Kompetenztraining, Skillstrainig, Projektarbeit, ausdruckzentrierte Verfahren, präventive Verfahren
   – Arbeitstherapie und Belastungserprobung
   – Aktivitäten im Rahmen von Freizeitgestaltung
   – 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, Leitungstätigkeiten
   – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie

---

Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE), 12.06.2019

---

i

AKTION PSYCHISCH KRANKE
Vereinigung zur Reform der Versorgung
psychisch Kranker e.V.

Bonn, den 03.09.2020

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Die APK hat die Richtlinie PPP RL grundsätzlich begrüßt und hält es für sinnvoll, dass Personal-Mindestvorgaben festgelegt werden und deren Unterschreitung zu Vergütungsabschlägen führen. Dadurch soll die Qualität psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung gesichert werden.

Es gibt allerdings bei der APK starke Bedenken, ob die Konkretisierungen der Richtlinie nach Position des GKV Spitzenverbands durchgehend dem Zweck der Qualitätssicherung dienen.

Zu dem Beschlussentwurf nimmt die APK wie folgt Stellung:

Zu § 8 Anrechnung von Berufsgruppen

Die Anrechenbarkeit von nicht berufsgruppenbezogenen Fachkräften und Hilfskräften sollte sich an der Sicherung der Qualität orientieren und nicht an zu engen Korridoren. Bei den Fachkräften ist eine Anrechnung bis max. 20 % in der Erwachsenenpsychiatrie und 30 % in der KJP geboten, bei den Hilfskräften ein Korridor bis 10 %.

Die APK hat begrüßt, dass die PPP-RL das bewährte Grundsystem der PsychPV aufgegriffen hat. Allerdings geben die Leistungsbeschreibungen der Berufsgruppen den seit dem Inkrafttreten der Psych-PV erreichten Erkenntnisgewinn über moderne psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung nicht ausreichend wieder. Dies wird nun durch die starken Einschränkungen bei der Anrechnung von Berufsgruppen besonders problematisch. Folgende Aspekte sind berufsgruppenübergreifend zu berücksichtigen und nicht ausschließlich einzelnen Berufsgruppen zuzuschreiben:

- Neue Berufsgruppen sind unzureichend berücksichtigt. Sie könnten auf unterschiedliche „alte“ Berufsgruppen angerechnet werden.
  Eine hohe, an den Bedarfen der Patienten ausgerichtete Flexibilität ist ein modernes Prinzip bei der individuellen Behandlung auch ohne Wechsel der Einrichtung; die zu kleinteilig auf ‚Einheiten‘ bezogenen Personalmindestvorgaben erschweren diese Flexibilität.

- Eine Zuständigkeits-Flexibilität im multiprofessionellen Team, die insbesondere den Bezug zum einzelnen Patienten bzw. zur einzelnen Patientin berücksichtigt, idealerweise über die gesamte Behandlungsdauer und sektorenübergreifend, ist vor allem im Behandlungsverlauf bedeutsam und kann verweildauerverkürzend wirken.
- Sektor-, einrichtungs- und leistungsbereichsübergreifende einzelfallbezogene Kooperation; diese Flexibilität wird durch die Einschränkungen beim Ausgleich zwischen Berufsgruppen und Fachkräften erschwert.

Zu § 11 Nachweisverfahren in Verbindung mit § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Durch die Sondersituation nach bzw. während der Corona-Pandemie sind für die psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken starke Herausforderungen entstanden, die sich auch auf die Personalgewinnung und den Personaleinsatz beziehen. Vor diesem Hintergrund ist der vorgesehene Zeitpunkt zur Scharfstellung der qualitätssichernden Durchsetzungsmaßnahmen verfrüht. Eine Berücksichtigung der Personalbesetzungsangaben für 2020 verbietet sich angesichts der genannten Sondersituation.

Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Grundsätzlich soll nach § 137 SGB V ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen festgelegt werden. Dazu gehört in der ersten Stufe auch ein dialogischer Prozess bzw. Maßnahmen der Beratung und Unterstützung. Dies ist in den Vorschlägen des GKV-Spitzenverbands nicht ausreichend berücksichtigt.

Neben diesen Maßnahmen der Beratung und Unterstützung sieht § 137 „je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen“ vor. Dazu heißt es im § 137 SGB V: „Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden.“
Im Votum des GKV Spitzenverband ist unter anderem ein vollständiger Wegfall des Vergütungsanspruchs vorgesehen. Damit wird aus Sicht der APK der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz verletzt.

Ein vollständiger Wegfall des Vergütungsanspruchs für die Berufsgruppe, bei der die Mindestvorgaben unterschritten wurden, in der zweiten Stufe bzw. nach der Übergangszeit ist keine angemessene Durchsetzungsmaßnahme. Eine solche Sanktion kann zu abrupten Leistungseinstellungen führen und gefährdet dadurch die Versorgungssicherheit einschließlich der Erfüllung der Aufgaben im Rahmen der Ländergesetzgebung (Versorgungsverpflichtung). Wenn der vollständige Wegfall des Vergütungsanspruchs unabhängig vom Umfang der Unterschreitung greift („alles oder nichts“), wird dadurch neben dem erwünschten qualitätssichernden Impuls ein Fehlanreiz zur erheblichen Unterschreitung der Mindestvorgaben gesetzt („präventive“ Personalkostensenkung).
Ebenso unverhältnismäßig ist ein kompletter Wegfall des Vergütungsanspruchs der Einrichtung bei jeglicher (also auch geringfügiger) Unterschreitung der Mindestvorgaben in allen Berufsgruppen.
Insbesondere für kleine dezentrale Einheiten (z.B. Stationen am Allgemeinkrankenhaus, dezentrale Tageskliniken in ländlichen Regionen), die einen eigenen Standort darstellen, könnte der vollständige Wegfall des Vergütungsanspruchs sowohl sehr schnell eintreten als auch existenzbedrohend für die Krankenhäuser sein. Das widerspricht dem Anspruch einer modernen, wohnortnahen Versorgung. Wegen der geringeren Fallzahlen sind vor allem Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie betroffen.

Ebenfalls nicht angemessen sind die Sanktionen bei Nichterfüllung der Nachweispflichten.

Zu § 14 Anpassung der Richtlinie

Die Patientenvertretung schlägt eine Konkretisierung der Regelaufgaben der Genesungsbegleiter in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie vor. Die APK begrüßt weiterhin den Einsatz von Genesungsbegleitern und deren Berücksichtigung in der PPP RL. Die Ausgestaltung der Tätigkeiten der Genesungsbegleiter befindet sich noch in einem lernenden Entwicklungsprozess. Daher hält die APK eine Konkretisierung der Regelaufgaben aktuell für verfrüht. Es könnten seitens des G-BA konkrete Schritte zu einer Ausgestaltung des Aufgabengebiets unternommen werden, z.B. Auftragserteilung an Pilotkliniken und Ausarbeitung in einem vorgegebenen Zeithorizont.

Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Stellungnahme
der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Beschlussentwurf über eine Änderung der

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

zur Anhörung am 21. September 2020

Berlin, 03. September 2020

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Die Covid-19-Pandemie hat gezeigt: Die entscheidende Herausforderung in der Krankenhausversorgung ist der Personalnotstand. Vor Einführung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) zeigte sich der enorme Handlungsbedarf für die Arbeitsbedingungen und die psychiatrische Versorgung. Die verbindlichen Mindestanforderungen wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 19. September mit Wirkung zum 01. Januar 2020 beschlossen. ver.di drängt auf einen kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess der PPP-RL, der Struktur, berücksichtigte Aufgaben und Zeitvorgaben einschließt. Entscheidendes Kriterium dabei muss die bedarfsgerechte Versorgung gemäß den aktuellen medizinischen Standards bei gleichzeitigem Schutz der Beschäftigten vor Überlastung sein. Das Jahr 2020 muss seit dem Lockdown im März als ein außergewöhnliches Jahr gelten. Aufgrund der COVID-19-Pandemie beschloss der G-BA diverse Ausnahmeregelungen. Für die PPP-RL wurden die Nachweispflichten der Krankenhäuser gemäß § 11 PPP-RL für das Jahr 2020 ausgesetzt. Die Belegung auch der psychiatrischen Krankenhäuser wurde stark heruntergefahren. Dennoch gilt: um eine qualitativ hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung über die zügige Umsetzung einer flächendeckend annähernd bedarfsgerechten Personalausstattung zu gewährleisten, sind Verzögerungen über die bestehenden Übergangsregelungen hinaus zu vermeiden. ver.di setzt sich für eine bedarfsgerechte, umfassende, kohärente und lückenlose verbindliche Personalbemessung ein. Das muss der Maßstab für die Weiterentwicklung der PPP-RL sein. Die Pandemie lässt die Anforderungen an das Personal über den durchgängigen Gebrauch von Schutzmaterialien, im therapeutischen Setting das Ausweichen auf kleinere Gruppen und Einzelgespräche, und weitere Infektionsschutzmaßnahmen weiter ansteigen. Dies muss sich bei der Weiterentwicklung der PPP-RL widerspiegeln.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu I Ziffer 1. (§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich)

ver.di lehnt die Verschiebung der geplanten ersten Anpassung der Richtlinie auf 2022 ab. Pandemiebedingt ist lediglich die Nachweisführung mit der G-BA-Beschlussfassung vom 27. März 2020 bis 31.12.2020 ausgesetzt worden. Die Dokumentationspflichten bleiben bestehen. Aus der Corona-Krise wird gerade deutlich, dass Mindestanforderungen an die Personalausstattung zügig umzusetzen sind, um die höheren Anforderungen an den Infektionsschutz für Patient*innen und Beschäftigte zu gewährleisten. Beschäftigte berichten auch von äußerst positiven Erfahrungen, wenn durch die verringerte Belegung endlich ausreichend Personal und Zeit für die Patient*innen zur Verfügung stand.
ver.di setzt sich deshalb für die Beibehaltung des bestehenden Zeitplanes ein.

Zu I. Ziffer 2. (§ 3 Behandlungsbereiche)

Die Ergänzung der Behandlungsbereiche Psychosomatik P3 und P4 wird durch ver.di unterstützt. Diese sind wichtig für die datengestützte Weiterentwicklung vorerst ohne Konsequenzen bei Nichteinhaltung. Das BMG hat die bestehende Leerstelle mit Schreiben vom 20.12.2019 beanstandet.
Einzuwenden ist, dass eine Übertragung der Minutenwerte aus der A6 auf die P3 ohne weiteres sachlich nicht gerechtfertigt ist. Die Bedarfe der Patient*innen und damit auch die Regelaufgaben der Beschäftigten sind unterschiedlich, z.B. aufgrund körperlicher Grunderkrankungen der psychosomatischen Patient*innen. (Onkologie).
Entsprechend sollte in die Aufgaben zur Weiterentwicklung ein Auftrag zur bedarfsgerechten Neubewertung der Regelaufgaben für die P3/P4 aufgenommen werden (s. u. § 14). Dabei sind bestehende Best-Practice-Modelle einzubeziehen.

Zu I Ziffer 6. (§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen)

Auf Anregung des BMG (s. o.) erfolgt die Ergänzung um Höchstgrenzen für die Anrechnung fremder, nicht zum Geltungsbereich der Richtlinie gehörender Berufsgruppen.

Die Höchstgrenzen sollen auch für die Psychosomatik gelten.

Generell setzt sich ver.di dafür ein, dass Mindeststandards für alle Berufsgruppen zu 100 Prozent von Fachkräften erfüllt werden. Dies umso mehr, als im Bereich der Spezial- und der Bewegungstherapeut*innen bisher im § 5 schon z. T. unspezifische Berufsbezeichnungen, die eine Öffnung zu weiteren Berufen bedeuten, verwendet werden.
Hilfspersonal muss, soweit erforderlich, zusätzlich eingesetzt und finanziert werden.
Sollte gemäß den vorliegenden Vorschlägen eine Höchstgrenze beschlossen werden, so ist diese möglichst niedrig anzusetzen. ver.di plädiert aus Gründen der Komplexitätsreduktion dabei für die Vereinheitlichung der anzurechnenden Höchstgrenzen auf max. 3 Prozent. Hintergrund ist die bessere Umsetzbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Vorgaben im Klinikalltag.

Ausgeschlossen werden sollte die Anrechnung von Berufsgruppen, die keine direkt patientenbezogenen Tätigkeiten, welche in den Regelaufgaben abgebildet sind, übernehmen (können), wie z.B. Kodierassistent*innen. Deren Aufgaben, z. B. Abrechnungsdokumentation, sind in den aus der Psych-PV übernommenen Regelaufgaben nicht abgebildet. Sie sind daher zusätzlich zu planen und zu finanzieren.
Die Festlegung der Qualifikationsanforderung bei der Anrechnung der Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1b und 2b als Fachkräfte oder Hilfskräfte anderer Berufsgruppen oder Pflegehilfskräfte mit mind. 1jähriger Ausbildung nach den jeweiligen landesgesetzlichen Regelungen und mehrjähriger praktischer Tätigkeit in der psychiatrischen Pflege wird, sofern eine Anrechnung zugelassen wird, unterstützt. Der Vorschlag der Patientenvertretung trägt zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung bei und ist deshalb sachgerecht.

ver.di regt Übergangsregelungen für langjährige Betriebsangehörige ohne Qualifikation bzw. langjährig im Betrieb tätige Krankenpflegehelfer*innen an. Darüber hinaus sind entsprechende Weiterqualifizierungsangebote für vorhandene Hilfskräfte betrieblich zu planen und umzusetzen und in der Richtlinie zu berücksichtigen. Übergangsregelungen sind in § 8 Abs. 6 (neu) der

Richtlinie wie folgt zu formulieren, damit kann auch ein Beitrag zur Deckung des Fachkräftebedarfs geleistet werden:

> „Beschäftigte, die ohne entsprechende Qualifikation vor dem 1.1.2021 länger als 5 Jahre und seither kontinuierlich in einer psychiatrischen Einrichtung in der Erfüllung von Regelaufgaben einer Berufsgruppe nach § 5 tätig waren und denen bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze weniger als 10 Jahre verbleiben, können mit 80 Prozent ihrer geleisteten Vollkraftstunden angerechnet werden, jedoch nur bis zur Höchstgrenze für die Berufsgruppe nach §8 Abs.5.
> Beschäftigte ohne Qualifikation, die vor dem 1.1.2021 länger als 5 Jahre und seither kontinuierlich in einer psychiatrischen Einrichtung in der Erfüllung von Regelaufgaben einer Berufsgruppe nach § 5 tätig waren, oder mit einjähriger Qualifikation, können mit den tatsächlich in der Patientenversorgung gearbeiteten Stunden angerechnet werden, solange sie an einer (berufsbegleitenden) Weiterqualifizierungsmaßnahme zur Fachkraft teilnehmen."

Eine Mindestanrechnung von einer halben Vollkraftstelle je Berufsgruppe wird von ver.di abgelehnt. Dies könnte insbesondere für kleinere Einrichtungen wie Tageskliniken z. B. auch die Anrechnung anderer Berufsgruppen auf eine halbe Ärzt*innenstelle oder eine andere Berufsgruppe, die dadurch unter Umständen vollständig ersetzt würde, bedeuten. Sie ist daher nicht sachgerecht

Darüber hinaus regt ver.di die Aufnahme einer Höchstgrenze der untereinander anrechenbaren Berufsgruppen gem. § 8 Abs. 3 im einstelligen Prozentbereich an. ver.di erwartet dazu eine Regelung auf der Grundlage der ersten erhobenen Daten im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL.

Zukünftig sollte darüber hinaus für Berufsgruppen, in denen dies relevant ist, eine Mindestanforderung für fachweitergebildete Kräfte definiert werden, zum Beispiel für fachweitergebildete Pflegefachkräfte nach DKG-Empfehlung oder mit Aufbaustudiengang. Auch sollte z.B. der Anteil an Fachärzten und Psychotherapeut*innen in Aus- oder Weiterbildung berücksichtigt werden.

Zu I Ziffer 7. (§ 10 Ausnahmetatbestände)

Grundsätzlich werden die vorgenommenen Klarstellungen zu definierten Ausnahmetatbeständen begrüßt.

ver.di spricht sich für die Begrenzung der Ausnahmetatbestände auf das jeweilige Fachgebiet aus und befürwortet bei kürzeren Ausnahmetatbeständen eine monatsbezogene Betrachtung. Es wird angeregt, die Ausnahmetatbestände im Rahmen der Weiterentwicklung auf der Grundlage der erhobenen Daten besonders zu prüfen und bestehende Regelungen ggfs. anzupassen, um Missbrauch der bestehenden Regelung auszuschließen.

Die pandemiebedingte Ausnahme für die Nachweispflicht gem. § 11 erfasst lediglich die Nachweisführung für das Jahr 2020. Die Dokumentationspflicht ist von der Ausnahmeregelung nicht erfasst und besteht damit fort. ver.di hält die Dokumentation im Jahr 2020 für sachgerecht, um die erhobenen Daten für die Weiterentwicklung der Richtlinie zu nutzen.

Zu I Ziffer 8. (§ 11 Nachweisverfahren)

ver.di unterstützt die Klarstellung in Abs. 3, dass in den Nachweisen ggfs. vorliegende Ausnahmetatbestände nachzuweisen sind, insbesondere zum Ausmaß der krankheitsbedingten Ausfälle (Tab A 6.1. Spalten 3-5) und zu den Auswirkungen von organisatorischen und strukturellen Änderungen auf die Personalausstattung (Tab. A6.3, Spalte 4).

Um für die Weiterentwicklung der PPP-RL die in 2020 erhobenen Daten zu nutzen, ist die Übermittlung bis zum 30. April 2021 erforderlich. Sollte die Auswertung ergeben, dass die Daten teilweise aufgrund der Covid-19-Pandemie nicht repräsentativ sein sollten, ist eine Anpassung der Datengrundlage für die Weiterentwicklung vorzunehmen

ver.di lehnt die Verschiebung des Zeitplans der Datenlieferungen um ein Jahr ab und verweist auf die Begründung ad I.1.

Zu § 11 Abs. 10 ergibt sich die Frage nach der Veröffentlichung der Jahresberichte auf der Webseite des G-BA. Die Veröffentlichung der Jahresberichte mit den Mindestvorgaben und tatsächlicher Personalausstattung ist wesentlich für die Transparenz der psychiatrischen und

psychosomatischen Versorgungsqualität, in der bestehenden Formulierung jedoch nicht vorgesehen. ver.di erwartet daher eine Klarstellung zur Veröffentlichung des jeweiligen Jahresberichtes.

Zu I Ziffer 9. (§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben)

Die Weiterentwicklung dieser Regelung basiert auf den Hinweisen des BMG und soll einerseits die Vorgaben durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als auch die Verhältnismäßigkeit gem. § 137 Abs. 1 Satz 4 SGB V beachten.

ver.di ist der Überzeugung, dass Sanktionen über Vergütungsabschläge grundsätzlich die Versorgungsqualität verschlechtern können, wenn Patient*innen trotz Personalunterdeckung weiter versorgt werden. Eine sichere Patient*innenversorgung ist nur gewährleistet, wenn die Relation zwischen eingesetztem Personal und Patient*innenzahl den Mindestvorgaben entsprechend eingehalten wird. Die Konsequenz bei einer Personalunterdeckung muss deshalb eine Leistungseinschränkung sein. Sinnvoll wäre deshalb eine Einschränkung der Patient*innenaufnahme, bis das notwendige Personal eingesetzt werden kann.
Eine Vergütungskürzung muss daher als Anreiz ausgestaltet sein, die Mindeststandards vollständig zu erfüllen. Im Fall einer Unterschreitung muss der Anreiz weiterhin dahingehend wirken, die Unterschreitung möglichst gering zu halten.
Dieser Logik folgt grundsätzlich der Vorschlag von GKV-SV /Patientenvertretung (PatV) in der Übergangsvariante bis 2023, allerdings sind die Prozentsätze sukzessive zu erhöhen und ein vollständiger Vergütungswegfall bei einer erheblichen Unterschreitung vorzusehen.
Den Vorschlag der DKG, mit festen Sätzen der Vergütungskürzung zu arbeiten, lehnt ver.di ab. Erstens sind diese im vorliegenden Vorschlag bei weitem zu gering gewählt, um den o.g. Anreiz zu setzen. Sie liegen unterhalb der tatsächlichen Arbeitgeberaufwendungen pro Vollkraftstunde. Zweitens müssten sie im Zuge von Entlohnungssteigerungen kontinuierlich erhöht werden.
Der Vorschlag der GKV-SV/PatV Vertretung ab 1.1.2024 einen vollständigen Vergütungswegfall für die unterschreitenden Berufsgruppe vorzusehen, erscheint unverhältnismäßig, wenn die Unterschreitung nur sehr gering ist.
ver.di schlägt daher in Abänderung des Vorschlages von GKV-SV/PatV zu § 13 folgende Formulierung vor:

> § 13 Abs. 5: „Im ersten und zweiten Quartal einer Nichteinhaltung eines Fachgebietes wird die Vergütung um einen Prozentsatz in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden

Vollkräftestunden berechnet. Dazu wird der Anteil der fehlenden Vollkräftestunden an der Gesamtanzahl der Vollkräftestunden für alle Berufsgruppen ermittelt. Der Anteil der fehlenden Vollkräftestunden nach Satz 2 errechnet sich aus der Summe der Differenzen zwischen der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind und der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist für alle Berufsgruppen mit einem Umsetzungsgrad unter 100 Prozent dividiert durch die Summe der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind aller Berufsgruppen. Der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs ergibt sich aus dem vierfachen Wert des Anteils der fehlenden Personalausstattung nach Satz 2 und 3. Ab dem dritten unmittelbar aufeinanderfolgenden Quartal einer Nichteinhaltung eines Fachgebietes oder bei einer Unterschreitung in einer Berufsgruppe um mehr als 10 Prozent wird der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs wie folgt berechnet: Die Vergütung ist um einen Prozentsatz in Abhängigkeit vom Umfang des Anteils der nicht eingehaltenen Berufsgruppen zu kürzen. Der Prozentsatz errechnet sich aus der Summe der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind für alle Berufsgruppen mit einem Umsetzungsgrad unter 100 Prozent dividiert durch die Summe der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind aller Berufsgruppen. Wird die Mindestpersonalausstattung bei allen Berufsgruppen unterschritten, entfällt somit die Vergütung im Ergebnis vollständig.

§13 Abs. 6
Für eine Übergangszeit bis 31.12.2023 wird im ersten und zweiten Quartal einer Nichteinhaltung eines Fachgebietes der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs aus dem zweifachen Wert des Anteils der fehlenden Personalausstattung nach Absatz 5 Satz 2 und 3 berechnet. Ab dem dritten unmittelbar aufeinanderfolgenden Quartal einer Nichteinhaltung eines Fachgebietes wird auch in der Übergangszeit bis 31.12.2023 der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs nach den Vorgaben in Absatz 5, Satz 5 bis 8 berechnet."

Die Einhaltung der Personalmindeststandards ist nur verlässlich und ohne Nachteile für die Versorgung möglich, wenn die Krankenhäuser ein mit ausreichend Personalressourcen hinterlegtes Ausfallmanagement in Höhe des zu erwartenden Ausfalls zuzüglich eines Puffers für unvorhergesehene Abweichungen vorhalten. Dieses ist nach Ansicht von ver.di ein essentieller Bestandteil von Vorgaben zur Mindestpersonalausstattung und muss entsprechend in den Budgetverhandlungen berücksichtigt werden.

Zu I Ziffer 10. (§ 14 Anpassung der Richtlinie)

Da die Dokumentation für das Jahr 2020 erfolgen muss, spricht sich ver.di für die Beibehaltung der entsprechenden ersten Überprüfung auf der Grundlage des Erfassungsjahres 2020 aus.

Im Absatz 2 regt ver.di die ergänzende Formulierung an (Spiegelstrich zur Psychosomatik):

> – „die Mindestvorgaben für die Psychosomatik. Hier ist auf der Basis einer Erhebung zum tatsächlichen Bedarf eine Neubewertung der Minutenwerte vorzunehmen, deren Ergebnisse von den Minutenwerten der A6/A2 abweichen können."

ver.di unterstützt die Regelaufgaben der Genesungsbegleiter bei der Überprüfung und Anpassung der Richtlinie aufzunehmen. Da die Anforderungen auf Aufgabenstellungen aufgrund verschiedener Konzepte sehr unterschiedlich sind, bietet sich die Entwicklung eines gestuften Mustertätigkeitsprofils an. Hierbei sind vorliegende Studienergebnisse im Rahmen laufender Innovationsprojekte und anderer Projekte zu berücksichtigen.

SGB V §136 a, Abs. 2 Satz 9 regelt, dass bisher zum 1.1.2021, mit der voraussichtlichen und an dieser Stelle unstrittigen Verabschiedung des KHZG [Inkrafttreten Oktober 2020] zum 1.1.2022 Vorgaben für eine Mindestbesetzung mit Psychotherapeuten zu erarbeiten sind. Damit sind Änderungen im § 5 zu erarbeiten, die Regelaufgaben entsprechend zu definieren und entsprechende Minutenwerte zu erheben. Auch hier ist auf eine bedarfsgerechte Ausgestaltung zu achten.

Zu I Ziffer 11. (§ 16 Übergangsregelungen)

ver.di setzt sich für die Beibehaltung des bestehenden Zeitplans der Übergangsregelungen ein. Die erhobenen Daten aus dem Jahr 2020 sind zu nutzen, soweit die pandemiebedingte Belegung dies sinnvoll erscheinen lässt. Wo dies zur Berechnung der Mindeststandards für 2021 aufgrund des Belegungsrückgangs nicht sachgerecht ist, muss auf die Zahlen aus den Stichtagserhebungen der PsychPV aus 2019 sowie einen auf den Entwicklungstendenzen der vergangenen Jahre basierenden Veränderungswert zurückgegriffen werden. Diese Daten wurden entsprechend für die Berechnung der Mindeststandards für 2020 eingesetzt (vgl. §16 Abs. 3 bisherige Fassung) und können aufgrund der besonderen Situation in 2020 weiterhin

Grundlage sein. Keinesfalls darf die Umsetzung der Mindestvorgaben entsprechend der PPP-RL verzögert werden. Die Covid-19-Pandemie hat die Anforderungen an das Personal aufgrund der bestehenden Infektionsschutzregelungen steigen lassen. Mindestvorgaben müssen deshalb zügig umgesetzt werden, damit eine sichere psychiatrische und psychosomatische Versorgung gewährleistet wird.

Zu Anlagen

Anlage 3 Nachweis des Nachweises zur PPP-RL, Teil A

Tabelle A2 - Datenfelder zur Organisationsstruktur des Standorts

Zur Weiterentwicklung der Richtlinie ist es wesentlich, dass ausgewertet wird, wie die Versorgungsqualität für Patient*innen auf bestimmten Arten von Stationen/ therapeutische Einheiten gestaltet ist. Es ist wichtig, dass die Bezeichnung der Stationsart in Spalte 3 spezifisch vorgegeben wird, damit auf dieser Grundlage eine differenzierte Auswertung und Weiterentwicklung erfolgen kann. Um eine qualifizierte Auswertung vornehmen zu können, muss stattdessen oder zusätzlich von der Einrichtung angegeben werden, um welche Art von Station es sich handelt: um eine allgemeinpsychiatrische Station, eine Suchtstation, eine gerontopsychiatrische Station, eine KJP-Station, eine psychosomatische Station, eine Akutstation oder eine elektive Station – jeweils tagesklinisch oder vollstationär. Ggf. sind hier auch Mischungen aus den o.g. Stationen einzutragen oder eine anderweitige therapeutische Einheit, die dann näher von der Einrichtung bezeichnet werden muss. Die Tabelle A 2 muss entsprechend angepasst werden.

Tabelle A6.1 – Ausnahmetatbestand Nr. 1 (kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle)

In Tabelle A6.1 bleibt die Angabe der Krankheitsbedingten Ausfallstunden, der Mindestpersonalvorgabe VKS-Mind in VKS und der Ausfallquote in % erforderlich, um den Nachweis zu führen, dass die 15 Prozent gem. § 10 Ziffer 1 erfüllt ist und die Datenlage zur Weiterentwicklung der Richtlinie nutzbar ist. ver.di unterstützt daher den Vorschlag des GKV-SV.

Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

Stellungnahme des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e. V.
zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Als bundesweiter Fachverband gemeindepsychiatrischer Leistungserbringer, die Leistungen des SGB V erbringen und in ihrer Arbeit von der Qualität psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung in erheblichem Maße betroffen sind, nehmen wir zu einigen Punkten der beabsichtigen Richtlinienänderung folgendermaßen Stellung.

Zur Einhaltung der Mindestvorgaben (§ 2 Abs. 2 i. V. mit §§ 7 Abs. 4, 13 und 16)

Wir unterstützen ausdrücklich die grundsätzliche Festlegung, dass alle Krankenhäuser die 100% Mindestvorgabe der PPP-RL für ihr Fachpersonal erfüllen müssen, unabhängig davon, zu welchem Zeitpunkt Sanktionen gemäß § 13 scharf geschaltet werden. Im Interesse der Patientinnen und Patienten ebenso wie der Glaubwürdigkeit des therapeutischen Angebots der Krankenhäuser sollte diese Frist so kurz wie möglich gehalten werden.

Zur Berechnung der Mindestpersonalausstattung (§ 7 i. V. mit Anlage 1)

Mit dem "Krankenhauszukunftsgesetz" (KHZG) wird der Bettenbezug als ausschließlicher Maßstab für die Mindestvorgaben im Bereich der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung (insbesondere der Psychotherapie) gestrichen. Wir begrüßen dieses Gesetzesvorhaben und erwarten, dass das Berechnungsverfahren der Mindestpersonalausstattung zeitnah an diese Änderung angepasst wird.

Zur Anrechenbarkeit von Hilfskräften (§ 8 Abs. 5)

Der Wunsch, Hilfskräfte in erheblichem Umfang – z. B. von 5% oder mehr – auf die Pflichtvorgaben anzurechnen, mag angesichts der Arbeitsmarktsituation verständlich sein, darf aber keineswegs eine Dauerlösung werden. Wir empfehlen eine jeweils befristete Anrechenbarkeit, jeweils bis es zu einer der regelmäßigen Anpassungen der Richtlinie kommt. Dann soll anhand der Daten und Erfahrungen neu entschieden werden.

Zum Stellenwert der Genesungsbegleitung (§ 9 Abs. 2 i . V. mit § 5 Abs. 1 sowie den Anlagen 1 und 2))

Genesungsbegleitung ist eine in der Fachdiskussion anerkannte und gut evaluierte, für Patienten mit schweren psychischen Störungen sehr wertvolle Ergänzung der Standardbehandlung. Sie sollte so schnell wie möglich aus der bloßen Empfehlung in § 9

in die Berufsgruppen des § 5 Abs. 1 übernommen und in der Anlage 1 mit Zeitvorgaben versehen werden. Außerdem ist sie als Behandlungsmittel in der Anlage 2 zu berücksichtigen.

Da die Erfahrungen mit Genesungsbegleitung derzeit noch nicht überall vorliegen und qualifizierte Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter vermutlich noch nicht überall in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, ist eine Übergangszeit erforderlich. Die Richtlinie soll hierzu eine zeitliche Vorgabe formulieren, wir schlagen dafür den 01.01.2022 als Einführungsdatum für eine Pflichtversorgung mit Genesungsbegleitung vor.

Zu den Behandlungsmitteln
(Anlage 2)

In der Spalte 4 der Anlage werden ausschließlich stationsinterne Abläufe erfasst. Die Einbeziehung des sozialen Umfelds und der Vor- und Nachbehandler der Patienten fehlt, obwohl sie zur Pflichtleistung „Entlassmanagement" gehört und bei sorgfältiger Ausführung erheblich zeitaufwändig sein kann. Dieser Mangel entspricht unserer Praxiserfahrung, dass Entlassmanagement vielerorts unzureichend durchgeführt wird. Die Einbeziehung des Umfelds ist daher in die Liste der Behandlungsmittel aufzunehmen und bei der Bemessung der Minutenwerte der damit befassten Berufsgruppen (Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter) zu berücksichtigen.

Außerdem ist die Genesungsbegleitung als Behandlungsmittel aufzuführen (s. o.)

[redacted]

Nils Greve
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Vorsitzender

DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V. -
Geschäftsstelle • Reinhardtstraße 27 B • 10117 Berlin -

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Per E-Mail an: PPP-RL@g-ba.de

Berlin, 07.09.2020

Stellungnahme der DGKJP
zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
Sehr geehrte Damen und Herren,

wir begrüßen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss trotz der Hemmnisse durch die Corona-Pandemie an der Weiterentwicklung der Richtlinie (im folgenden PPP-RL) gearbeitet hat.
Wir nehmen als wissenschaftliche Fachgesellschaft für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie zum Beschlussentwurf im Folgenden Stellung.

Zu § 1/ § 14
Wissenschaftlich fundiert ist eine Anpassung der Richtlinie im Jahr 2021 auf Grundlage der Daten des Jahres 2020 (§ 14) unseres Erachtens nicht möglich. Leider mussten etliche Abteilungen, insbesondere teilstationäre, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie infolge der Pandemie ihre Belegung erheblich reduzieren, haben Mitarbeitende angewiesen in Minusstunden zu gehen u.a.m. Die Daten für 2020 sind somit absehbar kein Abbild der Realität. Daher wurde die Übermittlung der beabsichtigten Datensätze bis auf die Patient*innen-Einstufungen ausgesetzt und Bezugsgrößen sind nicht vorhanden. Das vorhandene Personal dürfte durch die Minderbelegungen fälschlicherweise überschätzt werden.

In § 14 sind in der Änderungsfassung eine zu den Vorschlägen in § 1 widersprüchliche Jahreszahlen angegeben. Wir bitten um Erläuterung und Korrektur.

Präsident
Prof. Dr. med. Michael Kölch
Direktor der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Universitätsmedizin Rostock

Stellvertretender Präsident und Schatzmeister
Prof. Dr. med. Marcel Romanos
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Würzburg

Stellvertretender Präsident und Kongresspräsident
Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner
Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin des Kindes- und Jugenda ters
Otto von Guericke Universität Magdeburg

Schriftführerin
Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag
Direktorin der K inik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Universitätsklinikum Frankfurt

Beisitzerin
Prof. Dr. med. Renate Schepker
Gem.Fachl.Leitung Kinder-Jugendpsychiatrie Calw-Weissenau, Regionaldirektorin ZfP Südwürttemberg, Ravensburg

Beisitzerin
Prof. Dr. rer. nat. Kerstin Konrad
Leitung des Lehr- und Forschungsgebietes Klinische Neuropsychologie des Kindes- u. Jugendalters
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Universitätsklinikum Aachen

Beisitzer
Prof. Dr. med. Tobias Renner
Direktor der Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Universitätsklinikum Tübingen

Ehrenpräsidenten
Prof. em. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt
Marburg

Prof. em. Dr. med. Dr. rer. nat. Martin H. Schmidt
Mannheim

Kooptierte Mitglieder
Dr. med. Martin Jung
Vorsitzender der BAG KJPP

Dr. med. Gundolf Berg
Vorsitzender des BKJPP

Geschäftsstelle
Dr. Mareike Alscher, Dipl.-Soz.
Antje Rößler, Dipl. Betriebswirtin (BA)
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin
☎ 030 / 28 09 43 86, 🗐 030 / 27 58 15 38
E-mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de
Internet: http://www.dgkjp.de

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
BLZ 300 606 01
Kto-Nr.: 0006788564
IBAN Nr.: DE67 3006 0601 0006 7885 64
BIC (Swift Code): DAAEDEDD

VR 27791 B Amtsgericht Berlin Charlottenburg

Zu § 3 Absatz 1
Die Einführung teilstationärer psychosomatischer Behandlung erscheint uns im Sinne einer wünschenswerten Ambulantisierung bedarfsgerecht und wird unsererseits stark unterstützt, auch wenn unser Fachgebiet davon nicht betroffen ist.

Zu den §§ 4, 6 und 7
Die hierin enthaltenen redaktionellen Klarstellungen können wir mittragen.

Zu § 8 Absatz 5 Anrechenbarkeit von Fach- und Hilfskräften
Trotz der Schwankungen in einem begrenzten ärztlichen Arbeitskräftemarkt sehen wir eine Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen auf die der Ärzt*innen als nicht zielführend an. Wir haben uns an anderer Stelle (Stellungnahme der DGKJP zum Krankenhauszukunftsgesetz vom August 2020) bereits sehr dafür eingesetzt, eher die Minutenwerte der Ärzt*innen für Psychotherapie zu erhöhen. Die Austauschbarkeit mit Psycholog*innen ist u.E. ausreichend, um allfällige Ausfallzeiten von Ärzt*innen zu kompensieren.
Wir sehen Hilfskräfte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ansonsten eher kritisch und weisen darauf hin, dass in der Psych-PV Pflegehilfskräfte laut der amtlichen Begründung zu § 6 nur für den Fall anrechenbar waren, „soweit ihr Einsatz z.B. aufgrund der Arbeitsmarktsituation erforderlich ist“, woran sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zumeist orientiert wurde. Die geforderte Qualifikation, ggfs. durch Erfahrung im Fachgebiet erworben, begrüßen wir; sie sollte aber genauer beschrieben werden. Insbesondere gilt es, die Frage studentischer Hilfskräfte (Medizin oder Psychologie oder Pädagogik) z.B. zur Unterstützung in der Nachtwache zu klären. Eine Anrechnung von mehr als 10 % der VKS-Mind. für Hilfskräfte halten wir in der Arbeit mit schwer psychisch gestörten Kindern für fachlich nicht vertretbar. Sichergestellt sein muss aus Gründen des Patient*innenschutzes und hier insbesondere des Kinderschutzes, dass Hilfskräfte nie allein ohne Begleitung einer Fachkraft in einer Schicht, auch und gerade nicht nachts und am Wochenende, beschäftigt werden dürfen.

Für Hilfskräfte sollten deutlich niedrigere Quoten der Ersetzbarkeit angesetzt werden als für Fachkräfte. Die vom G-BA vorgenommene Gleichsetzung halten wir für unangemessen.

Eine Aufteilung der Ersetzbarkeit der verschiedenen Berufsgruppen auf unterschiedliche prozentuale Anteile darüber hinausgehend ist nicht zielführend und führt zu einem unnötigen bürokratischen und dokumentarischen Mehraufwand.

Lösungsvorschlag:
Daher schlagen wir vor, die Anrechenbarkeit auf die u.E. völlig unvollständige Auflistung der Berufsgruppen (s.u. „zu den Anlagen“), v.a. im fach- oder spezialtherapeutischen Bereich, durch andere Fachkräfte von der Anrechenbarkeit durch Hilfskräfte zu trennen.

Als Fachkräfte im spezialtherapeutischen Bereich könnten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie z.B. auch unter e) Bewegungstherapeut*innen, Sportpädagog*innen, Motopäd*innen, Reittherapeut*innen oder Erlebnistherapeut*innen gelten, unter f) könnten auch z.B. Bachelor-Absolvent*innen in Kindheitspädagogik gelten. Ebenso ist die Anrechenbarkeit von z.B. Sonderpädagog*innen auf die Berufsgruppe der Sozialpädagogen zu fordern. Alternativ könnten auch die Berufsgruppen d), e) und f)

jeweils mit einem „z.B.“ versehen werden. Die Anrechenbarkeit anderer Fachkräfte kann dann in den diversen Berufsgruppen durchaus bis zu 30 % betragen.
Für Hilfskräfte sehen wir 10 % als die Obergrenze an.

Nicht zuletzt möchten wir darauf hinweisen, dass nach § 8 (3) eine Anrechenbarkeit der Minutenwerte der Berufsgruppe der Sprachheiltherapeut*innen/Logopäd*innen (Berufsgruppe g) auf andere Berufsgruppen zwar vorgesehen ist. Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen hätten allerdings, würde die Besetzung der Logopädiestellen wie in den meisten Einrichtungen auf „Null“ gesetzt, automatisch eine nicht besetzte Berufsgruppe, d.h. es würde, folgt man dem GKV-/Patient*innenvertretungsvorschlag, eine strukturelle Benachteiligung unseres ganzen Fachgebietes resultieren, in Form von ungerechtfertigten Abzügen und Eintritt in die Sanktionsspirale.) Da die zu Zeiten der Psych-PV-Entstehung noch bestehenden „Stottererstationen“ in der Krankenhauslandschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus guten Gründen nicht mehr existieren, sind logopädische Leistungen nur noch sehr selten erforderlich. Die Leistungen sind in aller Regel emtsprechend den gewaldelten Patientenbedarfen in ergotherapeutischer oder heilpädagogischer Förderung aufgegangen.
Von daher plädieren wir dafür, diese Berufsgruppe – auch aus Gründen der Gleichstellung mit den anderen Fächern – bei Nicht-Besetzung nicht als „fehlend“ sondern als „ersetzt“ zu bewerten.

Wir befürworten aus pragmatischen Gründen eine Anrechenbarkeit von je 0,2 Vollzeitäquivalenten der Berufsgruppen untereinander. Gerade die Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitet, um ein flächendeckendes Angebot herzustellen, mit kleinen, dezentralen Einheiten, in denen anrechenbare Berufsgruppen nicht nur zu verschwindend geringen Stellenanteilen tätig sein können. Überdies bedarf es überschaubarer Vorgaben zur Personalplanung für den Alltag.

Zu § 10 (2) Ausnahmetatbestände
Wir plädieren stark dafür, Ausnahmetatbestände nicht für die Einrichtung, sondern für die Fachgebiete zu definieren, da diese auch dort entstehen und fachlich adäquat kompensiert werden müssen. So verstehen wir § 2 (5) „Die Mindestvorgaben sind quartalsdurchschnittlich auf Einrichtungsebene, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, einzuhalten.“, vgl. auch § 11 (9).
Die quartalsbezogenen Formulierungen für die Nachweispflichten ist u.E. ebenso bereits in § 2 (5) festgelegt: „Die Mindestvorgaben sind quartalsdurchschnittlich auf Einrichtungsebene, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, einzuhalten.“. Das ist für die prospektive Planung wichtig, da der Blick jeweils planerisch auf das Quartal gerichtet bleiben sollte. Bei einer monatsbezogenen Erfassung der Ausnahmetatbestände („kalendermonatliche Betrachtung“) käme man in kleinen dezentralen Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die oft nur 10 Plätze umfassen, im gegebenen Fall sehr schnell unter die Werte der Mindestvorgaben, etwa beim Zusammentreffen von Erkrankung und Urlaub in einer Berufsgruppe. Der politisch nicht gewollte Trend zum zentralen Großklinikum würde dadurch sehr verstärkt.

Dass spätestens innerhalb von 4 Wochen ein Ausgleich geschaffen werden kann, halten wir in unserem kleinen Fachgebiet mit den relativ kleinen Teams für nicht regelhaft einhaltbar. Der Ausgleich muss wie bisher geregelt in Quartalsschritten erfolgen können. Insofern halten wir alle neuen Vorschläge zu § 10 Abs 2 für eine Überregulierung.

Zu § 10 (3) Nachweispflichten
Wir schließen uns der Auffassung an, dass alle Nachweispflichten, d.h. das gesamte Verfahren seitens des G-BA mit Beschluss vom 27.3.2020 für 2020 ausgesetzt worden sind, da aussagefähige Daten nicht zu erwarten sind. Allein die Patient*inneneinstufung wird erhoben. Es würde sogar der Intention einer hinreichenden Personalausstattung für das hoffentlich wieder voll versorgende Jahr 2021 zuwiderlaufen, wenn hier die Daten des Jahres 2020 zugrunde gelegt würden. Prospektiv betrachtet wäre eine Bezugnahme auf die Daten des Jahres 2020 v.a. für die Personalentwicklung an personell noch nicht gut ausgestatteten Häusern nachgerade gefährlich, da sowohl von anderen Patient*innenstrukturen in der Zusammensetzung als auch einer relativ zu der Zahl an Behandlungsfällen zu guten Personalausstattung ausgegangen werden muss. Andererseits dürfte es wegen erfolgter Quarantänemaßnahmen, Krankheitsfällen oder Freistellungen zu sehr hohen Ausfallzeiten gekommen sein. Die diesbezügliche Auslegung des Beschlusses wurde auch in der Fachwelt so kommuniziert.

Zu § 11 Nachweisverfahren
Einer quartalsweisen Übermittlung aller Daten auch an die Krankenkassen können wir nicht zustimmen, sie geht über die bisherige Richtlinie deutlich hinaus. Dafür müsste man dann im Gegenzug die Überprüfung der Einhaltung durch den Medizinischen Dienst in § 11 (5) streichen, die damit dann überflüssig wäre.

Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung
Zu § 13 (1):
Die DGKJP hält es bei etlichen überregional geführten Einrichtungen (z.B. Suchtbehandlungsstationen für Jugendliche, Sonderversorgungseinrichtungen für Intelligenzgeminderte oder kinderpsychosomatische Abteilungen) für nicht zielführend, dass alle 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“, bei der Feststellung der Mindestvorgaben/ Qualitätsanforderungen beteiligt werden müssen. Dabei kann es sich in unserem Fachgebiet theoretisch um die Gesamtzahl aller am Markt befindlichen Sozialleistungsträger im SGB V-Bereich handeln. Die Prüfung durch die Medizinischen Dienste nach § 11 Abs. 5 erfüllt den Zweck der überregionalen Prüfung u.E. voll umfänglich.

Im § 137 SGB V erkennen wir eine solche Beteiligungspflicht nicht – es sei denn, der Wegfall des Vergütungsanspruchs würde patient*innenbezogen festgestellt und müsste den einzelnen Kostenträgern zurückerstattet werden. Das ist weder praktikabel noch sinnvoll. Explizit ist in § 137 (1) vom Wegfall des Vergütungsanspruchs bei einer Leistung die Rede. Die PEPPs umfassen aber wiederum eine Gesamtkostenrechnung aller Leistungen für alle Patient*innen einer bestimmten Kategorie und nicht, wie bei den DRGs, bestimmter Prozeduren.

Zu § 13 (2):
Die DGKJP geht davon aus, dass im § 13, der auf § 2 (5) verweist, eine nach Fachgebieten differenzierte Darstellung erfolgt und dass auch die Sanktionen nach Fachgebieten differenziert durchgeführt werden. Wenn überhaupt Ergänzungen an dieser Stelle der PPP-RL erfolgen, dann sollte auch der gesamte Text aus § 2 (5) übernommen werden.

Zu § 13 (3) und (9, DKG- und BÄK-neu):
Stark befürwortend möchten wir uns seitens der DGKJP für den Vorschlag einsetzen, bei Unterschreitung der Mindestpersonalausstattung Gegenmaßnahmen und Sanktionen in einem Dialog bezogen auf die Unterschreitung der Mindestausstattung zu erörtern, a) um die Krankenkassen – z.B. prospektiv krankenhausplanerisch – mit in die Verantwortung zu nehmen (etwa zu kleine und dadurch nicht wirtschaftliche Einheiten mit zu geringen Vertretungs- und Kompensationsmöglichkeiten zu vergrößern, oder auch Probleme der Personalsituation en détail erörtern zu können), und b) durch solche Dialoge auch weiterführende Möglichkeiten, wie Vereinbarungen zur sektorenüberschreitenden Versorgung unter Einbezug von Ressourcen anderer Leistungsanbieter zu eruieren. Diese möglichen Entwicklungen der regionalen Versorgung sollten unterjährig und zeitnah besprochen werden.

Zu § 13 (5-7) bzw. (5-8)
Wir halten es für die Budgetsicherheit der Krankenhäuser und die Zuverlässigkeit für unsere Patient*innen für zielführend, analog dem Vorschlag von DKG und BÄK eine Vollkraftstellen-bezogene Berechnung und Vorab-Bepreisung der nicht erbrachten Leistungen vorzunehmen und keinen Bezug auf die abzurechnenden Entgelte des Vergütungsanspruchs. Für das operative Geschäft in den Krankenhäusern ist eine Berechnungsweise nach dem anteiligen Vergütungsanspruch nicht transparent genug, zumal der allgemeine Vergütungsanspruch auch deutlich mehr Krankenhausleistungen, insbesondere Vorhaltungskosten, umfasst als die reinen Personalkosten. Hier eine zusätzliche Einsparung durch die Kassen zu realisieren, wäre systemfremd. Eine Vollkostenrechnung auch der Support- oder Laborbereiche des Krankenhauses etc. wurde bewusst nicht in die PPP-RL einbezogen. Wir machen darauf aufmerksam, dass Pflichtleistungen wie Bereitschaftsdienste und Pflichtversorgung weiterhin gesichert werden müssen, um die Versorgung der Bevölkerung nicht zu gefährden. Wir machen ebenfalls darauf aufmerksam, dass die Vereinbarung von ausreichenden und ausreichend finanzierten Personalstellen noch nicht in allen Abteilungen unseres Fachgebietes umgesetzt und nicht überall kontrolliert ist.
Ein Einbezug in die Budgetverhandlungsstrategien ist daher ebenfalls abzulehnen. Bewusst wurde seitens der Politik mit der PPP-RL nicht die BPflV verändert.

Zu § 13 (12.- DKG und BÄK – bzw. 8 - GKV)
Eine Sanktion in Höhe von 20 € je vereinbartem (nicht einmal: je geleistetem) Berechnungstag bei Fristüberschreitung wäre für kleine kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen existenzbedrohlich.

Zu § 14 Anpassung
Die DGKJP hat sich in der Entwicklung der PPP-RL aus diversen Gründen gegen den Einsatz von Genesungsbegleitern im Fachgebiet ausgesprochen, so bedeutsam diese in den anderen Fachgebieten sind. Wir gehen davon aus, dass dies weiterhin berücksichtigt wird.

Zu § 16 Übergangsregelungen
Ein weiteres sanktionsfreies Jahr ist, da im Fachgebiet bis heute keine Daten zur IST-Situation vorliegen (können), aus Sicht der DGKJP dringend geboten. Strategische Ausrichtungen zur Personalakquise, Probe-Berechnungen des Personaleinsatzes usw. mussten zugunsten völlig anderer Aufgaben im Umgang mit der Corona-Pandemie zurückgestellt werden, um die Versorgung unserer Patient*innen weiter zu sichern. Ein Bezug auf die Datenbasis 2019 ist kaum möglich, da in unserem Fachgebiet eine elektronische Patient*innenakte mit täglicher Erfassung der damaligen, ggfs. übertragbaren Psych-PV-Einstufungen noch nicht durchgehend realisiert ist und sonst nur 4 Stichtage im Jahr zur Verfügung stünden. Häufigere Stichtagserhebungen wurden erst im Jahr 2020 eingeführt. Nichtsdestotrotz sollte zügig eine Ertüchtigung aller Abteilungen zur Berechnung der Mindestpersonalvorgaben erfolgen und sollten Steuerungsmöglichkeiten sowie die Erfassung der Ausfallzeiten erprobt werden.
Die DGKJP begrüßt das Aussetzen der Erfassung der Regelaufgaben, a) da nicht alle Regelaufgaben, v.a. nicht mit dem erforderlichen Zeitumfang, enthalten sind und b) da deren Erfassung einen sehr großen bürokratischen Aufwand generieren wird.

Zu den Anlagen:
Zu Anlage 1, Minutenwertetabellen:
Bei den Zeitwerten pro Minute pro Patient*in in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen auf Seite 23 der Lesefassung muss der DKG-Vorschlag „,... zu teilstationärer Behandlung in psychosomatischen Einrichtungen gemäß Tabelle Nr. 2“ gestrichen werden, es scheint sich hier um einen redaktionellen Fehler zu handeln. Kinder und Jugendliche können nicht ohne weiteres in psychosomatischen Einrichtungen behandelt werden.

Zur Anlage 3
Aus Sicht der DGKJP ist sicherzustellen, dass keine Verrechnung verschiedener noch nicht definierter Personalbereiche mit dem nachzuweisenden Personal erfolgen kann. Wir bitten daher um eine deutlich getrennte Ausweisung des StaeB-Personals, sofern dieses nicht anteilmäßig auch im vollstationären Bereich tätig ist. Gleichzeitig bitten wir um eine rechtzeitige Veröffentlichung der hierzu erhobenen Realdaten, damit über eine künftige Ausweisung des einzusetzenden Personals verhandelt werden kann.
Regionale und strukturelle Besonderheiten der jeweiligen Einrichtung können beispielsweise in einem erhöhten Pflegebedarf der Patient*innen (z.B. in Einrichtungen der Spezialversorgung für Intelligenzminderung) bestehen. Es sollte verdeutlicht werden, dass hier zusätzlich vereinbartes Personal, da es sehr wohl Regelleistungen im Sinne der PPP-RL erbringt, auch für diese gezählt werden darf. Anders könnte es sich z.B. für Fahrdienste in dezentrale Einrichtungen oder zusätzlichen Aufwand für Wachdienste bei Pavillonstruktur der Klinik verhalten.

<u>Zur Referenztabelle B.4.3 – Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie</u>
Unter e) sollte ergänzt werden: e3) Davon Spezialtherapeut*innen mit anderer Qualifikation als e1 und e2.

Im Bereich Bewegungstherapie bestehen ebenfalls multiple mögliche weitere Qualifikationen (Sportlehrer*innen, Erlebnistherapeut*innen, Reittherapeut*innen, Motopäd*innen, usw.)

Unter f) sollte ebenfalls ergänzt werden eine Kategorie f4) Davon Spezialpädagog*innen oder Spezialtherapeut*innen mit anderer Qualifikation als f1 bis f3, z.B. Bachelor in Kindheitspädagogik, Sonderpädagogik.

Zu Anlage 4, Regelaufgaben

Die Regelaufgaben gehören, wenn überhaupt, insgesamt nach neueren Therapiekonzepten überarbeitet. Eine Ausdehnung der bisherigen Formulierungen auf z.B. die Bewegungstherapeuten in der Psychosomatik wie vorgeschlagen halten wir nicht für zielführend.

Zu einer Anhörung werden wir gerne einen Vertreter entsenden.

Mit besten Grüßen

Prof. Dr. med. Michael Kölch
Präsident

Prof. Dr. med. Renate Schepker
Vorstandsmitglied

Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.

DNVF e.V.
Kuno-Fischer Str. 8
14057 Berlin

Fon 030 1388 7070
Fax 030 1388 7072

E-Mail: info@dnvf.de

Amtsgericht Köln, VR.Nr. 15170

Geschäftsstelle DNVF e.V.030 1388 7072 Kuno-Fischer-Str. 8 14057 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach12 06 06
10596 Berlin

Berlin, 03.09.2020

per Mail: PPP-RL@g-ba.de

Betreff.: Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Das im Jahr 2006 in Berlin gegründete DNVF ist ein interdisziplinäres Netzwerk, welches mit der Sicherung der Gesundheits- und Krankenversorgung unter wissenschaftlichen, praktischen und gesundheitspolitischen Gesichtspunkten befasst ist. Es ist ein Netzwerk von 50 Fachgesellschaften, 62 wissenschaftlichen Institutionen und Organisationen sowie 252 Wissenschaftler*innen mit dem besonderen Anliegen der Erforschung der Gesundheits- und Krankenversorgung. Im Netzwerk sind 22 Arbeits- und Fachgruppen zu relevanten Themen der Versorgungsforschung aktiv.

Die im Jahr 2017 gegründete Fachgruppe „Seelische Gesundheit“ ist ein Zusammenschluss aus vorrangig psychiatrischen und psychologischen Kliniker*innen und Forscher*innen, die sich u.a. zum Ziel gesetzt haben, möglichst praxisrelevante Versorgungsforschung zu betreiben und dabei konkrete Versorgungshürden aufzugreifen. Zu den Aufgaben der Fachgruppe gehören konkret

- die Analyse von Versorgungsprogrammen, -konzepten und -systemen zum Thema seelische Gesundheit;
- die Ermittlung von Versorgungsbedarfen;
- die Verzahnung von Praxis und Forschung inklusive des Transfers von Forschungsergebnissen in die Praxis und des Transfers von klinischen Anliegen und Fragestellungen in die Forschung;

Vorstand des DNVF – Wahlperiode 2018-2020: Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende), Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. Jochen Schmitt (Hauptgeschäftsführer), Prof. Dr. Karsten E. Dreinhöfer, Prof. Dr. Max Geraedts, Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer, Prof. Dr. Holger Pfaff und Prof. Dr. Peter G. Fa kai (kooptiertes Vorstandsmitglied der AWMF e.V.)

Geschäftsführer: Dr. Thomas Bierbaum

Bankverbindung: DNVF e.V., GLS-Bank, IBAN: DE92 4306 0967 1231 0217 00, BIC: GENODEM1GLS

- sowie die Anregung, Aufbereitung und Diskussion von gesundheitspolitischen Themen.

Ein Großteil der Fachgruppenmitglieder verfügt über mehrjährige Evaluationserfahrungen aus integrativen und sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgungsprojekten (z.B. Modellvorhaben nach §64b SGB V), die uns erlauben, aus Sicht des DNVF auch zur Überarbeitung der PPP-RL beitragen zu können. Wir nehmen ausschließlich aus Sicht der uns vorliegenden Ergebnisse der Versorgungsforschung Stellung, die bezüglich des Einsatzes von Personal in psychiatrisch und psychosomatischen Kliniken Hinweise geben.

Im Feld der seelischen Gesundheit gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Modelle, um eine bessere bereichs- und sektorenübergreifende Versorgung zu gewährleisten (Integrierte Versorgung ach §140a SGB V, Modellversorgung nach §64b SGB V etc.). Diese zeigen auf, dass ein klinikbereichsübergreifender Personaleinsatz, wie er zum Beispiel in den Projekten nach § 64b SGB erfolgt, positive Aspekte im Hinblick auf Behandlungskontinuität und Patientenorientierung aufweist [1, 2]. Für die Kostenträger dürfte vor allem bedeutsam sein, dass erstens das psychosoziale Funktionsniveau der Behandelten längerfristig höher liegt und damit vermutlich auch die Anzahl der AU-Tage zurückgeht (diese Frage wird gerade in der noch laufenden Studie PsychCare untersucht), zweitens die stationäre Inanspruchnahme sinkt, und drittens die Behandlungen durch das Krankenhaus auch kosteneffizienter sind [3, 4]. Wir plädieren daher dafür,

- den nicht zeitgemäßen Stationsbezug zu streichen;
- auf standortbezogene Vorgaben zur Ermöglichung des Personaleinsatzes über alle Standorte hinweg zu verzichten;
- den Einrichtungen genügend Gestaltungsmöglichkeiten bei der Bildung klinikbereichsübergreifender Teams zu geben.

Aus Sicht der Versorgungsforschung bleibt darüber hinaus ein Punkt anzumerken, der sich nicht direkt auf die geplante Änderung der PPP-RL bezieht, sondern auf das Vergütungssystem insgesamt, welches durch die PPP-RL beeinflusst wird. Wissenschaftlich offen scheint augenblicklich noch die Frage, wie sich unterschiedliche Anreiz- und Steuerungssysteme auf die Qualität der Versorgung auswirken. Die Anwendung der PPP-RL könnte damit verbunden sein, dass zunehmend stationäre Behandlungsformen wieder bevorzugt werden und klinikbereichsübergreifende Angebote von den Klinikträgern nicht realisiert werden. Beleg hierfür ist, dass bisher nur wenige

Vorstand des DNVF – Wahlperiode 2018-2020: Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende), Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. Jochen Schmitt (Hauptgeschäftsführer), Prof. Dr. Karsten E. Dreinhöfer, Prof. Dr. Max Geraedts, Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer, Prof. Dr. Holger Pfaff und Prof. Dr. Peter G. Fa kai (kooptiertes Vorstandsmitglied der AWMF e.V.)

Geschäftsführer: Dr. Thomas Bierbaum

Bankverbindung: DNVF e.V., GLS-Bank, IBAN: DE92 4306 0967 1231 0217 00, BIC: GENODEM1GLS

Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.

Kliniken von der Modellversorgung nach § 64b SGB-V Gebrauch machen und die Gesetzesintention (ein Modellprojekt jeweils der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie pro Bundesland) nach mehreren Jahren nicht erreicht werden konnte. Dies bedeutet für die Forschung, dass alternative Steuerungsanreize nicht evaluativ bewertet werden können, da solche nicht ausreichend evaluiert werden können. Daher sollten aus unserer Sicht alle Regelungen der PPP-RL dahingehend überprüft werden,

- ob sie kompatibel mit einer flexiblen und bedarfsorientierten Leistungserbringung durch die Kliniken sind;
- und ob sie offen dafür sind, dass der Aufbau innovativer Versorgungsstrukturen gefördert wird.
- Zudem sollten wirksame Versorgungsmodelle, für die es bereits umfassende Evidenz gibt [1, 5], auch in die Regelfinanzierung überführt werden.

Die uns gebotene ausschließliche Sicht aus der Versorgungsforschung führt dazu, dass wir unsere oben genannten Anregungen nicht direkt auf die meisten, zwischen den Parteien strittigen Punkte konkretisiert beziehen können, da die Fragen der konkreten Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung uns nicht betreffen. Bezüglich der tragenden Gründe möchten wir dennoch zwei Stellen hervorheben:

- § 3 Behandlungsbereiche: hier sollten die offenen Punkte so gelöst werden, dass teilstationäre Behandlungen in der Psychosomatik genauso attraktiv gestaltet werden wie vollstationäre. Sowohl hier bezüglich der Psychosomatik als auch für die Psychiatrie und Psychotherapie insgesamt wäre darüber hinaus auch eine attraktive Ausgestaltung komplex-ambulanter Angebote sinnvoll - möglichst mit fließenden Übergängen und in Form von klinikbereichsübergreifenden Behandlungspfaden, die sich z.B. in einer gemeinsamen Nutzung von Gruppenangeboten durch stationäre, teilstationäre und komplex-ambulante Patient*innen realisieren.
- Anlage 3, Nachweise, zu Tabelle B2.1, Hinweis: eine Abtrennung der Personalbemessung für die stationsäquivalente Behandlung scheint insofern nicht sachgerecht, da dies zu einer ausschließlichen Erbringung von stationsäquivalenten Leistungen durch von den übrigen Klinikbereichen separierten StäB-Teams führen würde. Die bisherige Forschung zu

Vorstand des DNVF – Wahlperiode 2018-2020: Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende), Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. Jochen Schmitt (Hauptgeschäftsführer), Prof. Dr. Karsten E. Dreinhöfer, Prof. Dr. Max Geraedts, Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer, Prof. Dr. Holger Pfaff und Prof. Dr. Peter G. Fa kai (kooptiertes Vorstandsmitglied der AWMF e.V.)

Geschäftsführer: Dr. Thomas Bierbaum

Bankverbindung: DNVF e.V., GLS-Bank, IBAN: DE92 4306 0967 1231 0217 00, BIC: GENODEM1GLS

Deutsches Netzwerk
Versorgungsforschung e.V.

aufsuchenden Behandlungsmodellen in Deutschland hat gezeigt, dass die Leistungsanbieter sowohl Modelle mit separaten Teams als auch stärker integrierte Teamformen nutzen, die letztere sogar dominieren [6].

Wir würden es sehr begrüßen, wenn diese Anregungen aus Sicht der Versorgungsforschung bei der Konkretisierung der Änderungen der PPP-RL durch den GBA Berücksichtigung finden.

Mit freundlichen Grüßen

[redacted]

Prof. Dr.med. Martin Heinze

(Sprecher der Fachgruppe Seelische Gesundheit im DNVF)

Literatur:

[1] von Peter S, Ignatyev Y, Johne J, u. a. Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany—A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. Front Psychiatry 2019; 9 Im Internet: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00785/full

[2] Schwarz J, Galbusera L, Bechdolf A, u. a. Changes in German Mental Health Care by Implementing a Global Treatment Budget—A Mixed-Method Process Evaluation Study. Front Psychiatry 2020; 11 Im Internet: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.00426/full

[3] Roick C, Heinrich S, Deister A, u. a. Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psychiatr Prax 2008; 35: 279–285

[4] Deister A, Zeichner D, Witt T, u. a. Veränderung der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget. Psychiatr Prax 2010; 37: 335–342

[5] Berghöfer A, Hubmann S, Birker T, u. a. Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in a Regional Psychiatry Budget - A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. Int J Integr Care 2016; 16: 17

[6] Schwarz J, Zeipert M, Ignatyev Y, u. a. Implementierungsstand und Erfahrungen der Stakeholder mit der Zuhause-Behandlung in psychiatrischen Modellvorhaben (nach §64b SGB V) – Eine Mixed-Methods Studie. PPmP - Psychother · Psychosom · Med Psychol 2019;

Vorstand des DNVF – Wahlperiode 2018-2020: Prof. Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende), Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. Jochen Schmitt (Hauptgeschäftsführer), Prof. Dr. Karsten E. Dreinhöfer, Prof. Dr. Max Geraedts, Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Prof. Dr. Juliane Köberlein-Neu, Prof. Dr. Edmund A.M. Neugebauer, Prof. Dr. Holger Pfaff und Prof. Dr. Peter G. Fa kai (kooptiertes Vorstandsmitglied der AWMF e.V.)

Geschäftsführer: Dr. Thomas Bierbaum

Bankverbindung: DNVF e.V., GLS-Bank, IBAN: DE92 4306 0967 1231 0217 00, BIC: GENODEM1GLS

dgppn

Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V.

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin
T +49 30 2404 772-0
F +49 30 2404 772-29
sekretariat@dgppn.de
dgppn.de

DGPPN-Geschäftsstelle | Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Karola Pötter-Kirchner
Abteilungsleiterin
Qualitätssicherung & sektorenübergreifende
Versorgungskonzepte
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Berlin, 07.09.2020

Ihr Schreiben vom 10. August 2020

Sehr geehrte Frau Pötter-Kircher,
vielen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie.

Anbei senden wir Ihnen die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN).

Mit freundlichen Grüßen

[redacted]

Prof. Dr.med. Dr. phil. Andreas Heinz
Präsident DGPPN

dgppn
Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V.

Stellungnahme
07.09.2020

Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Zusammenfassung

- Aus Sicht der DGPPN muss die Einhaltung der Mindestvorgaben in einer Weise durchgesetzt werden, welche die flächendeckende und wohnortnahe Krankenhausversorgung nicht gefährdet. Deshalb forderte die Fachgesellschaft schon frühzeitig, dass dabei Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung Vorrang vor Durchsetzungsmaßnahmen gewährt, die Erfordernisse der Pflichtversorgung berücksichtigt und Durchsetzungsmaßnahmen grundsätzlich gewichtet und gestuft erfolgen müssen. Im vorliegenden Entwurf erfüllen diese Forderungen nur die Vorschläge der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG) und Bundesärztekammer (BÄK). Entsprechend werden diese durch die DGPPN unterstützt.

- Die Maßnahmen zur Eindämmung der SARS-CoV-2-Pandemie haben insbesondere auch die psychiatrischen Kliniken vor große organisatorische und finanzielle Herausforderungen gestellt. Es war deshalb wichtig und richtig, die Nachweispflichten gemäß § 11 PPP-RL frühzeitig bis Ende 2020 auszusetzen. Gleichzeitig macht dieser Beschluss vom 27.3.2020 eine Reihe von Konkretisierungen und Folgeregelungen notwendig. Hierbei unterstützt die DGPPN den Vorschlag der DKG.

- Die DGPPN begrüßt die flexiblere gegenseitige Anrechnung von Berufsgruppen und die Konkretisierung der Ausnahmetatbeständen und folgt im Einzelnen den Vorschlägen der DKG.

- Analog zur neuen Kategorie P4 „Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“ muss die psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung auch in psychiatrischen Tageskliniken ermöglicht werden. Deshalb soll eine neue Kategorie „„A8 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“ eingeführt werden.

- Die aktuellen Änderungen der PPP-RL lassen viele grundlegende Probleme unangetastet. Die Weiterentwicklung der Richtlinie in den nächsten Jahren muss deshalb insbesondere die Entwicklung eines neuen, zukunftsfähigen und am Bedarf der Patienten orientierten Modells für die Personalbemessung in den Blick nehmen – wie z. B. das sogenannte „Plattform-Modell“.

dgppn
Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V.

Stellungnahme zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

1. Durchsetzung von Maßnahmen bei Nichteinhaltung (§ 13 PPP-RL)

Die DGPPN unterstützt die Position von DKG und BÄK zu § 13 PPP-RL (Durchsetzung von Maßnahmen bei Nichteinhaltung) und lehnt den Vorschlag von GKV-SV und PatV kategorisch ab.

Begründung:
Aus Sicht der DGPPN ist die Durchsetzung der Einhaltung der Untergrenzen grundsätzlich erforderlich, jedoch darf dies nicht zur Gefährdung einer flächendeckenden und wohnortnahen Krankenhausversorgung führen. Eine stellenweise geringfügige oder vorübergehende Unterschreitung darf nicht zu den gleichen Sanktionen führen wie eine die ganze Klinik betreffende langfristige Unterbesetzung. Strafmaßnahmen würden sonst den Fortbestand vieler Kliniken akut bedrohen. Dadurch wäre die (regionale) Versorgung der Patienten massiv gefährdet. Deshalb hat die DGPPN in ihren Eckpunkten vom 12. Februar 2020 zur Weiterentwicklung der PPP-RL ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen (§ 137 SGB V Abs. 1) vorgeschlagen, in welchem Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung Vorrang vor Durchsetzungsmaßnahmen haben. Durchsetzungsmaßnahmen sollten das tatsächliche Ausmaß einer Unterschreitung berücksichtigen und gestuft erfolgen. Sie sollten verhältnismäßig und sachgerecht sein und insbesondere auch die Erfordernisse der Pflichtversorgung berücksichtigen. Aus Sicht der DGPPN entspricht nur der Vorschlag von DKG und BÄK diesen Prinzipien. Anders als der Vorschlag der Krankenkassen sehen DKG und BÄK vor, bei einer Unterschreitung der Mindestvorgaben das Ausmaß der Unterschreitung zu beziffern und dieses mit einem Straffaktor zu multiplizieren. Auf diese Art berechnet sich die Sanktionshöhe für die Unterschreitung der Mindestvorgaben. Zudem ist in Absatz 9 des Vorschlags vorgesehen, die Gründe für die Nichteinhaltung im gemeinsamen Dialog der Verhandlungspartner vor Ort zu beleuchten, wobei auch die zweckentsprechende Mittelverwendung vom Krankenhaus nachzuweisen ist. Im Dialog sind zudem geeignete Maßnahmen zu definieren, so dass das Krankenhaus zukünftig die Mindestvorgaben einhalten kann.

2. Konkretisierung und die Folgen des COVID-19-Beschlusses vom 27.3.2020 (§ 1 Abs. 3, § 10 Abs. 3, § 11 Abs. 13 Nr. 2, § 14 Abs. 2, § 16 Abs. 5)

In § 1 Abs. 3 schließt sich die DGPPN der Position von DKG und BÄK an, wonach die erste Anpassung der Richtlinie gemäß § 14 mit Beschluss zum 30. September 2022 zu erfolgen hat.

In § 10 Abs. 3 schließt sich die DGPPN der Position von DKG, BÄK, BPtK und DPR an, wonach das gesamte Nachweisverfahren für 2020 ausgesetzt werden sollte. Damit sind die unterjährigen Dokumentations- und Nachweispflichten, sowie die gesammelte jährliche Datenübermittlung Anfang 2021 umfasst.

In § 11 Abs. 13 Satz 2 schließt sich die DGPPN der Position von DKG, BPtK und DPR an, wonach die erste Datenübermittlung von Nachweisen zum 15. Mai 2021 für das erste Quartal 2021 zu erfolgen hat. Ab diesem Datum bestehen quartalsweise Melde- und Nachweispflichten bis zum 1. Januar 2024.

dgppn
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

In § 14 Abs. 2 schließt sich die DGPPN der Position von DKG, BÄK, BPtK und DPR an, wobei hier offensichtlich ein redaktioneller Fehler vorliegt, denn die Fristen widersprechen den Änderungen in § 1 Abs. 3. Richtig muss es heißen, dass eine Anpassung der Richtlinie – ohne weitere Überprüfungen auf Basis der Daten von 2020 – zum 01. Januar 2023 mit Beschluss bis 30. September 2022 (analog zu § 1 Abs. 3, s.o.) zu erfolgen hat.

In § 16 Abs. 1 bis 2 schließt sich die DGPPN der Position der DKG an, wonach die Übergangsfristen um ein Jahr nach hinten verschoben werden sollen.

In § 16 Abs. 3 schließt sich die DGPPN der Position von DKG, BPtK und DPR an, wonach abweichend von § 6 Absatz 3 für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung für das Jahr 2021 die Patienteneinstufung der vier Stichtage aus 2019 zu verwenden ist.

Begründung:
Auf Grund der Corona-Pandemie können weder die Daten des Jahres 2020 für die Weiterentwicklung verwendet, noch als Basis für die Berechnung von Mindestvorgaben in 2021 herangezogen werden. Denn in den Kliniken ist es zu gravierenden Abweichungen in der Zahl der Patienten, aber auch im Schweregrad und in der diagnostischen Verteilung gekommen. Darüber hinaus mussten neue organisatorische und medizinische Aufgaben bewältigt werden, die in den Aufgabenprofilen der Mitarbeiter nicht abgebildet und nicht stationsbezogen erfasst werden können. Zusätzlich konnte durch die Pandemie das sanktionsfreie Jahr 2020 nicht wie beabsichtigt zur organisatorischen und personellen Vorbereitung auf die verpflichtende, sanktionsbehaftete Einhaltung der Richtlinie ab 2021 verwendet werden. Die Kliniken waren während und sind nach der akuten Phase der Krise mit der Reorganisation der Prozesse und Abläufe in den Kliniken beschäftigt. Der eigentlich bei der Einführung der Richtlinie beabsichtigte Sinn des sanktionsfreien Übergangsjahrs 2020 konnte coronabedingt nicht erfüllt werden. Eine Verschiebung des Zeitplans um ein Jahr ist aus Sicht der DGPPN unbedingt notwendig, um alle Vorbereitungen wie im Herbst 2019 beabsichtigt umsetzen zu können. Zudem sollten auch die Lehren aus der Krise bei der Weiterentwicklung der Richtlinie berücksichtigt werden.

3. Anrechnungen von Berufsgruppen (§ 8 Abs. 5)

Die DGPPN unterstützt die Position von DKG und BPtK zu Anrechnungen von Berufsgruppen in § 8 Abs. 5 und schlägt vor, die Ergänzung von „Hilfskräften“ auch in § 8 Abs. 4 vorzunehmen.

§ 8 Abs. 4 Satz 1 sollte wie folgt geändert werden:
„Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäße § 7 können Fachkräfte und Hilfskräfte 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.“

Begründung: Die DGPPN begrüßt die vorgenommene Ergänzung in § 8 Absatz 5, wonach nun neben Fachkräften auch Hilfskräfte auf die Berufsgruppen der PPP-RL angerechnet werden können. Moderne Behandlungskonzepte sehen längst eine Arbeits- und Aufgabenteilung vor, wonach weniger patientenzentrierte Aufgaben auch von qualifizierten Hilfskräften übernommen werden können. Der Einsatz von Hilfskräften ist jedoch nicht auf eigenes Personal beschränkt, sondern erstreckt sich insbesondere bei Servicepersonal auch auf externe Fachfirmen. Wir möchten daher anregen diese Ergänzung auch in Absatz 4 vorzunehmen.

dgppn
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

Da die Regelaufgaben aus Anlage 4 bereits im nächsten Entwicklungsschritt anzupassen sind, sollte für das erste Jahr der Gültigkeit der Begrenzung und mangels Evidenz ein eher großzügiger Rahmen gewählt werden, um gut funktionierende Prozesse und Strukturen in den Krankenhäusern nicht auf Grund eines zu geringen Anrechnungsvolumens temporär für ein Jahr außer Kraft setzen zu müssen. Zudem legt insbesondere der vorherrschende Fachkräftemangel nahe, dass verschiedene Hilfs- und Servicetätigkeiten spätestens in naher Zukunft an fachlich geeignetes Hilfspersonal übertragen werden müssen. Die Richtlinie sollte dieser Entwicklung auch durch ausreichende Möglichkeiten zur Anrechnung von fachlich geeignetem, unterstützenden Personal Folge leisten. Wir begrüßen daher auch explizit, die Ergänzung der DKG zur Sicherstellung von Anrechnungsmöglichkeiten in kleineren Einrichtungen durch die Festlegung der Mindestanrechenbarkeit einer halben Vollkraft.
Zudem sollte es künftig auch ermöglicht werden, in geringem Umfang eine Anrechnung auf den Ärztlichen Dienst vorzunehmen. Die Regelaufgaben aus Anlage 4 legen nahe, dass bereits heute verschiedene Tätigkeiten durch ärztliche Assistenzberufe (Physician Assistant, Kodierfachkräfte, etc.) übernommen, aber nicht auf die ärztliche Besetzung angerechnet werden dürfen.

4. Ausnahmetatbestände (§ 10 Abs. 2)

Die DGPPN unterstützt die Position der DKG zu Ausnahmetatbeständen in § 10 Abs. 2.

Begründung: In § 10 Abs. 2 wird das Nachweisverfahren für die Inanspruchnahme von Ausnahmetatbeständen konkretisiert. Die DGPPN unterstützt die Position der DKG, wonach sich die Ausnahmetatbestände auf die Einrichtung nach § 2 Abs. 5 beziehen und für das gesamte therapeutische Personal der jeweiligen Einrichtung gelten.

5. Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung (§ 6 Abs. 3 und 4)

Die Anpassung in § 6 Abs. 3 macht eine Folgeanpassung notwendig.

§ 6 Abs. 4 sollte wie folgt geändert werden:

„Liegt in einem Quartal des laufenden Jahres die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage ~~*in den Behandlungsbereichen*~~ des Fachbereichs der Einrichtung 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 Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage des laufenden Quartals."

Begründung: Zur Ermittlung der Mindestvorgaben wird in § 6 Abs. 3 neu geregelt, dass sich die Behandlungstage *je Behandlungsbereich* ausgehend von der Anzahl der im jeweiligen Quartal des Vorjahres behandelten Patientinnen und Patienten und deren 14-tägiger Einstufung in die Behandlungsbereiche ergibt. Abweichend davon wird in § 6 Abs. 4 geregelt, dass die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen und die Einstufung in die Behandlungsbereiche heranzuziehen sind, wenn die tatsächliche Belegung in den Behandlungsbereichen im Vergleich zum Vorjahr um 2,5 Prozent nach oben oder unten abweicht. Die DGPPN begrüßt grundsätzlich, dass die Richtlinie einen Mechanismus beinhaltet, der dazu beitragen soll, Belegungsschwankungen bei der Berechnung von Mindestvorgaben berücksichtigen zu können. Jedoch wird der Mechanismus in § 6 Abs. 4 für ungeeignet angesehen, diesem Ziel

dgppn
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

gerecht zu werden. Ob die Belegung des aktuellen Quartals in diesem Umfang vom Vorjahreszeitraum abweicht, lässt sich nur schwer prognostizieren, da die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungsangebot oftmals auch von externen Einflüssen – allgemeine Infektionslage (Grippe, Corona, etc.), Wetter, Ferien-/Urlaubszeiten – abhängt und vom Krankenhaus nicht gesteuert werden kann. Bei Anwendung der Regelung wüssten die Krankenhäuser immer erst nach Abschluss des Quartals, welche Mindestbesetzung konkret einzuhalten gewesen wäre. Dabei kann es trotz organisatorischer Vorbereitung und Berücksichtigung von Ausfallzeiten und Schwankungen bei der Personalbesetzung zu Unterschreitungen kommen. Die Ausnahmetatbestände in § 10 berücksichtigen zumindest eine erhebliche Belegungsveränderung mit unterzubringenden Patienten. Dabei bleibt jedoch unberücksichtigt, dass auch die Anzahl unterzubringender Patienten vom Krankenhaus nicht gesteuert werden kann und auf Grund der Versorgungsverpflichtung kein Patient einfach bei Aufnahme abgewiesen werden darf. Die Steuerungsmöglichkeiten der Krankenhäuser sind somit äußerst gering. Da aber bereits geringfügigste Unterschreitungen schwere, existenzbedrohende Strafzahlungen nach sich ziehen würden, ist der dargestellte Mechanismus nicht sachgemäß und sollte angepasst werden.

6. Neue Behandlungsbereiche (§ 3 Abs. 1, Anlage 2)

Die Neuschaffung der Behandlungsbereiche „P3 Psychotherapie teilstationär“ und „P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“ macht es notwendig, die psychotherapeutische Komplexbehandlung auch in psychiatrischen Tageskliniken zu ermöglichen.

Der Beschlussentwurf muss folgendermaßen ergänzt werden:

1. In § 3 Absatz 1 werden folgende Zeilen hinzugefügt:
„A8 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär

P3 Psychotherapie teilstationär

P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär.“

2. Die Anlage 2 (Eingruppierungsempfehlungen) wird wie folgt geändert:

1. In der Zeile A7 „Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung“ werden in Spalte 2 „Kranke“ das Wort „stationär“ durch das Wort „vollstationär“ und in Spalte 4 „Behandlungsmittel“ die Wörter „kognitiv behavioralen Grundverfahrens als reflektiertem multiprofessionellen“ durch die Wörter „kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller“ ersetzt.

Der Zeile A7 wird die folgende Zeile A8 angefügt:

dgppn
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen	6. Beispiele
A8 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär	Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene entweder teilstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch oder komplex psychotherapeutisch behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 erfüllen.	Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung	Komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess unter der Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Mindestmerkmale des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 müssen erfüllt sein. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog.	Dies ist eine komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.	

dgppn
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

			Einzel- und Gruppenthera-pie) mindes-tens drei Thera-pieeinheiten pro Woche um-fassen.		

Bezüglich Anlage 1 (Minutenwertetabelle) schließt sich die DGPPN grundsätzlich der Position der DKG an, für P3 und P4 (und neu A8) zum jetzigen Zeitpunkt keine Minutenwerte zu definieren.

Begründung: Bislang ist die teilstationäre Behandlung in psychosomatischen Kliniken in der PPP-RL nicht abbildbar, deshalb wird eine neue Kategorie „P3 Psychotherapie teilstationär“ gebildet, welche „A6 Tagesklinische Behandlung“ in psychiatrischen Kliniken entspricht. Darüber hinaus wird eine neue Kategorie „P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“ gebildet, welche keine Entsprechung in der Psychiatrie hat, denn „A7 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung“ ist nur stationär möglich. Da psychiatrische und psychosomatische Kliniken nachweisbar größtenteils dieselbe Klientel behandeln, ist es aus Gründen der Versorgungsgerechtigkeit unabkömmlich, eine psychotherapeutische Komplexbehandlung auch in psychiatrischen Tageskliniken zu ermöglichen. Andernfalls droht die Vertiefung der Zwei-Klassen-Medizin im Bereich der psychischen Gesundheit. Dies betrifft in der Konsequenz auch die Bereiche „S. Abhängigkeitskranke“ und „G. Gerontopsychiatrie“, wo perspektivisch eine psychotherapeutische Komplexbehandlung ermöglicht werden sollte.

DEUTSCHE
MUSIKTHERAPEUTISCHE
GESELLSCHAFT

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft Naumannstraße 22 10829 Berlin

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen
Sowie Teilnahme an der mündlichen Stellungnahme (Anhörung) gemäß § 91 Abs. 9 SGB V

07.09.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft danken wir Ihnen für die erneute Gelegenheit zur Stellungnahme. Wir verweisen auf unsere Stellungnahme zum ersten Beschlussentwurf für diese Richtlinie. Wie dort genauer ausgeführt wurde, sind für Musiktherapeut*innen die Arbeitsfelder Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie wichtige Arbeitsbereiche, in denen Musiktherapie spezifische Behandlungsmöglichkeiten für Patient*innen dieser Fachbereiche vorhält, entsprechend langjährig etabliert ist und in Leitlinien empfohlen wird. Ergänzend eine aktuelle Literaturempfehlung: H.U. Schmidt, Th. Stegemann, C. Spitzer (2020).[1]

Da Musiktherapie als eine der Künstlerischen Therapien verstanden wird, beziehen sich unsere Änderungsvorschläge auf diese.

Leider stellen wir fest, dass die bisher vorgenommenen Änderungen und die in den Tragenden Gründen genannten Überlegungen dazu da, wo sie sich auf die sogenannten „Spezialtherapien“ und weitere Fachtherapien beziehen, den Eindruck machen, dass spezifische Fachkompetenz für diesen Bereich nicht einbezogen wurde. Wir halten es für die weiteren Änderungsvorgänge für essenziell, dass Angehörige dieser Berufsgruppen an der Arbeit beteiligt werden, um eine adäquate Abbildung in der neuen Richtlinie zu verankern!

[1] H.U. Schmidt, Th. Stegemann, C. Spitzer (Hrsg.): Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen, Elsevier, Urban & Fischer 2020

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMTG) e.V.
Naumannstraße 22
10829 Berlin

Telefon 030. 29 49 24 93
Fax 030. 29 49 24 94
www.musiktherapie.de
info@musiktherapie.de

Bankverbindung
IBAN DE32 8306 5408 0004 0281 71
BIC GENODEF1SLR
Gläubiger-ID DE71ZZZ00000033805

Vereinsregister
Amtsgericht
Charlottenburg
VR 27822 B
Ust.-IdNr. DE 260631980

Vorstand
Prof. Dr. Lutz Neugebauer
Frederike Schludi
Karin Böseler
Simone Maier-Hanemann

Bundesgeschäftsstelle Berlin
Judith Brunk (Geschäftsführung)
Sabine Westermann (Büroleitung)

Im Folgenden finden Sie unsere Stellungnahme im Einzelnen.

Wir planen eine Beteiligung an der mündlichen Stellungnahme.

Bis dahin verbleiben wir mit freundlichen Grüßen

Beatrix Evers- Grewe
Beisitzerin im Vorstand

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG), Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Allgemeines

Bzgl. der Berufsgruppen (§ 5) ist für uns weiterhin nicht nachvollziehbar, dass Ergotherapeut*innen und Künstlerische Therapeut*innen unter dem **fragwürdigen und inkonsistent genutzten Begriff der „Spezialtherapeuten" zusammengefasst** werden. Die Ergotherapie und die Künstlerischen Therapien verfügen jeweils über eine eigenständige Ausbildung, eigene Inhalte, Konzepte sowie Maßnahmen und Methoden. Sie nutzen spezifische Verfahren der Diagnostik, Therapieplanung, -durchführung und Evaluation. Eine Vermischung bzw. Zusammenfassung der Berufe bedeutet, diese Spezifika und die daraus resultierenden Wirkungsunterschiede der Therapien zu ignorieren und den Patient*innen relevante und notwendige Behandlungsmöglichkeiten vorzuenthalten.

Die Zusammenfassung der Berufsgruppen führt zudem zu **Folgeproblemen** z.B. bei dem Thema Anrechnung anderer Berufsgruppen (s.u.), bei den Minutenwerten und auch bei der Aufgabenbeschreibung (Anlage 2). Gerade die Aufgabenbeschreibung macht deutlich, dass keine gemeinsame Darstellung von Ergotherapie und Künstlerischen Therapien möglich ist.

Wir weisen darauf hin, dass in den Beispieltabellen, die im Text zu den Tragenden Gründen zu § 13 beschrieben sind, weiter als Überschrift der Begriff „Ergo" zu finden ist.

Auch die in den Tragenden Gründen vorgeschlagene Integration der Konzentrativen Bewegungstherapie unter dem Begriff Spezialtherapien entspricht nicht der in der Regel als Weiterbildung im Bereich Bewegungstherapie angesiedelten klinischen Praxis. Entsprechend sollten die Regelaufgaben den Begriff Konzentrative Bewegungstherapie weiterhin der Bewegungstherapie zuordnen. Auch für die Ausübung z.B. von tiergestützter Therapie sollte in der Regel ein therapeutischer Grundberuf vorliegen, dem entsprechend diese Therapieformen zugeordnet werden!

Bitte berücksichtigen Sie im gesamten Dokument die korrekte Schreibweise **K**ünstlerische Therapie**n**:

§ 5 Berufsgruppen
d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie **K**ünstlerische Therapeutinnen und **K**ünstlerische Therapeuten)

§8 (5) Hilfskräfte und Umfänge der Anrechenbarkeit
Der Einsatz von **Hilfskräften** ist im Bereich der Künstlerischen Therapien keine Option. Die Tätigkeiten (s.a. Aufgabenbeschreibungen) können nur mit einer qualifizierten und abgeschlossenen Fachausbildung durchgeführt werden. Bereits die Anrechnungen von Fachkräften (aus in §5 benannten oder nicht benannten Berufsgruppen) ist nur in engen Grenzen vorstellbar (s.u.) Von daher fordert der DVE, bei der Thematik der Hilfskräfte eine differenzierte Benennung für welche Berufsgruppen, der Einsatz von Hilfskräften in Frage kommt.

In Bezug auf die **Umfänge der Anrechenbarkeit anderer Fachkräfte** auf die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten bedeutet die Zusammenfassung von Ergotherapie und Künstlerischen Therapien bereits einen großen Spielraum für eine Flexibilität im Personaleinsatz. Von daher fordern wir eine deutliche Begrenzung der Anrechenbarkeit anderer Fachkräfte auf diese Berufsgruppe auf 3%, um die inhaltliche Qualität, die patientenbezogenen Notwendigkeiten oder individuellen Bedarfe der psychiatrischen Versorgung sicherzustellen.

§14 Anpassung der Richtlinie

Vorschlag zu §14 (2)(Ergänzung eines zusätzlichen Spiegelstrichs):

> Dabei sind insbesondere folgende Bereiche zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen oder neu zu definieren:
>
> ....
>
> - die Regelaufgaben der verschiedenen Berufsgruppen der Spezialtherapeuten inklusive Überprüfung des Konstruktes „Spezialtherapeuten“ und der Begrifflichkeit

Anlage 1 Minutenwertetabellen

1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene, P 1 bis P 4

Spezialtherapeut*innen	**Bewegungstherapeut*innen**
[GKV-SV, PatV:] 176	[GKV-SV, PatV:] 17
[GKV-SV, PatV:] 102	[GKV-SV, PatV:] 50

Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen
zu den Behandlungsbereichen der PPP-RL in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen
für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche
P. Psychosomatik

Integration der Künstlerischen Therapien in die Spalte Behandlungsmittel aller Behandlungsbereiche

KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Integration der Künstlerischen Therapien in die Spalte Behandlungsmittel aller Behandlungsbereiche

Anlage 3 Teil B Referenztabellen B4.2 und B4.3 Qualifikationen des Personals

Wir begrüßen ausdrücklich die Differenzierung des Nachweises der einzelnen Berufsgruppen innerhalb der Spezialtherapeuten.

Anlage 4 Regelaufgaben

1. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Erwachsenenpsychiatrie

e. Regelaufgaben 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 Künstlerische Therapien
- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
- Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung

3. Gruppenbezogene Behandlung
- Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Künstlerische Therapien
- 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 Ergotherapie bzw. der Künstlerischen Therapien

f. Regelaufgaben 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, z.B. Konzentrative Bewegungstherapie

3. Gruppenbezogene Behandlung
- Gruppengymnastik und Sporttherapie
- Bewegungstherapie und Physiotherapie
- Entspannungsübungen
- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie, z.B. Konzentrative Bewegungstherapie

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptionsbesprechungen im Team
- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision

3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

d. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

- Künstlerische Therapien (Kunst-, Musiktherapie u.a. in Einzel- und Gruppenbehandlung)
- Bewegungstherapie einschl. Physiotherapie und Konzentrative Bewegungstherapie

Oder

1. Grundversorgung
   – Mitwirkung bei Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung
   – Dokumentation
2. Einzelfallbezogene Behandlung
   – Künstlerische Therapien
   – Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
   – Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung
3. Gruppenbezogene Behandlung
   – Künstlerische Therapien
   – 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 Spezialtherapien

e. 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, z.B. Konzentrative Bewegungstherapie

3. Gruppenbezogene Behandlung
   – Gruppengymnastik und Sporttherapie
   – Bewegungstherapie und Physiotherapie
   – Entspannungsübungen
   – Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie, z.B. Konzentrative Bewegungstherapie
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
   – Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptionsbesprechungen im Team
   – Vor- und Nachbereitung
   – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision

Tragende Gründe

Zur Anlage 4 Regelaufgaben

GKV-SV

Die Änderung dient der Vervollständigung der RL. In der Erstfassung der RL-PPP wurden die Regelaufgaben für die Spezialtherapeuten und die Bewegungstherapeuten in der
Psychosomatik nicht geregelt. Dies wird hier nachgeholt. Wie in den TG zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss über eine Personalausstattung Psychiatrie- und Psychosomatik-Richtlinie: Erstfassung vom 19 September 2019 bereits zur Anlage 4 beschrieben, orientieren sich die dort beschriebenen Regelaufgaben im Wesentlichen an den bisherigen Regelaufgaben de Psych-PV. Eine Änderung der Regelaufgaben für erste Berufsgruppen ist u.a. für die Anpassung der RL zum 1. Januar 2022 gemäß § 4 Abs. 2 vorgesehen.

Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

Per E-Mail an

PPP-RL@g-ba.de

[redacted]

07.09.2020

Stellungnahme der DGPM über die Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Frau Oesterlen,
sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage übersende ich Ihnen die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik.

Wir danken Ihnen herzlich, dass Sie uns die Gelegenheit eingeräumt haben, zum Beschlussentwurf über diese Änderung der Personalausstattung Stellung zu nehmen. Wir stehen für einen konstruktiven Dialog gerne auch weiterhin zur Verfügung und werden an der Anhörung am 21.09. 2020 teilnehmen.

Unsere Stellungnahme haben wir in Abstimmung mit der Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) abgestimmt. Wir möchten anregen, dass beide Verbände auch zur Anhörung miteingeladen werden, damit auch diese ihre sehr substantiellen Anregungen vorbringen können.

[redacted]

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Vorsitzender der DGPM

Bundesvorstand

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
Tel.: 0641 985-45600, Sekretariat: -45601
Fax: 0641 985-45609
johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen de

Stellvertretende Vorsitzende
Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinikum Lüdenscheid
Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid
Tel.: 02351 462730, Fax: 02351 462735
gerhard hildenbrand@klinikum-luedenscheid.de

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinikdirektorin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4587089, Fax: 0351 4586332
kerstin.weidner@uniklinikum-dresden.de

Beisitzer
Dr. med. Götz Berberich
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100, 86949 Windach
Tel.: 08193 72802, Fax: 08193 7225802
g.berberich@klinik-windach de

Bernd Bergander
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Grunewaldstr. 58, 10825 Berlin
Tel.: 030 7512315, Fax: 030 70711606
bergander-praxis@online de

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich
Universitätsklinikum Heidelberg
Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
Tel.: (06221) 56-8649, Mail: hans-christoph.friederich@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Harald Gündel
Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel.: 0731 50061800, Fax: 0731 50061802
harald.guendel@uni-ulm.de

Dr. med. Norbert Hartkamp
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
Tel.: 0212 22177270, Fax: 0212 22177272
hartkamp@pthweb.de

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
Tel.: 03328 345678
koellner@psychosoma de

Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Prof. Dr. med. Peter Henningsen
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dekan der Fakultät für Medizin der TU München
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstr. 3, 81675 München
Tel.: 089 41404313
p.henningsen@tum.de

Geschäftsführerin
Simone Kneer-Weidenhammer
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht, Justiziarin
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
s.kneer-weidenhammer@dgpm de

Geschäftsstelle
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
info@dgpm de

www.dgpm.de

Bankverbindung
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE22 1002 0500 0001 2789 00
BIC BFSWDE33BER

Steuernummer
27/620/57425

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

Per E-Mail an

PPP-RL@g-ba.de

Berlin, den 07.09.2020

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen (Stand 07.09.2020)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) dankt für die Gelegenheit, zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL, Stand 5.8.2020), Stellung nehmen zu können. Wie zur Erstfassung der Richtlinie wird diese Stellungnahme in Abstimmung mit der Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) abgegeben.

Im Folgenden wird zuerst auf die spezifischen Themen des Fachgebietes der Psychosomatischen Medizin (Psychosomatik) eingegangen und danach auf die übrigen Punkte des Beschlussentwurfes.

I. Zu Tragenden Gründen, 2. Eckpunkte der Entscheidung:

Die DGPM unterstützt seit dem ersten Entwurf der PPP-RL die Zielsetzung des § 136a Absatz 2 SGB V zur Festlegung geeigneter

Bundesvorstand

Vorsitzender
Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
Tel.: 0641 985-45600, Sekretariat: -45601
Fax: 0641 985-45609
johannes.kruse@psycho.med.uni-giessen de

Stellvertretende Vorsitzende
Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinikum Lüdenscheid
Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid
Tel.: 02351 462730, Fax: 02351 462735
gerhard hildenbrand@klinikum-luedenscheid.de

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner
Klinikdirektorin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 4587089, Fax: 0351 4586332
kerstin.weidner@uniklinikum-dresden.de

Beisitzer
Dr. med. Götz Berberich
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100, 86949 Windach
Tel.: 08193 72802, Fax: 08193 7225802
g.berberich@klinik-windach de

Bernd Bergander
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Grunewaldstr. 58, 10825 Berlin
Tel.: 030 7512315, Fax: 030 70711606
bergander-praxis@online de

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich
Universitätsklinikum Heidelberg
Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
Tel.: (06221) 56-8649, Mail: hans-christoph.friederich@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Harald Gündel
Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel.: 0731 50061800, Fax: 0731 50061802
harald.guendel@uni-ulm.de

Dr. med. Norbert Hartkamp
Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
Tel.: 0212 22177270, Fax: 0212 22177272
hartkamp@pthweb.de

Prof. Dr. med. Volker Köllner
Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
Tel.: 03328 345678
koellner@psychosoma de

Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Prof. Dr. med. Peter Henningsen
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dekan der Fakultät für Medizin der TU München
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstr. 3, 81675 München
Tel.: 089 41404313
p.henningsen@tum.de

Geschäftsführerin
Simone Kneer-Weidenhammer
Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht, Justiziarin
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
s.kneer-weidenhammer@dgpm de

Geschäftsstelle
Jägerstr. 51, 10117 Berl n
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
info@dgpm de

www.dgpm.de

Bankverbindung
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE22 1002 0500 0001 2789 00
BIC BFSWDE33BER

Steuernummer
27/620/57425

Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, insbesondere auch den Anspruch, die Mindestvorgaben der Personalausstattung möglichst anhand wissenschaftlicher Evidenz und zur Unterstützung einer leitliniengerechten Behandlung zu gestalten. In der Entwicklung dieser Maßnahmen zeichnen sich jedoch erhebliche Probleme ab.

(1) In der Psychosomatik fehlen aktuell noch die notwendigen empirischen Daten und damit wesentliche Grundlagen, um diesen gesetzgeberischen Auftrag umzusetzen.
(2) Die Erarbeitung der Grundlagen für passende Mindestvorgaben wird mehr Zeit kosten, als die Richtlinie derzeit vorsieht. Ein realistischer neuer Zeitplan muss vereinbart werden. Die psychosomatischen Verbände haben Interesse an Transparenz und wollen sich an der Erarbeitung beteiligen.
(3) In der Psychosomatik liegen keine Berichte über Minder- oder Fehlversorgung vor. Es besteht kein dringender Handlungsbedarf.
(4) Es bedarf deshalb keiner voreiligen Festlegungen in diesem Beschluss für die Psychosomatik. Die Beschlussvorschläge für Festlegungen in der Psychosomatik beruhen auf fehlerhaften Annahmen.
(5) Es gibt vermehrt Hinweise, dass die inadäquaten Mindestvorgaben bereits jetzt eine Wirkung auf die Patientenversorgung entfalten. So kommt es wegen der drohenden Sanktionserheblichkeit in 2022 in manchen Einrichtungen zu medizinisch nicht zu rechtfertigenden Veränderungen in den Behandlungsstrukturen und –angeboten. Dieser Prozess muss gestoppt werden.

Im Einzelnen:

(1) Beschluss des BMG

Die DGPM hat die einzige Auflage im Beschluss des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) der Nichtbeanstandung der Richtlinie am 20.12.2020 mit Erleichterung zur Kenntnis genommen, nach der die Mindestvorgaben für die Psychosomatik und deren etwaige erforderliche Anpassung zu überprüfen sind. Die Gründe für diese Auflage bestehen nach wie vor (Begründung des Beschlusses des BMG nachfolgend *kursiv*).
(A) *„Im Vergleich zu der psychiatrischen Versorgung unterlag die psychosomatische Versorgung nicht den Regelungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Für die psychosomatische Versorgung fehlte es bei der Festlegung der entsprechenden Mindestvorgaben folglich an bereits erprobten Anhaltszahlen.“*
Die Psychiatrie-Personalverordnung war das Resultat eines 20-jährigen Diskussionsprozesses in der Psychiatrie.[1] Ihre Anwendung

[1] 1970 befasste sich der Ärztetag, erstmals damit. Die Psychiatrie-Enquête wurde 1975 abgeschlossen. 1990 wurde die Psych-Personalverordnung erlassen. Quelle: Wikipedia.

Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

für die Psychosomatik war nie beabsichtigt. Hierzu aus unserer Stellungnahme zur Erstfassung der PPP-RL:
„Die Psychiatriepersonalverordnung in der aktuell gültigen Fassung hat sich explizit immer auf die „klinisch-psychiatrische Behandlung" bezogen und war daher zurecht und anerkannt niemals Grundlage einer Personalbemessung in der Psychosomatischen Medizin. Dies wird in der Psych-PV selbst mehrfach begründet:

In den Erläuterungen zu § 1 Psych-PV Abs. 5.4 wird u.a. festgestellt:
Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat in seinem Schreiben vom 10.01.1991 V a 6-43541-24 zur Frage der Anwendbarkeit der Psych-PV auf Kliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausgeführt, dass diese „....hinsichtlich ihres Personalbedarfs nicht mit psychotherapeutischen Abteilungen in psychiatrischen Kliniken vergleichbar sind. Eine direkte Anwendung der Minutenwerte A5, S5 und G5 ist nicht möglich. Es ist deshalb bei den Pflegesatzverhandlungen auf das medizinisch erforderliche Leistungsangebot der Einrichtung abzustellen (Psych-PV S. 102f)".
Im Besonderen kann die Psych-PV nicht Grundlage einer Personalbemessung für eine psychosomatische Tagesklinik sein, da die in einer solchen Tagesklinik behandelten Patienten nicht psychiatrisch sondern gem. den oben genannten Unterscheidungskriterien intensiv psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und akut erkrankt sind.
Die Erläuterung zu § 5 Psych-PV führt hierzu in Abs. 1.8 aus: „Bei den Tageskliniken wurde von sog. verbundenen Tageskliniken und einer 5-Tage-Woche ausgegangen, in der Erwachsenenpsychiatrie von solchen, welche vorwiegend rehabilitativ behandeln.....Die Personalbemessung für andere Formen der Tagesklinik sind gesondert zu verhandeln" (Psych-PV S. 137f.).
In Erläuterung 1.6 A6 (Tagesklinische Behandlung) zu Anlage 1 Psych-PV heißt es: „Der Personalbemessung sind Patienten zugrundegelegt, deren Behandlungsaufwand daran bemessen ist, dass sie im Anschluß an eine vollstationäre Behandlung in der gleichen Einrichtung teilstationär weiterbehandelt werden.....Es gibt jedoch tagesklinische Behandlungen, zu denen die Kranken primär, d.h. ohne vorangegangene vollstationäre Behandlung aufgenommen werden. Diese Patienten sind akut krank. Die Minutenwerte nach Behandlungsbereich A6 sind dann nicht bedarfsgerecht."

Im Mai 2019 wurden die DGPM und ihre Partnerverbände vor die Wahl gestellt, künftig die Psych-PV innerhalb der Psychosomatik als Personalbemessungsinstrument zu akzeptieren oder unverzüglich einen Gegenvorschlag zu machen. Es bestünde zum aktuellen

Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

Diskussionstand im G-BA fast keine Möglichkeit mehr eine eigene psychosomatische Kategorie durchzusetzen. Die psychosomatischen Verbände waren wohlgemerkt bis zu diesem Zeitpunkt nicht in die Diskussion involviert. Nur unter diesem Druck votierten die DGPM und ihre Partnerverbände für die Übernahme der Personalanhaltszahlen von Heuft G et al. 1993 für die Kategorie P2 und die Übernahme der Kategorie A5 für die P1. Zum damaligen Zeitpunkt war die endgültige Ausformulierung und Funktionsweise der PPP-RL nicht bekannt.

Die Minutenwerte von lediglich zwei Kategorien können nicht für alle Behandlungsbedingungen und spezialisierten Bereiche sachgerecht sein und würden, eingebettet in die heute verabschiedete PPP-RL, zu Verwerfungen in der Versorgung führen (siehe unten unter (B)). Die Personalanhaltszahlen von Heuft G (1993) wurden als SOLL-Zahlen entwickelt. Sie eignen sich nicht als Mindestvorgaben in der jetzt bestehenden PPP-RL. Sie wurden zudem vor 27 Jahren publiziert und bilden die differenzierten Behandlungskonzepte der aktuellen Psychosomatischen Medizin im Krankenhaus nicht mehr ab. Die Anzahl psychosomatischer Krankenhausbetten ist seit der ersten Erfassung in 2002 von 4.412 auf 11.410 in 2017 (letzte verfügbare Zahl) gestiegen.[2] Mit diesem Wachstum ging eine zunehmende Differenzierung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung einher.

Anders als die Psych-PV hatten die Heuft'schen Anhaltszahlen nie Verbindlichkeit für die Budgetverhandlungen. Deren Einhaltung musste nie berichtet werden. Es gibt also weder Erfahrung mit der Formulierung noch mit dem Umgang in der Berichterstattung von Personalanhaltszahlen, und es existieren auch keine validen Mindestvorgaben für das gesamte Fachgebiet der Psychosomatik.

(B) *„Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass die Psychosomatik in der PPP-RL lediglich über zwei Behandlungsbereiche (gegenüber 19 psychiatrischen und 7 kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsbereichen) abgebildet wird."*[3] In der Psychosomatik sind 11.410 Krankenhausbetten in den Krankenhausplänen der Bundesländer ausgewiesen. Das sind 15,4% der insgesamt 73.944 Betten für psychische Erkrankungen in Deutschland.[4] Mit 262 Abteilungen stellt die Psychosomatik mittlerweile sogar 32,1% der insgesamt 816 Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland. Für die Psychosomatik sind derzeit jedoch mit 2 von 29 Behandlungsbereichen in der PPP-RL nur 6,9% der Behandlungsbereiche zugewiesen.

Die Einführung der hastig entwickelten Mindestvorgaben hätte aller Voraussicht nach Verwerfungen in der Psychosomatik zur

[2] Statistisches Bundesamt, Reihe 6.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser 2004-2017.
[3] Aus dem Beschluss des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Nichtbeanstandung der PPP-RL vom 20.12.2020.
[4] Statistisches Bundesamt, Reihe 6.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser 2017

Folge gehabt. Vermutlich wurde vor allem aus diesem Grunde die Auflage zur Prüfung der Mindestvorgaben gemacht. Die psychosomatischen Fachverbände haben einen „Testlauf“ der PPP-RL durchgeführt. Aus den vorläufigen Ergebnissen ergeben sich Anhaltspunkte für den Ausschluss erheblicher Teile der psychosomatischen Versorgung von der Vergütung bei Inkrafttreten der PPP-RL. Dieser Ausschluss beruht auf einer unzureichenden Differenzierung und Passung der Mindestvorgaben, die nicht ausreichend die unterschiedlichen therapeutischen Behandlungsnotwendigkeiten in den unterschiedlichen psychosomatischen Kliniken berücksichtigt.

Einerseits können die Mindestvorgaben unter den Annahmen des Testlaufs von den bisher in der Stichprobe enthaltenen Kliniken nicht eingehalten werden, weil aufgrund des therapeutischen Konzeptes und der strukturellen Bedingungen mindestens in jeweils mindestens zwei unterschiedlichen Berufsgruppen — die Mindestvorgaben nicht erfüllt werden. Dies gilt auch bei Einordnung in die Kategorie P1 mit Berücksichtigung des Abschlags von 10% für Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung nach § 6 Abs. 6 und unter Beachtung der in den Übergangsregeln gem. § 16 abgesenkten Grenze der Einhaltung zu Beginn von 90%. In denselben Einrichtungen ist häufig in anderen Berufsgruppen zu viel Personal vorhanden, das nach den aktuell geltenden Regeln der Anrechenbarkeit nach § 8 PPP-RL nicht zum Ausgleich herangezogen werden kann. Dieses betrifft überwiegend, jedoch nicht ausschließlich, große Fachkliniken (Median der Bettenzahl = 165), die sich intensiv an der Erhebung beteiligten. Die Stichprobe umfasst ca. 14% der Betten oder knapp jedes 7 Bett im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Andererseits berichten zahlreiche psychosomatische Einrichtungen, vorwiegend Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätsklinika, dass die Mindestvorgaben der PPP-RL weit unter dem angemessenen Personalbemessungsstandard liegen, um das medizinische Leistungsangebot ihrer Einrichtung zu sichern. Sie fürchten eine Gefährdung der Behandlungsqualität für ihre komplex und somatisch komorbid erkrankten Patienten mit intensivpsychosomatischem Behandlungsbedarf durch unzureichende Finanzierung ihres heutigen Leistungsangebots durch aus ihrer Sicht zu niedrige Personalvorgaben.

Es kann nicht Ziel sein, in Ermangelung ausreichender Daten, ohne Vorliegen von Versorgungsproblemen, ohne bekannte Qualitätsmängel und ohne wissenschaftlich fundierte Empfehlungen eine Qualitätsrichtlinie für die Psychosomatik zu verabschieden, die in mehreren Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL einerseits von einer Großzahl der Einrichtungen nicht eingehalten werden kann und die andererseits für viele Einrichtungen wiederum zu gering angesetzt ist. Solche Vorgaben würden deswegen ab dem Zeitpunkt

Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

ihrer Sanktionserheblichkeit zur Aufrechterhaltung der Versorgung ausgesetzt werden müssen, wie z.B. im Fall der QFR-RL für Frühgeborene. Gleichzeitig würden sie in einigen Einrichtungen wegen ihrer bindenden Wirkung für Budgetverhandlungen zu Rechtfertigungsdruck und Finanzierungslücken führen (siehe § 3 Abs. 3 BPflV). Bei Inkrafttreten der Mindestvorgaben in ihrer aktuellen Form würden erhebliche Verwerfungen der Versorgung in Form von Einrichtungsschließungen einerseits und dem Wegfall vom spezialisierten Versorgungsangebot andererseits resultieren. Diese Verwerfungen wären aus medizinischen und auch aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht zu rechtfertigen. Der G-BA läuft mit dem aktuellen Stand der PPP-RL und dem vorliegenden Beschlussentwurf Gefahr einer solchen Entwicklung Vorschub zu leisten.

(2) Realistischer Zeitplan für die Erarbeitung von Mindestvorgaben

Die DGPM empfiehlt aus diesem Grund dringend einen realistischen neuen Zeitplan für die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und die Überprüfung der Mindestvorgaben festzulegen. Die DGPM sichert gemeinsam mit ihren Partnerverbänden die konstruktive Mitarbeit daran zu. **Eine seriöse und belastbare Definition der Behandlungsbereiche in der Psychosomatik ist aus Sicht der DGPM erst bis 2024 möglich.** Selbst eine Definition der Vorgaben bis 2024 ist im Vergleich zur Entstehungsdauer der Vorgaben (Psych-PV) in der Psychiatrie ein ambitionierter Zeitplan. Die Existenz der jetzigen, unpassenden Vorgaben und deren drohendes Inkrafttreten Anfang 2022 führt zu großer Verunsicherung bei den Leistungserbringern.

Im Einzelnen:

Trotz der expliziten Auflage des BMG vom 20.12.2019 hat eine Überprüfung der Mindestvorgaben im G-BA bisher nicht stattgefunden.[5] Angesichts der Corona-Pandemie sind die Verzögerungen im G-BA zwar nachvollziehbar, diese Versäumnisse sollten jedoch nicht zu Lasten der vom BMG geforderten Auseinandersetzung mit der Anpassung und ggf. Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatik gehen. Der DGPM und ihren Partnerverbänden ist es zwischenzeitlich trotz großer Bemühungen nicht gelungen, belastbare Daten zu den unterschiedlichen Behandlungsbereichen in der Psychosomatik zu erhalten. An einem von den psychosomatischen Verbänden initiierten Testlauf beteiligten sich nicht genügend Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken, um ein repräsentatives und wissenschaftlich fundiertes Bild zu erhalten. Die Grün-

[5] Die Auflage des BMG lautete: *„Vor diesem Hintergrund wird dem G-BA aufgegeben, vor Eintritt der Sanktionserheblichkeit der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben am 1. Januar 2021 eine Überprüfung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik und deren etwaige erforderliche Anpassung bzw. eine Verlängerung der übergangsweisen Aussetzung der Sanktionsregelung für die betroffenen psychosomatischen Behandlungsbereiche sicherzustellen.“*

de dafür sind vielfältig.[6] Für eine repräsentative Studie sind mehr Ressourcen erforderlich, als sie derzeit von den psychosomatischen Verbänden allein zur Verfügung gestellt werden können. Die Experten der Verbände sind auf bessere Daten angewiesen. In der bisherigen Diskussion zwischen den psychosomatischen Verbänden und den Selbstverwaltungspartnern wurde große Hoffnung in die Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung nach § 7 der PPP-RL durch die Nachweise gem. Anlage 3 gesetzt. Allerdings sind die Daten für das Jahr 2020 aufgrund der nach wie vor geringeren Auslastung und der vielerorts erfolgten vorübergehenden Schließung von Abteilungen wegen der Pandemie verzerrt und keine geeignete Grundlage für die Formulierung von Mindestvorgaben. Es werden aus den Nachweisen gem. Anlage 3 PPP-RL also erst Ende 2022 von der Pandemie einigermaßen unbeeinträchtigte Daten für das Datenjahr 2021 vorliegen. Die Daten müssen bis 30. April, bzw. 15. Mai 2022 durch die Träger beim IQTiG eingereicht werden. Eine Veröffentlichung in bearbeitbarer Form wird wohl erst im Laufe der zweiten Jahreshälfte erfolgen. Eine erste Auseinandersetzung und Diskussion der Daten im G-BA wird frühestens im letzten Quartal 2022 möglich sein. Die Leistungserbringer hätten zudem bei einer hastig im 4. Quartal 2022 zu treffenden Entscheidung des G-BA (Veröffentlichung Anfang 2023?) keine Möglichkeit mehr zu reagieren, wären aber bereits im ersten Quartal 2022 mit Sanktionen bei deren Nichteinhaltung bedroht.
Zusammenfassend: Eine Beschlussfassung über die Ausdifferenzierung und Festlegung der Mindestvorgaben auf der Grundlage einer halbwegs seriösen Evaluation und ausreichender Diskussion der Daten aus der Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung könnte frühestens in 2023 erfolgen.

Unter Teilnahme und Beteiligung aller drei Fachverbände der betroffenen medizinischen Fächer, der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik, wurde auf Anregung aus dem G-BA ein Forschungsprojekt beim Innovationsfond beantragt, das für das Fach der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (PSM-PT) anhand der Personal- und Leistungsdaten aus einer repräsentativen Auswahl von Kliniken die erforderliche Datengrundlage liefern könnte. Bei diesem Forschungsprojekt soll es darum gehen, das sogenannte Plattform-Modell zu validieren. Die DGPM begrüßt diese Initiative sehr und dankt für die Möglichkeit der Teilnahme. Das Ergebnis dieser Studie – wenn sie denn genehmigt wird – wird in 2024 erwartet. Der psychosomatische Teil des Plattform-Modells geht von

[6] Die Gründe hierfür sind vielfältig: 1. In Abteilungen liegen häufig keine getrennten Budgetvereinbarungen für Psychosomatische Abteilungen (L2) vor. 2. Die Trennung des Personals von dem restlichen Personal in der internen Leistungsverrechnung erzeugt hohen Aufwand, den die Träger (insbes. aufgrund der Personalengpässe während der Coronapandemie) nicht verursachen wollen. 3. Die Träger haben Bedenken gegen die Herausgabe vertraulicher Daten an die beauftragte Beratungsgesellschaft, die den Testlauf durchführt. 4. Eine saubere Aufbereitung der Daten zur Herstellung der Vergleichbarkeit ist sehr aufwendig. Die dazu notwendigen Mittel übersteigen die Ressourcen der psychosomatischen Verbände.

vier Behandlungsbereichen allein für den stationären Bereich aus, die in einer breit angelegten Untersuchung auf ihre praktische Anwendung untersucht werden.[7]

Vor dem Hintergrund des Studiendesigns des Plattformmodells wird klar: Die Daten der tatsächlichen Personalausstattung aus den Nachweisen (siehe vorletzter Abschnitt) sind mit dem Nachteil behaftet, den Einrichtungen lediglich zwei Behandlungsbereiche zur Auswahl zu lassen. D.h. die Einrichtungen können ihre tatsächliche Personalausstattung lediglich in P1 oder P2 berichten. Möglicherweise werden die Nachweise deshalb nicht mehr als erste Anhaltspunkte für die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche liefern können. **Für die Formulierung der notwendigen vier oder (mehr) stationären Behandlungsbereiche werden die Nachweise wegen der Vermischung der gemeldeten tatsächlichen Personalausstattung in den zur Auswahl stehenden Bereichen P1 und P2 voraussichtlich keine valide Grundlage bieten.**
Es liegt deshalb nahe, die Ergebnisse der beantragten Studie zum Plattformmodell in 2024 abzuwarten, damit eine seriöse und wissenschaftlich fundierte Festlegung erfolgen kann. Es macht wenig Sinn ein Jahr zuvor schon Festlegungen mit weitreichenden Konsequenzen zu treffen.

Sollte die Studie zum Plattformmodell nicht genehmigt werden, so sollte eine Verständigung über Datenerhebungen erfolgen. Die Personalstände sollten mit den Leistungsdaten aus dem OPS abgeglichen werden. Gegenwärtig werden dort die therapeutischen Leistungen nur für einen Teil der Berufsgruppen erfasst. Um ein vollständiges Bild zu erhalten, müssten dann spätestens ab 2021 alle therapeutischen Leistungen von allen in der PPP-RL normierten Berufsgruppen erfasst werden. Daher hat die DGPM in diesem Jahr erneut die Wiedereinführung der Erfassung der Therapieeinheiten für alle Berufsgruppen beim DIMDI beantragt.
Auch wenn ein alternativer Weg zur beantragten Studie zum Plattformmodell eingeschlagen würde, wird eine seriöse Erhebung und Auswertung der Daten nach Einschätzung der Verbände zur Formulierung von passenden Mindestvorgaben erst bis 2024 gelingen. Die psychosomatischen Verbände bitten darum, dass ihnen alle relevanten Daten – insbesondere auch aus den Nachweisen der PPP-RL – zur Verfügung gestellt werden. Die Verbände bieten an,

[7] Voraussetzung dafür, dass sich die PSM-PT auf nur vier Behandlungsbereiche beschränken lässt, wäre jedoch eine einfachere Anrechenbarkeit der Minutenwerte der Mindestvorgaben zwischen den Berufsgruppen und von nicht in § 5 genannten Berufsgruppen. Die Behandlungsbereiche werden anhand des medizinischen und psychotherapeutischen Leistungsspektrums definiert. Im Plattformmodell wird bisher von einer leichteren Anrechenbarkeit ausgegangen. Z.B. gibt es kein Erfordernis der Erfüllung der Regelaufgaben der Berufsgruppe, auf die die Anrechnung erfolgt. Wenn die sehr strikten Austauschregeln der PPP-RL bestehen bleiben, könnten deutlich mehr als vier Behandlungsbereiche definiert werden müssen.

sich konstruktiv an einer möglichst schnellen Formulierung passender Behandlungsbereiche zu beteiligen.

(3) Kein dringender Handlungsbedarf

Es besteht für den psychosomatischen Versorgungsbereich kein dringender Handlungsbedarf, der Anlass zu einer schnelleren Beschlussfassung geben würde. In den tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-RL wird zu § 2 Abs. 7 (S. 133, Spalte GKV, Nr. 1) der Patientenschutz als Begründung der Notwendigkeit von Nachweisen von Mindestvorgaben angeführt. Als einzige konkret greifbare Beispiele (in den gesamten Tragenden Gründen zur Rechtfertigung der Richtlinie) werden die Vernachlässigung von „Gruppen von Patienten, die erstens gemäß § 1906 BGB wegen Eigen– oder Fremdgefährdung untergebracht sind…“ oder „[Gruppen von Patienten, die]…nach § 1896 BGB unter Betreuung stehen oder… noch nicht volljährig sind.“ genannt. Solche Patientengruppen werden in der Psychosomatik nicht behandelt.

(4) Fehlerhafte Begründungen für voreilige Festlegungen

Der vorliegende Beschlussentwurf enthält voreilige Festlegungen: § 3 Abs. 1 i.v.m. Anlage 1 (Minutenwerte P3 aus der A6 übernehmen) und § 8 Abs. 5, Satz 7 (Geltung der Höchstgrenzen für die Anrechnung aus der Psychiatrie auch für die Psychosomatik). Der Auflage des BMG zur Überprüfung und Ausdifferenzierung der Mindestvorgaben in der Psychosomatik wurde noch nicht nachgekommen. Der GKV-SV führt dazu aus:

(A) Die Strukturen der Psychosomatik seien denen der Psychiatrie gleich (Tragende Gründe, S. 2 u. 3, S. 5 implizit und S. 31. u. 32).

(B) Bei gleichen Diagnosen müsse gleiches Personal zur Behandlung vorgehalten werden (Tragende Gründe S. 3, S. 5 implizit und S. 31. u. 32).

Beide Annahmen sind aus folgenden Gründen unzutreffend:

(A) Eine nicht differenzierende Heranziehung von Behandlungsstrukturen der Psychiatrie zur Definition von genau einzuhaltenden Qualitätsvorgaben in der Psychosomatik ist nicht sachgerecht. **Psychiatrie und Psychosomatische Medizin sind zwei unterschiedliche Fachgebiete mit unterscheidbaren Patienten im Hinblick auf Indikationen, Diagnosen, vor allem aber Behandlungskonzepten, -voraussetzungen, -methoden und -zielen.**

Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist seit 1972 eigenständiges Fachgebiet in der ärztlichen Ausbildung und seit 1992 offiziell als eigenständiges Fachgebiet in der ärztlichen Weiterbildungsordnung anerkannt. Die fachärztliche Weiterbildung hat andere inhaltliche Schwerpunkte als die des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie. Das Behandlungsgeschehen unterscheidet sich im

Hinblick auf die spezialisierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplex- und Intensivbehandlung und die dafür erforderlichen Strukturen deutlich von der psychiatrischen Behandlung. Diese Tatsachen begründen auch die unterschiedlichen OPS-Codes und den eigenen Abschnitt im PEPP-System.

(B) Eine Forderung gleicher Qualitätsvorgaben für Psychosomatischen Medizin und für Psychiatrie wegen der Behandlung von Patienten mit gleichen (Leit-)Diagnosen ist nicht sachgerecht. Die Festlegung von Vorgaben anhand von Diagnosen in Einrichtungen nach § 17d KHG steht im Widerspruch zum politischen Konsens des letzten Jahrzehnts. Aus gutem Grund gibt es innerhalb des PEPP-Systems für die gleichen Diagnosen unterschiedliche PEPPs für Psychiatrie und Psychosomatik. Es ist belegt, dass die spezifische psychotherapeutische Behandlungsintensität in den Einrichtungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie deutlich höher ist. Das diagnoseorientierte PEPP-System ist nie budgetwirksam geworden, weil essentielle Aspekte der Versorgung nicht über die Diagnose erfasst werden können. Das vorgehaltene medizinische Personal verursacht, den wesentlichen Teil der Behandlungskosten. Neben den Hauptdiagnosen begründen vor allem die behandlungsrelevanten Komorbiditäten, Persönlichkeitsfaktoren, das soziale Umfeld, die Behandlungsziele und das erforderliche Setting die Behandlungsaufwände. Erst die jetzt zu definierenden Personalmindestvorgaben werden über Ihre Durchsetzbarkeit in der Bundespflegesatzverordnung (§ 3 Abs. 3, S. 4, Nr. 5) unmittelbar Budgetwirksamkeit entfalten und die Behandlungsstrukturen prägen. Sie müssen deshalb sorgsam formuliert werden (s.o.)

Der im Kontext dieser Diskussion wiederholt geäußerte Gedanke, für gleiche (Leit-)Diagnosen sollte in Psychiatrie und Psychosomatik gleiche Personalmindestvorgaben und das gleiche wirtschaftliche Budget zur Verfügung gestellt werden, greift zu kurz.
(1) Wie dargelegt, definieren – wie auch in der somatischen Medizin - nicht nur die (Leit-)Diagnose, sondern weitere Faktoren den Versorgungsbedarf. Psychiatrie und Psychosomatik adressieren unterschiedliche Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse. Unterschiedliche Versorgungsangebote verursachen unterschiedlichen personellen Aufwand.

(2) Selbst wenn gleiche (Leit-)Diagnosen den gleichen Aufwand bedeuten würden, lassen die aktuellen Regeln der Anrechenbarkeit nach § 8 (auch i.V.m. Anlage 4) keine flexible Zuteilung der Minutenvorgaben auf die und zwischen den Berufsgruppen zu. Eine solche Flexibilität wäre jedoch Voraussetzung für die Verwirklichung des Gedankens gleicher (wirtschaftlicher) Minutenbudgets für gleiche (Leit-)Diagnosen.
(3) Die Struktur der Behandlungsangebote von Psychiatrie und Psychosomatik unterscheiden sich stark. Es sind zwei unterschiedliche

medizinische Fachgebiete (siehe A), die nicht mit gleichen Personalmindestvorgaben und Budget passgenau abgebildet werden können.

Die oben beschriebenen Argumente (A) und (B) markieren die mögliche Gefährdung einer qualitativ hochwertigen und differenzierenden Patientenversorgung durch eine Novellierung wesentlicher Strukturunterschiede zwischen Psychosomatischer Medizin und Psychiatrie.

(5) Eine medizinisch nicht gerechtfertigte normative Wirkung tritt bereits ein

Bereits jetzt führt die Richtlinie zu zahlreichen verunsicherten Anfragen der Leistungserbringer bei den psychosomatischen Verbänden, ob die Vorgaben 2021 oder 2022 in Kraft treten und wegen ihrer Budgetwirksamkeit (§ 3 Abs. 3 BPflV) und der drohenden Sanktionserheblichkeit deshalb weitreichende Anpassungen der Strukturen der Einrichtungen durchgeführt werden müssen. Ein erheblicher Teil der Einrichtungen sieht sich nicht dazu in der Lage ihre Personalstrukturen an die Mindestvorgaben anzupassen, weil die tatsächliche Personalausstattung zu stark von den Vorgaben aus P1 und P2 abweicht. Es wäre rein zeitlich und auch wirtschaftlich (Abfindungen für Kündigungen, Suchkosten für neues Personal) nicht mehr möglich, die Personalvorgaben anzupassen. Es wird Konsternierung zum Ausdruck gebracht, dass über Jahrzehnte etablierte, wirksame und stark nachgefragte Behandlungskonzepte (teils mit monatelangen Wartelisten) eingestellt werden sollen. Einige Einrichtungen haben trotzdem bereits damit begonnen, ihre etablierten Behandlungskonzepte zu ändern, weil sie fürchten, nicht mehr genügend Zeit zur Anpassung zu haben bzw. den Schaden so begrenzen zu können. Für diese normative Wirkung der Richtlinie besteht aus medizinischer Sicht kein Anlass. Im Gegenteil. Die psychosomatischen Versorgungsstrukturen sind seit Entstehung des Fachgebiets aus gutem Grund stark ausgeweitet worden (siehe oben). Sie erfüllen einen eigenen Versorgungsbedarf. Nun droht ohne Anlass deren Abschaffung und Angleichung an psychiatrische Angebote, die in dieser Menge gar nicht vorgehalten werden müssen. Es ist daher dringend geboten, möglichst schnell einen realistischen Zeitplan zu verabschieden, um weiteren Schaden von den Strukturen der Psychosomatik abzuwenden.

II. Zu § 3 Abs. 1 Behandlungsbereiche i.V.m. Anlage 1:

Die DGPM begrüßt die Festlegung zweier tagesklinischer psychosomatischer Behandlungsbereiche. Die aktuelle teilstationäre Versorgungsrealität lässt sich vereinfachend durch 2 unterschiedliche Behandlungskonzepte beschreiben. Es gibt vollkommen eigenständige tagesklinische Behandlungskonzepte, die nach primärer Indikationsstellung die psychosomatische-psychotherapeutische Komplexbehandlung gem. OPS-Kode 9-634 im teilstationären Rahmen realisieren. Aufgrund anderer Behandlungsvoraussetzungen und erfordernis-

se ist hier aber eine andere Berufsgruppenzusammensetzung erforderlich, als bei vollstationärer Behandlung (z.B. weniger Pflege). Daneben bestehen Konzepte, die zur Vorbereitung der Entlassung aus vollstationärer Behandlung und zur Förderung des Transfers vollstationärer Entwicklungen in die Lebenswelt der Patienten einen teilstationären Behandlungsabschnitt konzeptualisiert haben. Durch die Festlegung zweier Bereiche können im Rahmen des Nachweisverfahrens durch die Einrichtungen Daten zur tatsächlichen Personalausstattung gesammelt werden. Diese können später zur Festlegung von Mindestvorgaben herangezogen werden (siehe oben).

Es gibt hingegen keine Evidenz für die Behauptung des GKV-SV, die teilstationäre Behandlung der Kategorie P3 entspreche der Kategorie A6 der Psychiatrie (siehe oben I., (4)). Im Gegenteil: Zahlreiche teilstationäre Einrichtungen berichten von unnötig hohen Vorgaben für Pflegefachpersonen und zu geringen Minutenvorgaben für Ärzte und Psychologen im Behandlungsbereich A6. Dies entspricht auch den vorläufigen Ergebnissen eines Testlaufs der PPP-RL der psychosomatischen Verbände. Eine Übernahme der A6 für die P3 würde ab dem Zeitpunkt der Sanktionserheblichkeit zu Verwerfungen in der Versorgung führen. Die Behandlungsbereiche der Psychosomatik müssen erst überprüft und ausdifferenziert werden (siehe oben I. (2)).
Schon in der Stellungnahme der DGPM zur Erstfassung der PPP-RL wurde die Übernahme der Kategorie A5 für die Kategorie P1 inhaltlich eindeutig abgelehnt. Dasselbe gilt für die Ablehnung einer Gleichsetzung von A6 und P3:
„Aus der Tatsache, dass in der Psychosomatik die Methode Psychotherapie „im Vordergrund steht“, ist noch lange nicht die Einordnung der Psychosomatik in der Kategorie A5 abzuleiten, wie es der GKV-SV behauptet (S. 18 tragende Gründe). Auch unter „Beimischung“ der Kategorie A1 reicht die dadurch sichergestellte Therapiedosis für moderne leitliniengerechte, multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung in der Psychosomatik bei Weitem nicht aus. Die bereits heute besser abgebildete leitliniengerechte Versorgung in den psychosomatischen Einrichtungen wird zu Recht in den tragenden Gründen von der BPtK auf S. 5 erwähnt. Das mangelhafte Versorgungsangebot in der Allgemeinpsychiatrie für die heutigen Patienten der Psychosomatik unter der normativen Vorgabe der PsychPV, Kategorie A5 (oder A5 und A1) hat wohl maßgeblich zur Etablierung des Fachgebiets der Psychosomatik in den letzten drei Jahrzehnten beigetragen. Ein erneuter Versuch der Eingliederung der Psychosomatik in die Kategorie A5 unter „Beimischung“ der Kategorie A1 trägt deshalb nichts zur Verbesserung der Versorgung bei. Im Gegenteil. Sie gefährdet die bereits erreichten Verbesserungen der psychosomatischen Versorgung durch eine viel zu niedrige Festsetzung der Qualitätsindikatoren im Vergleich zu den in der Praxis etablierten Versorgungsstandards. Sie gefährdet die psychosomatische Versorgung darüber hinaus auch über nicht auszuschließende budgetwirksame, normative

Wirkungen dieser Richtlinie, solange keine Personalvorgaben existieren. Die Forderung nach einer Einordnung der Psychosomatik in die Kategorien A1 und A5 zeugt daher im besten Falle von mangelndem fachlichem Verständnis und Unkenntnis zeitgemäßer Versorgungsstandards der Psychosomatik. Da die vorstehend beschriebenen Zusammenhänge bei den Krankenkassen mittlerweile ebenfalls hinlänglich bekannt sein müssten, liegen der Forderung einer Einordnung in die Allgemeinpsychiatrie vermutlich ausschließlich ökonomische Motive zu Grunde."

Die Übernahme der Werte der P2 für die neue Kategorie P4 ist ebenfalls nicht sachgerecht und muss daher abgelehnt werden. Stationär behandlungsbedürftige Patienten der Kategorie P2 haben in der Regel andere Behandlungsbedürfnisse als teilstationäre Patienten. Ein komplexes Störungsbild, eine erhöhte Anzahl an Komorbiditäten, ein schwaches oder destabilisierendes soziales Umfeld mit entsprechendem Bedarf an sozialpädagogischer Unterstützung oder mangelnde Fähigkeiten ohne die Unterstützung stationärer Strukturen der Therapie, können u. A. Gründe für die stationäre Behandlungsbedürftigkeit sein. All diese Unterscheidungsmerkmale von teilstationär zu stationär behandelten Patienten bedeuten unterschiedliche Aufwände.

Eine Übernahme der vom GKV-SV vorgeschlagenen Minutenwerte für P3 und P4 hätte als einzigen Effekt, den Einrichtungen das Signal zu senden, dass deren Sanktionserheblichkeit möglicherweise bald eintritt (siehe oben). Dies würde zur Verunsicherung und voreiligen, medizinisch nicht sinnvollen Anpassungen der vorhandenen Strukturen führen. Für solche normativen Anpassungen gibt es keinerlei medizinische oder wirtschaftliche Rechtfertigung. Die Übernahme der vom GKV-SV vorgeschlagenen Minutenwerte für die teilstationäre Behandlung ist daher abzulehnen. Es sollten hier vorerst - entsprechend der Position der DKG - keine Minutenwerte festgelegt werden.

III. Zu § 8 Abs. 3 Anrechnung von Berufsgruppen:

Im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie haben Patienten innerhalb von Einrichtungen und innerhalb von Stationen einen sehr unterschiedlichen medizinischen, psychotherapeutischen, pflegetherapeutischen, spezialtherapeutischen und sozialtherapeutischen Behandlungsbedarf. Dies wirkt sich unmittelbar auf die Inanspruchnahme der verschiedenen Berufsgruppen aus, sodass sich die Mindestpersonalanforderungen in den einzelnen Berufsgruppen aus den jeweils durchgeführten Behandlungsprozessen ergeben und nicht alleine aus der Organisationseinheit (Station, Abteilung). Daher bedarf es einer Änderung des § 8 Abs. (3) Satz 1 der PPP-RL mit einer Anpassung des 2. Halbsatzes: *Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Fachkräfte der Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit ~~diese~~* ***dadurch der Anteil der*** *~~gemäß Anlage 4~~ Regelaufgaben der Berufsgruppe*

***gemäß Anlage 4**, bei der die Anrechnung erfolgen soll, **nicht unter 30 % fällt** ~~erbringen~~.*

Eine Alternative zu dieser Änderung wäre es, die Regelaufgaben der Anlage 4 um sehr breit definierte „Kernaufgaben" für alle austauschbaren Berufsgruppen zu ergänzen, so dass die Ärztlichen Leiter die Minuten der Mindestvorgaben flexibler auf Aufgaben der Pflege, Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeuten und Sozialpädagogen aufteilen können.

Löst man dieses Problem nicht, besteht das Risiko, dass sich Behandlungskonzepte ohne jede medizinische Notwendigkeit nur aufgrund der Personalmindestverordnung ändern und bestimmte Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf von der Versorgung ausgeschlossen werden (z.B. PatientInnen mit psychogenen Essstörungen, SchmerzpatientInnen etc.).
Mit diesem Änderungsvorschlag ließe sich das Problem, dass sich die Personalmindestforderungen auf teilweise sehr unterschiedliche Einrichtungstypen mit unterschiedlichen Behandlungskonzepten und Versorgungsaufträgen beziehen, lösen. Eine Beschränkung auf vier psychosomatischen Behandlungsbereiche (siehe I. (2) oben) sollte auf dieser Grundlage möglich sein. So erscheint z.B. die geforderte Mindestpersonalausstattung für die Pflege für Universitätsklinika und Fachabteilungen adäquat, während die psychosomatischen Fachkrankenhäuser mit ihren spezifischen Behandlungskonzepten oft einen viel geringeren pflegerischen Personalbedarf haben. Wegen der geringen Erfahrung mit Personalvorgaben in der Psychosomatik kann das Problem auch nach einer ersten Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche weiterhin bestehen, so dass die oben vorgeschlagene Anpassung – zumindest für die Psychosomatik – sinnvoll ist.

Zur Illustration seien hier beispielhaft folgende **Behandlungskonstellationen** aufgeführt:

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit durchschnittlichem intensivpsychotherapeutischen und medizinischem Aufwand (Komplexbehandlung gem. P2)
Charakterisiert sind hierdurch Patienten, die eine multimodale und multiprofessionelle Therapie im psychosomatisch-psychotherapeutischen Setting benötigen, um die Ziele einer Krankenhausbehandlung zu erreichen, indem sie mind. 3 therapeutische Elemente à 25 Min. durch Ärzte oder Psychologen (3 Therapieeinheiten) sowie weitere spezialtherapeutische, sozialtherapeutische und pflegerische Maßnahmen erhalten. Innerhalb dieses Behandlungsbereiches hat eine üblicherweise sozial gut integrierte Patientin mit einer Anorexia nervosa mit BMI 15 kg/m² einen hohen ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Behandlungsbedarf, aber einen geringen sozialarbeiterischen, während ein sozial desintegrierter Angstpatient mit schwerer Persönlichkeitsstörung im Verlauf einer Krankenhausbehandlung einen zunehmenden sozialarbeiterischen und psychothera-

peutischen Behandlungsbedarf, aber einen eher geringeren kreativ-therapeutischen oder medizinischen Behandlungsbedarf hat.

IV. Zu § 8 Abs. 5, Satz 7, Anrechnung von Berufsgruppen:

Die Behandlungsbereiche für die Psychosomatik müssen ausdifferenziert und neu definiert werden. Aktuelle Versorgungskonzepte lassen sich derzeit von vier Behandlungsbereichen für die stationäre Behandlung und zwei Behandlungsbereichen für die teilstationäre Behandlung (siehe I. (2) oben) hinreichend differenziert beschreiben. In allen dann neu festgelegten Behandlungsbereichen ist nach Überprüfung der Minutenwerte in jeder einzelnen Berufsgruppe gem. § 5 PPP-RL davon auszugehen, dass diese von denen der Psychiatrie abweichen.

Erst wenn die Daten über die tatsächliche Personalausstattung aus den Nachweisen der PPP-RL vorliegen und diese evaluiert wurden, kann eine Einschätzung zu den als zulässig erscheinenden Höchstgrenzen der Anrechnung von Hilfskräften abgegeben werden.
Der GKV-SV möchte die für die Höchstgrenzen der Anrechnung von Hilfskräften in der Psychosomatik empirischen Daten der Psych-PV-Nachweise aus 2018 heranziehen (S. 6, Tragende Gründe). Diese empirischen Daten stammen aus keiner einzigen psychosomatischen Einrichtung. Eine pauschale Übernahme der Werte für die Psychiatrie wird wie unter I. (4) abgelehnt, weil sich die Behandlungsmethoden und -inhalte der Fachgebiete wie dargelegt stark unterscheiden. Die vom GKV-SV geäußerte Sorge, „eine unbeschränkte Anrechnung von Fachkräften und Hilfskräften anderer in § 5 genannter Berufsgruppen würde diese Qualitätsvorgabe unverhältnismäßig aufheben“, erscheint unbegründet. Aktuell sind die Mindestvorgaben in der Psychosomatik weder zu ermitteln, noch sind sie zu berichten, noch besteht Sanktionserheblichkeit (siehe § 16 Abs. 4). Deshalb kann auch keine Qualitätsvorgabe aufgehoben werden. Zudem müssen die Behandlungsbereiche ausdifferenziert und deren Mindestvorgaben (= Qualitätsvorgaben) erst überprüft werden, bevor sie in Kraft treten (siehe oben). Die Höchstgrenzen sollten gem. Vorschlag der DKG deshalb erst dann festgelegt werden, wenn diese Überarbeitungen erfolgt sind. Der Vorschlag des GKV-SV würde zu vollkommen willkürlichen Festlegungen zu Anrechnungs-Höchstgrenzen in der Psychosomatik ohne jeglichen Praxisbezug führen.

Als Rechtfertigung für die (vorübergehende) Übernahme der Anrechnungsgrenzen der Psychiatrie für die Psychosomatik wird auch angeführt, dass so in den Nachweisen der Psychosomatik nach Anlage 3 möglichst wenig Anrechnung zwischen den Berufsgruppen stattfindet. In der Folge würde in der Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung transparenter, wie viele Angehörige welcher Berufsgruppe nach § 5 in den Einrichtungen vorhanden sind. Wie oben (siehe I. (2)) bereits dargelegt, sind die Behandlungsbereiche P1 und P2 für eine sinnvolle Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung zu wenig

ausdifferenziert. Die Daten wären daher selbst mit dieser besseren Abgrenzung der Berufsgruppen nur eingeschränkt verwertbar. Eine weiter gehende Untersuchung, wie sie aktuell im Rahmen der Innovationsfondsausschreibung beantragt wurde, ist nötig. Die Datenerhebung kann darüber hinaus nicht primäres Ziel der Richtlinie sein. Selbst wenn die möglichst transparente Datenerhebung der tatsächlichen Personalausstattung zum Ziel gemacht werden soll, kann dieses Ziel nicht mit damit einhergehenden normativen „Nebenwirkungen“ von dieser Tragweite (siehe I. (5)) in der Richtlinie verankert werden:

Den Einrichtungen wird durch diesen Beschlussvorschlag des GKV-SV Sanktionserheblichkeit bei Nicht-Einhaltung der Anrechnungsgrenzen auf die bereits unpassenden Behandlungsbereiche ab 2022 signalisiert und nicht die Absicht Daten für die Neuformulierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatik zu sammeln.

Die von der DKG geäußerten Zweifel an der Übertragbarkeit der nationalen Durchschnittswerte des Psych-PV-Nachweise (S. 6 tragende Gründe) eines einzigen Jahres zur Formulierung sanktionsbewehrter Anrechnungsgrenzen in der PPP-RL erscheinen der DGPM im Übrigen berechtigt. Die Werte des Psych-PV-Nachweises stellen einen Durchschnitt aller 16 Bundesländer dar und werden daher selbst bei Verdoppelung, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, in zahlreichen Einrichtungen überschritten werden, ohne dass nach Einschätzung der DGPM daraus eine qualitative Beeinträchtigung resultiert.

Aus all diesen Gründen erscheint es zum jetzigen Zeitpunkt wenig sinnvoll, die dissenten prozentualen Höchstgrenzen der Psychiatrie (in den dem Satz 7 folgenden Spiegelstrichen) für die Psychosomatik zu übernehmen. Sie sollten gemeinsam mit den noch zu definierenden Behandlungsbereichen für die Psychosomatik unter Berücksichtigung der Daten über die tatsächliche Personalausstattung festgelegt werden. Die DGPM und ihre Partnerverbände schlagen vor, dies innerhalb des als sinnvoll erscheinenden Zeitrahmens zur Formulierung der Behandlungsbereiche bis 2024 durchzuführen (siehe oben).

V. Zu § 8 Abs. 5 Satz 7, Berufsgruppe 1b und 2b, S. 9, Anrechnung von Berufsgruppen:

Der Katalog der Regelaufgaben umfasst viele Tätigkeiten, die in der klinischen Praxis von anderen Berufsgruppen übernommen werden. Insbesondere medizinische Fachangestellte, aber auch Kodierfachkräfte, Dokumentationsassistenten, Stationssekretäre, Empfangskräfte, Personen für den Patiententransport, Servicekräfte, Physician Assistants werden für diese Tätigkeiten eingesetzt. Nur Pflegehilfskräfte zur Anrechnung auf die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen zuzulassen, würde diese Personengruppen von diesen Tätigkeiten de facto ausschließen. Alle oben genannten Berufsgruppen erbringen Leistun-

gen im medizinischen Prozess der Einrichtungen. Sie sollten deshalb Teil des durch Mindestvorgaben abgesicherten Personalbestands sein.

Der Katalog der Regelaufgaben der Pflege kann aller Voraussicht nach nicht trennscharf von den Tätigkeiten der oben erwähnten Berufsgruppen abgegrenzt werden kann. Im Stationsalltag ist es wenig sinnvoll, Aufgaben für einzelne Berufsgruppen zu „reservieren“. Es müsste mit lauter Teilzeitkräften gearbeitet werden. Es gibt deshalb zwei denkbare Konsequenzen, wenn die Anrechenbarkeit auf Pflegehilfskräfte begrenzt wird:

1. Die oben erwähnten anderen Berufsgruppen sind nicht mehr Teil des abgesicherten Personalbestands und verlieren ihre Positionen, weil sie durch Pflegefachpersonen und -hilfskräfte ersetzt werden müssen. Das wäre unwirtschaftlich und medizinisch nicht gerechtfertigt.

2. Die Mindestvorgaben für Pflegefachpersonen werden nach unten angepasst werden. In Krankenhäusern, in denen die Pflege zu viele Aufgaben der anderen Berufsgruppen übernehmen, muss der Bestand der Pflegefachpersonen abgebaut werden, weil deren Finanzierung über die Bundespflegesatzverordnung nicht mehr garantiert ist (§ 3 Abs. 3 BPflV).

Eine Anrechnungsmöglichkeit von maximal 20% der VKS-Mind, wie von der DKG vorgeschlagen, erscheint unter Qualitätsaspekten noch vertretbar.

VI. Zu § 8 Abs. 5, Satz 7, Berufsgruppe 1b und 2b, S. 10, Anrechnung von Berufsgruppen:

Eine halbe Vollkraft je Einrichtung und Berufsgruppe sollte immer anrechenbar sein. Vor dem Hintergrund der beabsichtigen sehr strikten Einschränkung der Anrechnungsgrenzen im selben Satz der PPP-RL wird ansonsten der Bestand von kleinen Einheiten, insbesondere Tageskliniken, gefährdet sein. Der Aufrechterhaltung der dezentralen Versorgung ist in diesem Falle der Vorzug zu geben. Es ist z.B. vertretbar, die Tätigkeiten von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen an Pflegefachpersonen in einer dezentralen Tagesklinik zu delegieren, wenn ansonsten wegen der drohenden Sanktionen eine Schließung derselben die Konsequenz wäre.

VII. Zu § 10 Abs. 2, Satz 2, Ausnahmetatbestände:

Den Geltungsbereich der Ausnahmetatbestände auch auf Zeiträume innerhalb des Quartals anwendbar zu machen, ist angesichts der vorgesehenen Grenze von 15% Personalausfall gem.
§ 10 Abs. 1, Nr. 1 sinnvoll. Der Ausnahmetatbestand wird für die Psychosomatik voraussichtlich für Ausbrüche von z.B. Noroviren, grippalen Infekten oder bei einer Grippewelle zur Anwendung kommen. Da

sich der Ausbruch von ansteckenden Krankheiten nicht an Kalendermonatsgrenzen hält, ist der von der DKG vorgeschlagene 4-Wochen-Zeitraum adäquat. Der Krankenstand von 15% ist bei den vorgenannten Infektionskrankheiten erfahrungsgemäß schnell erreicht. Sollte eine Beschränkung auf Kalendermonate erfolgen, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, müsste die Grenze für den Ausnahmetatbestand gem. § 10 Abs. 1, Nr. 1 auf höchstens 5% gesenkt werden. So wäre gewährleistet, dass keine Zwangsentlassungen von Patienten zur Vermeidung von Sanktionen nach der PPP-RL stattfinden. Psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgt als kontinuierlich-fortschreitender, aufeinander aufbauender Prozess mit therapienotwendigen Labilisierungen des psychophysischen Gleichgewichts, die einer ständigen ärztlichen und fachpflegerischen Überprüfung und Interventionsbereitschaft bedürfen. Eine formal „erzwungene“ Behandlungsunterbrechung würde daher die Patientensicherheit erheblich gefährden und sollte deshalb unbedingt verhindert werden. Eine einfache Erkrankungswelle darf nicht dazu führen, dass die Einrichtung sanktioniert wird, wenn keine Patienten entlassen werden. Dies hätte negative Konsequenzen für den weiteren Krankheitsverlauf des Patienten. Eine vorübergehend geringere Behandlungsdichte wegen Personalausfalls bei einer Erkrankungswelle ist aus medizinischer Sicht vertretbar.

Der Vorschlag des Monatsbezugs des GKV-SV hat darüber hinaus den Nachteil, einen weiteren monatsbezogenen Nachweis im Teil A der Anlage 3 einzuführen. Die bürokratische Last für die Krankenhäuser ist bereits jetzt zu groß. Es ist erforderlich, dass die Nachweise im Teil A und im Teil B reduziert und nicht erweitert werden.
Aus all diesen Gründen befürworten die DGPM und ihre Partnerverbände die Übernahme des Vorschlags der DKG für § 10 Abs. 2, Satz 2, nach dem 4-Wochen-Zeiträume für Ausnahmetatbestände herangezogen werden und nicht Kalendermonate.

VIII. Zu § 10 Abs. 3, Satz 2, Ausnahmetatbestände:

Die Corona-Pandemie hat trotz des Rückgangs des Infektionsgeschehens nach wie vor erhebliche Auswirkungen auf psychosomatische Einrichtungen. Von einer Rückkehr zur Normalität kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gesprochen werden. Im Gegenteil. Das Infektionsgeschehen und die Verunsicherung nehmen aktuell wieder schnell zu. Es ist mit weiteren Beeinträchtigungen in dieser zweiten Jahreshälfte zu rechnen. Den Darstellungen der DKG in den Tragenden Gründen, S. 13-15, wird in allen Punkten zugestimmt.

Auch die DGPM bedauert, dass im Jahr 2020 keine sinnvolle Datenerhebung, selbst für die tatsächliche Personalausstattung nach § 7, möglich ist. Die Einrichtungen angesichts der Pandemie nun trotzdem zum „üben“ anzuhalten, wie der GKV-SV, auf S. 16, Nr. 2. - 4., vorschlägt, verkennt die Lage. Der laufende Aufwand, der parallel zum

Aufwand der Vorbereitung einer (teil-)automatisierten Datenerfassung zu leisten ist, ist hoch. Fast alle Einrichtungen der Psychosomatik haben derzeit noch keine Systeme, um die für die Nachweise der PPP-RL benötigten Daten (teil-)automatisiert zu generieren. Eine Berichtspflicht für 2020 bedeutet die gleichzeitige Abstellung von Personal zur Dokumentation (das im Übrigen über die noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen noch gar nicht finanziert werden konnte) und zusätzlich die Befassung weiteren Personals mit der dringend erforderlichen Einführung von (teil-)automatisierten Datenerfassungssystemen. Für beide Tätigkeiten gleichzeitig haben derzeit weder die Verwaltungen noch die Behandlungsteams Kapazitäten. Die DGPM und ihre Partnerverbände raten deshalb zur Verschiebung des gesamten Nachweisverfahrens um ein Jahr. Darüber hinaus muss dringend ein neuer Zeitplan für die Formulierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatik beschlossen werden (siehe oben I. (2)).

IX. Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:

Die psychosomatischen Verbände unterstützen den Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer in wesentlichen Punkten:

§ 13 Abs. 2 Satz 1 PPP-RL (DKG, BÄK)

Die Formulierung der DKG zu § 13 Abs. 2 Satz 1 PPP-RL sollte übernommen werden. Die einrichtungs- und quartalsbezogene Funktions-

weise der Berichterstattung und Sanktionierung ist Teil eines schwer erreichten Kompromisses der Erstfassung der PPP-RL. Dieser sollte nicht erneut in Frage gestellt werden. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Abs. 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen in den Einrichtungen einzuhalten. Ein Ausgleich über einzelne Wochen des Quartals ist möglich, soweit die Mindestvorgaben in der Einrichtung im gesamten Quartal im Durchschnitt je Berufsgruppe erfüllt werden.

§ 13 Abs. 3 PPP-RL (DKG, BÄK)

Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG sind mit Durchsetzungsmaßnahmen im Rahmen eines Dialogs zu befassen. Die vom GKV-SV vorgeschlagene Befassung aller betroffenen Krankenkassen über die abzurechnenden Entgelte erscheint unpraktikabel (§ 13 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. § 13 Abs. 7 GKV-SV). Dieser Vorschlag würde erhebliche bürokratische Lasten für alle Beteiligten nach sich ziehen, weil durchschnittlich je Krankenhaus und Quartal selbst bei kleinsten Unterschreitungen bereits hunderte von Rechnungen zu berichtigen wären. Eine Abwicklung über abzurechende Entgelte würde den einzelnen Krankenkassen Anreize für rein ökonomisch motivierte Rechnungsprüfungen gesetzt. Die einzelnen Krankenkassen würden von „schlechter Qualität“ direkt profitieren. Der Vorschlag des GKV-SV sieht zusätzlich noch „Berichtigungen“ im Rahmen der Budgetverhandlungen vor. Dies

erscheint aufwendig und erfordert die Konzeption weiterer komplizierter und streitanfälliger Umsetzungsregelungen. Die von BÄK und DKG vorgeschlagene Abführung der Strafzahlungen an die Solidargemeinschaft im Rahmen der Budgetverhandlungen durch einen gesondert zu verhandelnden Ausgleich ist daher zu bevorzugen. Diese Regelung ist mit zumutbarem Aufwand umzusetzen und setzt keine Fehlanreize. In den jährlichen Verhandlungen des Krankenhausbudget gemäß § 11 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) soll demnach die Einhaltung der Mindestanforderungen gemäß § 13 Abs. 4 PPP-RL geprüft werden und bei Nichteinhaltung werden Durchsetzungsmaßnahmen beschlossen.

§ 13 Abs. 5 bis 10 (DKG, BÄK) zum gemeinsamen Dialog

Die DGPM und ihre Partnerverbände empfehlen die Umsetzung von Durchsetzungsmaßnahmen im Rahmen eines gemeinsamen Dialogs, wie es der Vorschlag von DKG und BÄK in den Absätzen 5 bis 10 vorsieht. Bei einer dauerhaften Unterschreitung der Untergrenze ist es aus Gründen der Patientensicherheit erforderlich, je nach Ursache der Problematik Mechanismen zu finden, die dazu führen, dass die Vorgaben der Richtlinie schnellstmöglich wieder eingehalten werden können. Nicht alle Gründe für Personalausfälle sind dem Krankenhaus zuzurechnen; unreflektiert Sanktionen auszusprechen, wäre ungerecht. Die finanziellen Rahmenbedingungen des Krankenhauses werden in den Verhandlungen der Parteien nach § 18 Abs. 2 gesetzt. Diese Parteien müssen ein gemeinsames Verständnis entwickeln, wodurch eine Nicht-Einhaltung der Vorgaben verursacht wurde. Sie sollten gemeinsam in der Verantwortung stehen, die Voraussetzungen für eine Einhaltung der Qualitätsvorgaben zu schaffen. Sie haben gem. Absatz 10 dann die Voraussetzungen zur schnellstmöglichen Erfüllung zu schaffen.

§ 13 Abs. 5 bis 10 (DKG, BÄK) zur Höhe des Vergütungswegfalls

Das Ausmaß der Nichteinhaltung muss eine Rolle für die Höhe des Vergütungsausfalls spielen. Der von DKG und BÄK vorgeschlagene Bezug zu „nicht erfüllten“ Stunden des Nachweises erscheint maßvoll. Im „Alles oder Nichts“-Prinzips des § 13 Abs. 5 des GKV-SV hat das Ausmaß der Nichteinhaltung in einer Berufsgruppe keinerlei Bedeutung mehr. Dieser Vorschlag des GKV-SV würde die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenhäuser schnell übersteigen. Die in den Beispielen auf S. 24 ff. der TG genannten Beispiele des GKV-SV gehen von viel zu niedrigen Stundenzahlen bei typischen Versorgern aus. Damit wird nicht deutlich, bei welch geringen Unterschreitungen bereits existenzgefährdende Sanktionen aus diesem Vorschlag resultieren könnten. Für die Durchsetzung von Qualitätszielen erscheint er daher abwegig. Selbst der Sanktionsmechanismus nach § 13 Abs. 6 des GKV-SV hätte noch einen Vergütungsverlust pro

„nicht erfüllter“ Stunde des Nachweises zur Folge, der 3 bis 6 mal höher als die „nicht erfüllten“ Personalkosten ausfällt. Auch wenn eine Abschreckungswirkung durch die Richtlinie beabsichtigt sein soll, erscheint dies zu hoch. In der Regel werden wirtschaftlich schwächere Krankenhäuser, die historisch bedingt schlechtere Pflegesätze haben, die Richtlinie nicht einhalten können. Diese würden bei Übernahme des GKV-SV-Vorschlags weiter konsequent wirtschaftlich geschwächt. Der Vorschlag, der DKG und BÄK, wonach bei der Ermittlung des Vergütungswegfalls die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG im Rahmen des gemeinsamen Dialogs nach § 13 Abs. 3 PPP-RL die Gründe für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben prüfen, erscheint hingegen zielgerichtet, um die Qualität zu verbessern. Die nach § 3 BPflV vereinbarte Personalausstattung sowie die gemäß § 18 Abs. 2 BPflV vom Krankenhaus nachzuweisende tatsächliche Personalausstattung sollte dabei berücksichtigt werden. Zur Einhaltung von Qualitätsvorgaben müssen die Leistungserbringer die Mittel zwar wirtschaftlich und zweckentsprechend einsetzen, die Kostenträger müssen aber auch die Finanzierung ermöglichen. Unterschiedliche Auffassungen zur Umsetzung des gemeinsamen Auftrags liegen in der Natur der Sache. Daher ist ein Dialog mit Sanktionen als Ultima Ratio, die in ihrer Höhe die Existenz des Krankenhauses nicht in Frage stellen, der richtige Ansatz.

Die vorstehenden Ausführungen gelten sinngemäß für die Sanktionsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 2 und 3. Sanktionen in Höhe von EUR 20 je Berechnungstag wirken existenzgefährdend für Krankenhäuser.

X. Zu § 16 Abs. 4 Übergangsregelungen:

Die DGPM und ihre Partnerverbände begrüßen die Verlängerung der Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades sowie die Aussetzung der Sanktionen inkl. der Meldung bei Nichterfüllung bis zum 31.12.2021. Vor allem die Klarstellung zum Wegfall der Meldung bei Nichterfüllung wird die aktuell vorherrschende Verunsicherung der Einrichtungen zumindest für 2021 beseitigen.

Trotzdem wird die in 2022 weiterhin eintretende Sanktionserheblichkeit Druck erzeugen die Versorgungsstrukturen ohne normative Rechtfertigung zu verändern (siehe I. (5)). Es bedarf daher jetzt dringend eines klaren Signals, dass die Behandlungsbereiche noch ausdifferenziert und neu definiert werden und die Sanktionserheblichkeit so lange nicht eintritt, bis dies geschehen ist.

Wie oben ausführlich dargestellt (siehe I, (2)) ist eine seriöse Überprüfung und Ausdifferenzierung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik erst bis 2024 möglich. Die DGPM und ihre Partnerverbände bitten daher um Einräumung der erforderlichen Zeit dafür und sichern ihre konstruktive Mitarbeit zu. Die Aussetzung der Ermittlung der Min-

destvorgaben und des Umsetzungsgrades sowie die Aussetzung der Sanktionen inkl. der Meldung bei Nichterfüllung müssen deshalb bis zum 31.12.2024 verlängert werden. Die Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung nach § 7 sollte weiterhin durchgeführt werden.

XI. Zu § 16 Abs. 6 Übergangsregelungen:

Die DGPM begrüßt die Aussetzung der Erfassung der Regelaufgaben gem. Anlage 4. Eine Erfassung aller Regelaufgaben erscheint auch in

Zukunft mit automatisierten Systemen nicht darstellbar. Wie in der Stellungnahme zur Erstfassung bereits erwähnt, würde der Erhebungsaufwand der Daten mit der jetzigen Definition der Regelaufgaben über die wissenschaftlichen Studien hinausgehen. Das ist im Regelbetrieb nicht darstellbar.

XII. Zu Anlage 1

Den Ausführungen der DKG zur Zusammenfassung der Minutenwerte von SpezialtherapeutInnen und BewegungstherapeutInnen in den Behandlungsbereichen der Psychosomatik wird vollumfänglich zugestimmt:

„Die Kategorie „P“ für psychosomatische Einrichtungen orientierte sich bei der Erstfassung der PPP-RL an den Personalanhaltszahlen von Heuft (1999). Diese differenzieren jedoch nicht zwischen SpezialtherapeutInnen und BewegungstherapeutInnen. So wurden für die Berufsgruppe der BewegungstherapeutInnen in den Personalanhaltszahlen von Heuft keine differenzierten Regelaufgaben oder Minutenwerte vorgesehen. Im Hinblick auf eine Anpassung an die Psych-PV-Systematik, in der die beiden Berufsgruppen separat ausgewiesen werden, wurden in der Erstfassung der PPP-RL für die Minutenwerte der BewegungstherapeutInnen der Anteil der Heuft-Minutenwerte vorgesehen, der in der Berufsgruppe der SpezialtherapeutInnen für die Regelaufgabe „Konzentrative Bewegungstherapie“ (1/3) vorgesehen war. In der Versorgungsrealität wird die Konzentrative Bewegungstherapie in der Regel jedoch nicht primär von Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen, sondern von SpezialtherapeutInnen mit verschiedenen Qualifikationen durchgeführt. Durchaus sind Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen in psychosomatischen Einrichtungen tätig. Es liegen derzeit jedoch keinerlei Daten zum Einsatz dieser mit konkreten Minutenwerten vor, so dass die Festlegung einer entsprechenden spezifischen Mindestvorgabe nicht angemessen ist. Da es psychosomatische Einrichtungen gibt, die in ihrem Behandlungskonzept keine Bewegungs- oder Physiotherapie vorgesehen haben, ist es nicht sachgerecht, mit entsprechenden Mindestvorgaben Behandlungskonzepte vorzugeben. Auch der Ausgleich durch andere Berufsgruppen über die Anrechnungsmöglichkeiten kommt nicht in Frage, da die spezifisch auf die Berufsgruppen zugeschnittenen Regelaufgaben (in diesem Fall der Bewegungs- und Physiotherapeuten) im Wesentlichen

Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) e.V.

gar nicht von anderen Berufsgruppen erbracht werden können. Vor diesem Hintergrund sind die Minutenwerte der Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen gemäß der Personalanhaltszahlen von Heuft in den „P"-Kategorien der Berufsgruppe der SpezialtherapeutInnen zuzuordnen."

Die DGPM und ihre Partnerverbände befürworten eine Zusammenlegung der Kategorien der SpezialtherapeutInnen und BewegungstherapeutInnen. Darüber hinaus wird angeregt, auch **die Minutenwerte der SozialpädagogInnen den Minutenwerten der SpezialtherapeutInnen zuzuschlagen**. Dass es hier zu einer Trennung kam, war in der PEPP-Logik wahrscheinlich durch vergütungsbezogene Berufsgruppenunterschiede begründet. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psycho-sozialem Behandlungsbedarf unterschiedliche therapeutische Behandlungsbedarfe auslösen (siehe oben), ist eine Zuordnung der Sozialarbeiter zur Berufsgruppe Spezialtherapeuten sinnvoll und medizinisch begründet.

Zu den Minutenwerten in den Behandlungsbereichen P3 und P4 siehe I. (4) und II. weiter oben. Eine Festlegung von Minutenwerten für die Bereich P3 und P4 zum jetzigen Zeitpunkt, insbesondere die jetzt vorliegenden Vorschläge zur Übernahme der Werte der Bereiche A6 und P2, wird von der DGPM und ihren Partnerverbänden abgelehnt.

Wir möchten Ihnen noch einmal herzlich danken für die Möglichkeit, Stellung zu dem Beschlussentwurf zu beziehen. Wir stehen auch weiterhin für Rückfragen und einen konstruktiven Dialog zur Verfügung, in dem wir zur sachgerechten Lösung der angesprochenen Probleme gerne beitragen.

Mit freundlichen Grüßen

[redacted] [redacted]

Prof. Dr. med. Johannes Kruse — Dr. med. Gerhard Hildenbrand

Vorsitzender der DGPM — Stellv. Vorsitzender der DGPM

DKPM Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin

DKPM Geschäftsstelle, Jägerstr. 51, 10117 Berlin

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)
Frau Karola Pötter-Kirchner
Abteilung Qualitätssicherung &
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte
Postfach 120606
10596 Berlin

Per E-Mail an PPP-RL@g-ba.de und [redacted]

Hannover und Essen, 07.09.2020

Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Frau Oesterlen,
sehr geehrte Damen und Herren,

besten Dank für die Möglichkeit, zu o.g. Beschlussentwurf aus Sicht unserer Wissenschaftlichen Fachgesellschaft Stellung zu nehmen.

Das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie war an der Erarbeitung der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) beteiligt.

Die Ausführungen der Stellungnahme der DGPM werden vollumfänglich unterstützt.

Das DKPM steht unterstützend für die wissenschaftliche Weiterentwicklung und Formulierung passender Behandlungsbereiche jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

[redacted]

Univ.-Prof. Dr. Martina de Zwaan
Generalsekretärin

Univ.-Prof. Dr. Martin Teufel
Mitglied des Präsidiums

Präsident
Univ. Prof. Dr. Christoph Herrmann-Lingen
Universitätsmedizin Göttingen
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen
T: 0551/39-66707
cherrma@gwdg.de

Vizepräsident und President elect
Univ. Prof. Dr. Stephan Herpertz
LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Alexandrinenstr. 1-3, 44791 Bochum
T: 0234/5077-3110
stephan.herpertz@ruhr-uni-bochum.de

Generalsekretärin
Univ. Prof. Dr. Martina de Zwaan
Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
T: 0511/532-6569
dezwaan.martina@mh-hannover.de

Schatzmeisterin
Univ. Prof. Dr. Anja Mehnert-Theuerkauf
Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Universitätsmedizin Leipzig
Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig
T: 0341/97-18800
anja.mehnert@medizin.uni-leipzig.de

Weitere Vorstandsmitglieder:

Univ. Prof. Dr. Claas Lahmann
Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Hauptstraße 8, 79104 Freiburg
T: 0761-27068050
claas.lahmann@uniklinik-freiburg.de

Univ. Prof. Dr. Martin Teufel
Universität Duisburg-Essen
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
LVR-Klinikum Essen
Virchowstraße 174, 45147 Essen
T: 0201-72275[redacted]
martin.teufel@uni-due.de

Univ. Prof. Dr. Christiane Waller
Paracelsus Universität Klinikum Nürnberg
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg
T: 0911-398-28[redacted]
christiane.waller@klinikum-nuernberg.de

Website: www.dkpm.de
E-Mail: info@dkpm.de

Zur Erleichterung im aktuellen Prozess wird an dieser Stelle darauf verzichtet, die bereits in genannter Stellungnahme beschriebenen Auffassungen, Sachverhalte und Stellungnahmen, neuerlich detailliert wiederzugeben.

Dem DKPM, als interdisziplinärer wissenschaftlicher Fachgesellschaft wichtige zentrale Punkte kurz zusammengefasst:

1. *Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist ein eigenständiges und von der Psychiatrie und Psychotherapie unabhängiges Fachgebiet mit eigenen, differenzierten Behandlungsbereichen:*

   Die fachärztliche Weiterbildung als auch die wissenschaftliche Ausrichtung haben wesentlich andere inhaltliche Schwerpunkte als die des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie. Das Behandlungsgeschehen, bisher abgebildet in unterschiedlichen OPS-Codes und dem eigenen Abschnitt im PEPP-System, unterscheidet sich deutlich von der psychiatrischen Behandlung im Hinblick auf die spezialisierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplex- und Intensivbehandlung und die dafür erforderlichen Strukturen. Diese sind seit Entstehung des Fachgebietes aus Gründen der Versorgungsnotwendigkeit stark ausgeweitet und differenziert worden und erfüllen somit einen eigenen Versorgungsbedarf. Auf dieser differenzierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung basiert die spezialisierte und seit Jahrzehnten international führende Forschung unseres Fachgebietes. Entsprechend stellt die Psychosomatik mit 262 Abteilungen und 11.410 Krankenhausbetten 32.1% der insgesamt 816 Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland. Demgegenüber sind aktuell in der PPP-RL für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nur 2 von 29 Behandlungsbereichen (gegenüber 19 psychiatrischen und 7 kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsbereichen) zugewiesen, das sind lediglich 6.9% aller Behandlungsbereiche und damit weniger als bisher im OPS vorhanden.

   ➔ *Es besteht eine dringende Notwendigkeit zur Überprüfung und Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Dazu bedarf es erprobter Anhaltszahlen, die eine Festlegung der entsprechenden Mindestvorgaben möglich macht.*

2. *Die Erarbeitung und Erprobung von Mindestpersonalvorgaben für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie benötigt eine neue, ausreichende Zeitplanung:*

Das DKPM begrüßt die Verlängerung der Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades sowie die Aussetzung der Sanktionen inkl. der Meldung bei Nichterfüllung bis zum 31.12.2021 zur Beseitigung der Verunsicherungen in den psychosomatischen Versorgungseinrichtungen. Trotzdem wird die aktuell in 2022 geplante eintretende Sanktionserheblichkeit erheblich Druck erzeugen, die Versorgungsstrukturen ohne normative Rechtfertigung zu verändern. Es bedarf daher jetzt eines klaren Signals, dass die Beschreibung der Behandlungsbereiche zur angemessenen Abbildung der klinischen Realität noch ausdifferenziert wird und die Sanktionserheblichkeit so lange nicht eintritt, bis dies geschehen ist. In der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie liegen keine Berichte über Minderversorgung oder Qualitätsmängel vor, sodass kein dringender Handlungsbedarf besteht.

Es gibt bisher kaum Erfahrung mit der Formulierung und mit dem Umgang in der Berichterstattung von Personalanhaltszahlen, und es existieren auch keine validen Mindestvorgaben für das gesamte Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Fast alle Einrichtungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie haben derzeit noch keine Systeme, um die für die Nachweise der PPP-RL benötigten Daten (teil-) automatisiert zu generieren. Das DKPM empfiehlt daher dringend einen realistischen neuen Zeitplan zur Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und die Überprüfung der Mindestvorgaben und sichert die konstruktive Mitarbeit daran zu.

Aufgrund der Corona-Pandemie werden die erwarteten Daten der Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung nach § 7 der PPP-RL für das Jahr 2020 sowie auch für die ersten Monate in 2021 aufgrund der hygienebedingten, reduzierten Auslastung bzw. Umstellung der Therapieprogramme verzerrt sein und keine geeignete Grundlage für die Formulierung von Mindestvorgaben liefern können.

➔ *Eine seriöse und belastbare Definition der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ist aus unserer Sicht erst bis 2024 möglich*.

3. *Es bedarf der Erarbeitung wissenschaftlich fundierter Empfehlungen für Mindestpersonalvorgaben in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie:*

Das DKPM als wissenschaftliche Fachgesellschaft spricht sich eindeutig für die Notwendigkeit der Durchführung einer repräsentativen Studie zur Erhebung von Personal- und Leistungsdaten in der psychosomatischen Versorgung aus. Dazu bedarf es mehr Ressourcen, als sie derzeit von den psychosomatischen Verbänden zur Verfügung gestellt werden können. Unter Teilnahme und Beteiligung aller drei Fachverbände der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatischen Medizin wurde daher auf Anregung aus dem G-BA ein Forschungsprojekt beim Innovationsfond beantragt, das für das Fach der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (PSM-PT) anhand der Personal- und Leistungsdaten aus einer repräsentativen Auswahl von Kliniken die erforderliche Datengrundlage liefern könnte. Dieses Projekt legt die Annahme eines sog. Plattform-Modells zugrunde, in dem vier Behandlungsbereiche für den stationären Bereich ausdifferenziert werden sollen. Falls die Studie gefördert wird, ist mit den Ergebnissen für 2024 zu rechnen.
Sollte die Studie zum Plattformmodell nicht genehmigt werden, so sollte eine Verständigung über die Datenerhebung erfolgen. Für die Formulierung der notwendigen vier oder (mehr) stationären Behandlungsbereiche werden die Nachweise wegen der Vermischung der gemeldeten tatsächlichen Personalausstattung in die aktuell zur Auswahl stehenden Bereiche P1 und P2 keine valide Grundlage bieten. In diesem Fall sollte die Erfassung der Personalstände im OPS um alle geforderten Berufsgruppen erweitert werden. Um ein vollständiges Bild zu erhalten, müssten dann spätestens ab 2021 alle therapeutischen Leistungen von allen in der PPP-RL normierten Berufsgruppen erfasst werden. Auch wenn ein alternativer Weg zur beantragten Studie zum Plattformmodell eingeschlagen werden muss, wird eine seriöse Erhebung und Auswertung der Daten zur Formulierung von passenden Mindestvorgaben erst bis 2024 möglich sein.

Zusammenfassend sieht das DKPM eine dringende Notwendigkeit zur Ermittlung valider Daten. Erst danach können wissenschaftlich fundierte Empfehlungen zur Entwicklung einer Qualitätsrichtlinie für das eigenständige Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie gegeben werden. Aufgrund stabiler Versorgungsstrukturen ohne Hinweis auf Minderversorgung sehen wir die Voraussetzungen gegeben, die Formulierung von passenden Mindestvorgaben nach seriöser Erhebung und Auswertung der Daten bis 2024 abzuwarten.

DeGPT
Deutschsprachige Gesellschaft
für Psychotraumatologie

DeGPT-Geschäftsstelle-Hamburg
Am Born 19
22765 Hamburg
Tel. +49 40 333 10 119
Fax +49 40 696 69 938
Bürozeiten: Di. 13.00 – 18.00
Do. 9.00 – 14.00
E-Mail: info@degpt.de

An den Gemeinsamen Bundesausschuss

Hamburg, 07.September 2020

Betreff: Stellungnahme der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT e.V.) zur Modifikation der PPP-RL
(In der Fassung vom 19.09.2019, zuletzt geändert und in Kraft getreten am 27.03.2020)

Aus Sicht der DeGPT e.V. sind Anpassungen in den folgenden Punkten erforderlich:

Ad 1) Anrechnung der Berufsgruppen: Psychotherapie und Pflege
Eine Psychiatrie oder Psychosomatik mit Traumaschwerpunkt erfordern einen hohen Versorgungsaufwand durch Pflegekräfte, der immer berücksichtigt werden sollte.

1.1. Auf der anderen Seite dürfen Berufsgruppen, die psychotherapeutische Leistungen anbieten, nicht vernachlässigt oder durch andere, kostengünstigere Berufsgruppen (z.B. Pflegekräfte oder Funktionstherapeuten aus den Bereichen Sport-, Ergo-, Soziotherapie usw.) ersetzt werden, was zunehmend als Trend zu beobachten ist: Therapie „light“ zu Lasten der Qualität, jedoch kostengünstiger. Dies wäre die Richtung, Gruppe c) in Gruppe b) umzuwandeln.

1.2. Eine Anrechnung von Psychotherapeuten (PPP-RL-Gruppe c) auf den Pflegeschlüssel (PPP-RL-Gruppe b) in Richtung Gruppe b auf Gruppe c müsste die unterschiedlichen Settings der Stationen bzw. Abteilungen berücksichtigen. Der Pflegebedarf der Patienten kann sehr unterschiedlich sein, auch bei einem psychotherapeutischen mit Traumaschwerpunkt.
Bisher sind die Ärzte (Gruppe a) nur mit den Psychologen (Gruppe c) austauschbar und die Pflege (Gruppe b) mit den Ergo/Kunsttherapeuten (Gruppe d), den Bewegungs-/Physiotherapeuten (Gruppe e) und den Sozialarbeitern (Gruppe f). Eine beliebige Umschichtung sollte für Kliniken mit Traumaschwerpunkt vermieden werden.

Geschäftsstelle
Am Born 19
22765 Hamburg
Tel. +49 40 333 10 119
Fax +49 40 696 69 938
E-Mail: info@degpt.de
www.degpt.de

Bürozeiten: Di. 13.00 – 18.00 Uhr
Do. 9.00 – 14.00 Uhr

Bankverbindung
IBAN: DE67 3701 0050 0002 1235 04
BIC: PBNKDEFF

Vorstand
Prof. Dr. Birgit Kleim PhD, Zürich (Vorsitzende)
Dr. med. Jochen Binder, Winterthur
Dr. phil. Dipl.-Psych. Maria Böttche, Berlin
Peter Schüßler, Koblenz
Dr. Matthias Knefel, Wien
A. Univ. Prof. Dr. med. Astrid Lampe, Innsbruck
Dr. biol.-hum. Dipl.-Psych. Marc Schmid
Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Ingrid Wild-Lüffe, München
Dr. med. Karl-Heinz Biesold, Hamburg (kooptiert)
Dr. med. Helge Höllmer, Hamburg (kooptiert)
Dr. med. Alexander Jatzko, Kaiserslautern (kooptiert)
Univ. Prof. Dr. Paul Plener MHBA, Wien (kooptiert)

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie

Ad 2) Verlängerung der Sanktionsfreiheit für psychosomatische und psychiatrische Einrichtungen
Eine Verlängerung der Übergangsregelung ist positiv zu bewerten. In dieser Zeit sollte überprüft werden, inwiefern sich die Bedürfnisse psychosomatischer Kliniken von denen der Psychiatrie unterscheiden und eigene Personalvorgaben für psychosomatische Kliniken sinnvoll sind. Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sollten zunächst ausgesetzt werden.
Die Regelungen zu den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben erscheinen zu strikt und sind bei rigider Anwendung als eher schädlich für die Behandlung und die Rahmenbedingungen des Krankenhauses einzustufen.

Ad 3) Keine psychosomatischen Personalvorgaben auf Basis von IST-Daten aus 2020
Es ist zu fordern, dass - auch aufgrund der Corona-Situation von anderen Jahren möglicherweise stark abweichende - Daten aus dem Ausnahmejahr 2020 nicht als Grundlage für weitere Personalvorgaben dienen sollen. Dies gilt natürlich auch für die psychiatrischen Kliniken.

Ad 4) Qualitätsaspekte stärker berücksichtigen
Eine stärkere Berücksichtigung der Qualitätsaspekte ist zu fordern. Wir gehen davon aus, dass Qualitätsaspekte keinesfalls vernachlässigt werden dürfen, da sonst auf lange Sicht die Folgekosten durch insuffiziente Behandlung steigen werden und nicht nur für die Patienten (z.B. bei wiederholten oder längeren AU-Zeiten) und Kostenträger (z.B. in Folge erhöhter Behandlungskosten), sondern auch für die klinischen Einrichtungen (z.B. bei sinkender Attraktivität und Nachfrage) wirtschaftliche Nachteile zu befürchten wären. Im Gegenteil ist zu fordern, dass qualitativ hochwertige und empirisch in ihrer Wirksamkeit überprüfte Therapiekonzepte vorgehalten und mit den jeweils notwendigen personellen Ressourcen umgesetzt werden können. Insofern sollten das Therapiekonzept und ein ausreichender Personalschlüssel aufeinander abgestimmt sein, um eine entsprechend gute Strukturqualität sicherzustellen. Die Empfehlungen von Leitlinien sollten berücksichtigt werden.

Weitere Anmerkungen
Problematisch in der PPP-RL ist u.a. die hohe und eher rigide Nachweispflicht für die Krankenhäuser, was zu einem erhöhten Personalbedarf und Zeitaufwand führt (sowohl bei „Nicht-PPP-RL-Personal“ wie auch den therapeutischen Berufsgruppen). Die Gegenfinanzierung durch die GKV ist nicht erkennbar gewährleistet. Die Gefahr eines weiteren bürokratischen Überhanges mit Nachteilen für die Qualität der therapeutischen Versorgung ist zu befürchten. Die ursprüngliche gesetzliche Vorgabe einer qualitätsorientierten und leitliniengerechten Therapie scheint seitens des G-BA nicht mehr verfolgt zu werden, mit klaren Nachteilen für die Patienten und die Attraktivität der Arbeitsplätze in Psychiatrie und Psychosomatik.

Mit freundlichen Grüßen,

[redacted]

Prof. Birgit Kleim, PhD
Vorsitzende der DeGPT e.V.

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie
und -psychotherapie e.V.

Berlin, 01.09.2020

Stellungnahme der DGGPP zum

Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Grundsätzliche Stellungnahme

Vorab möchten wir daran erinnern, dass wir unsere grundsätzliche Ablehnung der Richtlinie in der vorliegenden Fassung in unserer Stellungnahme vom 14.6.2019 ausführlich begründet haben. Daran hat sich auch durch die ersten praktischen Erfahrungen mit der Richtlinie nichts geändert. Die Richtlinie wird dem gesetzlichen Auftrag des §136a SGB V, verbindliche Mindestanforderungen festzulegen, und gleichzeitig eine leitliniengerechte Therapie zu ermöglichen, nicht gerecht.

Wie bereits in unserer ersten Stellungnahme geschrieben, hätten die der Richtlinie zugrunde liegenden Minutenwerte bereits in der ersten Stufe an die aktuellen medizinischen, rechlichen und ethischen Standards angepasst werden müssen. Die Richtlinie muss eine Festschreibung ihrer Weiterentwicklung zu einem den Erfordernissen des 21. Jahrhunderts entsprechenden Personalbemessungssystem enthalten. Für unsere Fachgesellschaft stehen dabei die besonderen Bedarfe psychisch kranker älterer Menschen im Vordergrund, aus denen aufgrund der neueren Erkenntnisse in Behandlung und Versorgung aus den letzten 15 Jahren auch besondere personelle Bedarfe resultieren (vgl. etwa die zusätzlichen Bedarfe für die neu in der S3-Leitlinie Demenz aufgenommenen ergo-, (neuro)psycho-, sozio- und bewegungstherapeutischen Verfahren). Deshalb muss die auf vor 30 Jahren geltenden Behandlungskonzepten basierende Annahme der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV), dass gerontopsychiatrische Patient*innen weniger Arzt- und Therapeutenminuten pro Woche benötigen, endlich korrigiert werden, wie es für die Psychologenminuten ja bereits geschehen ist. Die PPP-RL definiert gerontopsychiatrische Patient*innen als „Akut psychisch Kranke im höheren Lebensalter (meist Multimorbidität)“ und weist ihnen dann 12 bzw. 20% weniger Arztminuten zu als den Jüngeren! und weniger Spezialtherapeutenminuten, obwohl zur Erhaltung und Wiedergewinnung von Alltagsfähigkeiten nicht nur die aktivierende Pflege, sondern auch die Ergotherapie eine große Rolle spielt; und 25% weniger Sozialarbeit als Suchtkranken, obwohl gerade bei gerontopsychiatrischen Patient*innen der Unterstützungsbedarf bei der Organisation der häuslichen Versorgung oder notwendigen Wohnortwechseln hoch ist. Eine Lösung für diese Problematik kann nur ein zeitgemäßes Personalbemessungssystem für die Psychiatrie und Psychosomatik darstellen, das die fachlich überholten Behandlungsbereiche A, G, S der PsychPV durch bessere Kriterien für die Ermittlung von Behandlungsbereichen ersetzt. Ein Entwurf für ein solches Personalbemessungssystem wurde bereits von der Plattform Personalbemessung der Fachgesellschaften vorgelegt.

Sanktionen bei Nichterfüllung der Personaluntergrenzen dürfen nicht so gestaltet werden, dass die die wohnortnahe psychiatrische Versorgung gefährdet wird.

Dezentralisierung, Wohnortnähe und Begrenzung der Größe therapeutischer Einheiten sowie die Flexibilisierung von Behandlungskonzepten hin zu am Patientenbedarf orientiertem Personaleinsatz in unterschiedlichen Settings und Strukturen würden durch vorwiegend ökonomische Sanktionen gefährdet. Insbesondere in strukturschwachen

Geschäftsstelle

DGGPP e.V.
Postfach 1366
51657 Wiehl
Tel.: 02262/797683
Fax: 02262/999 9916
GS@dggpp.de

Vorstand

Prof. Dr. med. Dr. phil. M. Rapp
Potsdam
Präsident

Prof. Dr. med. H. Gutzmann
Berlin
Past Präsident

Prof. Dr. med. T. Supprian
Düsseldorf
Vizepräsident

Dr. med. R.A. Fehrenbach
Saarbrücken
Schatzmeisterin

Dr. med. S. Kreisel
Bielefeld
Schriftführer

Beisitzer

Prof. Dr. med. G. Adler
Mannheim

Dr. med. B. Baumgarte
Gummersbach

Dr. med. K. M. Perrar
Köln

A. Richert
Berlin

PD Dr. med. Ch. Thomas
Stuttgart

Erweiterter Vorstand

PD Dr. med. J. Benninghoff
Haar

Prof. Dr. med. J. Priller
Berlin

Wissenschaftl. Beirat

Prof. Dr. med. H. Förstl
München

Prof. Dr. med. G. Heuft
Münster

Prof. Dr. med. S. Kanowski
Berlin

Prof. Dr. med. H.-J. Möller
München

Prof. Dr. med. H. Radebold
Kassel

www.dggpp.de

Gebieten wäre die Existenz vor allem von kleinen Kliniken bedroht und einer Rezentralisierung der psychiatrischen Versorgung würde Vorschub geleistet. Sanktionen sollten auf die Unterstützung beim Erreichen von Qualität ausgerichtet sein.

Detaillierte Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie

§3

Anstelle einer immer weiter differenzienden Ergänzung der fachlich nicht mehr sinnvollen Behandlungsbereiche der PsychPV mit der immanenten Diskriminierung vor allem alter psychisch Kranker sollte ein neues System der Ermittlung von Behandlungsbereichen eingeführt werden.

§4 (4)

Ein Nachtdienst von 10 Stunden und eine Tagarbeitszeit von 14 Stunden für die Pflege ist nicht zeitgemäß. Es gibt keine sachliche oder fachliche Begründung für die Unterstellung, dass psychisch Kranke früher eine Nachtruhe antreten als Gesunde, im Gegenteil sind Schlafstörungen und Unruhe häufig ein Symptom psychischer Erkrankungen, so dass die Nachtruhe kürzer ist. Die Tagesarbeitszeit sollte mindestens 16 Stunden – von 6.00 bis 22.00 Uhr – betragen.

§6, §7 und §8

Die Änderungen erscheinen als sinnvolle Klarstellung der Soll-Berechnung.
Zu den strittigen Punkten in §8 (5) stimmen wir dem Vorschlag der DKG zu.

§10

Auch bei den strittigen Punkten in §10 (5) stimmen wir dem Vorschlag der DKG zu. Insbesondere die Aussetzung des Verfahrens, das ja zu einem erheblichen administrativen Mehraufwand führt, für das Pandemiejahr 2020 ist eine sinnvolle Maßnahme zur Entlastung der Mitarbeiter*innen.

§11

Wir stimmen den vorgeschlagenen Änderungen zu, außer in §11 (3): Der Vorschlag sollte nicht übernommen werden; und §11 (13): Hier stimmen wir bei den strittigen Punkten der DKG zu.

§13

Wir erinnern noch einmal an die grundsätzlichen Nachteile für die Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen, die ein Vergütungsausschluss für Krankenhäuser mit Versorgungsverpflichtung mit sich bringt. Der Vorschlag der DKG erscheint eher geeignet, insbesondere die Benachteiligung solcher Patientengruppen zu lindern.

§14 und §16

Entsprechend der von uns favorisierten Änderung des §10 stimmen wir auch hier dem Vorschlag der DKG zu.
Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass die Erfassung von Regelaufgaben einen weiteren bürokratischen Aufwand mit sich bringt, und dass damit weitere Stellenanteile von der Behandlung auf administrative Aufgaben verlagert werden.

Anlage 1:

Wir wiederholen: Es gibt keine sachliche oder fachliche Begründung für die Altersdiskriminierung in den Minutenwerten. „Akut psychisch Kranke im höheren Lebensalter (meist Multimorbidität)“ brauchen nicht weniger, sondern mehr Arzt- und Therapeutenminuten als monomorbide jüngere Patient*innen. Es gibt keinen Grund dafür, Älteren 12 bzw. 20% weniger Arztminuten als den Jüngeren zuzuweisen;

oder dafür, dass weniger Spezialtherapeutenminuten vorgesehen sind, obwohl zur Erhaltung und Wiedergewinnung von Alltagsfähigkeiten nicht nur die aktivierende Pflege, sondern auch die Ergotherapie eine große Rolle spielt; und dass 25% weniger Sozialarbeit als bei Suchtkranken angesetzt werden, obwohl gerade bei gerontopsychiatrischen Patient*innen der Unterstützungsbedarf bei der Organisation der häuslichen Versorgung oder notwendigen Wohnortwechseln hoch ist. Mindestforderung ist, die Minutenwerte für die Berufsgruppen Arzt, Spezialtherapeuten und Sozialarbeit im Behandlungsvereich „G“ an den Behandlungsbereich „A“ anzugleichen.

Tabelle A.3.1

Die Wiedereinführung des Ausschlusses von Tagen, „an denen eine über Mitternacht hinausgehende ... Abwesenheit beginnt“ aus der Berechnung ist abzulehnen. Die Berechnungen des InEK für das PEPP-System haben gezeigt, dass Aufwand und Kosten für Tage mit Patientenkontakt nicht deutlich niedriger ist, wenn die Patient*innen danach von der Station abwesend sind, im Einzelfall kann der Aufwand sogar höher sein.

Zur stationsäquivalenten Behandlung

Hier folgen wir dem Vorschlag und den Begründungen der DKG. Insbesondere sehen wir keinen Grund, für die stationsäquivalente Behandlung die Anrechnung von Berufsgruppen auszuschließen.

Zu den Regelaufgaben für die Spezialtherapeut*innen

Grundsätzlich entspricht die Auflistung der GKV der Behandlungsrealität, *aber*: Die detaillierte Beschreibung von Regelaufgaben ist abzulehnen, wenn darauf eine detaillierte Dokumentation der Erfüllung solcher Aufgaben abgeleitet werden soll. Der dafür erforderliche Mehraufwand an Dokumentation würde bei allen Berufsgruppen einen erheblichen Zeitanteil beanspruchen, der für die Behandlung der Patient*innen fehlen würde oder zusätzlich von den Kassen finanziert werden müsste.

Berlin, 07.09.2020

Annette Richert

Leitung des Referats „Entgeltsystem“ im Vorstand der
Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V. (DGGPP)

Korrespondenzadresse
gs@dggpp.de

W KT • S gma ge S aße 5/2 • 72622 Nü ge

1. Vorsitzende
Prof. Dr. Constanze Schulze-Stampa
schulze-stampa@hfwu.de

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Abt. Qualitätssicherung & sektoren-
übergreifende Versorgungskonzepte
Postfach 12 06 06
10596 Berlin
E-Mail: PPP-RL@g-ba.de

07.09.2020

Stellungnahme gemäß 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit danken wir Ihnen zunächst für die Möglichkeit als Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien/ WFKT (www.wfkt.de) eine schriftliche Stellungnahme zum vorliegenden Beschlussentwurf über Änderungen der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie einreichen zu können.

Damit verbunden möchten wir nochmals ausdrücklich auf unsere formulierte Stellungnahme zum ersten Beschlussentwurf für diese Richtlinie verweisen, die genauere und dezidierte Ausführungen zu den Arbeitsfeldern und der Einordnung der Künstlerischen Therapien enthält.

Die Künstlerischen Therapien (dazu gehören u.a. Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie) sind etablierte Bestandteile multiprofessioneller Konzepte in den Behandlungsbereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hier bieten sie ein spezifisches und begründet breites Interventionsspektrum zur Behandlung von Erkrankungen in diesen Fachbereichen. Sie ergänzen durch ihren professionellen Einsatz künstlersicher Mittel und Medien die klinische Diagnostik und Behandlung der psychosozialen Therapieangebote um wichtige kommunikations- und handlungsorientierte Zugangsmöglichkeiten zu Patientinnen und Patienten. Von der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT, www.bagkt.de) sind Kompetenzbeschreibungen erstellt, die online abrufbar vorliegen. Diese dienen auch als relevantes Instrument der Qualitätssicherung.

Im Folgenden haben wir unsere Stellungnahme zu einzelnen Punkten formuliert.

Wir planen eine Beteiligung an der mündlichen Stellungnahme.

Mit herzlichen Grüßen

Prof. Dr. Constanze Schulze-Stampa

Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT), Stellungnahme gemäß 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

---

Allgemeines

Die Arbeit der WFKT bezieht sich auf die **Künstlerischen Therapien** (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a.), deren Einsatz in der leitliniengerechten Behandlung in der Psychiatrie und Psychosomatik etabliert und unter diesem Begriff einheitlich auch in anderen Regelwerken (OPS, KTL, diverse Leitlinien u.a.) eingeführt ist.

Daher möchten wir Sie freundlichst bitten, in gesamten Dokumenten diese korrekte Schreibweise „Künstlerische Therapien" (nicht „**k**ünstlerische Therapien") zu verwenden:

Richtlinie, Seite 6 (rot – Änderungsvorschlag)

§ 5 Berufsgruppen

1 d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie **K**ünstlerische Therapeutinnen und **K**ünstlerische Therapeuten)

2 d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie **K**ünstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten)

Der Text des Beschlussentwurfs dokumentiert u.E. an einigen Stellen noch immer deutlich, dass bisher unsere Berufsgruppe der Künstlerischen Therapien und ihre spezifischen Fachkompetenzen weniger kompetent einbezogen wurde. Weitere Anmerkungen sowie Änderungsvorschläge betreffen deshalb auch alle Spezialtherapien.

Richtlinie, Seite 8 (rot - inhaltliche Anmerkung/ Änderungsvorschlag)

§ 8 (5) Anrechnung von Berufsgruppen

Der Einsatz von sog. Hilfskräften ist in den Künstlerischen Therapien als akademisch ausgebildete Berufsgruppe keine Option. Die Tätigkeiten (s.a. Aufgabenbeschreibungen) können nur mit einer qualifizierten und abgeschlossenen Ausbildung (Dipl., B.A., M.A.) professionell durchgeführt werden.

Hinsichtlich der Umfänge der Anrechenbarkeit anderer Fachkräfte auf die Berufsgruppe der „Spezialtherapeuten" bedeutet die Zusammenfassung von Ergotherapie und Künstlerischen Therapien einen relativ großen Spielraum für einen flexiblen Personaleinsatz. In der Konsequenz ist aus unserer Sicht eine deutliche Begrenzung der Anrechenbarkeit anderer Fachkräfte auf diese Berufsgruppe auf 3% vorzunehmen. Erst dann können die fachlichen Qualitäten sowie die patientenbezogenen Notwendigkeiten bzw. Erfordernisse der psychiatrischen Versorgung sichergestellt werden.

Richtlinie, Seite 19 (rot - inhaltliche Ergänzung, Formulierungsvorschlag für einen weiteren Spiegelstrich)

§ 14 Anpassung der Richtlinie

Dabei sind insbesondere folgende Bereiche zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen oder neu zu definieren:

- ...
- die Regelaufgaben der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der Spezialtherapien und der Begrifflichkeit (inklusive der Verwendung „Spezialtherapien" als Oberbegriff für Ergotherapie und Künstlerische Therapien)

Anlage 1, Seite 22 (rot – inhaltliche Anmerkung)

Minutenwertetabellen

1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene, P 1 bis P 4

Im Sinne der Differenzierung zwischen Ergotherapie und Künstlerische Therapien sind diese auch in den Minutentabellenwerten zu trennen.

Spezialtherapeutinnen
und Spezialtherapeuten
P3 [GKV-SV, PatV:] 176
P4 [GKV-SV, PatV:] 102

Anlage 2, S. 22-50 (rot – inhaltlicher Ergänzungsvorschlag)

Eingruppierungsempfehlungen

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

S. 40
P. Psychosomatik
Spalte 4 „Behandlungsmittel" (für alle Behandlungsbereiche) Integration der Künstlerischen Therapien

S. 42 Integration der Künstlerischen Therapien
KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie
Spalte 4 „Behandlungsmittel" (für alle Behandlungsbereiche)

Anlage 3, Seite 73 (rot- inhaltliche Anmerkung, Ergänzungswunsch)

Nachweis Teil B PPP-RL

Hier halten wir eine Differenzierung des Nachweises der einzelnen Berufsgruppen innerhalb der Spezialtherapien für sehr wichtig und wünschen und diese ausdrücklich.

Anlage 4, S. 86 (rot – inhaltliche Änderung/ Ergänzungsvorschlag)

Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Erwachsenenpsychiatrie

e. Regelaufgaben 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 Künstlerische Therapien (anstatt „einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie“)
- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
- Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung

3. Gruppenbezogene Behandlung
- Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Künstlerische Therapien (anstatt „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 Ergotherapie sowie der Künstlerischen Therapien

---

Anlage 4, S. 91 (rot – inhaltliche Änderung/ Ergänzungsvorschlag)

Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Kinder- und Jugendpsychiatrie

e. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten gemäß § 5

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung
- Beeinflussung emotionaler Probleme mittels kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich Künstlerische Therapien (anstatt „einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie“)
- Funktionelle Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training, neurophysiologisch orientierte Behandlung von Leistungsdefiziten
- Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung

3. Gruppenbezogene Behandlung
- – Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Künstlerische Therapien (anstatt „einschließlich Musiktherapie und 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 Ergotherapie

---

Anlage 4, S. 94 (rot – inhaltliche Änderung/ Ergänzungsvorschlag)

Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

d. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

Spalte DKG (S. 94)

- Künstlerische Therapien (u.a. Kunst-, Musiktherapie) in Einzel- und Gruppenbehandlung (anstatt „nur" Musiktherapie)

GKV-SV (S. 94-96)

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 Künstlerische Therapien (anstatt „einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie") und konzentrative Bewegungstherapie
– Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
– Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung

3. Gruppenbezogene Behandlung
– Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Künstlerische Therapien (anstatt „einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie") und konzentrative Bewegungstherapie
– 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 Ergotherapie sowie der Künstlerischen Therapien

---

Abschließende Anmerkung

Aus der Sicht der WFKT halten wir es für die weiteren Änderungsvorgänge für sehr wichtig, dass Angehörige der Künstlerischen Therapien in das Verfahren der Qualitätssicherung eingebunden werden, um eine adäquate Abbildung dieser Berufsgruppe in der neuen Richtlinie begründet zu verankern!

familien selbsthilfe psychiatrie
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.

BApK e.V. Oppelner Str. 130 53119 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
z.H. [redacted]
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

BApK e.V.
Geschäftsstelle
Fon: 0228-71002400
Fax: 0228-71002429
Mail: bapk@psychiatrie.de
Internet : www.bapk.de

31.08.2020

Betreff: Stellungnahmerecht gemäß 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Sehr geehrte[redacted]

vielen Dank für die Zusendung des Beschlussentwurfes über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie. Grundsätzlich hat der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK e.V.) im Rahmen seiner Bundestagspetition zur Richtlinie Stellung bezogen.

Im **§ 9 Weitere Qualitätsempfehlungen** werden insgesamt 3 weitere Qualitätsmerkmale (Anzahl der Erwachsenenpsychiatrie Stationen unter 18 Behandlungsplätze, Anzahl der Jugendpsychiatrie Stationen unter 12 Behandlungsplätze, Anzahl der Genesungsbegleiter*innen je Erwachsenenpsychiatrie Station) empfohlen, die es unsere Sicht wert sind, öffentlich berichtet zu werden. Da es sich hier um keine Mindestvorgaben handelt, bitten wir daher um nachfolgende Ergänzung im **§ 12 Veröffentlichung für Krankenhäuser**: „... der Krankenhäuser darzustellen ebenso wie die Erfüllung der weiteren Qualitätsempfehlungen. Die Darstellung regelt der G-BA ...“

Sollten sich aus unserer schriftlichen Stellungnahme Fragen ergeben, die nicht im Vorwege bereinigt werden konnten, stehe ich Ihnen gerne am 21. September 2020 in der Anhörung zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

[redacted]

Dr. Rüdiger Hannig
Stellv. Vorsitzender BApK e.V.

Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e.V.
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen

Holger Höhmann
Fachgruppenvorsitzender

LVR-Klinik Langenfeld · Kölner Straße 82 · 40764 Langenfeld

An
Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Per E-Mail: PPP-RL@g-ba.de

Telefon [redacted]
Telefax
E-Mail
Internet www.vkd-online.de

Unser Zeichen [redacted]
Datum 28.08.2020

Stellungnahme zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur aktuellen Weiterentwicklung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) wurden einige Verbände um Stellungnahme gebeten. Die Neuregelungen sind noch in wesentlichen Punkten strittig, es zeichnen sich jedoch aus den Vorschlägen der Selbstverwaltungspartner Regelungsinhalte ab, die gravierende Fehlentwicklungen für die psychiatrische und psychosomatische Krankenhausversorgung befürchten lassen. Zu anderen, unbedingt der Nachbesserung bedürfenden Punkten, finden sich keine Änderungsvorschläge. Die Fachgruppe psychiatrischer Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) sieht sich deshalb auch ohne Aufforderung in der Pflicht auf die direkt versorgungsgefährdenden Inhalte der Richtlinie respektive ihrer geplanten Weiterentwicklung hinzuweisen.

Krisenerschüttertes Krankenhaussystem noch nicht zur „Scharfschaltung" bereit

In diesem Jahr waren die Krankenhäuser mit einer nie dagewesenen Ausnahmesituation konfrontiert. Innerhalb weniger Tage und Wochen mussten Einrichtungen aufgrund der COVID-19-Pandemie die Behandlung neu organisieren, Infektionsschutzbereiche einrichten, geplante Behandlung verschieben und die Teilnahme an der Krisenvorsorge sicherstellen. Gleichzeitig war der Personalbestand wegen Erkrankung oder Schutzmaßnahmen dezimiert, der Versorgungsauftrag musste unter stark erschwerten Bedingungen erfüllt werden.
Genauso wenig wie die Pandemie vorüber ist, herrscht in den Krankenhäusern schon wieder Normalität. Dennoch sehen die Vorschläge von GKV-SV und Patientenvertretung vor, dass der ursprüngliche Zeitplan eingehalten wird und damit die sanktionsbehaftete Nachweispflicht ab dem kommenden Jahr gilt. Ungeachtet der unbrauchbaren Datengrundlage des Jahres 2020, der weiterhin unvorhersehbaren Krisenentwicklung und des Corona-bedingt fehlendenden Übergangsjahr zur Einrichtung der notwendigen Nachweisstrukturen wird hier entgegen der politischen Entlastungsvorgabe der erbetene Aufschub verwehrt. Die Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD sieht hierin eine gefährliche Zusatzbelastung der Krankenhäuser in Krisenzeiten.

Sanktionsregelungen des GKV-SV führen bewusst in die Zahlungsunfähigkeit

Mit größter Sorge wird der Vorschlag des GKV-SV sowie der Patientenvertreter zur Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs zur Kenntnis genommen. Die Notwendigkeit von wirksamen und anreizstarken Durchsetzungsmaßnahmen wird vor dem Hintergrund der Qualitätsziele der Richtlinie anerkannt, jedoch verfehlt das hier vorgeschlagene Sanktionssystem diese Zielsetzung völlig. Schlimmer noch, setzt es durch drakonisches Übermaß und gänzliches Fehlen von Verhältnismäßigkeit die wirtschaftliche Existenz von Einrichtungen aufs Spiel. Abseits der Übergangsregelungen wird der Vergütungswegfall pauschal als der prozentuale Anteil der Berufsgruppen mit Erfüllungsgrad unter 100% an den Mindestpersonalvorgaben aller Berufsgruppen festgelegt. Der Umfang der Unterschreitung innerhalb einer Berufsgruppe bleibt dabei gänzlich unberücksichtigt. In den größeren Berufsgruppen, wie etwa der Pflege, bedeutet das Fehlen nur einer Stunde (VKS-IST) im Nachweis den Wegfall von bis zu 70% aller Quartalserlöse – bereits wesentlich geringere Erlösverluste führen direkt in die Zahlungsunfähigkeit.

Dieses Sanktionssystem verfolgt nicht das Ziel der effektiven Durchsetzung der Qualitätsmindestanforderungen, sondern riskiert bewusst die Existenz von Einrichtungen. Es wird dabei derjenige mit nur geringster Unterschreitung genauso drakonisch bestraft, wie die Einrichtung mit besonders hoher Abweichung – Anreize das Maß der Unterschreitung möglichst gering zu halten, bestehen keine. Die Gründe für eine Unterschreitung bleiben gänzlich unhinterfragt, ein lösungsorientierter Austausch ist nicht vorgesehen. Allerdings stellt sich die Frage, wie eine psychiatrische Fachklinik oder eine große psychiatrische Abteilung in einem Maximalversorger auf die Akutaufnahmen (> 70 %) – die meisten als Notfall deklariert – Einfluss auf die Anzahl der Patient*innen pro Tag nehmen kann? Wie soll eine Dependance oder eine Tagesklinik verfahren, wenn sich plötzlich von den sieben ärztlich-therapeutischen und pflegerischen Mitarbeiter*innen zwei im Urlaub befinden und sich zwei weitere Mitarbeiter*innen krankmelden? Um einen wirtschaftlichen Verlust zu vermeiden, bleibt in diesem Fall nur die Schließung der Dependancen und Tageskliniken oder die Entlassung von Patient*innen, deren Behandlung noch nicht abgeschlossen ist, übrig. Allerdings steht Letzteres im Kontext zur Erfüllung des Versorgungsauftrages (§ 39 Abs. 1, § 107 Abs. 1 Nr. 2 und § 109 Abs. 4 SGB V). Gegen beispielsweise Zwangseinweisungen können sich die Versorgungsverpflichtung versehenden psychiatrischen Kliniken und Abteilungen nicht wehren, sondern müssen die Patient*innen aus rechtlichen Gründen aufnehmen. Wie ist es für eine psychiatrische Klinik oder Abteilung möglich, dementsprechend Personal- oder auch die Belegung zu steuern, um nicht durch sanktionsbehaftete Nachweispflichten benachteiligt zu werden?

Die Krankenkassenseite hat hier – nach unserer Auffassung – offensichtlich nicht nur das Patientenwohl im Blick, sondern bezweckt ein großes kurzfristiges Einsparpotenzial und eine langfristige Marktbereinigung. Treffen würde das schwerpunktmäßig Einrichtungen in strukturschwachen oder ländlichen Regionen (Fachkräftemangel) sowie kleinere, dezentrale Einheiten, für die der Nachweis besonders kleinteilig wirkt. Wenn nicht Kommunen, Länder, Kirchen oder private Anteilseigner bereit sind für die Erlösverluste aufzukommen wäre moderne, wohnort- und patientenorientierte Krankenhausbehandlung gefährdet.

VKD Geschäftsstelle · Oranienburger Straße 17 · 10178 Berlin · vkdgs@vkd-online.de

Betriebswirtschaftliche Benachteiligung stationsübergreifender sowie dezentraler und wohnortnaher Versorgung

In den letzten Jahren haben sich die eingesetzten Berufsgruppen stark verändert. So wurden beispielsweise Medizinische Fachangestellte, Sekretariats- und Kodierfachkräfte eingestellt, um den steigenden Dokumentationsaufwand gerecht zu werden und das therapeutische Personal zu entlasten. Des Weiteren wird die Psychotherapie nicht ausschließlich von qualifizierten Psycholog*innen durchgeführt. Gerade bei sehr schwer psychisch erkrankten Menschen konnte während einer Akutbehandlung der Therapieerfolg durch Mediziner mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten gesteigert werden. Psychiatrische Behandlungen finden heutzutage stationsunabhängig und Setting übergreifend statt. Die traditionelle „Station" ist nicht mehr der Kulminationspunkt aller therapeutischen Interventionen. Die Kombination der unterschiedlichen Berufsgruppen aus Ärzt*innen, Psycholog*innen, psycholog. Psychotherapeut*innen und andere qualifizierte Berufsgruppen sowie die stationsübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht es, dass die Patient*innen eine Therapie erfolgreich abschließen und dauerhaft genesen können. Da fast nur das auf Station eingesetzte Personal nachweisfähig ist, drohen dadurch stationsunabhängigen Leistungen systematisch das Personal entzogen zu werden. Dies widerspricht modernen Versorgungskonzepten der Psychiatrie und Psychosomatik und setzt fatale Fehlanreize in der Personalallokation. Diese stationsübergreifende bzw. standortübergreifende Zusammenarbeit zur optimalen Patientenversorgung muss auch weiterhin nach Einführung der PPP-RL möglich sein!

Auch wenn der sanktionsbehaftete Nachweis dem Wortlaut der Richtlinie nach auf Einrichtungsebene erfolgen muss, so steckt die Gefahr hier in der Definition des Einrichtungsbegriffs. Die Einrichtung wird nicht als das gesamte Krankenhaus definiert. Neben der Unterscheidung nach den Subdisziplinen (Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen), wird zusätzlich jeder einzelne Standort als eigene Einrichtung gezählt und ist damit sanktionsbehaftet nachweispflichtig.

Im Zuge wichtiger Reformen der psychiatrischen Krankenhausbehandlung ist es eher die (erwünschte) Regel, dass Krankenhäuser dezentrale Einheiten an vielen Standorten vorhalten. Für jede einzelne dieser Einheiten muss das Krankenhaus nach aktueller Regelung das Personal für jedes Quartal und jede Berufsgruppe nachweisen oder droht anderenfalls scharf sanktioniert zu werden. Lassen sich an größeren Standorten noch Ausgleichseffekte nutzen, in deren Rahmen sich ein Mindestmaß an bedarfsorientierter Spezialisierung umsetzen lässt, sind kleinere Standorte qua Nachweisverpflichtung um jegliche Flexibilität in Personaleinsatz und -verteilung beraubt. Im Gegenteil entsprechen die Personalmindestvorgaben oftmals unbesetzbaren Bruchteilen von Vollkraftstellen und wären damit weit über dem eigentlichen Bedarf zu besetzen. Unvorhersehbare Ausfälle einzelner Mitarbeitender führen andernfalls unmittelbar in die Nichterfüllung. Die Bundespflegesatzverordnung kennt diesen Standortbezug nicht, weswegen von einer Refinanzierung dieses aus der Kleinteiligkeit des Nachweises entstehenden Mehrbedarfs nicht auszugehen ist. Dezentrale Standorte werden so betriebswirtschaftlich und organisatorisch unattraktiv. Die zu befürchtenden Rückschritte für die Versorgung und Behandlung psychisch Erkrankter sind gravierend.

VKD Geschäftsstelle · Oranienburger Straße 17 · 10178 Berlin · vkdgs@vkd-online.de

Keine Planbarkeit: Der Trugschluss der 2,5%-Regel

Besonders kritisch zeigen sich die benannten Regelungsinhalte angesichts der in der aktuellen Ausgestaltung der Richtlinie vollständig fehlenden Planbarkeit. Die Nachweishöhe eines Quartals ergibt sich zwar theoretisch aus den Stichtagen und der Belegung desselben Quartals im Vorjahr. Faktisch aufgehoben wird der Vorjahresbezug aber durch die 2,5%-Regel in § 6 Absatz 4 der Richtlinie, die besagt, dass sich bei entsprechender Abweichung die Mindestbesetzung erst rückwirkend für das aktuelle Quartal berechnet. Gänzlich ad absurdum geführt wird der Vorjahresjahresbezug dadurch, dass diese **bereits bei Abweichung um 2,5% in nur einem Behandlungsbereich** nach PPP-RL greift. Pro Fachabteilung gibt es bis zu 19 Behandlungsbereiche (A1, A2, G9, etc.), auf die mittels zweiwöchentlicher Stichtagserhebung die Behandlungstage rechnerisch verteilt werden. Je seltener eine Einstufung ist, desto höhere prozentuale Abweichungen ergeben sich schon bei geringsten Veränderungen. Kommt es beispielsweise in Behandlungsbereichen mit weniger als 40 Behandlungstagen im Quartal (z.B. kurzzeitige Anschlussbehandlung TK auf Station) zu Abweichungen von nur einem Behandlungstag, greift bereits die Ausnahmeregelung für die gesamte Einrichtung und die sanktionsbehaftet einzuhaltenden Mindestvorgaben sind erst nach Quartalsende bekannt. Den Verfassern ist keine Einrichtung bekannt, in der in dieser Systematik der Regelfall, also die Planbarkeit durch den Vorjahresbezug, je eintreten würde. Minimale Veränderungen in einzelnen Behandlungsbereichen lösen den Ausnahmefall aus, der damit zur Regel wird.

Hoher Dokumentationsaufwand: Belastung der therapeutischen Berufsgruppen

Der hohe Dokumentationsaufwand wurde in der PPP-RL weitgehend übernommen. Nach einer Erhebung, die die Arbeitsgemeinschaft Krankenhausleistung Psychiatrie (akp) im Jahre 2017 durchgeführt hat, werden schon jetzt ca. 39 % der ärztlichen Arbeitszeit für die Dokumentation verwendet. Eine Reduktion der Nachweispflichten und Dokumentationsarbeiten würde nicht nur Kosten sparen, sondern auch mehr Möglichkeiten zu Gunsten der Patient*innen bieten. Die Erhöhung der Dokumentationsaufwände hingegen, führt zu höheren Personalkosten. Demensprecht wird das Geld, was eigentlich für die Patient*innen zur Behandlung von Erkrankungen zur Verfügung steht, für eine überbordende Bürokratie ausgegeben. Aufgrund dessen sollte der Umfang und Detailierungsgrad deutlich reduziert werden. Insbesondere die therapeutischen Berufsgruppen, deren patientenbezogene Verfügbarkeit die Richtlinie sicherstellen möchte, müssen von vermeidbaren Nachweispflichten (stationsbezogene Arbeitszeiterfassung, Anzahl der Stichtage, etc.) entlastet werden.

Keine Möglichkeit Personalschwankungen auszugleichen

Um trotz bekannter und unvermeidbarer Schwankungen im Personalbestand und in der Belegung zwischen den Quartalen die Personalmindestvorgaben zu jeder Zeit erfüllen zu können, bedarf es eines gesicherten Refinanzierungsanspruchs, der mindestens 5-10 % über den Personalmindestvorgaben liegt. Dieser Refinanzierungsanspruch bezieht sich nur auf das nach PPP-RL nachzuweisende Personal (Regeldienst) – die zweckentsprechende Mittelverwendung ist nachzuweisen, mit Rückzahlungsverpflichtung im Falle einer Nichtverwendung.

VKD Geschäftsstelle · Oranienburger Straße 17 · 10178 Berlin · vkdgs@vkd-online.de

In der aktuellen Budgetsystematik ist zu befürchten, dass die über die Budgets finanzierten Personalstellen sich nur an den in Vollkräften umgerechneten Minutenwerten der PPP-RL orientieren. Ein alternatives Personalbemessungssystem, das einen über die Personalmindestvorgaben hinausgehenden Personalbedarf objektivieren könnte, steht für die Verhandlung auf Ortsebene noch nicht zur Verfügung. Deshalb braucht es übergangsweise einen pauschalen Refinanzierungsanspruch, der mind. 5-10 % über den Mindestvorgaben der PPP-RL liegt. Die Prozentwerte orientieren sich an den Schwankungskorridor in Personal und Belegung, den auch die PPP-RL noch nicht als Ausnahmetatbestand gem. § 10 Abs. 1 definiert (Personal ab 15 % Abweichung, Belegung ab 10 % Abweichung).

Ansonsten wäre eine Unterschreitung der Mindestvorgaben schon alleine durch natürliche und unvermeidbare Schwankungen in Personal und Belegung zwischen den Quartalen nicht zu verhindern. Ein anschauliches Beispiel stellt das vierte Quartal eines jeden Jahres dar: Durch Erkrankungswellen, viele Feiertage und auch Urlaubs-/Ferienzeiten ist das anwesende Personal in der Regel geringer, als in anderen Quartalen (z.B. erstes und zweites Quartal). Gleichzeitig ist die Belegung in dieser Zeit traditionell besonders hoch. Nach der alten PsychPV-Systematik hat das Jahresmittel solche Effekte ausglichen. In der Quartalsbetrachtung ist ein Ausgleich nicht mehr möglich. Deswegen muss, um jederzeit die Mindestpersonalvorgaben erfüllen zu können, das für das gesamte Jahr zu vereinbarenden Personalbudget höher liegen als die Mindestgrenze.

Der Gesetzgeber hat bereits klargestellt, dass das für die leitliniengerechte Behandlung notwendige und damit die Mindestvorgaben übersteigende Personal zu finanzieren ist (§ 3 Abs. 3, S.3, Nr. 5 Bundespflegesatzverordnung). Hier fehlt es nur weiter an eindeutigen, quantifizierbaren und durchsetzbaren Ansprüchen für die Budgetverhandlung vor Ort. Nur über eine gesicherte Finanzierung können die psychiatrischen Krankenhäusern den hohen Ansprüchen an eine patientenbezogene Verfügbarkeit von Personal gerecht werden. Darin muss die Politik sie weitergehend unterstützen, damit die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie die Verbesserung und nicht den Wegfall der Krankenhausversorgung bewirkt.

Nachbesserungen sind unbedingt erforderlich

Es besteht im aktuellen System faktisch keinerlei Planbarkeit hinsichtlich der zu erfüllenden Mindestvorgaben. Je kleiner und damit unvorhersehbarer die Nachweisbereiche werden, desto größer wird die Gefahr einer Sanktionspflicht und damit das existenzielle Risiko für Einrichtungen. Diese Wirkungsweise bedroht insbesondere regional und wohnortnah konzipierte Versorgungskonzepte sowie die Versorgung in Regionen, in denen der Fachkräftemangel am stärksten wirkt.
Die Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD fordert deswegen die Entscheidungsträger im G-BA, die stellungnahmeberechtigten Organisationen und notwendigenfalls auch die Politik auf, auf eine Veränderung der Richtlinie hinzuwirken, um fatale Auswirkungen für Krankenhausversorgung abzuwenden:

1. **Der Zeitplan ist um ein Jahr zu verschieben**, um schwere Nachteile für Krankenhäuser zu vermeiden, die krisenbedingt weder Möglichkeit noch Datengrundlage hatten, um sich auf den sanktionsbehafteten Nachweis vorzubereiten.

VKD Geschäftsstelle · Oranienburger Straße 17 · 10178 Berlin · vkdgs@vkd-online.de

2. **Die Sanktionsmaßnahmen müssen maßvoll und verhältnismäßig** geregelt werden. Sanktionen sind an dem tatsächlichen Umfang der Nichterfüllung zu orientieren und die Ursachen der Nichterfüllung sind lösungsorientiert zu berücksichtigen. Die Zahlungsunfähigkeit von Einrichtungen ist kein legitimes Ziel einer Richtlinie, die Behandlungsqualität sichern möchte.

3. **Die Definition der Einrichtung als jeden Einzelstandort ist dringend zu verändern**, um dezentrale und wohnortnahe Einrichtungen nicht systematisch zu benachteiligen. Der Einrichtungsbegriff darf nicht enger definiert werden als der Fachbereich eines Krankenhauses um bedarfsorientierte Personaleinsatzeinsatzplanung auch an kleineren Standorten zu ermöglichen.

4. **Die 2,5%-Regel darf nicht für jeden Behandlungsbereich gelten**, um die Chance einer Planungsmöglichkeit zu erhalten. Als Bezug eignen sich aufgrund der Vielzahl an Einstufungsmöglichkeiten nur die Behandlungstage der gesamten Einrichtung.

5. **Der Umfang und Detailierungsgrad der Dokumentation** muss deutlich reduziert werden. Insbesondere die therapeutischen Berufsgruppen, deren patientenbezogene Verfügbarkeit die Richtlinie sicherstellen möchte, müssen von vermeidbaren Nachweispflichten (stationsbezogene Arbeitszeiterfassung, Anzahl der Stichtage, etc.) entlastet werden.

6. Um trotz bekannter und unvermeidbarer Schwankungen im Personalbestand und in der Belegung zwischen den Quartalen die Personalmindestvorgaben zu jeder Zeit erfüllen zu können, **bedarf es eines gesicherten Refinanzierungsanspruchs**, der mindestens 5-10 % über den Personalmindestvorgaben liegt.

Mit freundlichen Grüßen

[redacted]

Holger Höhmann
Vorsitzender der Fachgruppe Psychiatrische Einrichtungen
im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V.

VKD Geschäftsstelle · Oranienburger Straße 17 · 10178 Berlin · vkdgs@vkd-online.de

BayPo e.V.
Bayerischer Landesverband
Psychiatrie-Erfahrener e.V.

Geschäftsste e
G ückstraße 2
86153 Augsburg
Te .: 0821/45047863
Fax: 0821/45047864
m.he and-graef@baype. nfo
www.baype. nfo
F nanzamt Augsburg
Steuernummer 103/107/31639
Mob : 017645616169

BayPE e V Glückstraße 2 86153 Augsburg

Gemeinsamer Bundesausschuß
Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Neustadt, den 02.09.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

Mein Name ist Martina Heland-Graef. Ich bin Vorstandsmitglied des **Bayerische Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (Baype)**. Wir setzen uns seit fast 25 Jahren für eine zwangs- und gewaltfreie Psychiatrie und für die Beachtung der Selbstbestimmung, Autonomie, Menschenrechte und Menschenwürde in der Psychiatrie ein.
Für den Baype ist es wichtig hier unseren Standpunkt zu vertreten und die Betroffenen zu vertreten, denn die Folgen werden bei uns unten ankommen.
Wir wissen das nur der BPE Stellungnahme berechtigt ist, jedoch bitten wir darum gehört zu werden, weil eine große Anzahl der Betroffenen unsere Mitglieder sind und davon betroffen ist.
Gerne werde ich auch persönlich vorsprechen, das habe ich ja schon einmal gemacht.
In diesem Zusammenhang nehmen wir zu dem Entwurf der Anpassung 2020 der Richtlinie Personalausstattung in der Psychiatrie (PPP-RL) wie folgt Stellung:

Wir begrüßen, dass die Berufsgruppe der Genesungsbegleiter bereits verankert ist und bekräftigen hiermit, dass eine „Kann" - Regelung nicht hilfreich ist, da es für die Krankenhäuser damit nicht verbindlich wird, Genesungsbegleiter einzustellen, sowie ihre Ausbildung und Anerkennung, wie z.B. bei der Pflege, zu unterstützen. Die positive Wirkung der Genesungsbegleiter auf die Gesundung der Patienten ist evident, also empirisch nachgewiesen und dem G-BA bekannt. Es gibt weder einen sachlichen noch fachlichen Grund, diese Forderung nicht umzusetzen. Im Gegenteil, sie ist fachlich zwingend.

Wir fordern daher zugleich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als aufsichtführendes Bundesministerium auf, dafür zu sorgen, dass aus der G-BA „Kann-Regelung" eine Muss-Regel wird.

Wir fordern die Festlegung einer Mindestausstattung mit Genesungsbegleiterinnen und -Genesungsbegleitern und dass diese mit einem verpflichtenden Termin ab 01.01.2022 zu belegen ist. Wir fordern die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) auf, uns darin zu unterstützen, dass Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter künftig flächendeckend verbindlich eingestellt und nicht nur mit einem Mindestlohn, sondern nach Tariflohn eingruppiert werden. **Wir unterstützen dabei auch die Position der PatV.**

Für uns Betroffene, zu denen auch Angehörige und Menschen mit doppelten und dreifachen Erfahrungen (als Erkrankter, Angehörige und Profi) zählen, ist dies eine große Bereicherung, Hilfe und Erleichterung in der Kommunikation und in unserer Akzeptanz im psychiatrischen Krankenhaus auf diesem Weg zu erfahren. Dies wäre ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer gewaltfreien und zwanglosen Behandlung. Er könnte so flächendeckend auch ohne „Security“ in den Kliniken erreicht werden. Dies fordern wir zugleich auch als Verpflichtung im Sinne der UN BRK. Das Personal einschließlich der Genesungsbegleiter muss regelmäßig verbindlich an deeskalierenden Maßnahmen per Fortbildung teilnehmen.

Wir, der **Baype,** sprechen uns auch für genügend Personal, also mindestens 100% Fachkräfte in allen Berufsgruppen und an allen Standorten der Krankenhäuser aus, um eine gewaltfreie Behandlung sicher zu stellen. Wer dies aus welchen Gründen auch immer nicht erreicht, der kann eine qualifizierte Behandlung nicht sicherstellen. Als Psychiatrie-Erfahrene verlangen wir eine qualifizierte Behandlung mit 100% Fachpersonal. **Wir unterstützen dabei auch die Position der PatV.**

Wir, der **Baype,** sind gegen das Einsetzen von Sicherheitsdienst Personal. Die Haltung des Personals sollte nach den Grundsätzen der UN BRK ausgerichtet sein und nicht durch den Hilfsdienst eines Sicherheitsdienstes, der qualitativ nichts bringt und nur Angst und Schaden verbreitet. Daher muss es in allen Krankenhäusern etc. ausreichend qualifiziertes Personal zu allen Tages- und Nachtzeiten geben. Finanzielle Gewinne der Krankenhäuser auf dem Rücken von zu wenig qualifiziertem Personal und zu Lasten unzureichend behandelter Patientinnen und Patienten, darf es künftig nicht mehr geben.

Wir sind auch dagegen, dass in großem Rahmen gering qualifizierte Hilfskräfte angerechnet werden. Hilfskräfte gehören nicht zur Richtlinie PPP und dürfen keine Aufgaben in der psychiatrischen Pflege übernehmen.

§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Wir der Baype, vertreten bei Nichteinhaltung auf jeden Fall eine Kontrolle einzupflegen und die Prüfung einer evtl. Schließung vorübergehend bis zur Abschaffung der Nichteinhaltung. Wir glauben, dass ansonsten eine gefährliche Versorgung von Betroffenen stattfindet und die Einsetzung von Sicherheitspersonal mit Gewalt und Zwang und Angst oder Trauma Einzug hält.

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

Wir, der **Baype**, sind der Ansicht, dass eine regelmäßige Qualitätskontrolle durch den MDK und der Besuchskommisionen unter Beteiligung der Betroffenen, Angehörigen usw. in unangemeldetem, unregelmäßigem Terminus zu erfolgen hat. Förderlich wäre auch eine bessere und verpflichtende Zusammenarbeit des G-BA mit den zuständigen Gesundheitslandesbehörden.

§14 Anpassung der Richtlinie

Die Regelaufgaben der Genesungsbegleiter fehlen in der Auflistung und müssen zeitnah ergänzt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Für den Vorstand des Baype

[redacted]

Martina Heland-Graef

ackpa
arbeitskreis der
chefärztinnen und chefärzte der
kliniken für
psychiatrie und psychotherapie an
allgemeinkrankenhäusern in deutschland

Sprecher: -
Dr. med. Christian Kieser -
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
In der Aue 59
14480 Potsdam

Potsdam, den 07.09.2020

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Per Mail: PPP-RL@g-ba.de

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL):
Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

ackpa vertritt als Arbeitskreis die ChefärzteInnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern und mit über 200 Kliniken mehr als die Hälfte der klinischen Psychiatrie in Deutschland. Der Arbeitskreis engagiert sich für eine integrative und ganzheitliche Krankenhausbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf der Grundlage einer regionalen Versorgungsverpflichtung. Als Verband der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern („Abteilungen“) steht ackpa in besonderem Maß für die Integration der Psychiatrie in die Medizin. Um dieser Verantwortung gerecht zu werden, bringt sich ackpa mit hoher Kompetenz und Expertise in den Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozess versorgungsrelevanter Themen der Psychiatrie ein.

ackpa ist in dem Stellungnahmeverfahren im aktuellen Richtlinienprozess der PPP-RL mit den Schwerpunkten einer Konkretisierung und Überarbeitung leider nicht berücksichtigt worden. Aufgrund der für die psychiatrische Versorgung hohen Relevanz der PPP-RL erlaubt sich ackpa, unaufgefordert eine Stellungnahme abzugeben in der Hoffnung, dass diese in dem Diskussions- und Entscheidungsprozess Berücksichtigung findet. Die hier vorgelegte Stellungnahme erfolgt ohne Kenntnis des Beschlussentwurfs bzw. der tragenden Gründe, so dass sich ackpa nur im Allgemeinen dazu äußern kann.

Die PPP-RL sollte u.a. das Ziel verfolgen, die Qualität der Behandlung durch die Festlegung von Mindestvorgaben der Personalausstattung in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sicherzustellen. Damit sollte eine Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung mit einer an den Patientenbedürfnissen und -bedarfen orientierten Behandlung verbunden sein.
Dazu ist aus Sicht von ackpa auf folgende Aspekte ein besonderes Augenmerk zu richten:

1. Nachweispflichten
2. Sanktionen bei Unterschreitung der Personalvorgaben

Ad 1:
Die PPP-RL definiert Untergrenzen für die Personalausstattung in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie.
Ziel der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern muss es sein, eine Personalpräsenz in der Klinik vorzuhalten, die eine patientenorientierte Behandlung mit kontinuierlicher Beziehungsgestaltung ermöglicht und den Vorgaben der PPP-RL entspricht. Von großer Bedeutung ist dabei eine hohe klinikinterne Flexibilität des personellen Ressourceneinsatzes über alle Berufsgruppen und Bereiche (Settings) hinweg, um eine bedarfs-und beziehungsorientierte Patientenversorgung jederzeit zu gewährleisten. Dafür sollte die PPP-RL gezielte Anreize setzen und dies nicht durch starre berufsgruppen- und settingbezogene Regularien, die ausschließlich an der Institution und nicht an den Patientenbedarfen orientiert sind, behindern.
Ein Nachweis der IST-Situation der Personalpräsenz ist vermutlich notwendig, um Abweichungen von den PPP-RL-Vorgaben darstellen und darauf reagieren zu können. Entscheidend ist, dass die Nachweispflichten so schlank wie möglich gehalten werden. Dabei gilt es einen hohen administrativen und in der Folge personellen Aufwand zu verhindern, um Fehlallokationen personeller Ressourcen, die mit patientenfernen Tätigkeiten einhergehen, unbedingt zu vermeiden. Aus den o.g. Gründen sollte der Nachweis der Personalausstattung daher ausschließlich quartals- und einrichtungsbezogen erfolgen.
Unabhängig davon ist aus Sicht von ackpa der detaillierte Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel insbesondere für die Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern von hoher Bedeutung, um Querfinanzierungen anderer Bereiche des Krankenhauses nachhaltig zu vermeiden.

Ad 2:
Die PPP-RL sieht vor, dass bei Unterschreitung der Personalvorgaben Sanktionen zur Anwendung kommen. ackpa geht davon aus, dass die Maßnahmen nicht die „unreflektierte Bestrafung“ und Existenzbedrohung von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern zum Ziel haben, sondern der Sicherstellung der Mindestvorgaben der Personalausstattung dienen. ackpa ist der festen Überzeugung, dass die zugrundeliegende Intention aller in der PPP-RL definierten Maßnahmen die uneingeschränkte Gewährleistung der regionalen Versorgung und Verbesserung der Behandlungsqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist. Um diese Ziele nachhaltig zu unterstützen sollte der allgemeine Grundsatz nicht in der Anwendung destruktiver Strafmaßnahmen, sondern in der Festlegung konstruktiver Anreize liegen.

Aus Sicht von ackpa ist es daher wichtig, dass die Durchsetzungsmaßnahmen in den jährlichen Budgetverhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern festgelegt werden. Neben einer Analyse der evtl. Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sollten im Rahmen eines gemeinsamen Dialogs primär die Hilfen und Möglichkeiten erörtert werden, die zukünftig zur Einhaltung der Personalausstattung nach PPP-RL führen. Dazu gehört auch eine Analyse der Ursachen für eine evtl. Unterschreitung der Untergrenze. Der Fokus dieser Dialoge sollte in der Beratung und Unterstützung liegen. Förderungsinstrumente sind zu überlegen und Anreize zu schaffen, die eine zukünftig PPP-RL-konforme Personalausstattung ermöglichen. In diesem Dialog sind aus Sicht von ackpa zwingend die für Patienten und Angehörige so bedeutsamen krankenhausindividuellen und regionalen Besonderheiten zu berücksichtigen.

Erst in einem zweiten Schritt können weitere Maßnahmen überlegt werden, die aber in jedem Fall die Sicherstellung der Patientenbehandlung zu berücksichtigen haben. Dabei ist unbedingt das Ausmaß der Unterschreitung in den jeweiligen Berufsgruppen zu berücksichtigen, wobei eine geringfügige und kurzfristige Unterschreitung der PPP-RL-Vorgaben deutlich mildere Konsequenzen zur Folge haben sollte als die Durchsetzungsmaßnahmen bei erheblicher und andauernder Unterschreitung. Die Durchsetzungsmaßnahmen sollten angemessen und gestuft sein, auf die Verhältnismäßigkeit ist zu achten. Sanktionsfrei sollte in jedem Fall eine zeitlich befristete Unterschreitung der PPP-RL-Vorgaben bleiben, die durch einen Ausgleich im laufenden Quartal wieder vollständig kompensiert wird.

Unangemessene Sanktionen im Sinne eines hochgradigen Leistungsausfalls oder vollständigen Vergütungswegfalls gefährden unweigerlich die Existenz von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern und damit die regionalisierte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Damit würde der Zusammenbruch einer gemeindeintegrierten Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in die somatische Medizin fest eingebunden ist, zumindest billigend in Kauf genommen bzw. bewusst riskiert werden. Sowohl die Behandlung wie auch die Sicherheit insbesondere schwer bzw. akut psychisch erkrankter Menschen wären dabei in einem hohen Maße gefährdet. Dies berührt insbesondere die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, die im Rahmen der regionalen Versorgungsverpflichtung eine hohe Verantwortung für diese Patientengruppe übernehmen, die oft zusätzlich unter erheblichen körperlichen Erkrankungen leiden. Dieses Gefährdungsszenario kann nicht im Sinne der PPP-RL sein. In allen Festlegungen sollte der gesetzliche Auftrag nach § 136a Abs. 2 SGB V zugrunde gelegt werden, nach dem verbindliche Mindestvorgaben der Personalausstattung festzulegen sind, die evidenzbasiert sind und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Gemeinsames Ziel muss sein, eine moderne und zukunftsorientierte Systematik der Personalbemessung zu entwickeln, die den besonderen Bedarfen von Menschen gerecht wird, die unter psychischen Erkrankungen leiden.

Kliniken, die nach einem Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach §64b SGB V arbeiten, sollten grundsätzlich von den Festlegungen der Mindestanforderungen ausgenommen werden. Sowohl die Finanzierungsstruktur wie auch die strukturellen und konzeptionellen Grundlagen der Kliniken nach Modellvorhaben 64b SGB V unterscheiden sich wesentlich von der konventionellen Systematik, so dass aus Sicht von ackpa dafür ein gesonderter Regelungsbedarf zu entwickeln ist.

ackpa geht davon aus, dass die PPP-RL in den nächsten Jahren noch erheblich weiterentwickelt werden muss, indem systematisch ausgewertete Erfahrungen in den weiteren Anpassungen der Richtlinie berücksichtigt werden. Um die flächendeckenden, versorgungsrelevanten Erfahrungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern im weiteren Richtlinienprozess angemessen zu berücksichtigen, darf ich abschließend darum bitten, ackpa in dem weiteren Richtlinienprozess der PPP-RL eine Stellungnahmemöglichkeit einzuräumen. ackpa erfüllt sämtliche Kriterien, die dafür erforderlich sind. Zugesichert ist, dass wir uns engagiert und konstruktiv in den Entscheidungsprozess einbringen und die gebündelte Expertise der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern zur Verfügung stellen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Christian Kieser
Sprecher von ackpa

VPKD
Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser- und Krankenhausabteilungen Deutschland e.V.

c/o Ideamed GmbH
Defreggerweg 2-6
83707 Bad Wiessee
Tel.: +49 (0) 8022 / 846-134
info@vpkd.de

Vorstand:
Ludwig Klitzsch
Dr. Nina Sauer
Prof. Dr. Ulrich Cuntz
Prof. Dr. Hans-Christoph Friederich
Annette Nedderhoff
Sven Schönfeld

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Vorab per E-Mail: gs@g-ba.de; PPP-RL@g-ba.de

Bad Wiessee, 07. September 2020

Stellungnahme des Verbands der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD) gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD) ist nicht zur Stellungnahme zu o.g. Beschlussentwurf eingeladen worden. Wir bitten trotzdem um Berücksichtigung unserer Stellungnahme und Zulassung zur Anhörung am 21.09.

Zur Begründung führen wir wie folgt aus.

Der VPKD vertritt 115 psychosomatische Einrichtungen mit ca. zwei Dritteln aller Krankenhausplanbetten und -plätze im Fachgebiet Psychosomatik. Er ist damit der maßgebliche Trägerverband der psychosomatischen Einrichtungen aller Trägerarten (freigemeinnützig, öffentlich, privat) in allen Formen (Universitär, Fachklinik, Abteilungen) auf Bundesebene vertritt.

Psychosomatische Krankenhäuser sind in hohem Maße von der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie betroffen. Der VPKD kann wichtige Hinweise und Verbesserungsvorschläge zu den Beschlussvorschlägen aus Perspektive der Träger geben.

Wir hoffen auf eine wohlwollende Behandlung unseres Anliegens und verbleiben,

mit freundlichen Grüßen

[redacted]

Ludwig Klitzsch
1. Vorsitzender

VPKD
Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser- und Krankenhausabteilungen Deutschland e.V.

Stellungnahme des Verbands der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD) gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen (Stand 07.09.2020)

Bad Wiessee, den 07.09.2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Verband der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD) nimmt zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL, Stand 5.8.2020) nachfolgend Stellung und hofft auf deren Berücksichtigung. Wie zur Erstfassung der Richtlinie wird diese Stellungnahme in Abstimmung mit der Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) abgegeben.

Im Folgenden wird zuerst auf die spezifischen Themen des Fachgebietes der Psychosomatischen Medizin (Psychosomatik) eingegangen und danach auf die übrigen Punkte des Beschlussentwurfes.

I. Zu Tragenden Gründen, 2. Eckpunkte der Entscheidung:

Der VPKD unterstützt seit dem ersten Entwurf der PPP-RL die Zielsetzung des § 136a Absatz 2 SGB V zur Festlegung geeigneter Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, insbesondere auch den Anspruch, die Mindestvorgaben der Personalausstattung möglichst anhand wissenschaftlicher Evidenz und zur Unterstützung einer leitliniengerechten Behandlung zu gestalten. In der Entwicklung dieser Maßnahmen zeichnen sich jedoch erhebliche Probleme ab.

(1) In der Psychosomatik fehlen aktuell noch die notwendigen empirischen Daten und damit wesentliche Grundlagen, um diesen gesetzgeberischen Auftrag umzusetzen.

(2) Die Erarbeitung der Grundlagen für passende Mindestvorgaben wird mehr Zeit kosten, als die Richtlinie derzeit vorsieht. Ein realistischer neuer Zeitplan muss vereinbart werden. Die psychosomatischen Verbände haben Interesse an Transparenz und wollen sich an der Erarbeitung beteiligen.

(3) In der Psychosomatik liegen keine Berichte über Minder- oder Fehlversorgung vor. Es besteht kein dringender Handlungsbedarf.

(4) Es bedarf deshalb keiner voreiligen Festlegungen in diesem Beschluss für die Psychosomatik. Die Beschlussvorschläge für Festlegungen in der Psychosomatik beruhen auf fehlerhaften Annahmen.
(5) Es gibt vermehrt Hinweise, dass die inadäquaten Mindestvorgaben bereits jetzt eine Wirkung auf die Patientenversorgung entfalten. So kommt es wegen der drohenden Sanktionserheblichkeit in 2022 in manchen Einrichtungen zu medizinisch nicht zu rechtfertigenden Veränderungen in den Behandlungsstrukturen und –angeboten. Dieser Prozess muss gestoppt werden.

Im Einzelnen:

(1) Beschluss des BMG

Der VPKD hat die einzige Auflage im Beschluss des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) der Nichtbeanstandung der Richtlinie am 20.12.2020 mit Erleichterung zur Kenntnis genommen, nach der die Mindestvorgaben für die Psychosomatik und deren etwaige erforderliche Anpassung zu überprüfen sind. Die Gründe für diese Auflage bestehen nach wie vor (Begründung des Beschlusses des BMG nachfolgend *kursiv*).
(A) *„Im Vergleich zu der psychiatrischen Versorgung unterlag die psychosomatische Versorgung nicht den Regelungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Für die psychosomatische Versorgung fehlte es bei der Festlegung der entsprechenden Mindestvorgaben folglich an bereits erprobten Anhaltszahlen."*
Die Psychiatrie-Personalverordnung war das Resultat eines 20-jährigen Diskussionsprozesses in der Psychiatrie.[1] Ihre Anwendung für die Psychosomatik war nie beabsichtigt. Hierzu aus unserer Stellungnahme zur Erstfassung der PPP-RL:
„Die Psychiatriepersonalverordnung in der aktuell gültigen Fassung hat sich explizit immer auf die „klinisch-psychiatrische Behandlung" bezogen und war daher zurecht und anerkannt niemals Grundlage einer Personalbemessung in der Psychosomatischen Medizin. Dies wird in der Psych-PV selbst mehrfach begründet:

In den Erläuterungen zu § 1 Psych-PV Abs. 5.4 wird u.a. festgestellt:
Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat in seinem Schreiben vom 10.01.1991 V a 6-43541-24 zur Frage der Anwendbarkeit der Psych-PV auf Kliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausgeführt, dass diese „....hinsichtlich ihres Personalbedarfs nicht mit psychotherapeutischen Abteilungen in psychiatrischen Kliniken vergleichbar sind. Eine direkte Anwendung der Minutenwerte A5, S5 und G5 ist nicht möglich. Es ist deshalb bei den Pflegesatzverhandlungen auf das medizinisch erforderliche Leistungsangebot der Einrichtung abzustellen (Psych-PV S. 102f)".
Im Besonderen kann die Psych-PV nicht Grundlage einer Personalbemessung für eine psychosomatische Tagesklinik sein, da die in einer solchen Tagesklinik behandelten Patienten nicht psychiatrisch sondern gem. den oben genannten Unterscheidungskriterien intensiv psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und akut erkrankt sind.
Die Erläuterung zu § 5 Psych-PV führt hierzu in Abs. 1.8 aus: „Bei den Tageskliniken wurde von sog. verbundenen Tageskliniken und einer 5-Tage-Woche ausgegangen, in der Erwachsenenpsychiatrie von solchen, welche vorwiegend rehabilitativ behandeln.....Die Personalbemessung für andere Formen der Tagesklinik sind gesondert zu verhandeln" (Psych-PV S. 137f.).
In Erläuterung 1.6 A6 (Tagesklinische Behandlung) zu Anlage 1 Psych-PV heißt es: „Der Personalbemessung sind Patienten zugrundegelegt, deren Behandlungsaufwand daran bemessen ist, dass sie im Anschluß an eine vollstationäre Behandlung in der gleichen Einrichtung teilstationär weiterbehandelt werden.....Es gibt jedoch tagesklinische Behandlungen, zu denen die Kranken primär, d.h. ohne vorangegangene vollstationäre Behandlung aufgenommen werden. Diese Patienten sind akut krank. Die Minutenwerte nach Behandlungsbereich A6 sind dann nicht bedarfsgerecht."

Im Mai 2019 wurde der VPKD und seine Partnerverbände vor die Wahl gestellt, künftig die Psych-PV innerhalb der Psychosomatik als Personalbemessungsinstrument zu akzeptieren oder unverzüglich einen Gegenvorschlag zu machen. Es bestünde zum aktuellen Diskussionstand im G-BA fast keine Möglichkeit mehr eine eigene psychosomatische Kategorie durchzusetzen. Die

[1] 1970 befasste sich der Ärztetag, erstmals damit. Die Psychiatrie-Enquête wurde 1975 abgeschlossen. 1990 wurde die Psych-Personalverordnung erlassen. Quelle: Wikipedia.

psychosomatischen Verbände waren wohlgemerkt bis zu diesem Zeitpunkt nicht in die Diskussion involviert. Nur unter diesem Druck votierte der VPKD und seine Partnerverbände für die Übernahme der Personalanhaltszahlen von Heuft G. et al. 1993 für die Kategorie P2 und die Übernahme der Kategorie A5 für die P1. Zum damaligen Zeitpunkt war die endgültige Ausformulierung und Funktionsweise der PPP-RL nicht bekannt.

Die Minutenwerte von lediglich zwei Kategorien können nicht für alle Behandlungsbedingungen und spezialisierten Bereiche sachgerecht sein und würden, eingebettet in die heute verabschiedete PPP-RL, zu Verwerfungen in der Versorgung führen (siehe unten unter (B)). Die Personalanhaltszahlen von Heuft G (1993) wurden als SOLL-Zahlen entwickelt. Sie eignen sich nicht als Mindestvorgaben in der jetzt bestehenden PPP-RL. Sie wurden zudem vor 27 Jahren publiziert und bilden die differenzierten Behandlungskonzepte der aktuellen Psychosomatischen Medizin im Krankenhaus nicht mehr ab. Die Anzahl psychosomatischer Krankenhausbetten ist seit der ersten Erfassung in 2002 von 4.412 auf 11.410 in 2017 (letzte verfügbare Zahl) gestiegen.[2] Mit diesem Wachstum ging eine zunehmende Differenzierung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung einher.

Anders als die Psych-PV hatten die Heuft'schen Anhaltszahlen nie Verbindlichkeit für die Budgetverhandlungen. Deren Einhaltung musste nie berichtet werden. Es gibt also weder Erfahrung mit der Formulierung noch mit dem Umgang in der Berichterstattung von Personalanhaltszahlen, und es existieren auch keine validen Mindestvorgaben für das gesamte Fachgebiet der Psychosomatik.

(B) *„Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass die Psychosomatik in der PPP-RL lediglich über zwei Behandlungsbereiche (gegenüber 19 psychiatrischen und 7 kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsbereichen) abgebildet wird."*[3] In der Psychosomatik sind 11.410 Krankenhausbetten in den Krankenhausplänen der Bundesländer ausgewiesen. Das sind 15,4% der insgesamt 73.944 Betten für psychische Erkrankungen in Deutschland.[4] Mit 262 Abteilungen stellt die Psychosomatik mittlerweile sogar 32,1% der insgesamt 816 Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland. Der Psychosomatik sind derzeit jedoch mit 2 von 28 Behandlungsbereichen in der PPP-RL nur 7,1% der Behandlungsbereiche zugewiesen.

Die Einführung der hastig entwickelten Mindestvorgaben hätte aller Voraussicht nach Verwerfungen in der Psychosomatik zur Folge gehabt. Vermutlich wurde vor allem aus diesem Grunde die Auflage zur Prüfung der Mindestvorgaben gemacht. Die psychosomatischen Fachverbände haben einen „Testlauf" der PPP-RL durchgeführt. Aus den vorläufigen Ergebnissen ergeben sich Anhaltspunkte für den Ausschluss erheblicher Teile der psychosomatischen Versorgung von der Vergütung bei Inkrafttreten der PPP-RL. Dieser Ausschluss beruht auf einer unzureichenden Differenzierung und Passung der Mindestvorgaben, die nicht ausreichend die unterschiedlichen therapeutischen Behandlungsnotwendigkeiten in den unterschiedlichen psychosomatischen Kliniken berücksichtigt.

Einerseits können die Mindestvorgaben unter den Annahmen des Testlaufs von den bisher in der Stichprobe enthaltenen Kliniken nicht eingehalten werden. Aufgrund des therapeutischen

[2] Statistisches Bundesamt, Reihe 6.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser 2004-2017.
[3] Aus dem Beschluss des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Nichtbeanstandung der PPP-RL vom 20.12.2020.
[4] Statistisches Bundesamt, Reihe 6.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser 2017

Konzeptes und der strukturellen Bedingungen können mindestens in jeweils zwei unterschiedlichen Berufsgruppen die Mindestvorgaben nicht erfüllt werden. Dies gilt auch bei Einordnung in die Kategorie P1 mit Berücksichtigung des Abschlags von 10% für Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung nach § 6 Abs. 6 und unter Beachtung der in den Übergangsregeln gem. § 16 abgesenkten Grenze der Einhaltung zu Beginn von 90%. In denselben Einrichtungen ist häufig in anderen Berufsgruppen zu viel Personal vorhanden, das nach den aktuell geltenden Regeln der Anrechenbarkeit nach § 8 PPP-RL nicht zum Ausgleich herangezogen werden kann. Dieses betrifft überwiegend, jedoch nicht ausschließlich große Fachkliniken (Median der Bettenzahl = 165), die sich intensiv an der Erhebung beteiligten. Die Stichprobe umfasst ca. 14% der Betten oder knapp jedes 7. Bett im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Andererseits berichten zahlreiche psychosomatische Einrichtungen, vorwiegend Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätsklinika, dass die Mindestvorgaben der PPP-RL weit unter dem angemessenen Personalbemessungsstandard liegen, um das medizinische Leistungsangebot ihrer Einrichtung zu sichern. Sie fürchten eine Gefährdung der Behandlungsqualität für ihre komplex und somatisch komorbid erkrankten Patienten mit intensivpsychosomatischem Behandlungsbedarf durch unzureichende Finanzierung ihres heutigen Leistungsangebots wegen aus ihrer Sicht zu niedrigen Personalvorgaben.

Es kann nicht Ziel sein, in Ermangelung ausreichender Daten, ohne Vorliegen von Versorgungsproblemen, ohne bekannte Qualitätsmängel und ohne wissenschaftlich fundierte Empfehlungen eine Qualitätsrichtlinie für die Psychosomatik zu verabschieden, die in mehreren Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL einerseits von einer Großzahl der Einrichtungen nicht eingehalten werden kann und, die andererseits für viele Einrichtungen wiederum zu gering angesetzt ist. Solche Vorgaben würden deswegen ab dem Zeitpunkt ihrer Sanktionserheblichkeit zur Aufrechterhaltung der Versorgung ausgesetzt werden müssen, wie z.B. im Fall der QFR-RL für Frühgeborene. Gleichzeitig würden sie in einigen Einrichtungen wegen ihrer bindenden Wirkung für Budgetverhandlungen zu Rechtfertigungsdruck und Finanzierungslücken führen (siehe § 3 Abs. 3 BpflV). Bei Inkrafttreten der Mindestvorgaben in ihrer aktuellen Form würden erhebliche Verwerfungen der Versorgung in Form von Einrichtungsschließungen einerseits und dem Wegfall von spezialisierten Versorgungsangebot andererseits resultieren. Diese Verwerfungen wären aus medizinischen und auch aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht zu rechtfertigen. Der G-BA läuft mit dem aktuellen Stand der PPP-RL und dem vorliegenden Beschlussentwurf Gefahr einer solchen Entwicklung Vorschub zu leisten.

(2) Realistischer Zeitplan für die Erarbeitung von Mindestvorgaben

Der VPKD empfiehlt aus diesem Grund dringend einen realistischen neuen Zeitplan für die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und die Überprüfung der Mindestvorgaben festzulegen. Der VPKD sichert gemeinsam mit seinen Partnerverbänden die konstruktive Mitarbeit daran zu. **Eine seriöse und belastbare Definition der Behandlungsbereiche in der Psychosomatik ist aus Sicht des VPKD erst bis 2024 möglich.** Selbst eine Definition der Vorgaben bis 2024 ist im Vergleich zur Entstehungsdauer der Vorgaben (Psych-PV) in der Psychiatrie ein ambitionierter Zeitplan. Die Existenz der jetzigen, unpassenden Vorgaben und deren drohendes Inkrafttreten Anfang 2022 führt zu großer Verunsicherung bei den Leistungserbringern.

Im Einzelnen:
Trotz der expliziten Auflage des BMG vom 20.12.2019 hat eine Überprüfung der Mindestvorgaben im G-BA bisher nicht stattgefunden.[5] Angesichts der Corona-Pandemie sind die Verzögerungen im G-BA zwar nachvollziehbar, diese Versäumnisse sollten jedoch nicht zu Lasten der vom BMG geforderten Auseinandersetzung mit der Anpassung und ggf. Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatik gehen. Der VPKD und seinen Partnerverbänden ist es zwischenzeitlich trotz großer Bemühungen nicht gelungen belastbare Daten zu den unterschiedlichen Behandlungsbereiche in der Psychosomatik zu erhalten. An einem von den psychosomatischen Verbänden initiierten Testlauf beteiligten sich nicht genügend Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken, um ein repräsentatives und wissenschaftlich fundiertes Bild zu erhalten. Die Gründe dafür sind vielfältig.[6] Für eine repräsentative Studie sind mehr Ressourcen erforderlich, als sie derzeit von den psychosomatischen Verbänden allein zur Verfügung gestellt werden können. Die Experten der Verbände sind auf bessere Daten angewiesen. In der bisherigen Diskussion zwischen den psychosomatischen Verbänden und den Selbstverwaltungspartnern wurde große Hoffnung in die Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung nach § 7 der PPP-RL durch die Nachweise gem. Anlage 3 gesetzt. Allerdings sind die Daten für das Jahr 2020 aufgrund der nach wie vor geringeren Auslastung und der vielerorts erfolgten vorübergehenden Schließung von Abteilungen wegen der Pandemie verzerrt und keine geeignete Grundlage für die Formulierung von Mindestvorgaben. Es werden aus den Nachweisen gem. Anlage 3 PPP-RL also erst Ende 2022 von der Pandemie einigermaßen unbeeinträchtigte Daten für das Datenjahr 2021 vorliegen. Die Daten müssen bis 30. April, bzw. 15. Mai 2022 durch die Träger beim IQtiG eingereicht werden. Eine Veröffentlichung in bearbeitbarer Form wird wohl erst im Laufe der zweiten Jahreshälfte erfolgen. Eine erste Auseinandersetzung und Diskussion der Daten im G-BA wird frühestens im letzten Quartal 2022 möglich sein. Die Leistungserbringer hätten zudem bei einer hastig im 4. Quartal 2022 zu treffenden Entscheidung des G-BA (Veröffentlichung Anfang 2023?) keine Möglichkeit mehr zu reagieren, wären aber bereits im ersten Quartal 2022 mit Sanktionen bei deren Nichteinhaltung bedroht.
Zusammenfassend: Eine Beschlussfassung über die Ausdifferenzierung und Festlegung der Mindestvorgaben auf der Grundlage einer halbwegs seriösen Evaluation und ausreichender Diskussion der Daten aus der Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung könnte frühestens in 2023 erfolgen.

Unter Teilnahme und Beteiligung aller drei Fachverbände der betroffenen medizinischen Fächer, der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik wurde auf Anregung aus dem G-BA ein Forschungsprojekt beim Innovationsfond beantragt, das für das Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSM-PT) anhand der Personal- und Leistungsdaten aus einer repräsentativen Auswahl von Kliniken die erforderliche Datengrundlage liefern könnte. Bei diesem Forschungsprojekt soll es darum gehen das sogenannte Plattform-Modell

[5] Die Auflage des BMG lautete: *„Vor diesem Hintergrund wird dem G-BA aufgegeben, vor Eintritt der Sanktionserheblichkeit der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben am 1. Januar 2021 eine Überprüfung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik und deren etwaige erforderliche Anpassung bzw. eine Verlängerung der übergangsweisen Aussetzung der Sanktionsregelung für die betroffenen psychosomatischen Behandlungsbereiche sicherzustellen.*“

[6] Die Gründe hierfür sind vielfältig: 1. In Abteilungen liegen häufig keine getrennten Budgetvereinbarungen für Psychosomatische Abteilungen (L2) vor. 2. Die Trennung des Personals von dem restlichen Personal in der internen Leistungsverrechnung erzeugt hohen Aufwand, den die Träger (insbes. aufgrund der Personalengpässe während der Coronapandemie) nicht verursachen wollen. 3. Die Träger haben Bedenken gegen die Herausgabe vertraulicher Daten an die beauftragte Beratungsgesellschaft, die den Testlauf durchführt. 4. Eine saubere Aufbereitung der Daten zur Herstellung der Vergleichbarkeit ist sehr aufwendig. Die dazu notwendigen Mittel übersteigen die Ressourcen der psychosomatischen Verbände.

zu validieren. Der VPKD begrüßt diese Initiative sehr. Das Ergebnis dieser Studie – wenn sie denn genehmigt wird – wird in 2024 erwartet. Der psychosomatische Teil des Plattform-Modells geht von vier Behandlungsbereichen allein für den stationären Bereich aus, die in einer breit angelegten Untersuchung auf ihre praktische Anwendung hin untersucht werden.[7]

Vor dem Hintergrund des Studiendesigns des Plattformmodells wird klar: Die Daten der tatsächlichen Personalausstattung aus den Nachweisen (siehe vorletzter Abschnitt) sind mit dem Nachteil behaftet, den Einrichtungen lediglich zwei Behandlungsbereiche zur Auswahl zu lassen. D.h. die Einrichtungen können ihre tatsächliche Personalausstattung lediglich in P1 oder P2 berichten. Möglicherweise werden die Nachweise deshalb nicht mehr als erste Anhaltspunkte für die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche liefern können. **Für die Formulierung der notwendigen vier oder (mehr) stationären Behandlungsbereiche werden die Nachweise wegen der Vermischung der gemeldeten tatsächlichen Personalausstattung in den zur Auswahl stehenden Bereichen P1 und P2 voraussichtlich keine valide Grundlage bieten. Es liegt deshalb nahe, die Ergebnisse der beantragten Studie zum Plattformmodell in 2024 abzuwarten, damit eine seriöse und wissenschaftlich fundierte Festlegung erfolgen kann.** Es macht wenig Sinn schon ein Jahr zuvor Festlegungen mit weitreichenden Konsequenzen zu treffen.

Sollte die Studie zum Plattformmodell nicht genehmigt werden, sollte eine Verständigung über Datenerhebungen erfolgen.
Auch wenn ein alternativer Weg zur beantragten Studie zum Plattformmodell eingeschlagen würde, wird eine seriöse Erhebung und Auswertung der Daten nach Einschätzung der Verbände zur Formulierung von passenden Mindestvorgaben erst bis 2024 gelingen. Die psychosomatischen Verbände bitten darum, dass ihnen alle relevanten Daten – insbesondere auch aus den Nachweisen der PPP-RL – zur Verfügung gestellt werden. Die Verbände bieten an, sich konstruktiv an einer möglichst schnellen Formulierung passender Behandlungsbereiche zu beteiligen.

(3) Kein dringender Handlungsbedarf

Es besteht für den psychosomatischen Versorgungsbereich kein dringender Handlungsbedarf, der Anlass zu einer schnelleren Beschlussfassung geben würde. In den tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-RL wird zu § 2 Abs. 7 (S. 133, Spalte GKV, Nr. 1) der Patientenschutz als Begründung der Notwendigkeit von Nachweisen von Mindestvorgaben angeführt. Als einzige konkret greifbare Beispiele (in den gesamten Tragenden Gründen zur Rechtfertigung der Richtlinie) werden die Vernachlässigung von „Gruppen von Patienten, die erstens gemäß § 1906 BGB wegen Eigen– oder Fremdgefährdung untergebracht sind…“ oder „[Gruppen von Patienten, die]…nach § 1896 BGB unter Betreuung stehen oder… noch nicht volljährig sind.“ genannt. Solche Patientengruppen werden in der Psychosomatik nicht behandelt.

[7] Voraussetzung dafür, dass sich die PSM-PT auf nur vier Behandlungsbereiche beschränken lässt, wäre jedoch eine einfachere Anrechenbarkeit der Minutenwerte der Mindestvorgaben zwischen den Berufsgruppen und von nicht in § 5 genannten Berufsgruppen. Die Behandlungsbereiche werden anhand des medizinischen und psychotherapeutischen Leistungsspektrums definiert. Im Plattformmodell wird bisher von einer leichteren Anrechenbarkeit ausgegangen. Z.B. gibt es kein Erfordernis der Erfüllung der Regelaufgaben der Berufsgruppe, auf die die Anrechnung erfolgt. Wenn die sehr strikten Austauschregeln der PPP-RL bestehen bleiben, könnten deutlich mehr als vier Behandlungsbereiche definiert werden müssen.

(4) Fehlerhafte Begründungen für voreilige Festlegungen

Der vorliegende Beschlussentwurf enthält voreilige Festlegungen: § 3 Abs. 1 i.v.m. Anlage 1 (Minutenwerte P3 aus der A6 übernehmen) und § 8 Abs. 5, Satz 7 (Geltung der Höchstgrenzen für die Anrechnung aus der Psychiatrie auch für die Psychosomatik). Der Auflage des BMG zur Überprüfung und Ausdifferenzierung der Mindestvorgaben in der Psychosomatik wurde noch nicht nachgekommen. Der GKV-SV führt dazu aus:

(A) Die Strukturen der Psychosomatik seien denen der Psychiatrie gleich (Tragende Gründe, S. 2 u. 3, S. 5 implizit und S. 31. u. 32).

(B) Bei gleichen Diagnosen müsse gleiches Personal zur Behandlung vorgehalten werden (Tragende Gründe S. 3, S. 5 implizit und S. 31. u. 32).

Beide Annahmen sind aus den nachfolgenden Gründen unzutreffend:

(A) Eine nicht differenzierende Heranziehung von Behandlungsstrukturen der Psychiatrie zur Definition von genau einzuhaltenden Qualitätsvorgaben in der Psychosomatik ist nicht sachgerecht. **Psychiatrie und Psychosomatische Medizin sind zwei unterschiedliche Fachgebiete mit unterscheidbaren Patienten im Hinblick auf Indikationen, Diagnosen, vor allem aber Behandlungskonzepten, -voraussetzungen, -methoden und -zielen.** Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist seit 1972 eigenständiges Fachgebiet in der ärztlichen Ausbildung und seit 1992 offiziell als eigenständiges Fachgebiet in der ärztlichen Weiterbildungsordnung anerkannt. Die fachärztliche Weiterbildung hat andere inhaltliche Schwerpunkte als die des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie. Das Behandlungsgeschehen unterscheidet sich im Hinblick auf die spezialisierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplex- und Intensivbehandlung und die dafür erforderlichen Strukturen deutlich von der psychiatrischen Behandlung. Diese Tatsachen begründen auch die unterschiedlichen OPS-Codes und den eigenen Abschnitt im PEPP-System.

(B) Eine Forderung gleicher Qualitätsvorgaben für Psychosomatischen Medizin und für Psychiatrie ist wegen der Behandlung von Patienten mit gleichen (Leit-)Diagnosen nicht sachgerecht. Die Festlegung von Vorgaben anhand von Diagnosen in Einrichtungen nach § 17d KHG steht im Widerspruch zum politischen Konsens des letzten Jahrzehnts. Aus gutem Grund gibt es innerhalb des PEPP-Systems für die gleichen Diagnosen unterschiedliche PEPPs für Psychiatrie und Psychosomatik. Es ist belegt, dass die spezifische psychotherapeutische Behandlungsintensität in den Einrichtungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie deutlich höher ist. Das diagnoseorientierte PEPP-System ist nie budgetwirksam geworden, weil essentielle Aspekte der Versorgung nicht über die Diagnose erfasst werden können. Das vorgehaltene medizinische Personal verursacht den wesentlichen Teil der Behandlungskosten. Neben den Hauptdiagnosen begründen vor allem die behandlungsrelevanten Komorbiditäten, Persönlichkeitsfaktoren, das soziale Umfeld, die Behandlungsziele und das erforderliche Setting die Behandlungsaufwände. Erst die jetzt zu definierenden Personalmindestvorgaben werden über ihre Durchsetzbarkeit in der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) (§ 3 Abs. 3, S. 4, Nr. 5) unmittelbar Budgetwirksamkeit entfalten und die Behandlungsstrukturen prägen. Sie müssen deshalb sorgsam formuliert werden (s.o.).

Der im Kontext dieser Diskussion wiederholt geäußerte Gedanke, für gleiche (Leit-)Diagnosen sollte in Psychiatrie und Psychosomatik gleiche Personalmindestvorgaben und das gleiche wirtschaftliche Budget zur Verfügung gestellt werden, greift zu kurz.

(1) Wie dargelegt, definiert – wie auch in der somatischen Medizin – nicht nur die (Leit-)Diagnose, sondern weitere Faktoren den Versorgungsbedarf. Psychiatrie und Psychosomatik adressieren

unterschiedliche Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse. Unterschiedliche Versorgungsangebote verursachen unterschiedlichen personellen Aufwand.
(2) Selbst wenn gleiche (Leit-)Diagnosen den gleichen Aufwand bedeuten würden, lassen die aktuellen Regeln der Anrechenbarkeit nach § 8 (auch i.V.m. Anlage 4) keine flexible Zuteilung der Minutenvorgaben auf und zwischen den Berufsgruppen, bzw. Aufgaben zu. Eine solche Flexibilität wäre jedoch Voraussetzung für die Verwirklichung des Gedankens gleicher (wirtschaftlicher) Minutenbudgets für gleiche (Leit-)Diagnosen.
(3) Die Struktur der Behandlungsangebote von Psychiatrie und Psychosomatik unterscheiden sich stark. Es sind zwei unterschiedliche medizinische Fachgebiete (siehe A), die mit gleichen Personalmindestvorgaben und Budget nicht passgenau abgebildet werden können.

Die oben beschriebenen Argumente (A) und (B) markieren die mögliche Gefährdung einer qualitativ hochwertigen und differenzierenden Patientenversorgung durch eine Nivellierung wesentlicher Strukturunterschiede zwischen Psychosomatischer Medizin und Psychiatrie.

(5) Eine medizinisch nicht gerechtfertigte normative Wirkung tritt bereits ein

Bereits jetzt führt die Richtlinie zu zahlreichen verunsicherten Anfragen der Leistungserbringer bei den psychosomatischen Verbänden, ob die Vorgaben 2021 oder 2022 in Kraft treten und wegen ihrer Budgetwirksamkeit (§ 3 Abs. 3 BpflV) und der drohenden Sanktionserheblichkeit deshalb weitreichende Anpassungen der Strukturen der Einrichtungen durchgeführt werden müssen. Ein erheblicher Teil der Einrichtungen sieht sich nicht dazu in der Lage ihre Personalstrukturen an die Mindestvorgaben anzupassen, weil die tatsächliche Personalausstattung zu stark von den Vorgaben aus P1 und P2 abweicht. Es wäre rein zeitlich und auch wirtschaftlich (Abfindungen für Kündigungen, Suchkosten für neues Personal) nicht mehr möglich die Personalvorgaben anzupassen. Es wird Konsternierung zum Ausdruck gebracht, dass über Jahrzehnte etablierte, wirksame und stark nachgefragte Behandlungskonzepte (teils mit monatelangen Wartelisten) eingestellt werden sollen. Einige Einrichtungen haben trotzdem bereits damit begonnen ihre etablierten Behandlungskonzepte zu ändern, weil sie fürchten, nicht mehr genügend Zeit zur Anpassung zu haben, bzw. den Schaden so begrenzen zu können. Für diese normative Wirkung der Richtlinie besteht aus medizinischer Sicht kein Anlass. Im Gegenteil. Die psychosomatischen Versorgungsstrukturen sind seit Entstehung des Fachgebiets aus gutem Grund stark ausgeweitet worden (siehe oben). Sie erfüllen einen eigenen Versorgungsbedarf. Nun droht ohne Anlass deren Abschaffung und Angleichung an psychiatrische Angebote, die in dieser Menge gar nicht vorgehalten werden müssen. Es ist daher dringend geboten möglichst schnell einen realistischen Zeitplan zu verabschieden, um weiteren Schaden von den Strukturen der Psychosomatik abzuwenden.

II. Zu § 3 Abs. 1 Behandlungsbereiche i.V.m. Anlage 1:

Der VPKD begrüßt die Festlegung zweier tagesklinischer psychosomatischer Behandlungs-bereiche. Die aktuelle teilstationäre Versorgungsrealität lässt sich vereinfachend durch 2 unterschiedliche Behandlungskonzepte beschreiben. Es gibt vollkommen eigenständige tagesklinische Behandlungskonzepte, die nach primärer Indikationsstellung die psychosomatische-psychotherapeutische Komplexbehandlung gem. OPS-Kode 9-634 im teilstationären Rahmen realisieren. Aufgrund anderer Behandlungsvoraussetzungen und -erfordernisse ist hier aber eine andere Berufsgruppenzusammensetzung erforderlich, als bei vollstationärer Behandlung (z.B. weniger Pflege). Daneben bestehen Konzepte, die zur Vorbereitung der Entlassung aus

vollstationärer Behandlung und zur Förderung des Transfers vollstationärer Entwicklungen in die Lebenswelt der Patienten einen teilstationären Behandlungsabschnitt konzeptualisiert haben. Durch die Festlegung zweier Bereiche können im Rahmen des Nachweisverfahrens durch die Einrichtungen Daten zur tatsächlichen Personalausstattung gesammelt werden. Diese können später zur Festlegung von Mindestvorgaben herangezogen werden (siehe oben).

Es gibt hingegen keine Evidenz für die Behauptung des GKV-SV, die teilstationäre Behandlung der Kategorie P3, entspreche der Kategorie A6 der Psychiatrie (siehe oben I., (4)). Im Gegenteil: Zahlreiche teilstationäre Einrichtungen berichten von unnötig hohen Vorgaben für Pflegefachpersonen und zu geringen Minutenvorgaben für Ärzte und Psychologen im Behandlungsbereich A6. Dies entspricht auch den vorläufigen Ergebnissen eines Testlaufs der PPP-RL der psychosomatischen Verbände. Eine Übernahme der A6 für die P3 würde ab dem Zeitpunkt der Sanktionserheblichkeit zu Verwerfungen in der Versorgung führen. Die Behandlungsbereiche der Psychosomatik müssen erst überprüft und ausdifferenziert werden (siehe oben I. (2)).

Schon in der Stellungnahme der psychosomatischen Verbände zur Erstfassung der PPP-RL wurde die Übernahme der Kategorie A5 für die Kategorie P1 inhaltlich eindeutig abgelehnt. Dasselbe gilt für die Ablehnung einer Gleichsetzung von A6 und P3:
„Aus der Tatsache, dass in der Psychosomatik die Methode Psychotherapie „im Vordergrund steht“, ist noch lange nicht die Einordnung der Psychosomatik in der Kategorie A5 abzuleiten, wie es der GKV-SV behauptet (S. 18 tragende Gründe). Auch unter „Beimischung“ der Kategorie A1 reicht die dadurch sichergestellte Therapiedosis für moderne leitliniengerechte, multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung in der Psychosomatik bei Weitem nicht aus. Die bereits heute besser abgebildete leitliniengerechte Versorgung in den psychosomatischen Einrichtungen wird zu Recht in den Tragenden Gründen von der BPtK auf S. 5 erwähnt. Das mangelhafte Versorgungsangebot in der Allgemeinpsychiatrie für die heutigen Patienten der Psychosomatik unter der normativen Vorgabe der PsychPV, Kategorie A5 (oder A5 und A1) hat wohl maßgeblich zur Etablierung des Fachgebiets der Psychosomatik in den letzten drei Jahrzehnten beigetragen. Ein erneuter Versuch der Eingliederung der Psychosomatik in die Kategorie A5 unter „Beimischung“ der Kategorie A1 trägt deshalb nichts zur Verbesserung der Versorgung bei. Im Gegenteil. Sie gefährdet die bereits erreichten Verbesserungen der psychosomatischen Versorgung durch eine viel zu niedrige Festsetzung der Qualitätsindikatoren im Vergleich zu den in der Praxis etablierten Versorgungsstandards. Sie gefährdet die psychosomatische Versorgung darüber hinaus auch über nicht auszuschließende budgetwirksame, normative Wirkungen dieser Richtlinie, solange keine Personalvorgaben existieren. Die Forderung nach einer Einordnung der Psychosomatik in die Kategorien A1 und A5 zeugt daher im besten Falle von mangelndem fachlichem Verständnis und Unkenntnis zeitgemäßer Versorgungsstandards der Psychosomatik. Da die vorstehend beschriebenen Zusammenhänge bei den Krankenkassen mittlerweile ebenfalls hinlänglich bekannt sein müssten, liegen der Forderung einer Einordnung in die Allgemeinpsychiatrie vermutlich ausschließlich ökonomische Motive zu Grunde.“

Die Übernahme der Werte der P2 für die neue Kategorie P4 ist ebenfalls nicht sachgerecht und muss daher abgelehnt werden. Stationär behandlungsbedürftige Patienten der Kategorie P2 haben in der Regel andere Behandlungsbedürfnisse als teilstationäre Patienten. Ein komplexes Störungsbild, eine erhöhte Anzahl an Komorbiditäten, ein schwaches oder destabilisierendes soziales Umfeld mit entsprechendem Bedarf an sozialpädagogischer Unterstützung oder mangelnde Fähigkeiten ohne die Unterstützung stationärer Strukturen der Therapie zu folgen, können u. A. Gründe für die stationäre Behandlungsbedürftigkeit sein. All diese unterscheidenden Merkmale von teilstationär zu stationär behandelten Patienten bedeuten unterschiedliche Aufwände.

Eine Übernahme der vom GKV-SV vorgeschlagenen Minutenwerte für P3 und P4 hätte als einzigen Effekt, den Einrichtungen das Signal zu senden, dass deren Sanktionserheblichkeit möglicherweise bald eintritt (siehe oben). Dies würde zu Verunsicherung und voreiligen, medizinisch nicht sinnvollen Anpassungen der vorhandenen Strukturen führen. Für solche normativen Anpassungen gibt es keinerlei medizinische oder wirtschaftliche Rechtfertigung.

Die Übernahme der vom GKV-SV vorgeschlagenen Minutenwerte für die teilstationäre Behandlung ist daher abzulehnen. Es sollten hier vorerst - entsprechend der Position der DKG - keine Minutenwerte festgelegt werden.

III. Zu § 8 Abs. 3 Anrechnung von Berufsgruppen:

Im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie haben Patienten innerhalb von Einrichtungen und innerhalb von Stationen einen sehr unterschiedlichen medizinischen, psychotherapeutischen, pflegetherapeutischen, spezialtherapeutischen und sozialtherapeutischen Behandlungsbedarf. Dies wirkt sich unmittelbar auf die Inanspruchnahme der verschiedenen Berufsgruppen aus, sodass sich die Mindestpersonalanforderungen in den einzelnen Berufsgruppen aus den jeweils durchgeführten Behandlungsprozessen ergeben und nicht alleine aus der Organisationseinheit (Station, Abteilung). Daher bedarf es einer Änderung § 8 Abs. (3) Satz 1 der PPP-RL mit einer Anpassung des 2. Halbsatzes: *Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Fachkräfte der Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit ~~diese~~* ***dadurch der Anteil der*** *~~gemäß Anlage 4~~ Regelaufgaben der Berufsgruppe* ***gemäß Anlage 4****, bei der die Anrechnung erfolgen soll,* ***nicht unter 30 % fällt*** *~~erbringen~~.*
Flankierend zu dieser Änderung müssten die Regelaufgaben der Anlage 4 um sehr breit definierte „Kernaufgaben“ für alle austauschbaren Berufsgruppen ergänzt werden, so dass die Ärztlichen Leiter die Minuten der Mindestvorgaben flexibler aufteilen können.

Löst man dieses Problem nicht, besteht das Risiko, dass sich Behandlungskonzepte ohne jede medizinische Notwendigkeit nur aufgrund der Personalmindestverordnung ändern und bestimmte Patientengruppen mit besonderem Behandlungsbedarf von der Versorgung ausgeschlossen werden (z.B. PatientInnen mit psychogenen Essstörungen, SchmerzpatientInnen etc.).

Mit Übernahme dieser Änderungsvorschlagen ließe sich das Problem, dass sich die Personalmindestforderungen auf teilweise sehr unterschiedliche Einrichtungstypen mit unterschiedlichen Behandlungskonzepten und Versorgungsaufträgen beziehen, lösen. Eine Beschränkung auf vier psychosomatischen Behandlungsbereiche (siehe I. (2) oben) sollte auf dieser Grundlage möglich sein. So erscheint z.B. die geforderte Mindestpersonalausstattung für die Pflege für Universitätsklinika und Fachabteilungen beinahe adäquat, während die psychosomatische Fachkrankenhäuser mit ihren spezifischen Behandlungskonzepten oft einen viel geringeren pflegerischen Personalbedarf haben. Wegen der geringen Erfahrung mit Personal-vorgaben in der Psychosomatik kann das Problem auch nach einer ersten Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche weiterhin bestehen, so dass die oben vorgeschlagene Anpassung – zumindest für die Psychosomatik – sinnvoll ist.

Zur Illustration seien hier beispielhaft folgende **Behandlungskonstellationen** aufgeführt:

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit durchschnittlichem intensivpsychotherapeutischen und medizinischem Aufwand (Komplexbehandlung gem. P2)
Charakterisiert sind hierdurch Patienten, die eine multimodale und multiprofessionelle Therapie im psychosomatisch-psychotherapeutischen Setting benötigen, um die Ziele einer Krankenhausbehandlung zu erreichen, indem sie mind. 3 therapeutische Elemente à 25 Min. durch Ärzte oder Psychologen (3 Therapieeinheiten) sowie weitere spezialtherapeutische, sozialtherapeutische und pflegerische Maßnahmen erhalten. Innerhalb dieses Behandlungsbereiches hat eine üblicherweise sozial gut integrierte Patientin mit einer Anorexia nervosa mit BMI 15 kg/m² einen hohen ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Behandlungsbedarf, aber einen geringen sozialarbeiterischen, während ein sozial desintegrierter Angstpatient mit schwerer Persönlichkeitsstörung im Verlauf einer Krankenhausbehandlung einen zunehmenden sozialarbeiterischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, aber einen eher geringeren kreativtherapeutischen oder medizinischen Behandlungsbedarf hat.

IV. Zu § 8 Abs. 5, Satz 7, Anrechnung von Berufsgruppen:

Die Behandlungsbereiche für die Psychosomatik müssen ausdifferenziert und neu definiert werden. Aktuelle Versorgungskonzepte lassen sich derzeit von vier Behandlungsbereichen für die stationäre Behandlung und zwei Behandlungsbereichen für die teilstationäre Behandlung (siehe oben) hinreichend differenziert beschreiben. In allen dann neu festgelegten Behandlungsbereichen ist nach Überprüfung der Minutenwerten in jeder einzelnen Berufsgruppe gem. § 5 PPP-RL davon auszugehen, dass diese von denen der Psychiatrie abweichen. Erst wenn die Daten über die tatsächliche Personalausstattung aus den Nachweisen der PPP-RL vorliegen und diese evaluiert wurden, kann eine Einschätzung zu den als zulässig erscheinenden Höchstgrenzen der Anrechnung von Hilfskräften abgegeben werden.

Der GKV-SV möchte für die Höchstgrenzen der Anrechnung von Hilfskräften in der Psychosomatik empirische Daten der Psych-PV-Nachweise aus 2018 heranziehen (S. 6, Tragende Gründe). Diese empirischen Daten enthalten keine einzige psychosomatische Einrichtung. Eine pauschale Übernahme der Werte für die Psychiatrie wird wie unter I. (4) abgelehnt, weil sich die Behandlungsmethoden und -inhalte der Fachgebiete wie dargelegt stark unterscheiden. Die vom GKV-SV geäußerte Sorge, „eine unbeschränkte Anrechnung von Fachkräften und Hilfskräften anderer in § 5 genannter Berufsgruppen würde diese Qualitätsvorgabe unverhältnismäßig aufheben“, erscheint unbegründet. Aktuell sind die Mindestvorgaben in der Psychosomatik weder zu ermitteln, noch sind sie zu berichten, noch besteht Sanktionserheblichkeit (siehe § 16 Abs. 4). Deshalb kann auch keine Qualitätsvorgabe aufgehoben werden. Zudem müssen die Behandlungsbereiche ausdifferenziert und deren Mindestvorgaben (= Qualitätsvorgaben) erst überprüft werden, bevor sie in Kraft treten (siehe oben). Die Höchstgrenzen sollten gem. Vorschlag der DKG deshalb erst dann festgelegt werden, wenn diese Überarbeitungen erfolgt sind. Der Vorschlag des GKV-SV würde zu vollkommen willkürlichen Festlegungen zu Anrechnungs-Höchstgrenzen in der Psychosomatik ohne jeglichen Praxisbezug führen.

Als Rechtfertigung für die (vorübergehende) Übernahme der Anrechnungsgrenzen der Psychiatrie für die Psychosomatik wird auch angeführt, dass so in den Nachweisen der Psychosomatik nach Anlage 3 möglichst wenig Anrechnung auf die Berufsgruppen stattfindet. In der Folge würde in der Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung transparenter, wie viele Angehörige welcher Berufsgruppe nach § 5 in den Einrichtungen vorhanden sind. Wie oben (siehe I. (2)) bereits dargelegt, sind die Behandlungsbereiche P1 und P2 für eine sinnvolle Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung zu wenig ausdifferenziert. Die Daten wären daher selbst mit dieser genaueren

Erhebung der Berufsgruppen nur eingeschränkt verwertbar. Eine weiter gehende Untersuchung, wie sie aktuell im Rahmen der Innovationsfondsausschreibung beantragt wurde, ist nötig. Die Datenerhebung kann darüber hinaus nicht primäres Ziel der Richtlinie sein. Selbst wenn die möglichst transparente Datenerhebung der tatsächlichen Personalausstattung zum Ziel gemacht werden soll, kann dieses Ziel nicht mit damit einhergehenden normativen „Nebenwirkungen“ von dieser Tragweite (siehe I. (5)) in der Richtlinie verankert werden: **Den Einrichtungen wird durch diesen Beschlussvorschlag des GKV-SV Sanktionserheblichkeit bei Nicht-Einhaltung der Anrechnungsgrenzen auf die bereits unpassenden Behandlungsbereiche ab 2022 signalisiert und nicht die Absicht Daten für die Neuformulierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatik zu sammeln.**

Die von der DKG geäußerten Zweifel an der Übertragbarkeit der nationalen Durchschnittswerte des Psych-PV-Nachweise (S. 6 tragende Gründe) eines einzigen Jahres zur Formulierung sanktionsbewehrter Anrechnungsgrenzen in der PPP-RL erscheinen dem VPKD im Übrigen berechtigt. Die Werte des Psych-PV-Nachweises stellen einen Durchschnitt aller 16 Bundesländer dar und werden daher selbst bei Verdoppelung, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, in zahlreichen Einrichtungen überschritten werden, ohne dass nach Einschätzung des VPKD daraus eine qualitative Beeinträchtigung resultiert.

Aus all diesen Gründen erscheint es zum jetzigen Zeitpunkt wenig sinnvoll, die dissenten prozentualen Höchstgrenzen der Psychiatrie (in den dem Satz 7 folgenden Spiegelstrichen) für die Psychosomatik zu übernehmen. Sie sollten gemeinsam mit den noch zu definierenden Behandlungsbereichen für die Psychosomatik unter Berücksichtigung der Daten über die tatsächliche Personalausstattung festgelegt werden. Der VPKD und seine Partnerverbände schlagen vor, dies innerhalb des als sinnvoll erscheinenden Zeitrahmens zur Formulierung der Behandlungsbereiche bis 2024 durchzuführen (siehe oben).

V. Zu § 8 Abs. 5 Satz 7, Berufsgruppe 1b und 2b, S. 9, Anrechnung von Berufsgruppen:

Der Katalog der Regelaufgaben umfasst viele Tätigkeiten, die in der klinischen Praxis von anderen Berufsgruppen übernommen werden. Insbesondere medizinische Fachangestellte, aber auch Kodierfachkräfte, Dokumentationsassistenten, Stationssekretäre, Empfangskräfte, Personen für den Patiententransport, Servicekräfte, Physician Assistants werden für diese Tätigkeiten eingesetzt. Nur Pflegehilfskräfte zur Anrechnung auf die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen zuzulassen, würde diese Personengruppen von diesen Tätigkeiten de facto ausschließen. Alle oben genannten Berufsgruppen erbringen Leistungen im medizinischen Prozess der Einrichtungen. Sie sollten deshalb Teil des durch Mindestvorgaben abgesicherten Personalbestands sein.

Der Katalog der Regelaufgaben der Pflege kann aller Voraussicht nach nicht trennscharf von den Tätigkeiten der oben erwähnten Berufsgruppen abgegrenzt werden kann. Im Stationsalltag ist es wenig sinnvoll, Aufgaben für einzelne Berufsgruppen zu „reservieren“. Es müsste mit lauter Teilzeitkräften gearbeitet werden. Es gibt deshalb zwei denkbare Konsequenzen, wenn die Anrechenbarkeit auf Pflegehilfskräfte begrenzt wird:

1. Die oben erwähnten anderen Berufsgruppen sind nicht mehr Teil des abgesicherten Personalbestands und verlieren ihre Positionen, weil sie durch Pflegefachpersonen und -hilfskräfte ersetzt werden müssen. Das wäre unwirtschaftlich und medizinisch nicht gerechtfertigt.

2. Die Mindestvorgaben für Pflegefachpersonen werden nach unten angepasst. In Krankenhäusern, in denen die Pflege zu viele Aufgaben der anderen Berufsgruppen übernehmen, muss der Bestand der Pflegefachpersonen abgebaut werden, weil deren Finanzierung über die Bundespflegesatzverordnung nicht mehr garantiert ist (§ 3 Abs. 3 BpflV).

Eine Anrechnungsmöglichkeit von maximal 20% der VKS-Mind, wie von der DKG vorgeschlagen, erscheint unter Qualitätsaspekten noch vertretbar

VI. Zu § 8 Abs. 5, Satz 7, Berufsgruppe 1b und 2b, S. 10, Anrechnung von Berufsgruppen:

Eine halbe Vollkraft je Einrichtung und Berufsgruppe sollte immer anrechenbar sein. Vor dem Hintergrund der beabsichtigen sehr strikten Einschränkung der Anrechnungsgrenzen im selben Satz der PPP-RL wird ansonsten der Bestand von kleinen Einheiten, insbesondere Tageskliniken, gefährdet sein. Der Aufrechterhaltung der dezentralen Versorgung ist in diesem Falle der Vorzug zu geben. Es ist z.B. vertretbar, die Tätigkeiten von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen an Pflegefachpersonen in einer dezentralen Tagesklinik zu delegieren, wenn ansonsten wegen der drohenden Sanktionen eine Schließung derselben die Konsequenz wäre.

VII. Zu § 10 Abs. 2, Satz 2, Ausnahmetatbestände:

Den Geltungsbereich der Ausnahmetatbestände auch auf Zeiträume innerhalb des Quartals anwendbar zu machen, ist angesichts der vorgesehenen Grenze von 15% Personalausfall gem. § 10 Abs. 1, Nr. 1 sinnvoll. Der Ausnahmetatbestand wird für die Psychosomatik voraussichtlich für Ausbrüche von z.B. Noroviren, grippalen Infekten oder bei einer Grippewelle zur Anwendung kommen. Da sich der Ausbruch von ansteckenden Krankheiten nicht an Kalendermonatsgrenzen hält, ist der von der DKG vorgeschlagene 4-Wochen-Zeitraum adäquat. Der Krankenstand von 15% ist bei den vorgenannten Infektionskrankheiten erfahrungsgemäß schnell erreicht. Sollte eine Beschränkung auf Kalendermonate erfolgen, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, müsste die Grenze für den Ausnahmetatbestand gem. § 10 Abs. 1, Nr. 1 auf höchstens 5% gesenkt werden. So wäre gewährleistet, dass keine Zwangsentlassungen von Patienten zur Vermeidung von Sanktionen nach der PPP-RL stattfinden. Psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgt als kontinuierlich-fortschreitender, aufeinander aufbauender Prozess mit therapienotwendigen Labilisierungen des psychophysischen Gleichgewichts, die einer ständigen ärztlichen und fachpflegerischen Überprüfung und Interventionsbereitschaft bedürfen. Eine formal „erzwungene“ Behandlungsunterbrechung würde daher die Patientensicherheit erheblich gefährden und sollte deshalb unbedingt verhindert werden. Eine einfache Erkrankungswelle darf nicht dazu führen, dass die Einrichtung sanktioniert wird, wenn keine Patienten entlassen werden. Dies hätte negative Konsequenzen für den weiteren Krankheitsverlauf des Patienten. Eine vorübergehend geringere Behandlungsdichte wegen Personalausfalls bei einer Erkrankungswelle ist aus medizinischer Sicht vertretbar.

Der Vorschlag des Monatsbezugs des GKV-SV hat darüber hinaus den Nachteil, einen weiteren monatsbezogenen Nachweis im Teil A der Anlage 3 einzuführen. Die bürokratische Last für die Krankenhäuser ist bereits jetzt zu groß. Es ist erforderlich, dass die Nachweise im Teil A und im Teil B reduziert und nicht erweitert werden.

Aus all diesen Gründen befürwortet der VPKD und seine Partnerverbände die Übernahme des Vorschlags der DKG für § 10 Abs. 2, Satz 2, nach dem 4-Wochen-Zeiträume für Ausnahmetatbestände herangezogen werden und nicht Kalendermonate.

VIII. Zu § 10 Abs. 3, Satz 2, Ausnahmetatbestände:

Die Corona-Pandemie hat trotz des Rückgangs des Infektionsgeschehens nach wie vor erhebliche Auswirkungen auf psychosomatische Einrichtungen. Von einer Rückkehr zur Normalität kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gesprochen werden. Im Gegenteil. Das Infektionsgeschehen und die Verunsicherung nimmt aktuell wieder schnell zu. Es ist mit weiteren Beeinträchtigungen in dieser zweiten Jahreshälfte zu rechnen. Den Darstellungen der DKG in den Tragenden Gründen, S. 13-15, wird in allen Punkten zugestimmt.

Auch der VPKD bedauert, dass im Jahr 2020 keine sinnvollen Datenerhebung, selbst für die tatsächliche Personalausstattung nach § 7, möglich ist. Die Einrichtungen angesichts der Pandemie nun trotzdem zum „üben“ anzuhalten, wie der GKV-SV, auf S. 16, Nr. 2.-4., vorschlägt, verkennt die Lage. Der laufende Aufwand, der parallel zum Aufwand der Vorbereitung einer (teil-)automatisierten Datenerfassung zu leisten ist, ist hoch. Fast alle Einrichtungen der Psychosomatik haben derzeit noch keine Systeme, um die für die Nachweise der PPP-RL benötigten Daten (teil-)automatisiert zu generieren. Eine Berichtspflicht für 2020 bedeutet die gleichzeitige Abstellung von Personal zur Dokumentation (das im Übrigen über die noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen noch gar nicht finanziert werden konnte) und zusätzlich die Befassung weiteren Personals mit der dringend erforderlichen Einführung von (teil-)automatisierten Datenerfassungssystemen. Für beide Tätigkeiten gleichzeitig haben derzeit weder die Verwaltungen noch die Behandlungsteams Kapazitäten. Der VPKD und seine Partnerverbände raten deshalb zur Verschiebung des gesamten Nachweisverfahrens um ein Jahr.

Darüber hinaus muss dringend ein neuer Zeitplan für die Formulierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatik beschlossen werden (siehe oben I. (2)).

IX. Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:

Die psychosomatischen Verbände unterstützen den Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer in wesentlichen Punkten:

§ 13 Abs. 2 Satz 1 PPP-RL (DKG, BÄK)
Die Formulierung der DKG zu § 13 Abs. 2 Satz 1 PPP-RL sollte übernommen werden. Die einrichtungs- und quartalsbezogene Funktionsweise der Berichterstattung und Sanktionierung ist Teil eines schwer erreichten Kompromisses der Erstfassung der PPP-RL. Dieser sollte nicht erneut in Frage gestellt werden. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Abs. 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen in den Einrichtungen einzuhalten. Ein Ausgleich über einzelne Wochen des Quartals ist möglich, soweit die Mindestvorgaben in der Einrichtung im gesamten Quartal im Durchschnitt je Berufsgruppe erfüllt werden.

§ 13 Abs. 3 PPP-RL (DKG, BÄK)
Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG sind mit Durchsetzungsmaßnahmen im Rahmen eines Dialogs zu befassen. Die vom GKV-SV vorgeschlagene Befassung aller betroffenen Krankenkassen über die abzurechnenden Entgelte erscheint unpraktikabel (§ 13 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. § 13 Abs. 7 GKV-SV). Dieser Vorschlag würde erhebliche bürokratische Lasten für alle

Beteiligten nach sich ziehen, weil durchschnittlich je Krankenhaus und Quartal selbst bei kleinsten Unterschreitungen bereits hunderte von Rechnungen zu berichtigen wären. Eine Abwicklung über abzurechnende Entgelte würde für die einzelnen Krankenkassen Anreize für rein ökonomisch motivierte Rechnungsprüfungen setzen. Die einzelnen Krankenkassen würden von „schlechter Qualität" direkt profitieren. Der Vorschlag des GKV-SV sieht zusätzlich noch „Berichtigungen" im Rahmen der Budgetverhandlungen vor. Dies erscheint aufwendig und erfordert die Konzeption weiterer komplizierter und streitanfälliger Umsetzungsregelungen. Die von BÄK und DKG vorgeschlagene Leistung von Strafzahlungen an die Solidargemeinschaft, deren Höhe im Rahmen der Budgetverhandlungen durch einen gesondert zu verhandelnden Ausgleich festgesetzt wird, ist zu bevorzugen. Diese Regelung ist mit zumutbarem Aufwand verbunden und setzt keine Fehlanreize. In den jährlichen Verhandlungen des Krankenhausbudget gemäß § 11 BPflV soll demnach die Einhaltung der Mindestanforderungen gemäß § 13 Abs. 4 PPP-RL geprüft werden und bei Nichteinhaltung werden Durchsetzungsmaßnahmen beschlossen.

§ 13 Abs. 5 bis 10 (DKG, BÄK) zum gemeinsamen Dialog

Der VPKD und seine Partnerverbände empfehlen die Umsetzung von Durchsetzungsmaßnahmen im Rahmen eines gemeinsamen Dialogs, wie es der Vorschlag von DKG und BÄK in den Absätzen 5 bis 10 vorsieht. Bei einer dauerhaften Unterschreitung der Untergrenze ist es aus Gründen der Patientensicherheit erforderlich, je nach Ursache der Problematik Mechanismen zu finden, die dazu führen, dass die Vorgaben der Richtlinie schnellstmöglich wieder eingehalten werden können. Nicht alle Gründe für Personalausfälle sind dem Krankenhaus zuzurechnen und daher unreflektiert Sanktionen auszusprechen. Die finanziellen Rahmenbedingungen des Krankenhauses werden in den Verhandlungen der Parteien nach § 18 Abs. 2 gesetzt. Diese Parteien müssen ein gemeinsames Verständnis entwickeln, wodurch eine Nicht-Einhaltung der Vorgaben verursacht wurde. Sie sollten gemeinsam in der Verantwortung stehen, die Voraussetzungen für eine Einhaltung der Qualitätsvorgaben zu schaffen. Sie haben gem. Absatz 10 dann die Voraussetzungen zur schnellstmöglichen Erfüllung zu schaffen.

§ 13 Abs. 5 bis 10 (DKG, BÄK) zur Höhe des Vergütungswegfalls

Das Ausmaß der Nichteinhaltung muss eine Rolle für die Höhe des Vergütungsausfalls spielen. Der von DKG und BÄK vorgeschlagene Bezug zu „nicht erfüllten" Stunden des Nachweises erscheint maßvoll. Im „Alles oder Nichts"-Prinzip des § 13 Abs. 5 des GKV-SV hat das Ausmaß der Nichteinhaltung in einer Berufsgruppe keinerlei Bedeutung mehr. Dieser Vorschlag des GKV-SV würde die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenhäuser schnell übersteigen. Die in den Beispielen auf S. 24 ff. der TG genannten Beispiele des GKV-SV gehen von viel zu niedrigen Stundenzahlen bei typischen Versorgern aus. Damit wird nicht deutlich, bei welch geringen Unterschreitungen bereits existenzgefährdende Sanktionen aus diesem Vorschlag resultieren könnten. Für die Durchsetzung von Qualitätszielen erscheint er daher abwegig. Selbst der Sanktionsmechanismus nach § 13 Abs. 6 des GKV-SV hätte noch einen Vergütungsverlust pro „nicht erfüllter" Stunde des Nachweises zur Folge, der 3 bis 6 mal höher als die „nicht erfüllten" Personalkosten ausfällt. Auch wenn eine Abschreckungswirkung durch die Richtlinie beabsichtigt sein soll, erscheint dies zu hoch. In der Regel werden wirtschaftlich schwächere Krankenhäuser, die historisch bedingt schlechtere Pflegesätze haben, die Richtlinie nicht einhalten können. Diese würden bei Übernahme des GKV-SV-Vorschlags weiter konsequent wirtschaftlich geschwächt. Der Vorschlag, der DKG und BÄK, wonach bei der Ermittlung des Vergütungswegfalls die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG im Rahmen des gemeinsamen Dialogs nach § 13 Abs. 3 PPP-RL die Gründe für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben prüfen, erscheint hingegen zielgerichtet, um die Qualität zu verbessern. Die nach § 3 BPflV vereinbarte Personalausstattung

sowie die gemäß § 18 Abs. 2 BPflV vom Krankenhaus nachzuweisende tatsächliche Personalausstattung sollte dabei berücksichtigt werden. Zur Einhaltung von Qualitätsvorgaben müssen die Leistungserbringer die Mittel zwar wirtschaftlich und zweckentsprechend einsetzen, die Kostenträger müssen aber auch die Finanzierung ermöglichen. Unterschiedliche Auffassungen zur Umsetzung des gemeinsamen Auftrags liegen in der Natur der Sache. Daher ist ein Dialog mit Sanktionen als Ultima Ratio, die in ihrer Höhe die Existenz des Krankenhauses nicht in Frage stellen, der richtige Ansatz.
Die vorstehenden Ausführungen gelten sinngemäß für die Sanktionsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 2 und 3. Sanktionen in Höhe von EUR 20 je Berechnungstag wirken existenzgefährdend für Krankenhäuser.

X. Zu § 16 Abs. 4 Übergangsregelungen:

Der VPKD und seine Partnerverbände begrüßen die Verlängerung der Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades sowie die Aussetzung der Sanktionen inkl. der Meldung bei Nichterfüllung bis zum 31.12.2021. Vor allem die Klarstellung zum Wegfall der Meldung bei Nichterfüllung wird die aktuell vorherrschende Verunsicherung der Einrichtungen zumindest für 2021 beseitigen.

Trotzdem wird die in 2022 weiterhin eintretende Sanktionserheblichkeit Druck erzeugen die Versorgungsstrukturen ohne normative Rechtfertigung zu verändern (siehe I. (5)). Es bedarf daher jetzt dringend eines klaren Signals, dass die Behandlungsbereiche noch ausdifferenziert und neu definiert werden und die Sanktionserheblichkeit so lange nicht eintritt, bis dies geschehen ist.

Wie oben ausführlich dargestellt (siehe I, (2)) ist eine seriöse Überprüfung und Ausdifferenzierung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik erst bis 2024 möglich. Der VPKD und seine Partnerverbände bitten daher um Einräumung der erforderlichen Zeit dafür und sichern ihre konstruktive Mitarbeit zu. Die Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades sowie die Aussetzung der Sanktionen inkl. der Meldung bei Nichterfüllung muss deshalb bis zum 31.12.2024 verlängert werden. Die Erhebung der tatsächlichen Personal-ausstattung nach § 7 sollte weiterhin durchgeführt werden.

XI. Zu § 16 Abs. 6 Übergangsregelungen:

Der VPKD begrüßt die Aussetzung der Erfassung der Regelaufgaben gem. Anlage 4. Eine Erfassung aller Regelaufgaben erscheint auch in Zukunft mit automatisierten Systemen nicht darstellbar. Wie in der Stellungnahme zur Erstfassung bereits erwähnt, würde der Erhebungsaufwand der Daten mit der jetzigen Definition der Regelaufgaben über jenen von wissenschaftlichen Studien hinausgehen. Das ist im Regelbetrieb nicht darstellbar.

XII. Zu Anlage 1

Den Ausführungen der DKG zur Zusammenfassung der Minutenwerte von SpezialtherapeutInnen und BewegungstherapeutInnen in den Behandlungsbereichen der Psychosomatik wird vollumfänglich zugestimmt:
„Die Kategorie „P“ für psychosomatische Einrichtungen orientierte sich bei der Erstfassung der PPP-RL an den Personalanhaltszahlen von Heuft (1999). Diese differenzieren jedoch nicht

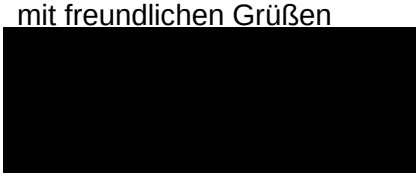
zwischen SpezialtherapeutInnen und BewegungstherapeutInnen. So wurden für die Berufsgruppe der BewegungstherapeutInnen in den Personalanhaltszahlen von Heuft keine differenzierten Regelaufgaben oder Minutenwerte vorgesehen. Im Hinblick auf eine Anpassung an die Psych-PV-Systematik, in der die beiden Berufsgruppen separat ausgewiesen werden, wurden in der Erstfassung der PPP-RL für die Minutenwerte der BewegungstherapeutInnen der Anteil der Heuft-Minutenwerte vorgesehen, der in der Berufsgruppe der SpezialtherapeutInnen für die Regelaufgabe „Konzentrative Bewegungstherapie" (1/3) vorgesehen war. In der Versorgungsrealität wird die Konzentrative Bewegungstherapie in der Regel jedoch nicht primär von Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen, sondern von SpezialtherapeutInnen mit verschiedenen Qualifikationen durchgeführt. Durchaus sind Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen in psychosomatischen Einrichtungen tätig. Es liegen derzeit jedoch keinerlei Daten zum Einsatz dieser mit konkreten Minutenwerten vor, so dass die Festlegung einer entsprechenden spezifischen Mindestvorgabe nicht angemessen ist. Da es psychosomatische Einrichtungen gibt, die in ihrem Behandlungskonzept keine Bewegungs- oder Physiotherapie vorgesehen haben, ist es nicht sachgerecht, mit entsprechenden Mindestvorgaben Behandlungskonzepte vorzugeben. Auch der Ausgleich durch andere Berufsgruppen über die Anrechnungsmöglichkeiten kommt nicht in Frage, da die spezifisch auf die Berufsgruppen zugeschnittenen Regelaufgaben (in diesem Fall der Bewegungs- und Physiotherapeuten) im Wesentlichen gar nicht von anderen Berufsgruppen erbracht werden können. Vor diesem Hintergrund sind die Minutenwerte der Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen gemäß der Personalanhaltszahlen von Heuft in den „P"-Kategorien der Berufsgruppe der SpezialtherapeutInnen zuzuordnen."

Der VPKD und seine Partnerverbände befürworten eine Zusammenlegung der Kategorien der SpezialtherapeutInnen und BewegungstherapeutInnen. Darüber hinaus wird angeregt, auch **die Minutenwerte der SozialpädagogInnen den Minutenwerten der SpezialtherapeutInnen zuzuschlagen**. Dass es hier zu einer Trennung kam, war in der PEPP-Logik wahrscheinlich durch vergütungsbezogene Berufsgruppenunterschiede begründet. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psycho-sozialem Behandlungsbedarf unterschiedliche therapeutische Behandlungsbedarfe auslösen (siehe oben), ist eine Zuordnung der Sozialarbeiter zur Berufsgruppe Spezialtherapeuten sinnvoll und medizinisch begründet.

Zu den Minutenwerten in den Behandlungsbereichen P3 und P4 siehe I. (4) und II. weiter oben. Eine Festlegung von Minutenwerten für die Bereich P3 und P4 zum jetzigen Zeitpunkt, insbesondere die jetzt vorliegenden Vorschläge zur Übernahme der Werte der Bereiche A6 und P2, wird vom VPKD und seinen Partnerverbänden abgelehnt.

Wir hoffen auf eine Berücksichtigung unserer Positionen. Wir stehen gerne für Rückfragen und einen konstruktiven Dialog zur Verfügung, in dem wir zur sachgerechten Lösung der angesprochenen Probleme gerne beitragen.

mit freundlichen Grüßen



Ludwig Klitzsch
1. Vorsitzender

Auswertung der Stellungnahmen
gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V
und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie
und Psychosomatik-Richtlinie

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Inhalt

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

III. Unaufgefordert eingegangene Stellungnahmen

IV. Anhörung

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Nr.	Organisation	Eingangs-datum	Art der Rückmeldung	Anzahl Seiten
1.	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	19. August 2020	Stellungnahme	29
2.	Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	28. August 2020	Stellungnahme	2
3.	Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	28. August 2020	Stellungnahme	6 (+An-lagen)
4.	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)	1. September 2020	Stellungnahme	6
5.	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)	2. September 2020	Stellungnahme	2
6.	Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)	3. September 2020	Stellungnahme	3
7.	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)	3. September 2020	Stellungnahme	3 (+An-lage)
8.	Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	3. September 2020	Stellungnahme	3
9.	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	3. September 2020	Stellungnahme	10
10.	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	3. September 2020	Stellungnahme	2

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Nr.	Organisation	Eingangs-datum	Art der Rückmeldung	Anzahl Seiten
11.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (dgkjp)	7. September 2020	Stellungnahme	7
12.	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF)	7. September 2020	Stellungnahme	4
13.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	7. September 2020	Stellungnahme	7
	Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS)	7. September 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird	
	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	7. September 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird	
14.	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	7. September 2020	Stellungnahme	7
15.	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psycho-therapie e.V. (DGPM)	7. September 2020	Stellungnahme	23
16.	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)	7. September 2020	Stellungnahme	4
17.	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT)	7. September 2020	Stellungnahme	2
18.	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)	7. September 2020	Stellungnahme	3

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in 2 Arbeitsgruppen-Sitzung am 11. und 17. September 2020 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 21. September 2020 durchgeführt.

Lfd. Zeilennr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 21. September 2020)
1.	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB), 19. August 2020		
1.1	DGSGB	Allgemeiner Hinweis: In der Stellungnahme der DGSGB vom 14.6.2019 haben wir insbesondere die Aufnahme von spezifischen Behandlungsbereichen (Behandlungsbereich „I“) und die Anerkennung der Berufsgruppen der HeilpädagogInnen und HeilerziehungspflegerInnen in § 5 Absatz (1) in der stationär psychiatrischen Behandlung von Erwachsenen mit Intelligenzminderung vorgeschlagen. Leider ist keiner unserer Änderungsvorschläge übernommen worden. Auch alternative Lösungsmöglichkeiten wie z. B. die Eingruppierung von Erwachsenen mit Intelligenzminderung entsprechend dem kognitiven Referenzalter in die KJ-Behandlungsbereiche sind nicht erfolgt, so dass die für die Genesung von psychisch kranken Personen mit Intelligenzminderung erforderlichen Rahmenbedingungen in der PPP-RL weiter unberücksichtigt bleiben. Dies ist umso bedauerlicher, da dieser Personenkreis besonders vulnerabel für psychische Erkrankungen ist und mit ca. 1 Million Bürgerinnen und Bürger in Deutschland einen relevanten Bevölkerungsanteil ausmacht. In diesem Zusammenhang weisen wir auf mögliche Konflikte mit der UN-Behindertenrechtskonvention hin und erlauben uns, den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen über die ggw. Entwicklung in Kenntnis zu	Dank und Kenntnisnahme Eine Anrechnung von Heilpädagogen in der Erwachsenenpsychiatrie ist im Rahmen der Regelungen des § 8 Absatz 5 PPP-RL möglich. PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen.

		setzen.	
1.2	DGSGB	*Anlage: Änderungsvorschläge der DGSGB und Begründung vom 14.6.2019* *Allgemeiner Hinweis:* *Laut WHO leiden etwa 1-3% der Bevölkerung an einer geistigen Behinderung (WHO Fact Sheet 2001[1]). Menschen mit geistiger Behinderung (Synonym: Intelligenzminderung) werden häufiger psychisch krank als die Allgemeinbevölkerung oder entwickeln häufig schwere Verhaltensauffälligkeiten (Cooper et al 2007[2]), die der stationär psychiatrischen Abklärung und Behandlung bedürfen (vgl. Stellungnahme der Bundesregierung Drucksache 19/3551: „Kinder und Erwachsene mit geistiger Behinderung benötigen im Falle von medizinischer Behandlung eine besondere Fürsorge und Betreuung.* *Literatur:* *1 WHO: Mental an neurological disorders fact sheet (2001). Via: http://www.who.int/whr/2001/media_cen-tre/en/whr01_fact_sheet1_en.pdf* *2 Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L (2007) Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. Br J Psychiatry 190: 27-35* *Viele Praxen und Krankenhäuser sind nicht auf die besonderen Anforderungen und den erhöhten Aufwand, die Menschen mit geistiger Behinderung brauchen, eingerichtet.“ Die besonderen Bedarfe dieser hochvulnerablen Bevölkerungsgruppe sind entsprechend der seit 2009 ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention der WHO auch in Deutschland umzusetzen. Dies hat u. a. zu weitreichenden Änderungen in der Eingliederungshilfe (Bundesteilhabegesetz) und zur Schaffung der gesetzlichen Rahmenbedingungen nach §§ 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für die Entwicklung ambulanter medizinischer Behandlungszentren zur Behandlung von Erwachsenen mit geisti-*	***[Auswertung des G-BA aus 2019 (im Folgenden grau hinterlegt):]*** *[Link zum Ende der Stellungnahme 2019]* *DKG/GKV-SV/PatV/DPR: Dank und Kenntnisnahme* *PatV: Die Aufnahme eines spezifischen Behandlungsbereichs „I“ und die Definition spezifischer Minutenwerte soll erst für die 2. Stufe der RL geprüft werden.* *BPtK: Die BPtK kann die Argumentation nachvollziehen. Die Entscheidung für eine Ergänzung gesonderter Behandlungsbereiche und Minutenwerte erfordert jedoch eine ausführliche Beratung – auch unter Berücksichtigung der stationären Fallzahlen – die bei einer Weiterentwicklung der Richtlinie in Stufe 2 erfolgen sollte.*

		ger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) geführt (vgl. Stellungnahme der Bundesregierung Drucksache 19/3551: Mit […] der im Jahr 2015 eingeführten neuen Ermächtigung für medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung nach § 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), sollen im ambulanten Bereich frühzeitig eine umfassende Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder mit Mehrfachbehinderungen möglich sein). Im stationären psychiatrischen Bereich wurde den besonderen Bedarfen dieser Patientengruppe bisher jedoch nicht Rechnung getragen. Die Ergänzungsvorschläge der DGSGB zum ggw. Beschlussentwurf sollen diesen Mangel für die stationär psychiatrisch behandelten Menschen mit Behinderungen beheben. Die Öffnungsklausel aus der aktuell gültigen Psych-PV (vgl. §3 Absatz (4)) gibt dazu den möglichen Spielraum bei „besonderen Verhältnissen einer Einrichtung zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit oder Wirtschaftlichkeit“. Fast alle Personen mit geistiger Behinderung beziehen Leistungen aus der Eingliederungshilfe, wobei der Tagessatz zwischen 150-285 € für die Unterstützung im Lebensalltag bei Wohneinrichtungen schwankt. *Diese „Basisbetreuung“ ist in der ggw. Psych-PV für Personen mit geistiger Behinderung in keiner Weise berücksichtigt, so dass es zu einem kontinuierlichen Unterstützungsdefizit kommt, sobald dieser Personenkreis stationär behandlungsbedürftig wird.* *Mit einer geistigen Behinderung gehen häufig weitere Krankheitsbilder einher:* *• ca. 45 % leiden zusätzlich an schweren Verhaltensstörungen* *• bei bis zu 40 % liegt eine zusätzliche psychische Störung vor* *• bei ca. 20% besteht zusätzlich eine Autismusspektrumstörung* *• ca. 30% haben zusätzlich eine Epilepsie und* *• bei mindestens 30% liegen zusätzliche körperliche Erkrankungen wie Bewegungsstörungen (Spastik, Parkinson...) oder sensorische Beeinträchtigungen (Hörminderung, Blindheit) vor.* *Daher sind eine sorgfältige und umfassende medizinische Abklärung und Behandlung*	

		erforderlich, um ein Höchstmaß an psychischer Gesundheit zu erreichen. Die medizinische Diagnostik ist hier im Allgemeinen umfänglicher und erfordert Spezialkenntnisse: häufig sind eine kognitive Leitungsdiagnostik, eine emotionale Entwicklungsdiagnostik und eine besonders zeitaufwändige Autismusdiagnostik erforderlich. Die Psychodiagnostik ist ebenfalls zeitaufwändiger, z. B. eine zweizeitig durchzuführende Demenzdiagnostik.	
1.3	DGSGB	*Spezifische psychotherapeutische Verfahren sind für Menschen mit Behinderungen deutlich zeitaufwändiger und personalintensiver, da Menschen mit geistiger Behinderung langsamer lernen und mehr Wiederholungen notwendig sind. Darüber hinaus sind weitere körper- und erlebnisbasierte Therapie-methoden erforderlich, die dem mentalen Entwicklungsalter der Patienten Rechnung tragen (z. B. Tanz- oder Theatertherapie). Für häufig auftretende schwere Verhaltensstörungen müssen - unter Einbeziehung von pflegerischen und (heil-)pädagogischen Fachkräften - umfassende Behandlungspläne entwickelt werden, die nur in multiprofessioneller Teamarbeit unter Einbeziehung der individuellen Hilfsnetzwerke gelingen kann. Insbesondere die Berufsgruppe (heil)pädagogischer MitarbeiterInnen ist für eine professionelle und erfolgreiche Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung unabdingbar und findet in den aktuellen personellen Ausstattungsvorschlägen keine Berücksichtigung.*	*Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Anregung der DGSGB in Bezug auf die Berücksichtigung von Heilpädagogen in der Erwachsenenpsychiatrie wird bei der Weiterentwicklung der Richtlinie berücksichtigt. Es wird für die jetzige Richtlinie eine Anrechenbarkeit der Heilpädagogen geprüft.* *DPR: Dank und Zustimmung, der Besonderheit der Arbeit mit Menschen mit Behinderung muss Rechnung getragen werden.*
1.4	DGSGB	*Die Fachgesellschaft DGSGB setze sich seit 1995 für die Verbesserung der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderungen ein und entwickelt - in enger Vernetzung mit weiteren nationalen und internationalen Fachgesellschaften – wissenschaftlich fundierte Standards zur psychiatrischen Versorgung dieses Personenkreises. Vor diesem Hintergrund 4 wurden die erforderlichen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung entwickelt und in den Beschlussentwurf des G-BA über die Personalausstattung in der Psy-*	*DKG: Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienauswertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise. Die Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im*

		chiatrie eingearbeitet. Dabei wurden neben der Definition spezifischer Behandlungsbereiche (I1, I2, I4, I5, I6, I9) auch Minutenwerte für die Personalausstattung ermittelt, die auf einer Minutenanalyse aus dem Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge beruhen, welches seit dem Jahr 2000 mit 34 stationären Behandlungsplätzen die Pflichtversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung für ganz Berlin innehat. Darüber hinaus wurden die Tätigkeiten weitere Berufsgruppen, die bisher dem KJP Bereich vorbehalten waren (z. B. HeilpädagogInnen, ErzieherInnen und Sprach- bzw. SprechtherapeutInnen), definiert und in die stationären Behandlungsteams eingearbeitet. Bei der Minutenwertanalyse ist zu berücksichtigen, dass sie unter der ggw. Psych-PV Personal-ausstattung durchgeführt wurde und – bei einer den Bedarfen angepassten Personalausstattung – eine erneute Evaluation erforderlich sein wird.	*Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der PPP-RL festzulegenden Mindestpersonalvor-gaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psych-PV derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt. Um sicherzustellen, dass es sich bei dem vorliegenden Richtlinienentwurf nur um die erste Stufe von Personalvorgaben durch den G-BA handelt, werden in § 13 verbindliche Vorgaben zur Wei-*

			terentwicklung der Richtlinie getroffen, die die Entwicklung einer zweiten Stufe zur Ausgestaltung der Personalvorgaben umfasst. *GKV-SV: Die DGSGB verkennt bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hin-weg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzel-psychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10%*

			erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen. *Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben. Strukturelle und organisatorische Besonderheiten, die zu einer Personalerhöhung führen, können nur auf der Ortsebene nach BPflV verhandelt werden – nicht im Rahmen diese RL. Nichtsdestotrotz nehmen wir hier die Sorge zur Kenntnis, dass dies aus Sicht der DGSGB nicht ausreichend gesetzlich geregelt zu sein scheint.*
1.5	DGSGB	*Die DGSGB möchte damit dem G-BA konkrete Ergänzungen für den Beschlussentwurf zuarbeiten, die auch im stationär psychiatrischen Bereich eine evidenzbasierte, fachlich hochwertige Behandlung von psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung ermöglicht. Dies wäre ein wichtiger Beitrag, das Anliegen der Bundesregierung für eine gute gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen und die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention auch im stationär psychiatrischen Bereich umzusetzen.*	*DKG: Kenntnisnahme* *GKV-SV: siehe Nr. 13.3*

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

1.6	DGSGB	*Zu § 2 Grundsätze* *Die DGK schlägt vor:* *„Die Mindestvorgaben sollen gemäß § 136a Absatz 2 Satz 3 SGB V einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung kann unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein.“* *Die DGSGB unterstützt diese Variante.* *Begründung:* *Dadurch wird eine höhere Personalausstattung in spezialisierten stationär psychiatrischen Behandlungsbereichen für Personen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung ermöglicht, die den damit verbundenen personellen und zeitlichen Mehraufwand berücksichtigt.*	*DKG/DPR: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.* *GKV-SV: § 2 PPP-RL im Vorschlag des GKV-SV: Über die Vorgaben in § 107 Abs. 1 SGB V hinaus haben die Krankenhäuser im Sinne von § 1 Abs. 2 jederzeit das für die Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung der Patienten erforderliche Personal vorzuhalten.*
1.7	DGSGB	*Zu § 3 Behandlungsbereiche* *Abs. 1* *Die DGSGB schlägt folgende, gelb markierte Ergänzung am Ende von Absatz (1) vor. „I“ steht dabei für Intelligenzminderung, dem aktuellen medizinischen Fachbegriff für „geistige Behinderung“ nach ICD-10 der WHO:* *I 1 Regelbehandlung bei Intelligenzminderung* *I 2 Intensivbehandlung bei Intelligenzminderung* *I 4 Langanhaltende Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker mit Intelligenzminderung* *I 5 Psychotherapie bei Intelligenzminderung* *I 6 Tagesklinische Behandlung bei Intelligenzminderung*	*DKG: Kenntnisnahme. Aus den im Kommentar der DKG zu Zeilennr. 13.3 aufgeführten Gründen wird von der Aufnahme eines neuen Behandlungsbereichs innerhalb der ersten Stufe, die ab dem 1. Januar 2020 zum Tragen kommt, abgesehen. Die Einführung eines neuen Behandlungsbereichs inkl. neuer Minutenwerte würde zudem eine Auswirkungsanalyse in der Praxis erfordern.* *GKV-SV: Die Argumente sind fachlich nachvollziehbar. Aber auch in der*

		I 9 Stationsäquivalente Behandlung bei Intelligenzminderung *Begründung:* *Die stationär psychiatrische Behandlung von Personen mit geistiger Behinderung bedarf einer spezifischen Expertise, einer erweiterten Berufsgruppenzusammensetzung, einem höheren Personalbedarf und mehr Zeit. Grundlage der Behandlung ist das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, welches entsprechend den Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesellschaften um den emotionalen Entwicklungsaspekt erweitert wurde (vgl. Sappok & Diefenbacher 2017[3]). Die Arbeit basiert auf der sorgfältigen Anamnese- und psychische wie körperliche Befunderhebung. Im Sinne des ganzheitlichen Behandlungsansatzes ist dazu eine vertrauensvolle, wertschätzende, konstruktive Zusammenarbeit mit den zentralen Bezugspersonen und den verschiedenen Lebenswelten (Wohnen, Arbeiten, Freizeit und Familie) der PatientInnen erforderlich, die auf Gegenseitigkeit beruht. Eine umfängliche somatische Ursachenabklärung ist von eminenter Wichtigkeit, da somatische Ursachen häufig für psychische Symptome verantwortlich sind.* *Beispielsweise wurde ein Patient mit schwerer geistiger Behinderung mit dem V.a. eine „Jammerdepression“ psychiatrisch vorgestellt, der aufgrund eines Oberschenkelhalsbruchs beim Aufstehen „jammerte“. Die somatische Ursachenabklärung ist daher insbesondere bei PatientInnen wichtig, die Schwierigkeiten haben, selbst über sich und die Vorstellungsgründe in der Klinik zu berichten (sog. Underreporting, vergl. Sovner & Hurley 1983[4]). Körperliche Ursachen für psychische Auffälligkeiten sind v. a. aufgrund von Kommunikationsproblemen (wie oben beispielhaft beschrieben) deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Dies muss daher diagnostisch abgeklärt werden und erfordert z. B. eine Untersuchung in Narkose. Weiterhin können mit Hilfe einer Verhaltensanalyse gezeigte Verhaltensweisen systematisch erfasst und ausgewertet werden. Standardisierte, spezifisch für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelte oder angepasste Untersuchungsinstrumente ermöglichen eine qualitativ hochwertige Abklärung einzelner Krankheitsbilder wie z. B. Autismus, Demenz oder Persönlichkeitsstörungen. Die emotionale Entwicklungsdiagnostik gibt Einblicke in das innere Erleben der PatientInnen (vgl.*	*Psych-PV wurden keine eigenen Behandlungsbereiche für diese Patientengruppe etabliert und das in einer Zeit, wo MmgB sehr stark in der stationären Psychiatrie repräsentiert waren. Das spricht. dafür, dass MmgB nicht über das Merkmal „Geistige Behinderung“ erfasst wurden, sondern über den Aufwand, den sie auslösten. Die hier beschriebenen Fallbeispiele können auch jetzt schon über Intensivmerkmale des OPS als intensive Fälle auffallen und sollten auch im Rahmen der Personalplanung als (personal)intensive Patienten berücksichtigt werden.*

		Sappok & Zepperitz 2016[5]). Basierend auf dem emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand werden gezeigte Verhaltensweisen verstehbar und international gebräuchliche Diagnosesysteme anwendbar. *Literatur:* *3 Sappok T & Diefenbacher A (2017) Die 4. Dimension: Erweiterung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells um die emotionale Entwicklungskomponente bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bethel Verlag, ISBN 978-3-935972-48-2* *4 Sovner R, Hurley A (1983) Do the mentally retarded suffer from mental illness. Arch Gen Psychiatry 40(1): 61-7* *5 Sappok T, Zepperitz S (2016) Das Alter der Gefühle − über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. Bern: Hogrefe.* *Auf der Grundlage der erhobenen Befunde wird gemeinsam mit dem Patienten bzw. der Patientin und dem Helfersystem ein bedarfsgerechter, zielorientierter Gesamtbehandlungsplan erarbeitet, der die unterschiedlichen Störungsebenen (bio-psycho-sozio-emotional) einbezieht. Dabei werden die PatientInnen als kompetente, in ihre Umgebung eng verflochtene Personen betrachtet. Die PatientInnen werden über die Diagnose und Therapieoptionen in sog. „Leichter Sprache" aufgeklärt (vgl.: Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V.: Das neue Wörterbuch für Leichte Sprache. Kassel: Nordlicht Digitaldruck 2008). Sie bzw. er ist mitverantwortlich, einzelne Aspekte des Behandlungsplans umzusetzen und trägt maßgeblich durch die aktive Mitarbeit zum Therapieerfolg bei.* *Die Behandlung basiert auf national bzw. international gültigen Leitlinien[6,7] und bezieht psychopharmakologische und nichtmedikamentöse Verfahren mit ein. Neben strukturierten Therapiekonzepten, z. B. die adaptierte Version der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBToP[8]), der Interpersonellen Therapie (IPT) oder das Autismus Kompetenztraining (Aut-Kom), werden dabei verhaltenstherapeutisch und heilpädagogisch ausgerichteten Ansätze wie z. B. Verstärkerpläne, kognitive Verhaltenstherapie, Entspannungsübun-*	

		gen, basale Therapie, Snoezelen, Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Impulskontrolle und Erarbeiten alternativer Selbstregulationsstrategien eingesetzt. In Einzelfällen kommen auch tiefenpsycho-logisch fundierte Behandlungskonzepte zum Einsatz (vgl. Beail 1998[9],2003[10]). Ergänzend werden Kreativtherapien wie z. B. Musik-, Kunst-, Ergo-, Tanz- und Theatertherapie angeboten. Ein zentraler Aspekt der Arbeit ist die Psychoedukation sowohl der Betroffenen als auch der Bezugspersonen, z. B. in Bezug auf Ernährung, die Gestaltung einer Autismus-freundlichen Umgebung oder eine entwicklungsbasierte Therapie- und Förderplanung und Beziehungsgestaltung. Die Therapie wird ggf. durch Labor- und EKG-Kontrollen und häufig durch eine zielorientierte Verhaltensbeobachtung kontrolliert und ggf. angepasst[11]. *Literatur:* *6 Gardner W-I, Dosen A, Griffiths D.M(2006) Practice guidelines for diagnostic, treatment and related support services for people with developmental disabilities and serious behavioral problems. NADD Press, New York* *7 Häßler et al. (2014) S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung. AWMF-Register Nr. 028-042* *8 Elstner S, Schade Ch, Diefenbacher A (2012) DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit _an der Dialektisch Behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung Emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung, Band 1, Schriftenreihe Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung, Bethel-Verlag Bielefeld.* *9 Beail N (1998) Psychodynamic psychotherapy with men with intellectual disabilities: a preliminary outcome study. Br J Med Psychol 71 (1): 1-11* *10 Beail N (2003) What works with people with mental retardation? Critical commentary on cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy research. Ment retard 41(4): 468-72* *11 Sappok T (2018) Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung: Ein Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.*	

		Bei dem dargestellten ganzheitlichen Ansatz der Störungsentstehung und den sich daraus ableitenden Interventionen ist die multidisziplinäre Herangehensweise unerlässlich. Zum Team gehören ÄrztInnen, PflegepersonalHeilerziehungspflegerInnen, Diplom(heil)pädagogInnen und -psychologInnen, diverse KreativtherapeutInnen (Garten-, Musik-, Kunst-, Ergo-, Tanz-, Bewegungs- und Theatertherapie, ggf. tiergestützte Therapien und ErlebnispädagogInnen), PhysiotherapeutInnen, Sprach- und SprechtherapeutInnen (unterstütze Kommunikation und ggf. GebärdensprachlerInnen!), SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen. *Die Diagnostik und Therapie erfordert nicht nur eine multiprofessionelle Arbeit, sondern auch mehr zeitliche und personelle Ressourcen, die sich beispielhaft für die einzelnen Berufsgruppen wie folgt begründen:* *ÄrztInnen:* *• Anamnese länger (hohe Komorbidität, komplexes Helfersystem, oft sehr lange Krankengeschichten, Kommunikationseinschränkungen, Verständnisprobleme etc.)* *• längere Antwortlatenz* *• reduzierte Introspektionsfähigkeit (Selbstwahrnehmung und Selbstbericht) der PatientInnen bei Diagnostik und Therapie* *• Kommunikation reduziert/nicht möglich, z. T. zus. körperliche Erkrankungen/ Behinderungen, deshalb Zeitbedarf für Diagnostik und Therapie deutlich erhöht und häufig zusätzlich aufwändigere Verhaltensbeobachtungen notwendig* *• psychopharmakologische Einstellung erschwert durch mehr Medikamenteninteraktion, höhere Sensibilität für Nebenwirkungen und verlängerte Medikamentenaufklärung sowie Komorbiditäten* *• intensiveres Einbeziehen von Bezugspersonen erforderlich (mehr Kommunikation/Erhebung der Vorgeschichte/Fremdanamnese)*	

		• erhöhter Kommunikationsbedarf mit gesetzlichen BetreuerInnen (nahezu alle PatientInnen) bspw. zum Einverständnis für Diagnostik und Therapie oder Narkosen *• veränderte Krankheitszeichen müssen erkannt werden; mehr Verhaltensbeobachtung, umfassende körperliche Diagnostik nötig, mehr Fremdanamnese nötig* *• Behinderungsassoziiert oder wegen genetischem Syndrom mehr körperliche Komorbiditäten, z. B. Epilepsie, Bewegungsstörungen, sensorische Beeinträchtigung etc.* *• Diagnostik erfordert mehr Ärztekapazität (Durchführung und z. T. Begleitung)* *• zusätzlicher Organisationsaufwand von somatischer Diagnostik* *• Untersuchungen dauern länger (kann Patienten nicht erklären was passiert) und sind personalintensiver (Vermeiden von Abwehrreaktionen, erklären, beruhigen, unterstützen bei körperlichen Behinderungen…)* *• deutlich erhöhter Aufwand für Krisenintervention aufgrund von erhöhter Selbst- und Fremdaggressivität mit anschließender Verhaltensanalyse* *• höhere Fremdaggressivität gegenüber Personal/Einrichtung* *• höherer Anteil von Unterbringung gemäß PsychKG oder §1906 BGB sowie freiheitsentziehenden Maßnahmen (Time-out-Raum auf Station, Fixierung)* *• erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen/runde Tische aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten* *• zusätzlicher Behandlungsaufwand aufgrund behinderungsbedingter Sturzgefährdung (Bewegungsstörungen/ Spastik/Ataxie), andere Komplikationen oder aufgrund genetischer Syndrome (Epilepsie etc.)* *• 20% der PatientInnen haben begleitend zu der geistigen Behinderung eine Autismusspektrum-störung => zusätzlicher Zeitbedarf für Diagnostik und Therapie aufgrund noch geringerer Introspektionsfähigkeit, verringerten Schmerzempfindens, massiver Kommunikationsschwierigkeiten; Fallkonferenzen*	

		• mehr juristische Aufgaben (Unterbringung, Einverständniserklärungen durch gesetzliche BetreuerInnen) *• Aufnahmegespräch, Verlaufsgespräch, Entlassungsgespräch und Helferkonferenzen (erfolgen regelhaft und umfassen einen hohen zeitl. Aufwand durch Einbindung des komplexen komplementären Systems - mit vielen Personen und Entscheidungsträgern, die in den Behandlungsprozess involviert werden* *• (Psycho-)Edukation und nicht medikamentöse Therapie muss wiederholt und kleinschrittig mit den PatientInnen erfolgen (Visiten, Einzelkontakte etc.), dauern länger und müssen wiederholt werden.* *• Interventionen, Medikamente, Aufklärung über Medikamentennebenwirkungen und -interaktionen etc. – alles muss häufiger und kleinschrittiger mit den PatientInnen erläutert werden – und ist damit zeitaufwändiger; zusätzlich Konsultation mit den rechtlichen BetreuerInnen erforderlich* *• mehr Austausch mit TherapeutInnen und dem Pflegeteam aufgrund komplexer und individuell verschiedener Krankheitsbilder* *• längere Epikrisen aufgrund komplexerer Störungsbilder und häufiger somatischer Komorbiditäten* *Pflegeteam (Gesundheits- und Krankenpflege sowie Heilerziehungspflege (nicht in Psych-PV enthalten!):* *• umfangreichere und individuellere Pflegeplanung aufgrund körperlicher Komorbidität, sensorischer Beeinträchtigungen, Spastiken* *• reduzierte/fehlende alltagspraktische Fähigkeiten wie Eigenhygiene, Toilettengänge (z. T. Inkontinenzmaterial erforderlich), selbständige Nahrungsaufnahme => Durchführung und/oder Training zum Teil mit zwei Pflegekräften* *• Richten und Verabreichen der Medikamente und Sicherstellen der Einnahme*	

		• kontinuierliche Begleitung zur Diagnostik und infolge reduzierter Orientierung- und Einsichtsfähigkeit, körperlicher Beeinträchtigungen, erhöhter Ängstlichkeit *• deutlich erhöhter Gesprächsbedarf mit komplexem Helfersystem und BetreuerInnen/ Familien* *• ständige Verhaltensbeobachtung wegen reduzierter Selbstauskunft und zur Gefahrenabwehr* *• Wundversorgung aufgrund Selbstverletzung, Immobilität, mangelnde Eigenhygiene, insbesondere im Intimbereich, Stürze* *• höhere Prävalenz für Übergewicht, Immobilität, Verhaltensauffälligkeit/Aggressivität, reduzierte Kooperationsfähigkeit => für pflegerische Maßnahmen ist häufig eine 2. Pflegekraft erforderlich* *• Training lebenspraktischer Fähigkeiten (Sozialtraining, Ausflüge, Einkauf)* *• erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten* *• Umsetzung psychotherapeutischer Maßnahmen im Lebensalltag, da die PatientInnen mehr körper- und erlebnisbasiert lernen* *• deutlicher erhöhter Aufwand für Krisenintervention aufgrund von erhöhter Selbst- und Fremdaggressivität z. T. mit 1:1 Betreuung und detaillierter Auswertung* *• höhere Fremdaggressivität gegenüber Personal mit deutlich erhöhten Ausfallzeiten aufgrund Verletzung des Personals* *• herkömmliche Methoden zum Spannungsabbau unwirksam, deshalb alternative zeitintensive Beschäftigung und individualisierte Konzeptentwicklung* *• mehr Deeskalationsmanagement wegen erhöhter Aggressivität/Störung der Impulskontrolle/reduzierter Affektregulationsmöglichkeit* *• veränderter Schlaf-Wach-Rhythmus*	

		• oft 1:1 Betreuung notwendig, um Therapie- und Genesungsprozess nicht zu gefährden *• Begleitungen zu Diagnostik und Therapie, z.B. Röntgen, Physiotherapie* *• Blutentnahmen teilweise nur mit Unterstützung von 2-3 Pflegekräften möglich, die beruhigend oder ablenkend einwirken und Sicherheit gegeben* *• Mobilisierung der PatientInnen durch das Pflegepersonal* *• kleinere Gruppen, mehr Einzeltherapie, mehr Therapieeinheiten, mehr Wiederholungen* *• Begleitung von Therapeuten bei Therapien zur Unterstützung (z. B. für die Wege, aber auch während der Therapie zum Deeskalieren)* *• erhöhter Gesprächsbedarf durch Helfersystem, häufige Anrufe von ges. BetreuerInnen, Familienangehörigen, WG-BetreuerInnen* *• Pflege ist einbezogen in die Diagnostik (Leistungsdiagnostik, Entwicklungsdiagnostik, Demenzdiagnostik, Autismusdiagnostik)* *• Teilnahme an multiprofessionellen Fallkonferenzen* *• Umsetzung heil- und entwicklungspädagogischer Konzepte* *Sozialdienst, SozialpädagogInnen und (Heil-) PädagogInnen (nicht in Psych PV enthalten!)* *• komplexes Aufnahme und Entlass Management, Kommunikation mit div. Systemen erforderlich (Betreuer, ges. Betreuer, Familien, ÄrztInnen etc.)* *• herkömmliche Methoden zum Spannungsabbau unwirksam, deshalb alternative zeitintensive Beschäftigung* *• Sozialtherapeutisches Kompetenztraining erfolgt häufiger und länger* *• umfassendes Deeskalationsmanagement/Krisenintervention wegen vermehrtem Unterstützungsbedarf zur Selbstregulation und mehr Verhaltensanalyse*	

		• Deeskalationsmanagement: Mitarbeiterschulung & Krisenauswertung zur Vermeidung von Fixierungen und aggressiven Übergriffen *• erhöhter Zeitbedarf aufgrund Kommunikation mit komplementärem System (Familie, Werkstatt, Heim, gesetzliche Betreuer, ÄrztInnen) zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Behandlung* *• erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten* *• zusätzliche heilpädagogische Aufgaben (nicht in PsychPV): Erarbeitung heilpädagogischer Konzepte und Umsetzung derselben im stationären Setting sowie Vermittlung der Konzepte an das ambulante Helfersystem* *• heilpädagogische Weiterentwicklung und Anpassung psychotherapeutischer Verfahren/Ange-boten (z. B. Kiesler Kreis bei chron. Depressionen, DBToP bei Impulskontrollstörungen) in Zusammenarbeit mit psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten, die spezifische Lernformate (z. B. Lernen am Modell) ermöglichen und heilpädagogische Expertise in Psychotherapieverfahren einfließen lassen.* *• Beratung und Überleitung aus stationärer Behandlung in das Lebensumfeld mit besonderem Schwerpunkt auf Verkürzung der Liegedauer* *• mehr interne Kommunikation im Behandlungsteam* *PhysiotherapeutInnen:* *• erhöhter Bewegungsbedarf zum Spannungsabbau, da herkömmliche Methoden zum Spannungsabbau unwirksam* *• zusätzlicher Zeitbedarf aufgrund Bewegungsstörungen (u.a. Spastik, Parkinson)* *• PatientInnen können nicht selbstständig in den Bewegungsraum kommen, wenn dieser nicht in unmittelbarer Nähe der Station ist*	

		• individuelle Behandlung bei mittelgradig bis schwerster Intelligenzminderung erforderlich, deshalb mehr Einzeltherapie *• zusätzliche Gruppentherapien bei leichter geistiger Behinderung zur Deeskalation* *• erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten* *• Therapie wegen Kommunikations- und Verständnisschwierigkeiten zeitaufwändiger und länger erforderlich* *• Einholen der Fremdanamnese* *• mehr Verhaltensbeobachtung* *PsychologInnen und PsychotherapeutInnen:* *• deutlich erhöhter Aufwand bei der Anamnese und Befunderhebung* *• aufwändigere Therapieplanung* *• kleinere Gruppen, mehr Einzeltherapie* *• PatientInnen müssen zur Therapie abgeholt und zurückgebracht werden* *• mehr Therapieeinheiten,* *• oft zwei TherapeutInnen erforderlich: Krisensituationen, individuellere Vermittlung, Unterstützung auch bei ATLs während der Therapie/Diagnostik* *• mehr Wiederholungen* *• mehr Rollenspiele und praktische Übungen* *• personalintensivere interdisziplinäre Therapeutengruppe (z. B. 4:1 Betreuung bei Angsttherapie anstelle von 1:1 Therapie)*	

		• deutlicher erhöhter Aufwand für Krisenintervention aufgrund von erhöhter Selbst- und Fremdaggressivität *• deutlich erhöhter Gesprächsbedarf mit komplexen Helfersystem und ges. BetreuerInnen* *• zusätzliche Diagnostik z. B. Leistungsdiagnostik, Entwicklungsdiagnostik, Autismusdiagnostik: längere Erhebungen, individuelle Anpassung der Tests, komplexe, zeitintensive Auswertung* *• Diagnostik aufgrund der Behinderung und erschwerten Kommunikation zeitaufwändiger und komplexer (z. B. zweizeitig bei Demenzdiagnostik wegen fehlender Normwerte)* *• erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten* *• zusätzliche Diagnostik (Leistungsdiagnostik, Entwicklungsdiagnostik, Autismus) erforderlich, um suffiziente Therapieplanung zu ermöglichen* *• mehr interdisziplinärer Austausch* *• Erarbeitung entwicklungspsychologischer Konzepte und Umsetzung mit dem Team* *• Angebot von Mitarbeitergesprächen nach Krisensituationen und Übergriffen* *KreativtherapeutInnen:* *• herkömmliche Methoden zum Spannungsabbau unwirksam, deshalb alternative zeitintensive Beschäftigung* *• individuelle leistungsbetonte Übungsbehandlung* *• kleinere Gruppen, mehr Einzeltherapie* *• Patienten müssen zur Therapie abgeholt und zurückgebracht werden* *• mehr Beschäftigungsaufwand wegen geringerer Selbstbeschäftigung*	

		• deutlich erhöhter Aufwand zur Vor- und Nachbereitung der Therapien *• erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten* *• spezifisch kreativitätsfördernde Behandlung mehr Beschäftigungsangebote* *• Sensorisches Integrationstraining* *• Unterstützung/Begleitung von Patienten z. B. bei Toilettengängen etc. während der Therapie* *Sprachtherapeuten und Logopäden (nicht in Psych-PV enthalten!):* *Diese Berufsgruppe ist bisher nicht vorgesehen, aber aufgrund der Schwierigkeiten in der Kommunikation, beim Sprechen und Schlucken und ggf. erforderlicher Gebärdensprache dringend erforderlich. Daher fallen zusätzlich an:* *• Kommunikationsförderung, insbesondere mit Mitteln der unterstützen Kommunikation* *• Anwendung von Methoden der Leichten Sprache: Implementierung in den Lebens- und Betreuungsalltag, aber auch der Therapie- und Unterstützungspläne; Teamanleitung* *• Entwicklung alternativer Kommunikationsmöglichkeiten* *• Schulung der MitarbeiterInnen in individueller Gebärdensprache* *• Fachspezifische Ergänzung der Diagnostik, insbesondere des Schluck- und Sprechapparats, aber auch in Bezug auf die Kommunikation an sich* *• Planung und Durchführung von Behandlungsmaßnahmen zur Verbesserung von Kommunikation, Schlucken und Sprechen* *• akute Wahrnehmungsförderung* *• Förderung der Sprechmotorik und Artikulationstraining* *• Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team*	

		• Vermittlung von Kommunikationsmethoden und sprech- bzw. schlucktherapeutischer Maßnahmen ins ambulante Helfersystem *• Übersetzung von Gebärdensprache in der Diagnostik und Therapie* *Die Eingruppierungsempfehlungen mit einer genauen Definition der Behandlungsbereiche, der Kranke, der Behandlungsziele, der Behandlungsmittel, der Erläuterungen und der Beispiele wird in Anlage 1 eingearbeitet. Die Minutenwerte für die einzelnen Behandlungsbereiche und Berufs-gruppen basierend auf einer Minutenanalyse im Berliner Behandlungszentrum für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen wird in Anlage 2 eingearbeitet.*	
1.8	DGSGB	*Zu § 5 Berufsgruppen* *Die für eine erfolgreiche stationär psychiatrische Behandlung erforderlichen Berufsgruppen sind bei Personen mit geistiger Behinderung um ErzieherInnen, HeilpädagogInnen, SprachheiltherapeutInnen und LogopädInnen zu erweitern. Die DGSGB schlägt daher folgende, gelb markierte Änderung des § 5 vor:* *„Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert:* *a) Ärzte* *b) Krankenpflegepersonen, Erzieher, Heilerziehungspflege (nur KJP und bei Intelligenzminderung)* *c) Diplom-Psychologen, Master-Psychologen* *d) Spezialtherapeuten* *e) Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten* *f) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP und bei Intelligenzminderung)*	Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Anregung der DGSGB in Bezug auf die Berücksichtigung von Heilpädagogen in der Erwachsenenpsychiatrie wird bei der Weiterentwicklung der Richtlinie berücksichtigt. Es wird für die jetzige Richtlinie eine Anrechenbarkeit der Heilpädagogen geprüft.

		g) Sprachheiltherapeuten (nur KJP und bei Intelligenzminderung), Logopäden (nur KJP und bei Intelligenzminderung)“ *Zwischen den Berufsgruppen ist in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen und Konzepten ein Switch zwischen den Berufsgruppen möglich.* *Begründung:* *Um den in der Begründung zu § 3 Behandlungsbereiche Absatz (1) dargestellten, ganzheitlichen Behandlungsansatz entsprechend den nationalen und internationalen Leitlinien umzusetzen, ist die multidisziplinäre Herangehensweise unerlässlich, die neben ÄrztInnen, Pflegepersonal, und PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen, diversen KreativtherapeutInnen (Garten-, Musik-, Kunst-, Ergo-, Tanz- und Theatertherapie, ggf. tiergestützte Therapien und Erlebnispädagogen) und PhysiotherapeutInnen aufgrund der kommunikativen Einschränkungen und neurologischen Komorbiditäten auch Sprach- und SprechtherapeutInnen (unterstütze Kommunikation und ggf. GebärdensprachlerInnen!) und aufgrund der mit der geistigen Behinderung verbundenen Entwicklungsverzögerungen und häufigen, schweren Verhaltensprobleme (stationär ca. 45% der Patienten!) auch HeilerziehungspflegerInnen und HeilpädagogInnen beinhalten muss.* *Bei Menschen mit Intelligenzminderung (Synonym: geistiger Behinderung) ist ein koordiniertes, multiprofessionelles Vorgehen unerlässlich. Dazu ist auch eine gewisse Flexibilität in der VK-Zuordnung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen nötig (Switch zwischen den Berufsgruppen), je nach Schwerpunk und Ausstattung der Klinik und regionalen Rahmenbedingungen.*	
1.9	DGSGB	*Zu § 10 Stationsgröße* *5. Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung vor:* *Aus Qualitätsgründen sollte sich die Stationsgröße bei Personen mit Intelligenzminderung an den Werten für die Kinder- und Jugendpsychiatrie orientieren.*	*GKV-SV: Kenntnisnahme und Dank (siehe Auswertung zu Zeilennr. 13.6 [alt])*

		Begründung: *Bei einer Intelligenzminderung (Synonym: geistiger Behinderung) ist nicht nur die kognitive Intelligenz und damit verbunden die Lerngeschwindigkeit und Komplexität von Lerninhalten betroffen, auch die sozio-emotionalen Fähigkeiten (Impulskontrolle, Exekutivfunktionen, Mentalisierungsfähigkeit, Stressregulation, etc.) sind beeinträchtigt. Gerade bei Personen mit psychischen Erkrankungen sind die sozio-emotionalen Kompetenzen häufig stärker entwicklungsverzögert als die rein kognitiven Fähigkeiten. Daher sollte das Setting dem mentalen Entwicklungsalter angepasst werden*	
1.10	DGSGB	*Zu § 11 Nachtdienste* *Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung bei Vorschlag von PatV vor:* *„In der vollstationären Versorgung ist im Nachtdienst der Pflege eine Mindestpersonalausstattung je Station in den Bereichen A und S von 1,4 Pflegefachpersonen und in dem Bereich G und I von 1,6 Pflegefachpersonen zugrunde zu legen.“* *Begründung:* *Auch für die Nachtdienste sind die besonderen Anforderungen an das hochvulnerable Patientenklientel zu berücksichtigen. Wir verweisen hierbei insbesondere auf die erhöhte Mortalität und Unfallgefahr sowie die Störung der circadianen Rhythmik bei kognitiven Einschränkunen*	*GKV-SV: In den vom G-BA durchgeführten Fachgesprächen gab es Hinweise auf ein Qualitätsdefizit im Nachtdienst. Aus diesem Grund wird der Nachtdienst künftig mitgeregelt werden.*
1.11	DGSGB	*Zu § 13 Anpassung der Richtlinie* *Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung vor:* *„Der besondere Bedarf von Personen mit Intelligenzminderung sind zu berücksichtigen.“* *Begründung:* *Vgl. Ausführungen unter I Allgemeines.*	*Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Anregung der DGSGB in Bezug auf die Berücksichtigung von Heilpädagogen in der Erwachsenenpsychiatrie wird bei der Weiterentwicklung der Richtlinie berücksichtigt. Es wird für die jetzige Richtlinie eine*

			Anrechenbarkeit der Heilpädagogen geprüft. *GKV-SV: Dank (siehe Auswertung zu Zeilennr.13.6 [alt]).*
1.12	DGSGB	*Zu § 15 Übergangsregelungen* *Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung vor:* *„Dem besonderen Bedarf von Personen mit Intelligenzminderung wird in den Behandlungsbereichen I1, I2, I4, I5, I6 und I9 Rechnung getragen."* *Begründung:* *Vgl. Ausführungen unter I Allgemeines.*	*DKG: Aus den im Kommentar der DKG zu Zeilennr. 13.3 [alt] aufgeführten Gründen, wird von der Aufnahme eines neuen Behandlungsbereichs innerhalb der ersten Stufe, die ab dem 1. Januar 2020 zum Tragen kommt, abgesehen. Die Einführung eines neuen Behandlungsbereichs inkl. neuer Minutenwerte würde zudem eine Auswirkungsanalyse in der Praxis erfordern.* *GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme (siehe Zeilennr. 13.7 [alt])*
1.13	DGSGB	*Zu Anlage 1: Eingruppierungsempfehlungen* *Die DGSGB schlägt die Ergänzung folgender Behandlungsbereiche vor (vgl. dazu auch § 3 Behandlungsbereiche Absatz (1)):* *I 1 Regelbehandlung bei Intelligenzminderung* *I 2 Intensivbehandlung bei Intelligenzminderung 17* *I 4 Langanhaltende Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker mit Intelligenzminderung* *I 5 Psychotherapie bei Intelligenzminderung*	*DKG: Aus den im Kommentar der DKG zu Zeilennr. 13.3 aufgeführten Gründen, wird von der Aufnahme eines neuen Behandlungsbereichs innerhalb der ersten Stufe, die ab dem 1. Januar 2020 zum Tragen kommt, abgesehen. Die Einführung eines neuen Behandlungsbereichs inkl. neuer Minutenwerte würde zudem*

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<table>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>
I 6 Tagesklinische Behandlung bei Intelligenzminderung
I 9 Stationsäquivalente Behandlung bei Intelligenzminderung
In Anlage 1 sollte daher folgende Eingruppierungsempfehlung ergänzt werden:
I Intelligenzminderung
<table>
<tr><th>1. Behandlungsbereiche</th><th>2. Kranke</th><th>3. Behandlungsziele</th><th>4.Behandlungsmittel</th><th>5. Erläuterungen - Selbstverwaltung (SV)</th><th>6. Beispiele</th><th>Kurzbeschreibung</th></tr>
<tr><td>I 1 Regelbehandlung</td><td>Akut psychisch Kranke mit leichter-mittelgradiger IM</td><td>Erkennen und Heilen, Bessern, psychische, somatische und soziale Stabilisierung, vorwiegend Entlassung nach Hause</td><td>Psychiatrische, neurologische, allgemeinmedizinische und soziale Diagnostik und Therapie. Medizinische Grundversorgung, gegebenenfalls Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen</td><td>Hier sind stationär aufgenommene Patienten einzugruppieren, bei denen die Besonderheiten der Intelligenzminderung zu berücksichtigen sind, sofern nicht unmittelbare Gefährdungen vorliegen.
Besonderheiten der Intelligenzminderung sind zum Beispiel: Langsameres Lerntempo, mehr körper- und erlebnisbasierte Therapien, ggf. Multimorbidität (med. gut behandelte somatische Krankheitsbilder, z. B. gut eingestellte Epilepsien oder Bewegungsstörungen), intensivere Umfeldarbeit mit ambulantem</td><td>Patient, Alter 27, leichte Intelligenzminderung, mit einer paranoid-hallzinatorischen Schizophrenie. Er lebt allein in seiner eigenen Wohnung und wird durch ein betreutes Einzelwohnen 2x/Woche unterstützt. Besucht eine geschützte Werkstatt. In letzter Zeit Arbeitsdruck zugenommen und häufige Konflikte. Zusätzlich belastet durch neu aufgetretene Krebserkrankung der Mutter und Bezugsbetreuerwechsel. Durch den Stress häufiger Medikamente vergessen einzunehmen. Seit einigen Wochen zu-</td><td>F70.0/F71.0 leichte bis mittelgradige Intelligenzminderung (IM) ohne schwere Verhaltensauffälligkeiten mit psychischer Erkrankung incl. z. B. Abhängigkeit, beginnende Demenz</td></tr>
</table>
</td>
<td>
eine Auswirkungsanalyse in der Praxis erfordern.
GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme (siehe Zeilennr. 13.6 [alt]).
</td>
</tr>
</table>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

				Helfersystem/ges. Betreuern; höherer Unterstützungsbedarf (Wohnen, Selbstversorgung, Arbeiten)	nehmend misstrauisch, bezieht Fernsehnachrichten auf sich und hört dialogisierende und befehlende Stimmen. Schlaf schlecht, Gedanken gehen durcheinander. Braucht für tägliche Verrichtungen sehr lange, benötigt aber keine fremde Hilfe.	
I 2 Intensivbehandlung	Psychisch Kranke mit Intelligenzminderung, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend oder somatisch vitalgefährdet	Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung, Bessern der vital bedrohlichen Störungen, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen	Psychiatrische und somatische Diagnostik. Erst- und Notfallbehandlung, einzelbezogene Intensivbehandlung einschließlich medikamentöser Therapie	In den Behandlungsbereich I2- sind Patienten einzugruppieren, die anhaltend sehr unruhig und verwirrt sind. Diese Patienten gefährden schwache, hilflose Mitpatienten oder sie gefährden sich selbst. Die unmittelbare Gefährdung kann auch von somatischen Erkrankungen ausgehen (Vitalgefährdung), die eine kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter erfordern. Manifeste Selbst- oder Fremdgefährdung ist zu bejahen, wenn der Patient nicht absprachefähig oder sein Verhalten nicht vorhersehbar ist.	Patient, 23 Jahre, mittelgradige Intelligenzminderung und Autismus, mit raptusartiger schwerer Fremdverletzung (schmeißt Stühle, kratzt, tritt, beißt) und anhaltend motorischer Unruhe. Schmeißt in unbeobachteten Momenten Rollstühle von Mitpatienten um, schlägt den Kopf gegen die Wand und hält durch Pulen Wunden im Gesicht offen. Muss ständig beaufsichtigt werden, tägliche Verrichtungen nur im 2:1 Kontakt möglich, Essen nur in separiertem Bereich möglich. In Krisensituationen rasches, personalintensives Deeskalationsmanagement mit zum Teil 1:1 Betreuung, Einsatz von Time-out und Fixierungen erforderlich.	F70.1/F71.1, F72, F73 leichte bis schwerste IM, manifest selbst oder fremdgefährdend oder somatisch vital gefährdet infolge entweder einer schweren psychischer Erkrankung und/oder einer schwerer Verhaltensauffälligkeit, ggf. mit zusätzlicher chronischer

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

						körperlicher Erkrankung/Behinderung
I 4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	Psychisch Kranke mit Intelligenzminderung mit anhaltenden akuten Symptomen und erheblichen psychischen, somatischen und sozialen Einbußen	Bessern und Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen oder Entlassungen nach Hause oder Wohnheim	Medizinische Grundversorgung mit kontinuierlich hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, gegebenenfalls ergänzt durch Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen, Gestaltung des therapeutischen Milieus	Diesem Behandlungsbereich sind die Patienten zuzuordnen, bei denen die Krankenhausbehandlung neben der schweren psychischen Erkrankung durch die Mehrfacherkrankung wegen der Schwere der IM bzw. schweren Verhaltensstörung oder einer relevanten somatischen Begleiterkrankung mitbegründet ist. Diese Kranken haben einen anhaltenden akuten Krankheitsverlauf. Hoher pflegerischer und therapeutischer Aufwand können beispielsweise erforderlich werden, wenn neben einer Depression eine schwere, komplexe Mehrfachbehinderung erschwerend hinzukommt oder wenn neben der psychischen Erkrankung relevante somatische Erkrankungen (Diabetes Mellitus, Epilepsie, M. Parkinson) vorliegen. Patienten im Behandlungsbereich A4-IM können in der Regel nicht selbständig zu ihren therapeutischen Aktivitäten	**I4 Beispiel 1** Patientin, 43 Jahre, schwere Intelligenzminderung infolge einer Rötelnembryopathie, gehörlos seit Geburt, erblindet durch schwere Selbstverletzung der Augen. Psychomotorische Unruhe, Schlaflosigkeit, Gewichtsabnahme. Sie hat einen erheblichen therapeutischen und pflegerischen Aufwand und ist anhaltend beaufsichtigungspflichtig. Sie benötigt regelmäßig strukturierende Begleitung, um nicht tragbare Verhaltensweisen wie Kotschmieren oder Aufkratzen von Wunden oder Schlagen auf die Ohren und Augen zu verhindern. Eine Fixierung oder 1:1 Betreuung ist nicht erforderlich. **I4 Beispiel** 2 Patient, 52 Jahre, mittelgradige Intelligenzminderung mit rezidivierend depressiver Störung und Parkinsonerkrankung mit Wirkfluktuationen. Schwere Antriebsstörung und depressiver Affekt bei gleichzeitig schwerer	F70.1/F71.1, F72, F73 leichte bis schwerste IM mit anhaltend akuter Symptomatik infolge einer psychischen Erkrankung und/oder einer schweren Verhaltensauffälligkeit und/oder schwerer chronischer körperlicher Erkrankung/Behinderung (Rollstuhl, blind etc.)

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

					oder zu ihrem diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen und bedürfen daher der Begleitung durch Pflegekräfte. In der Regel besteht Hilfebedarf im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL).	Einstellbarkeit der Parkinsonmedikamente mit häufigem Verharren, deutlicher Verlangsamung der Beweglichkeit und starrer Mimik. Parkinsonerkrankung und Depression verstärken sich gegenseitig und die Symptome überlagern sich zum Teil. Aufgrund der Bewegungsstörung und der Depression benötigt der Patient pflegerische Hilfe bei der Ernährung und Körperpflege.	
I 5 Psychotherapie	Kranke mit Intelligenzminderung mit psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Persönlichkeitsstörungen, chronische Depressionen, ….), welche psychotherapeutischen Interventio-	Erkennen von Krankheit, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung	Komplexe psychotherapeutische Behandlung	Hierbei handelt es sich um eine typische stationäre psychotherapeutische Behandlung bei Patienten mit Intelligenzminderung, wobei die damit verbundenen Änderungen im Lerntempo und in den therapeutischen Methoden (körper- und erlebnisbasiert, Rollenspiele) berücksichtigt sind. Die psychotherapeutische Behandlungseinheit muss an die Belastbarkeit des behinderten Menschen angepasst werden. Auf die kognitiven und emotionalen Einschränkungen wird eingegangen und das Lebensumfeld einbezogen. Es steht die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund. Er-	Patientin, 32 Jahre, leichte Intelligenzminderung, Missbrauch als Kind durch den Vater, früh ins Heim gekommen. Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit selbstverletzenden Verhaltensweisen (Schnittwunden an Armen), wiederholten Suizidgedanken, -impulsen und –versuchen, instabilen Beziehungen und Pseudohalluzinationen. Wird stationär psychotherapeutisch behandelt, keine Unterstützung bei alltagspraktischen Tätigkeiten, aber erhöhter Gesprächs- und Behandlungsbedarf durch Pflege und Psychologen aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung.	F70/F71 leichte bis mittelgrade IM und psychische Erkrankung zur stationären Psychotherapie	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			nen zugänglich sind und stationär psychotherapeutisch behandelt werden müssen.			gänzend können eine Psychopharmakotherapie sowie Maßnahmen zur Verbesserung des sozialen Lebenskontextes durchgeführt werden.		
		I 6 Tagesklinische Behandlung	Kranke mit Intelligenzminderung mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen	Wahrung des Wohnorts und der Inklusion in die Gesellschaft; Verbesserung der psychosozialen Kompetenz; Befähigung zur Fortsetzung der beruflichen Ausbildung.	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische Behandlung; Beratung des ambulanten Betreuungssystems und der Familie; Schulung und Aufklärung der Bezugspersonen; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; funktionelle Therapien; Entwicklungstherapie	In diesen Behandlungsbereich sind Erwachsene mit Intelligenzminderung aller Schweregrade einzugruppieren. Voraussetzungen für die tagesstationäre Behandlung sind: Fähigkeit des Patienten zur Mitwirkung in der Behandlung ein ausreichend belastbares soziales Umfeld die vorhandene Bereitschaft und Fähigkeit der ambulanten Bezugspersonen aus dem unmittelbaren Lebensumfeld (z. B. Einzelfallhelfer, Wohngruppenbetreuer, Werkstattbetreuer, Familienangehörige) zur aktiven Mitwirkung bei der Behandlung ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden. Die tagesklinische Behandlung	Patient 23 Jahre, leichte Intelligenzminderung, emotionales Entwicklungsalter 2-3 Jahre. Im 2. Lebensjahr aufgrund der schweren Verhaltensauffälligkeiten mit raptusartigen Erregungsdurchbrüchen und schwerer Fremdverletzung der Eltern ins Heim gekommen. Jetzt sehr aufmerksamkeitssuchend und psychomotorisch unruhig sowie Sach- und Fremdaggression. Werkstattplatz aufgrund der hohen Betreuungsintensität und aggressiven Verhaltensweisen wiederholt gekündigt. Ein pädagogisch-therapeutisches Rahmenkonzept mit klarer Tagesstruktur, Bestätigung der Person, Skillstraining, Verlängerung der Konzentrationsphasen, Schulung des Umfelds in Deeskalation und Bewegungsangeboten.	F70-F73 leichte bis schwerste IM mit anhaltender Symptomatik infolge einer psychischen Erkrankung und/oder einer schweren Verhaltensauffälligkeit.

					kann integriert im vollstationären Bereich oder in einer Tagesklinik erfolgen. Tagesklinische Behandlung ermöglicht einen schnellen Transfer von Therapieerfolgen ins psychosoziale Umfeld, vor allem durch den engen Kontakt und regelmäßigen Austausch zwischen Therapeuten und Bezugspersonen.		
		I 9 Stationsäquivalente Behandlung	Kranke, die eine stationsäquivalente Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen.				

Begründung:

Aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen, der Entwicklungsverzögerung, der häufigen somatischen Komorbiditäten und der häufigen sensorischen Beeinträchtigungen sind – in Analogie zur Gerontopsychiatrie und KJP – spezifische Behandlungsbereiche zu definieren. Vgl. dazu auch Begründung zu I Allgemeines und § 3 Behandlungsbereiche Absatz 1.

Behinderung ist nicht gleich Behinderung. Die hier definierten Behandlungsbereiche liefern erstmalig eine sehr differenzierte Eingruppierungsstruktur für Personen mit kognitiver Beeinträchtigung (synonym: Intelligenzminderung; geistiger Behinderung) unterschiedlicher Schweregrade und ggf. zusätzlicher Körperbehinderung. Dies liefert die Voraussetzung für eine bedarfsgerechte stationär psychiatrische Versorgung dieser Patientengruppe, die die jeweiligen Behandlungsbedarfe berücksichtigt und dem ggf. vorliegenden Mehrbedarf Rechnung trägt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

1.14	DGSGB	*Zu Anlage 2: Minutenwertetabellen* *Die DGSGB schlägt für die o.g. Behandlungsbereiche folgende Minutenwerte vor:*	*DKG: Aus den im Kommentar der DKG zu Zeilennr. 13.3 [alt] aufgeführten Gründen wird von der Aufnahme eines neuen Behandlungsbereichs innerhalb der ersten Stufe, die ab dem 1. Januar 2020 zum Tragen kommt, abgesehen. Die Einführung eines neuen Behandlungsbereichs inkl. neuer Minutenwerte würde zudem eine Auswirkungsanalyse in der Praxis erfordern.* *GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.*

Minuten neu	Behandlungs-bereich	Ärzte	Pflege-dienst	Dipl./MA Psych.	Be-weg.-Th. Etc.	Sozial-arb./Heil-päda-goge	Ergo- und Krea-tivth.
Intelligenzminderung							
Regelbehandlung	I1	256	670	99	40	76	135
Intensivbehandlung	I2	291	1.977	59	75	97	300
Langdauer. Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	I4	327	1.691	89	92	131	278
Psychotherapie	I5	255	609	250	28	204	136
Tagesklinik[12]	I6	247	761	182	63	133	128

[12] Die I6 Minutenwerte entsprechen den Werten der KJP. Hier liegen keine eigenen Minutenanalysen vor.

Begründung:

Grundlage der Minutenwerte für I1, I2, I4 und I5 ist eine Minutenanalyse im Berliner Behandlungszentrum für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen am Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge. Dabei hat im Jahr 2017 jede Berufsgruppe für jeden Patienten für 2 Wochen die benötigten Minutenwerte dokumentiert. 2018 fanden an allen 4 Stichtagen erneute Minutenanalysen vor dem Hintergrund der neu definierten Behandlungsbereiche I1-I5 statt, die in die final dargestellten Werte eingeflossen sind. Es ist zu berücksichtigen, dass die Minutenwerte unter der ggw. in der Psych-PV vorgesehenen Personalausstattung ermittelt wurden. Dies führte zu vergleichsweise niedrigen Minutenwerten im Behandlungsbereich I1 (Regelbehandlung), und zwar über alle Berufsgruppen hinweg. Dies ist dadurch erklärbar, dass das vorhandene Personal am ehesten bei den – im Vergleich zu den anderen Behandlungsgruppen – am wenigsten kranken bzw. schwer behinderten Personen die Zeit eingespart hat, die bei den schwerer

		Kranken bzw. betroffenen Personen noch dringender erforderlich war. Aus Sicht der DGSGB ist daher – außer beim ärztlichen Personal – voraussichtlich eine Verdopplung der Minutenwerte der anderen Berufsgruppen erforderlich. Eine weitere Anpassung der Minutenwerte sollte daher nach Einführung der behindertenspezifischen Behandlungsbereiche und Anpassung der Personalausstattung erfolgen. *Die I6 Minutenwerte entsprechen den Werten der KJP, der die bereits in den 90iger Jahren aufgestellte Forderung der Bundesdirektorenkonferenz aufgreift, die Psych-PV KJP für diesen Personenkreis zu verwenden. Hier liegen keine eigenen Minutenanalysen vor.* *Bei den abgegebenen Minutenwerten ist entsprechend der aktuellen geltenden Psych-PV der „Sockelbetrag“ beim Pflegepersonal abgezogen. Dieser müsste ggf. hinzuaddiert werden (278 min/Behandlungsbereich).* *Die Minutenwerte wurde entsprechend der im aktuellen Beschlussentwurf aufgeführten Aufgabenbereiche (Anlage 4/5; Seiten 71-80 im Beschlussentwurf) ermittelt. Details für die verschiedenen Behandlungsbereiche und Berufsgruppen sind in den folgenden Tabellen zusammengefasst:* *Ärztlicher Dienst:*	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Regelaufgaben Ärztlicher Dienst *Bearbeitungsstand Spalte PPV/Patient: 13. Juli 1990*	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient
		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche
	Regel-behandlung	Regel-behandlung	Intensiv-behandlung	Intensiv-behandlung	Schwer-kranke	Schwer-kranke	Psycho-therapie	Psycho-therapie
	A1	A1	A2	A2	A4	A4	A5	A5
Angenommene Rechengrößen:								
- Tagesdienst 38,5 Stunden/Woche								
- Bezugsgröße: Spalte PPV/Patient 18 Patienten,	23	23	10	10	1	1	2	2
- Behandlungsdauer durchschnittlich in Tagen	35	21	21	42	39	26	90	28
- Wochen	5	3	3	6	6	4	13	4
Ärzte im Stationsdienst								
1. Medizinisch-psychiatrische Grundversorgung								
2. Einzelfallbezogene Behandlung								
Zwischensumme	48	59	64	60	37	71	44	71
3. Gruppentherapie								
Zwischensumme	18	15	17	0	28	0	16	0
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten								
Zwischensumme	30	19	40	17	20	17	18	17
Summe "Ärzte im Stationsdienst"	174	223	220	251	108	282	115	212
Oberärzte								
1. Stationsbezogene Tätigkeiten								
Zwischensumme	22	23	28	32	17	37	30	34
2. Stationsübergreifende Tätigkeiten								
Zwischensumme	7	7	7	7	4	7	7	7
3. Außenkontakt								
Zwischensumme	4	4	2	2	3	2	2	2
Summe "Ärzte im Oberarztdienst"	33	34	37	40	24	45	39	43
Summe Ärztlicher Dienst	**207**	**256**	**257**	**291**	**132**	**327**	**154**	**255**

Pflegedienst:

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Regelaufgaben "Pflegepersonal" Bearbeitungsstand Spalte PPV/Patient: 13. Juli 1990	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient
		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche
	Regel-behandlung	Regel-behandlung	Intensiv-behandlung	Intensiv-behandlung	Schwer-kranke	Schwer-kranke	Psycho-therapie	Psycho-therapie
	A1	A1	A2	A2	A4	A4	A5	A5
Angenommene Rechengrößen:								
- Tagesdienst 14 Stdn. und eine 1/2 Stunde Übergabe								
- Bezugsgröße: 18 Patienten	23	23	10	10	1	1	2	2
- Behandlungsdauer durchschnittlich in Tagen	35	21	21	42	39	26	90	28
- Woche	5	3	3	6	6	4	13	4
1. Allgemeine Pflege								
Summe "Allgemeine Pflege"	172	345	288	1.069	220	1.160	288	231
2. Spezielle Pflege								
2.1 Somatische Pflege								
Summe "Somatische Pflege"	113	139	176	228	101	210	14	120
2.2 Psychiatrische Pflege								
2.2.1 Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung								
Zwischensumme "Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung"	208	239	540	720	280	368	176	358
2.2.2 Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung								
Zwischensumme „Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung"	135	65	60	54	170	54	93	30
Summe „Psychiatrische Pflege"	343	303	60	774	170	422	93	387
2.3 Visiten des Arztes								
Visiten etc.	25	33		42		42		33
Summe "Spezielle Pflege"	480	475	276	1.043	288	673	117	540
3. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten								
3.1. Therapie- und Arbeitsbesprechungen								
Summe „Therapie- und Arbeitsbesprechungen"	148	72	235	85	173	85	86	86
3.2. Stationsorganisation								
Summe „Stationsorganisation"	56	56	57	57	51	51	31	31
Tätigkeiten"	203	128	292	142	224	136	116	117
Zusammen	**855**	**948**	**1.395**	**2.255**	**1.012**	**1.969**	**475**	**887**
abzüglich Basiswert ("Sockel")	278	278	278	278	278	278	278	278
verbleiben je Woche und Behandlungsbereich	**578**	**670**	**1.118**	**1.977**	**734**	**1.691**	**198**	**609**

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Die Angaben für den Pflegedienst beziehen sich nur auf den Tagdienst.

Medizinisch-technischer Dienst:

Regelaufgaben Medizinisch-Technischer-Dienst Bearbeitungsstand Spalte PPV/Patient: 13. Juli 1990	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient
		Min/ Woche		Min/ Woche		Min/ Woche		Min/ Woche
	Regel-behandlung	Regel-behandlung	Intensiv-behandlung	Intensiv-behandlung	Schwer-kranke	Schwer-kranke	Psycho-therapie	Psycho-therapie
	A1	A1	A2	A2	A4	A4	A5	A5
Angenommene Rechengrößen:								
- Tagesdienst 38,5 Stunden/Woche								
- Bezugsgröße: 18 Patienten	23	23	10	10	1	1	2	2
- Behandlungsdauer durchschnittlich in Tagen	35	21	21	42	39	26	90	28
- Woche	5	3	3	6	6	4	13	4
Dipl.-Psychologen								
1. Klinisch-psychologische Grundversorgung								
Zwischensumme	8	52	10	58	21	77	28	110
2. Einzelfallbezogene Behandlung								
Zwischensumme	7	23	-	0	14	0	44	99
3. Gruppentherapie								
Zwischensumme	10	20	-	0	10	0	16	25
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten								
Zwischensumme	4	4	2	2	12	12	18	17
Summe "Dipl.-Psychologen"	**29**	**99**	**12**	**59**	**57**	**89**	**107**	**250**

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten und Physiotherapeuten									
1. Grundversorgung									
Zwischensumme	6	1	6	1	2	1	5	1	
2. Einzelfallbezogene Behandlung									
Zwischensumme	4	12	7	68	3	72	7	10	
3. Gruppentherapie									
Zwischensumme	13	23	10	0	17	15	13	10	
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten									
Zwischensumme	5	5	6	6	4	4	7	7	
Summe "Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten und Physiotherapeuten"	**28**	**40**	**29**	**75**	**27**	**92**	**31**	**28**	
Sozialarbeiter und Sozialpädagogen									
1. Sozialpädagogische Grundversorgung									
Zwischensumme	13	19	14	43	3	67	3	61	
2. Einzelfallbezogene Behandlung und sozialpädagogische Behandlung									
Zwischensumme	31	2	28	33	20	50	9	100	
3. Gruppenbezogene Behandlung									
Zwischensumme	14	36	13	3	25	3	-	40	
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten									
Zwischensumme	19	19	18	18	11	11	2	2	
Summe "Sozialarbeiter und Sozialpädagogen"	**76**	**76**	**74**	**97**	**59**	**131**	**14**	**204**	

Funktionsdienst:

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Regelaufgaben Funktionsdienst Bearbeitungsstand Spalte PPV/Patient: 13. Juli 1990	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient
		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche
	Regel-behandlung	Regel-behandlung	Intensiv-behandlung	Intensiv-behandlung	Schwer-kranke	Schwer-kranke	Psycho-therapie	Psycho-therapie
	A1	A1	A2	A2	A4	A4	A5	A5
Angenommene Rechengrößen:								
- Tagesdienst 38,5 Stunden/Woche								
- Bezugsgröße: 18 Patienten	23	23	10	10	1	1	2	2
- Behandlungsdauer durchschnittlich in	35	21	21	42	39	26	90	28
- Woche	5	3	3	6	6	4	13	4
1. Grundversorgung								
Zwischensumme	3	1	3	1	3	1	2	0
2. Einzelfallbezogene Behandlung								
Zwischensumme	11	0	18	205	11	205	4	0
3. Gruppentherapie								
Zwischensumme	80	105	68	68	72	45	70	110
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten								
Zwischensumme	29	29	27	27	27	27	26	26
Summe "Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Ergotherapeuten)"	**122**	**135**	**117**	**300**	**113**	**278**	**103**	**136**

Der Mehraufwand ergibt sich aus den Kommunikationseinschränkungen (einfache Sprache, längere Antwortlatenzen, mehr Zeit für Antworten/Fragen/Diskussion, nonverbaler Kommunikationsmethoden, Bildmaterialien), dem verlangsamten Lernen (Verständnisüberprüfung und Wiederholungen erforderlich, mehr Therapieeinheiten), den aufwändigeren Methoden, z. B. Rollen-spiele, Lernen am Modell, körper- und erlebnisorientierte Methoden, den kleineren Gruppen und mehr Einzeltherapie, der Notwendigkeit zur intensiven Einbeziehung der Bezugspersonen mit Vor- bzw. Nachgesprächen, Schulungen, individuellen Informationsgespräche mit Teams/Familien, dem erhöhter Unterstützungsbedarf (Begleitung Toilettengänge…), der Beachtung Komorbiditäten (sensorische Einschränkungen, Epilepsie, Autismus…) und der niedrigen Selbstregulation und der damit verbundenen erhöhten Anzahl von Krisen & Konflikte. Für die einzelnen Berufs-gruppen ist der Mehraufwand bei Menschen mit Behinderungen ausführlich unter 2. § 3 Behandlungsbereiche Absatz (1) aufgeführt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

2.	**Der Bundesbeauftragte für die Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), 28. August 2020**		
2.1	BfDI	Bereits im vergangenen Jahr habe ich im Rahmen des damaligen Stellungnahmeverfahrens empfohlen, aufgrund der Vielzahl der Freitextfelder in Anlage 3 - „Checkliste für das Nachweisverfahren und Strukturabfrage gemäß der PPP-RL“ einen zusätzlichen Ausfüllhinweis aufzunehmen, dass keine personenbezogenen Daten, sondern ausschließlich statistische Angaben in der Checkliste zu treffen sind. Erfreut habe ich zur Kenntnis genommen, dass dieser Empfehlung gefolgt wurde und die Formulierung „Ausfüllhinweis: Es sind keine personenbezogenen Daten anzugeben.“ im vorliegenden Entwurf enthalten ist. Allerdings empfehle ich, diesen Hinweis im Text optisch hervorzuheben (durch einen deutlichen Absatz oder Fett-Druck) und diesen um den Hinweis, dass lediglich statistische Angaben zu machen sind, zu ergänzen. Darüber hinaus gebe ich keine Stellungnahme ab.	Der Hinweis wurde umgesetzt. PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen.
3.	**Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK), 28. August 2020**		
3.1	BDK	Der Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK) e.V. begrüßt ausdrücklich die Initiative des Gesetzgebers, die Sicherung der Qualität der Versorgung über eine Richtlinie zur Personalausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken vorzunehmen. Mit Datum vom 11.07.2019 hat die BDK bereits Stellung genommen zur Erstfassung der sogenannten PPP-RL, die nach unserer Einschätzung unverändert weit hinter den Erwartungen aller klinisch tätigen Experten zurückbleibt und der Forderung nach mehr Zeit für Patient*innen und einem Abbau der Bürokratie nicht gerecht wird (s. Anlage 1). Die gemeinsamen Kernpositionen zum substantiellen Änderungsbedarf der Richtlinie wurden von einer Vielzahl an Fachgesellschaften und Verbänden konsentiert und bereits im letzten Jahr publiziert (s. Anlage 2).	Kenntnisnahme. PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen. DKG: Wir danken für die erneute Übersendung der Stellungnahme zur Erstfassung der PPP-RL. Die darin aufgeführten Punkte sind großteils nicht Gegenstand des aktuellen Beschlussentwurfs. Wir teilen jedoch weiterhin z. Bsp. die Auffassung,

		Die BDK nimmt nun entsprechend der Aufforderung des G-BA vom 20.08.2020 Stellung zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL}: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen. Unter Berücksichtigung der vorgenannten prinzipiellen Kritikpunkte an der PPP-RL nehmen wir zu folgenden weiteren Aspekten Stellung:	dass die Kliniken ausreichend Flexibilität benötigen, um unter Berücksichtigung der von der BDK aufgeführten Sachverhalte den Personaleinsatz eigenverantwortlich planen zu können. Der Personaleinsatz sollte nicht verpflichtend stationsorientiert, sondern anhand des Patientenbedarfs geplant werden. Weiterhin ist auch aus Sicht der DKG in Anbetracht der veralteten Psych-PV (nicht mehr mit der Versorgungsrealität übereinstimmende Behandlungsbereiche, -kategorien, Minutenwerte und Regelaufgaben) die Entwicklung eines zukunftsorientierten Personalbemessungsinstrumentes erforderlich, welches dann als Grundlage zur Festlegung von Mindestvorgaben herangezogen werden muss.
3.2	BDK	§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich Bei der Verabschiedung der Erstfassung der Richtlinie vom 19.09.2019 waren die ausgesprochen ungewöhnlichen und unerwarteten Herausforderungen des Jahres 2020 mit Eintritt einer weltweiten Pandemie nicht vorstellbar. 2020 sollte als Jahr dazu dienen, sich mit den Inhalten der PPP-RL vertraut zu machen und die Mindestanforderungen an die Personalausstattung sicherzustellen. Darüberhinausgehende Sanktionsmaßnahmen sollten in 2020 konkretisiert werden.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.

		Am 27.03.2020 hat der G-BA beschlossen, dass vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie die Nachweispflichten gern. § 11 PPP-RL zum 31.12.2020 keine Anwendung finden. Ziel war die Entlastung der Krankenhäuser, die sich bundesweit erheblichen Umstrukturierungsund Prozessoptimierungsmaßnahmen gestellt haben, um auch in der Pandemie die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen zu gewährleisten. Der sogenannte COVID-19 Beschluss des G-BA war hierfür wesentlich, er war zielführend und wurde uneingeschränkt begrüßt von sämtlichen Verbänden psychiatrischer Kliniken und Abteilungen. Vor diesem Hintergrund verschieben sich sämtliche in der Richtlinie festgelegten Fristen um ein Jahr: • § 1 Abs. 3 2022(statt 2021) • § 10 Abs. 3 (Übermittlung der Nachweise erstmals zu Beginn des Jahres 2022) • § 16 Abs. 1 Erfüllung der Mindestvorgaben nach § 6 ab dem 01 .01 .2025, Erfüllung zu 90 % in 2023 und entsprechend um jeweils ein Jahr verzögert in Abs. 2, Abs. 3, Abs. 4 und Abs.5. Begründung: Wie bereits oben angeführt ist das Jahr 2020 als Referenzwert nicht nutzbar. Weitreichende Umstrukturierungs- und Separationsnotwendigkeiten haben neben stark schwankenden Belegungsraten zu erheblichen personellen Verschiebungen geführt, die durch Quarantäneregelungen für Mitarbeitende noch weiter verschärft wurden.	DKG: Zu § 1 Abs. 3 und § 10 Abs. 3: Die Weiterentwicklung der Richtlinie soll schnellstmöglich vorgenommen werden (§ 14 Absatz 2). Als Grundlage zur Weiterentwicklung kann jedoch erst das Erfassungsjahr 2021 dienen. Vor diesem Hintergrund sollen die Nachweise des Jahres 2021 bereits unterjährig übermittelt werden. Zu § 16 Abs. 1: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Der GKV-SV möchte eine qualitativ hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung gewährleisten. Deshalb lehnt er die hier geforderte Ausweitung des Covid-19-Beschlusses des G-BA ab, da sie zu einer weiteren Verzögerung

			bei der Umsetzung der Mindestpersonalausstattung führt. Folgt man dieser Logik, wird erstens ein volles wertvolles Jahr für die Überarbeitung der RL verloren und zweitens ein volles wertvolles Jahr für die Erreichung der Mindestvorgabe. Dies hat der G-BA mit dem sogenannten Covid-19 Beschluss nicht intendiert. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erklärung zur Aussetzung von QS-Anforderungen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie vom 27.03.2020 setzt für diverse QS-Richtlinien (u.a. auch die PPP-RL) die Nachweispflichten bis zum 31.12.2020 vorübergehend aus. Mit der Aussetzung der Nachweispflichten bis zum 31.12.2020 ist für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen eine Behandlung in 2020 auch ohne Erfüllung der Mindestvorgaben zulässig, so wie es die Pandemie erfordert. Die Vorgaben in den §§ 6 und 7, nach denen das Krkh auch in 2020 verpflichtet ist, laufend seine Leistungen und sein Personal zu dokumentieren,

			wurden nicht aufgehoben. Eine Übersendung der Nachweise für das Jahr 2020 zum 30. April 2021 ist daher von den Einrichtungen - so wie in der RL-PPP geregelt- vorzunehmen. Die Nachweispflichten ab dem 01.01.2021 sind ebenfalls nicht ausgesetzt. Eine Übersendung der Nachweise für das Jahr 2020 zum 30. April 2021 ist daher von den Einrichtungen - so wie in der RL-PPP geregelt, vorzunehmen. Bezüglich der geschilderten Reduzierung der Patientenzahlen in 2020 kann die quartalbezogenen Auswertung der Daten 2020 Abhilfe schaffen. Der GKV-SV geht davon aus, dass im ersten, dritten und vierten Quartal 2020 diesbezüglich realistische Zahlen zu erwarten sind. Andere Kennzahlen wie etwa die Qualifikation des Personals werden von den Auswirkungen der Corona-Pandemie nicht beeinflusst. Hier ist auch die ganzjährige Auswertung zielführend. Zudem können bei aller gebotenen Vorsicht bei veränderter Betrachtungsweise nach § 16 Abs. 3 der RL

			auch Teildaten aus dem Jahr 2020 als Referenzwerte für das Folgejahr verwendet werden. Eine Anpassung der RL kann damit in 2021 erfolgen. Damit wird ein volles wertvolles Jahr für die Überarbeitung der RL verloren. Die Übergangszeit für die Erfüllung der Mindestvorgaben nach § 16 Abs. 1 aufgrund des COVID-19-Beschlusses um jeweils ein Jahr nach hinten zu verschieben, lässt sich bei derart langfristigen Übergangszeiten nicht erschließen. Ebenso wenig wie die um ein weiteres Jahr nach hintern verschobene verpflichtende Meldung der Einrichtungen bei Nichterfüllung der RL. Gerade die letzten Punkte sind aus Sicht der Qualitätssicherung inakzeptabel.
3.3	BDK	§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen In der Erstfassung der Richtlinie wurden in § 5 die Berufsgruppen definiert, die bei der Ermittlung der Mindestvorgaben Berücksichtigung finden. Im aktualisierten Beschlussentwurf sind nun in § 8 Abs. 5 neben den Fachkräften auch Hilfskräfte genannt, die im begrenzten Umfang angerechnet werden können.	§ 8 Absatz 5 wurde um Hilfskräfte ergänzt. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.

		Die BDK spricht sich deshalb dafür aus, § 8 Abs. 5 um den Begriff der Hilfskräfte zu ergänzen und die von Seiten der DKG vorgeschlagenen prozentualen Anteile anzurechnen. Insbesondere für die kleineren Einrichtungen, wie z.B. die Tageskliniken oder Gemeindenahen Abteilungspsychiatrien, sollte in jeder Berufsgruppe mindestens ein halbes Vollzeitequivalent angerechnet werden können. Begründung: Schon vor Inkrafttreten des PsychWG konnte anhand von Tätigkeitsanalysen eine erhebliche Zunahme von patientenfernen Tätigkeiten für Dokumentation und Administration belegt werden: Für pflegerische Tätigkeiten um den Faktor 3 (Hodek et al. 2011), im Ärztlichen Dienst liegt der Anteil der Arbeitszeit bei mehr als 35 %, das sind mehr als 3h täglich (Blume et al. 2018; Putzhammer et al. 2006). Nach der Einführung des PEPP-Systems hat sich dies weiter verschärft, die Notwendigkeit der Dokumentation der Leistungseinheiten als Basis der OPS-Codes hat dazu geführt, dass vermehrt nicht PPP-RL-relevantes Personal, wie z.B. Stationssekretärinnen, Kodierkräfte oder Medizinische Fachangestellte zum Einsatz kommen, um die Patientenversorgung unter den vorgenannten Bedingungen aufrechterhalten zu können. Der zunehmende Fachkräftemangel insbesondere im Ärztlichen Dienst und die zu verzeichnende Zunahme von nicht-muttersprachlichen Ärzt*innen auch in der psychiatrischen Versorgung hat den Bedarf an Unterstützern des Ärztlichen Dienstes deutlich erhöht (z.B. durch Oberarztassistenzen, Arzthelferinnen oder physician assistants).	
3.4	BDK	§ 10 Ausnahmetatbestände Die Formulierung in Abs. 1 Pkt. 2 sollte wie folgt geändert werden: 2. bei einer kurzfristig stark erhöhten Anzahl von Behandlungstagen bei Patient*innen im Rahmen einer Notfallbehandlung, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 110 % des Umfangs des Vorjahres) hinausgehen.	Diese Anmerkung bezieht sich nicht auf eine aktuelle Richtlinienänderung. Absatz 1 wurde nicht geändert. Nichtsdestotrotz wird diese Anmerkung bezüglich der Notfallbehand-

		Begründung: Die in Abs. 1 Pkt. 2 genannte kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen bei Patient*innen mit gesetzlicher Unterbringung kann nicht als relevante Größe für einen Ausnahmetatbestand herangezogen werden. Der Anteil der Patient*innen mit Notfallbehandlungen macht ca. 70 % der Aufnahmen in einer psychiatrischen Klinik oder Abteilung aus. Hiervon ist lediglich ein kleiner Anteil gesetzlich untergebracht gern. PsychKG oder nach dem Betreuungsrecht. Moderne psychiatrische Behandlung beinhaltet neben vielem Anderen auch die Begegnung auf Augenhöhe und die Stärkung einer partizipativen Entscheidungsfindung. Hierdurch gelingt es in vielen Fällen selbst bei Notfallbehandlungen auf eine gesetzliche Unterbringung zu verzichten. Dennoch kann es mitunter zu nicht steuerbaren Belegungsspitzen durch Notfallbehandlungen kommen, ohne dass sich der Anteil der untergebrachten Patient*innen erhöht. Des Weiteren ist der in Abs. 2 genannte Kalendermonat als Bezugsgröße nicht zielführend, da sich weder kurzfristig krankheitsbedinge Persona/ausfälle noch kurzzeitig stark erhöhte Notfallbehandlungen an die Kalendermonatsgrenze halten. Wir sprechen uns hier für den Formulierungsvorschlag der DKG aus.	lungsspitzen in der folgenden Überarbeitung der Richtlinie geprüft werden. GKV-SV: Dies scheint ein Missverständnis zu sein. Gerade für kurzfristige Ausnahmetatbestände ist der Monat als Zeiteinheit zielführender als das Quartal.
3.5	BDK	§ 11 Nachweisverfahren Wie bereits in unserer Stellungnahme zur Erstfassung der PPP-RL ausgeführt sehen wir eine erhebliche Gefahr in der kleinteiligen Nachweispflicht mit Monats- und Stationsbezug (PPP-RL Anlage 3 Teil B) bzw. Standort und Quartalsbezug (PPP-RL Anlage 3 Teil A). Durch den hohen Anteil von Akut- und Notfallbehandlungen sind Einsatzplanungen mit starrem Stations- und Monatsbezug, insbesondere bei nicht Ausnahmetatbestandrelevanten Personal- und Belegungsschwankungen, nicht zu managen. Innovative Versorgungsmodelle wie z.B. integrierte tagesklinische Behandlungen, ACT-Behandlungen im häuslichen Umfeld oder ambulante Intensivbehandlungen lassen den Stationsbezug als relevante Größe nicht mehr zu. Die Gefahr von Personalallokationen im stationären	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. *Antwort des GKV-SV und PatV in **2019** zum gleichen Sachverhalt:* Diese Anmerkung zum Nachweis bezieht sich nicht auf eine aktuelle Richtlinienänderung in § 11. Gleichwohl möchten wir Folgendes antworten:

		Bereich mit Ausbluten von stationsungebundenen Leistungen entsprechen nicht der Intention des Gesetzgebers, der an verschiedenen Stellen die Bedeutung Sektor-übergreifender Behandlungsangebote für schwer psychisch kranke Menschen unterstreicht. Die im vorliegenden Beschlussentwurf komplexen, im Hinblick auf Zeit und Bezug kleinteiligen, Personalnachweise führen zu einem Erstarren des psychiatrischen Versorgungssystems im Krankenhaus. Der nunmehr vorliegende Beschlussentwurf mit weitreichenden Sanktionierungen mit Vergütungswegfall, wie sie vom GKV-Spitzenverband in § 3 Abs. 3 ff aufgeführt werden, ist rundum abzulehnen. Begründung: Zusammen mit den vorgenannten Fehlanreizen für eine Personalallokation in der stationären Versorgung und den erheblichen finanziellen Einbußen sehen wir ein hohes Risiko für all jene psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungspsychiatrien, die aufgrund von Fachkräftemangel, aufgrund ihrer besonderen regionalen Verortung oder aufgrund von erheblichen Belegungsschwankungen über einen längeren Zeitraum nicht in der Lage sind, den Mindestanforderungen Folge zu leisten. Dies kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein!	*Wir unterstützen bereichs- und sektorenübergreifende Versorgung wie die Integrierte Versorgung nach §140a SGB V und die Modellversorgung nach §64b SGB V. Der Personaleinsatz über Stationen und Standorte hinweg ist entsprechend an keiner Stelle der Richtlinie ausgeschlossen. Auch die Bildung von Standortübergreifenden Teams ist möglich.* *Insgesamt ermöglicht die PPP-RL durch den Quartals- und Fachgebietsbezug eine hohe Flexibilität und bedarfsorientierte Leistungserbringung.* *Der Stationsbezug im Nachweis dient dem Patientenschutz und ist nicht mit dem Sanktionssystem verknüpft. Mit dem Stationsbezug im Nachweis wird sichergestellt, dass die einrichtungsbezogene Messung der Mindestpersonalausstattung nicht dazu führt, dass besonders sensible Versorgungsbereiche wie z.B. die Gerontopsychiatrie oder Intensivversorgungsbereiche nicht dauerhaft personell unterversorgt werden, wie dies in der Vergangenheit häufig der Fall war. Denn ein Einrichtungsbezug bei der Einhaltung der Mindestvorgaben*

			kann theoretisch dazu führen, dass manche Einheiten sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Dies wäre eine Unterversorgung und Gefährdung der Patientinnen und Patienten in den schlecht ausgestatteten Bereichen, die nicht zu vertreten ist. *Der Wunsch, (zeitlich) nicht zu kleinteilig zu erfassen, muss vor dem Anliegen relativiert werden, dass eine Nichterfüllung auch über begrenzte Zeitabschnitte vorliegen kann und dann über das Jahr statistisch nicht ins Gewicht fällt. Für die Patienten ist jedoch nicht der Jahresdurchschnitt relevant, sondern die Versorgungsqualität in der jeweiligen Situation.*
3.6	BDK	§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben Die BDK spricht sich auch weiterhin gegen belegungs- und vergütungsrelevante Durchsetzungsmaßnahmen aus und fordert einen gestuften Beratungsprozess (s. a. Anlage 1). Begründung: Dem Bundesgesundheitsministerium, welches darauf hingewiesen hat, dass die Folgen von Nichteinhaltung der Mindestvorgaben im Verhältnis sein müssen, wird aus unserer Sicht durch den vorgelegten Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes nicht Folge geleistet.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Die vom BDK dargestellten Folgen bei Nichteinhaltung ergeben sich nur bei einer dauerhaften Unterschreitung der Mindestvorgaben. In der Einführungsphase ist das Niveau nochmals auf 85 bzw. 90 % herabgesetzt. Bei einer dauerhaften Unterschreitung dieser bereits reduzierten

		Im Gegensatz zur somatischen Medizin, wo lediglich für spezialisierte Behandlungsleistungen besondere Mindestanforderungen gestellt werden, würde durch den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes nicht spezielle Behandlungseinheiten, sondern die gesamte psychiatrische Versorgung von der Schließung bedroht werden bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen. In § 13 schlägt die DKG vor, dass auf der Ortsebene zwischen Krankenhaus und an den Budgetverhandlungen beteiligte Krankenkassen (Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG) einerseits eine Budgetvereinbarung treffen und andererseits Durchsetzungsmaßnahmen umsetzen bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen. Neben einem Dialog und der Prüfung von Verbesserungspotentialen wird der Vergütungswegfall berechnet und mit einem Eurobetrag belegt. Aus Sicht der BDK wird hierdurch einerseits die inhaltliche Weiterentwicklung zur Verbesserung der Personalausstattung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und Abteilungen befördert und andererseits die Nichteinhaltung von Mindestanforderungen sanktioniert, wie vom Gesetzgeber gefordert.	Mindestvorgaben ist eine qualitätsgemäße Leistungserbringung nicht mehr zu erwarten und eine massive Patientengefährdung wahrscheinlich.
3.7	BDK	Aus unserer Sicht ist es dabei aber zwingend erforderlich, dass ein über die Mindestvorgaben hinausgehendes Plus von 5-10 % in allen Berufsgruppen gesichert refinanziert wird, um einerseits Schwankungen in der Belegung, die nicht das Ausmaß eines Ausnahmetatbestandes haben, und kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle ausgleichen zu können, ohne dass die Kliniken und Abteilungspsychiatrien in eine finanzielle Abwärtsspirale eintreten.	Dank und Kenntnisnahme. Eine verbindliche Vorgabe zur Höhe des zusätzlich zu den Mindestvorgaben zu finanzierenden Personals im Rahmen der Budgetverhandlungen liegt außerhalb der Regelungskompetenz des G-BA. Eine Finanzierungsverpflichtung über das absolute Niveau der Mindestpersonalvorgabe ist bereits gesetzlich in der Bundespflegesatzverordnung vorgesehen und vom Gesetzgeber im Zusammenhang der

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			Einführung der PPP-RL nochmals konkretisiert wurden.
3.8	BDK	Anlage 1: Stellungnahme vom 11.07.2019 zur Erstfassung *Als Verband der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (Bundesdirektorenkonferenz, BDK) lehnen wir den vorliegenden Beschlussentwurf grundsätzlich ab, da er weder dem gesetzlichen Auftrag einer Maßnahme zur Sicherung der Qualität gerecht wird, noch die gesetzlich geforderte Umsetzung einer leitlinienorientierten Behandlung und damit die namentlich im Psych- VVG genannte Weiterentwicklung der Versorgung befördert. Mehr als 3 Jahre nach Inkrafttreten des PsychVVG bleibt die vorliegende Personalrichtlinie PPP weit hinter den Erwartungen aller klinisch tätigen Experten zurück: die in Auftrag gegebene Erhebungsstudie hat bis zum heutigen Zeitpunkt keinerlei verwertbare Daten geliefert, die Erkenntnisse aus den verschiedenen Expertenrunden finden in der Richtlinie keine Berücksichtigung und das Studium der nationalen und internationalen Literatur zum Thema Personalmindestvorgaben blieb ebenfalls ergebnislos. Auf die Einsetzung einer von Anfang an von vielen klinisch tätigen Wissenschaftlern geforderte Expertenkommission wurde verzichtet und zuletzt wurden im Stellungnahmeverfahren die für die klinische Praxis in den psychiatrischen Kliniken relevanten Verbände weitestgehend ausgeschlossen. Statt der Umsetzung eines zukunftsträchtigen Personalbemessungskonzeptes wird die verbindliche Umsetzung einer 30 Jahre alten Verordnung empfohlen. Die einzige Innovation besteht in der massiven Steigerung der Nachweispflichten für die Struktur der behandelten Patienten und des vorgehaltenen Personals, d.h. mehr Dokumentationsaufwand und ein deutlicher Eingriff in einen flexiblen Personaleinsatz.*	***[Auswertung des G-BA aus 2019 (im Folgenden grau hinterlegt):]*** *[Link zum Ende der Stellungnahme aus 2019]* *GKV-SV: Der BDK verkennt bei seiner Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzel-psychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung*

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen. *DKG: Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf. Die Problematik wird durch eine Mindestvorgabe in Höhe von 80 % der gemäß § 6 Abs. 1 bis 4 ermittelten Personalstellen und mit dem Hinweis in § 2 Abs. 1, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann, adressiert. Daher ist in den Vereinbarungen auf der Ortsebene gemäß § 6 Abs. 7 das Personal gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind, um eine*

			leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen. Bei den Budgetvereinbarungen auf der Ortsebene sind neben den Mindestvorgaben entsprechend der 80 %-Psych-PV um die Ausfallzeiten und um weitere für eine leitliniengerechte Versorgung notwendigen Personalstellen zu erhöhen. Auf diese Weise und durch den Jahres- und Einrichtungsbezug bezüglich der Einhaltung der Mindestvorgabe, sowie die Stichtagsbezogene Einstufung der Patienten soll den Einrichtungen einen ebenso flexiblen Personaleinsatz wie bisher ermöglichen und auch die zusätzlichen Dokumentationsaufwände möglichst gering halten. Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienauswertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise. Die Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der RL-PPP festzulegenden Mindestpersonalvorgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung

			der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist so zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt. *PatV/DPR: Es wird bedauert, dass die Vorschläge der Patientenvertretung in der Stellungnahme der BDK keine Berücksichtigung gefunden haben. In den Vorschlägen von PatV, DPR und BPtK wurden die Minutenwerte der PsychPV, die der RL zu Grunde liegen, aufgewertet. Hierfür wurde auf Ergebnisse und Hinweise aus den vom GBA durchgeführten*

			Fachgesprächen zur leitlinienorientierten Versorgung, die Schussenrieder Tabellen sowie auf weitere Expertenmeinungen zurückgegriffen.
3.9	BDK	*Vor diesem Hintergrund kann aus Sicht der BDK die bis zum 31.12.2019 zu beschließende Richtlinie PPP allenfalls eine Übergangslösung darstellen; diese muss später zwingend von einem Personalbemessungsinstrument abgelöst werden, welches eine am Patientenbedarf orientierte, settingunabhängige, leitliniengerechte Behandlung ermöglicht, einer regelmäßigen dynamischen Anpassung unterliegt und welches nicht zuletzt auch die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung nachhaltig sicherstellt. Von allen derzeit erarbeiteten Modellen scheint dies mit dem sog. Plattformmodell (Hauth et al. 2019) am ehesten realisierbar zu sein, welches von einer breiten Allianz der relevanten Fachgesellschaften und Verbänden, einschließlich solcher die Krankenhausträger, Angehörige und Patienten vertreten, entwickelt wurde.*	*GKV-SV: Es wurden andere Modelle (u. a. Plattform-Modell, Setting-Modell, PEPP-basiertes Modell) zur Ermittlung von Personalvorgaben oder Mindestpersonalvorgaben in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik wurden ebenfalls vom G-BA geprüft. Keines der geprüften Modelle hatte hinreichenden Reifegrad erlangt. Keines der Modelle war in der Praxis erprobt – Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen lagen nicht vor – so dass eine jetzige Einführung nicht in Frage kommt.* *BPtK: Grundsätzliche Zustimmung, dass eine Weiterentwicklung der Richtlinie erforderlich ist, aber keine Vorfestlegung auf das „Plattform Modell“. Das „Plattform Modell“ ist zum jetzigen Zeitpunkt noch zu wenig ausgearbeitet, um beurteilen zu können, nach welchen Kriterien der Patientenbedarf bestimmt und operationalisiert werden soll und ob und inwieweit Transparenz und Überprüfbarkeit der*

			Einstufung sowie der Leistungen gewährleistet werden. *DKG/DPR: Wir teilen die Auffassung, dass die Richtlinie mit einem verbindlichen Zeitplan weiterentwickelt werden muss und haben dies entsprechend explizit in der Richtlinie aufgeführt (§ 13).*
3.10	BDK	*Die Gültigkeitsdauer der jetzt zu beschließenden Übergangsregelungen sollte längstens 3 Jahre, also bis zum 31.12.2022 betragen, da in der vorliegenden Richtlinie der wesentliche Änderungsbedarf bezüglich der 30 Jahre alten PsychPV nicht adressiert wird, der sich durchveränderte Anforderungen an Diagnostik, Behandlung, Aufklärung, Psychotherapie, Entlassmanagement, aktueller Berufsgruppenmix u.v.m. ergibt.*	*GKV-SV: Kenntnisnahme. Zu den Minutenwerten siehe Nr. 19.1 [alt]. Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.* *DKG: In § 13 wurde eine Regelung aufgenommen, dass eine erste Anpassung der Richtlinie spätestens bis zum 31. Dezember 2022 vorzunehmen ist. Im Folgenden ist der Anpassungsbedarf alle zwei Jahre zu überprüfen.* *PatV/DPR: Eine Erhöhung der Minutenwerte ist durch den Vorschlag von PatV, DPR und BPtK erfolgt.*

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

3.11	BDK	*Für die Übergangszeit ist ab dem 01.01.2020 die unmittelbare lineare Anhebung der Personalausstattung von jeweils 5% PsychPV in den nächsten 3 Jahren über alle Berufsgruppen hinweg auf das Niveau von 115% PsychPV erforderlich u.a. aufgrund der Verkürzung der Verweildauern, der massiv erhöhten Anforderung an die Dokumentation, einer Zunahme patientenferner Tätigkeiten aber auch aufgrund der Integration psychotherapeutischer Behandlungselemente und trialogischer Aktivitäten in allen Settings und der Stärkung von Patientenrechten.*	*GKV-SV: siehe Nr. 19.1 [alt]* *DKG: Wie in den Anmerkungen der DKG zu der Stellungnahme der BDK in Zeile 19.1 [alt] bereits erörtert, ergaben die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienauswertungen und Fachexpertengespräche heterogene Ergebnisse und Hinweise. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.* *Zudem werden mit dieser Richtlinie, wie ebenfalls in Zeile 19.1 [alt] erläutert, verbindliche Mindestvorgaben festgelegt, die von einem Personalbemessungsstandard abzugrenzen sind. Eine Mindestvorgabe in der Höhe eines, von der BDK geforderten Personalbemessungsstandards, könnte zur Gefährdung einer flächendeckenden Versorgung führen. Dem Bedarf der Quantifizierung eines Personalbemessungsstandards, kann mit dem gesetzlichen Auftrag nicht entsprochen werden.* *BPtK: Zustimmung und Verweis auf Vorschlag der BPtK zur Erhöhung der*

			Minutenwerte. *PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Forderung entspricht im Großen und Ganzen dem Vorschlag der PatV.*
3.12	BDK	*Zu § 1 Abs. 3* *Die BDK spricht sich für die Entwicklung einer zukunftsorientierten Personalrichtlinie unter Einbeziehung einer unabhängigen Expertenkommission in einem verbindlichen Zeithorizont aus (§ 1 Absatz (3)). Für die Übergangszeit bedarf es der Anhebung der Personalausstattung aus medizinischen und rechtlichen Aspekten.*	*GKV-SV: Kenntnisnahme, siehe Zeilennr. 19.4 [alt].* *DKG: Kenntnisnahme*
3.13	BDK	*Unter der Prämisse einer Übergangsregelung (Stufe 1, § 1 (3) DKG/DPR/BPtHK/LV) bezieht die BDK Stellung zu einigen Kernpunkten der Richtlinie:* *Zu § 2 Grundsätze* *Unbestritten stellte die Einführung einer Personalverordnung in der Psychiatrie (PsychPV) den wesentlichen Baustein für die Veränderung der psychiatrischen Versorgung dar, die mit der Psychiatrie-Enquete verfolgt wurde. Die Voraussetzungen für die Weiterentwicklung einer eher verwahrenden und sichernden Psychiatrie hin zu einer modernen medizinischen Disziplin mit zunehmender Ausdifferenzierung des Fachgebietes wurde erst durch die PsychPV geschaffen, um für Patienten in jedem Setting eine evidenz-basierte qualitätsgesicherte Behandlung zu gewährleisten. Insofern ist es nur konsequent, dass der Gesetzgeber auch im PsychVVG verbindliche Mindestvorgaben für das Personal fordert, die - laut Gesetzestext - einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten sollen. Die Umsetzung einer solchen Behandlung und das dafür erforderliche Personal steht im engen Zusammenhang mit den jeweiligen Behandlungskonzepten, mit der Struktur und Organisation der Klinik (z.B. Abteilungspsychiatrie ver-*	*GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Ergebnisse der künftigen Evaluation und Weiterentwicklung müssen abgewartet werden. Lokale Besonderheiten müssen auf der Ortsebene verhandelt werden. In den Minutenwerten ist die Pflichtversorgung prinzipiell enthalten. Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens wird die Pflichtversorgung aber im Rahmen eines Ausnahmetatbestandes zusätzlich im Vorschlag des GKV-SV berücksichtigt.* *DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.*

		sus Fachklinik, gemischte versus spezialisierte Stationen), mit regionalen Besonderheiten (z.B. Größe des Einzugsgebietes, Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund, psychosoziale Risikofaktoren wie Arbeitslosenquote, Wohnungslosigkeit u.v.m.) oder auch mit dem Anteil der richterlich untergebrachten Patienten. Diese teilweise auch im Jahresverlauf variierenden Faktoren (z.B. saisonale Häufung einzelner Störungsbilder) machen eine Flexibilisierung der Personalausstattung innerhalb der einzelnen Klinik unabdingbar. Starre, stationsbezogene Personaluntergrenzen stehen im Widerspruch zu den genannten Notwendigkeiten und führen zwangsläufig zu einer Verschlechterung der Versorgung, insbesondere, wenn sie mit einer kleinteiligen Nachweispflicht und Sanktionen einhergehen, wie in der Richtlinie-PPP vom GKV-SV vorgesehen.	
3.14	BDK	*Zu § 2 Abs. 2* *Die BDK spricht sich gegen Personaluntergrenzen aus (§2 (2)), die lediglich der Patientensicherheit dienen, und fordert an der Qualität ausgerichtete Personalmindestvorgaben.*	*GKV-SV: Personaluntergrenzen dienen niemals „lediglich“ der Patientensicherheit. Die Garantie der Patientensicherheit ist oberstes Ziel einer modernen psychiatrischen psychosomatischen und psychotherapeutischen stationären Versorgung.* *DKG: Dank und Kenntnisahme*
3.15	BDK	*Noch komplexer wird die Versorgungslandschaft, wenn es um die Zeiträume außerhalb der Regelarbeitszeit geht: veränderte Arbeitszeitmodelle, insbesondere der ärztlichen Kollegen, Fachkräftemangel mit der Notwendigkeit die Berufsgruppen flexibel einzusetzen, interprofessionelle Zusammenarbeit und sich daraus ergebende Kommunikation- und Abstimmungsbedarfe prägen den klinischen Alltag. In vielen Kliniken müssen Dienstzeitmodelle flexibel angepasst werden vor dem Hintergrund von Fachkräftemangel und gestiegenen Ausfallszeiten, immer mit dem Ziel, die Patientenversorgung sicherzustellen und Ressourcen für die Krisen- und Notfallbehandlung im Rahmen der regionalen Ver-*	*GKV-SV/PatV: Diese strukturellen und lokalen Besonderheiten sind auf der Ortsebene zu verhandeln. Die Ausfallzeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher - wie bisher auch bei der Psych-PV – als Add-on vor Ort verhandelt werden. (siehe dazu auch § 7 Abs 9 GKV-SV, §6 Abs. 8 DKG)*

		sorgungspflicht vorzuhalten. Kliniken brauchen wie bisher die Möglichkeit, in diesen Zeiträumen den Einsatz des Personals für die Patientenversorgung eigenverantwortlich planen zu können.	*DKG: Wir teilen die Auffassung, dass die Kliniken ausreichend Flexibilität benötigen, um unter Berücksichtigung der von der BDK aufgeführten Sachverhalte den Personaleinsatz eigenverantwortlich planen zu können. Als Voraussetzung hierfür sind sowohl der Jahres- als auch der Einrichtungsbezug bezüglich der Einhaltung der Mindestvorgaben unabdingbar. Weiterhin sind die Ausfallzeiten von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher - wie bisher auch bei der Psych-PV – als Add-on vor Ort verhandelt werden (siehe dazu auch § 7 Abs 9 GKV-SV, §6 Abs. 8 DKG).*
3.16	BDK	*Zu § 2 Abs. 3* *Die BDK spricht sich für Personalmindestvorgaben im Regeldienst am Tag ohne Berücksichtigung der Ausfallszeiten aus (§2 (3)). Nachtdienste und Ausfallzeiten sollen auch zukünftig in den Budgetgesprächen auf der Ortsebene verhandelt werden.*	*GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Ausfallzeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher - wie bisher auch bei der Psych-PV – als Add-on vor Ort verhandelt werden. (siehe dazu auch § 7 Abs. 9 GKV-SV, § 6 Abs. 8 DKG)* *DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme*

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

3.17	BDK	*Wie in den somatischen Disziplinen ist die Ausdifferenzierung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie vorangeschritten und findet auf Abteilungsebene (z.B. Gerontopsychiatrie, Suchtmedizin, Psychosomatik usw.) oder Stationsebene (regionale Zuordnung, störungsspezifische Zuordnung usw.) ihren Niederschlag. Orientiert am Bedarf der Patienten erfolgen tagesklinische Behandlungen integriert in der Klinik oder in den Tageskliniken in den Gemeinden, werden Akutbehandlungen vollstationär in der Klinik oder stationsäquivalent im Lebensumfeld der Betroffenen durchgeführt. Regional und saisonal variieren die Bedarfe an spezialisierten Behandlungsangeboten (z.B. affektive Störungen, aber auch Suchterkrankungen und hirnorganische Störungen), die für die Kontinuität der Behandlungsqualität unter Umständen kurzfristige Wechsel und Umsetzungen von Personal erforderlich machen. Dies hat sich in vielen Kliniken bewährt und sichert die konsequente Orientierung an den Behandlungsleitlinien und den individuellen Patientenbedarfen.*	*GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme, siehe Zeilennr. 19.9 [alt]. Strukturqualitätsvorgaben müssen sich auf die therapeutischen Tätigkeiten beziehen. Es liegt in der Organisationsverantwortung des Krankenhauses ausreichend Personal zu beschäftigen. Organisationsprobleme dürfen kein regulärer Ausnahmetatbestand sein.* *DKG: Wir teilen die Auffassung, dass die Kliniken ausreichend Flexibilität benötigen, um unter Berücksichtigung der von der BDK aufgeführten Sachverhalte den Personaleinsatz eigenverantwortlich planen zu können. Als Voraussetzung sind sowohl der Jahres- als auch der Einrichtungsbezug bezüglich der Einhaltung der Mindestvorgaben unabdingbar. Weiterhin ist insbesondere bezüglich struktureller und organisatorischer Veränderungen § 9 Absatz 1 Nummer 3 von großer Bedeutung. Mit diesem Ausnahmetatbestand wird ermöglicht, dass bei gravierenden strukturellen oder organisatorischen Veränderungen in der Einrichtung*

			selbige von den Mindestvorgaben abweichen kann.
3.18	BDK	*Zu § 2 Abs. 5* *Die BDK spricht sich deshalb für den Personalnachweis auf Einrichtungsebene im Jahresdurchschnitt aus (§2 (5)).*	*GKV-SV/PatV: Die Erfassung der Station – möglichst kalendermonatlich – ist unabdingbar und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird. Das in § 6 vom GKV-SV vorgeschlagene Verfahren zur Ermittlung der Mindestvorgaben ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten je nach Belegung der Station in einem Kalendermonat. Sie stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen ohne Bettensperrungen möglich sind, denn die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können also ausgeglichen werden. Aus Qualitätsgesichtspunkten ist es relevant, dass das Personal auch dort ankommt, wo es benötigt wird: am Patienten. Besonders vulnerable Patientengruppen sind häufig auf bestimmten Stationen untergebracht: Akutstation, Demenzstation, Kinder- und Jugendstation. So kann ein Haus zwar einrichtungsbezogen*

			eine Personalausstattung über 100 Prozent nachweisen, auf den Akutstationen kann aber trotzdem nur 90 Prozent des erforderlichen Personals anwesend sein. Deshalb sollte der Personalnachweis pro Station erfolgen. Der Wunsch, (zeitlich) nicht zu kleinteilig zu erfassen, muss vor dem Anliegen relativiert werden, dass eine Nichterfüllung auch über begrenzte Zeitabschnitte vorliegen kann und dann über das Jahr statistisch nicht ins Gewicht fällt. Für die Patienten ist jedoch nicht der Jahresdurchschnitt relevant, sondern die Versorgungsqualität in der jeweiligen Situation. Das in § 11 im Vorschlag des GKV-SV und der PatV etablierte Nachweisverfahren stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen möglich sind. Die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können so ausgeglichen werden. Die Flexibilität des Krankenhauses bleibt so erhalten. Die monatliche Meldung der Erfüllung der Vorgaben sollten nicht in diesem ersten Schritt auf vierteljährlich aufgeweicht werden. Eine tagesbezogene, bedarfsorientierte Flexibilität ist

			ausreichend gewährleistet. Strukturelle und organisatorische Besonderheiten, die zu einer Personalerhöhung führen, können nur auf der Ortsebene nach BPflV verhandelt werden. Die Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments ist nicht Aufgabe des G-BA. Nichtsdestotrotz ist sich der GKG-SV dieser Problematik bewusst und arbeitet an einer Lösung *DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme*
3.19	BDK	*Zu § 3 (DKG) / § 4 (GKV-SV/PatV) Behandlungsbereiche* *Seit dem 01.01.2018 können Patienten neben vollstationären/teilstationären/ ambulanten Behandlungen stationsäquivalent unter Einbeziehung der individuellen Lebenswelt im häuslichen Umfeld behandelt werden. Dies ist besonders zu begrüßen, da mit dem PsychVVG die sektorenübergreifende Behandlung gestärkt wurde und diese nun in StäB regional übergreifend in die Umsetzung gegangen ist. Hier zeigt sich, dass neben der allgemeinpsychiatrischen auch fachspezifische Behandlungen von Patienten mit gerontopsychiatrischen oder suchtmedizinischen Erkrankungen ausgesprochen sinnvoll sind und entsprechend in den Personalmindestvorgaben Berücksichtigung finden müssen.* *Die Organisation der psychosomatischen Behandlung unterscheidet sich in den Kliniken erheblich: neben Fachabteilungen für Psychosomatik werden psychosomatische Schwerpunktstationen oder aber auch psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienste vorgehalten. Die Erfordernisse psychosomatischer Behandlungen stehen in engem Zusammenhang mit dem jeweiligen Behandlungsumfeld (z.B. Psychoonkologie, intensiv-*	*GKV-SV: Kenntnisnahme* *DKG/DPR: (Zustimmung 1. Absatz): Wir teilen die Auffassung, dass die stationsäquivalente Behandlung in der Richtlinie Berücksichtigung finden muss und nehmen deshalb die Kategorien A9, S9 und G9 mit auf. Die Besonderheiten der psychosomatischen Behandlung werden innerhalb der ersten Stufe der Richtlinie durch eine neue Kategorie P „Psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung“ adressiert. Die Abbildung der Psychosomatik ist gemäß § 13 innerhalb der ersten Anpassung der Richtlinie zu überprüfen.*

		medizinische Überwachungsmöglichkeiten bei schweren Essstörungen, Krankheitsbewältigung bei Autoimmunerkrankungen etc.). Die Abbildung der Psychosomatik sollte Gegenstand der zukünftig zu entwickelnden Personalrichtlinie sein.	
3.20	BDK	*Die BDK spricht sich während der Übergangsregelung neben dem Erhalt aller in der PsychPV abgebildeten Behandlungsbereiche (betrifft A4/S4/S5/G4/G5) für die Einführung der fachspezifischen Behandlungsbereiche A9, S9 und G9 (stationsäquivalente Behandlung) aus.*	*GKV-SV: Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens wurde die Streichung der Kategorien A4, S4 und G4 zurückgenommen. Die Behandlungsbereiche in den Eingruppierungsempfehlungen wurden im Vorschlag des GKV-SV erweitert um die Stationsäquivalente Behandlung (ST1 und KJ9). Im Bereich ST1 können alle Kranken eingruppiert werden, die eine StäB benötigen (siehe Eingruppierungs-empfehlung). Mit Hilfe der Nachweise und der Strukturabfrage sollen künftig empirische Werte, die eine Maßgabe für die StäB ermöglichen, gewonnen werden.* *DKG: Dank und Kenntnisnahme*
3.21	BDK	*Zu § 10 Nachweisverfahren und Durchsetzungsmaßnahmen (§ 12 DKG / § 17 GKV-SV)* *Im vorliegenden Beschlussentwurf der Richtlinie PPP spricht sich der GKV-SV für einen stationsbezogenen monatlichen Nachweis der Mindestvorgaben aus. Wie bereits unter §2 ausgeführt, birgt dies die Gefahr einer nicht am Patientenbedarf ausgerichteten starren stations- und monatsgenauen Einsatzplanung, insbesondere wenn die Durchsetzung*	*GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe Nr. 19.11 [alt]* *DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme*

		der Maßnahme mittels Sanktionen erfolgt (Reduzierung der Leistungsmenge und Wegfall des Vergütungsanspruches, § 17 GKV-SV (3) und (5)). *Psychiatrische Kliniken, insbesondere dann, wenn sie an der Pflichtversorgung teilnehmen, zeichnen sich durch einen hohen Anteil an Akut- und Notfallbehandlungen aus. Die Anzahl der elektiven Aufnahmen in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit Pflichtversorgung ist hingegen vernachlässigbar.* *Patienten mit akuter Fremd- oder Eigengefährdung werden rund um die Uhr an allen Tagen (24h/365d) aufgenommen und benötigen eine personalintensive Behandlung und Betreuung in der Aufnahmesituation und in den Tagen danach. Die Mehrzahl aller anderen Patienten kommt ebenfalls als Notfall und bedarf einer sofortigen Aufnahme bei bestehender Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Um diesen Aspekten gerecht zu werden, bedarf es gut qualifizierten Fachpersonals in auskömmlicher Menge mit flexiblen Einsatzmöglichkeiten. Dabei ist es wesentlich, dass möglichst viel klinisches Personal möglichst viel Zeit unmittelbar am Patienten verbringen kann und nicht weitere Ressourcen für die Dokumentation der Personaleinsätze im Rahmen einer kleinteiligen Nachweispflicht verbraucht werden.*	
3.22	BDK	*Zu § 12 DKG Abs. 1 - 10* *Die BDK spricht sich gegen belegungs- und vergütungsrelevante Durchsetzungsmaßnahmen und für einen gestuften Beratungsprozess durch Fachkommissionen aus (§ 12 DKG (1) - (10)). Die berufsgruppenspezifischen Personalnachweise sind einrichtungs- und jahresbezogen vorzulegen.*	*GKV-SV: Kenntnisnahme, siehe Nr. 19.11 [alt]* *DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme*
3.23	BDK	*Die BDK wird sich an der Weiterentwicklung eines zukunftsorientierten Personalbemessungsinstrumentes, wie es im Plattformmodell vorliegt, beteiligen um die Versorgung in den Kliniken auch im Hinblick auf medizinethische Aspekte sicherzustellen, Behandlungsleitlinien im klinischen Alltag weiter zu implementieren und innovative settingübergreifende Behandlungskonzepte am Bedarf der Patienten auszurichten. Der vorliegende*	*GKV-SV: Kenntnisnahme. Der RL-Entwurf ist die derzeit einzig mögliche Variante, die Intention des Gesetzgebers umzusetzen, insbesondere bezüglich der Patientensicherheit und*

		Beschlussentwurf der Richtlinie PPP birgt aus Sicht der BDK weitreichende Gefahren und das Risiko einer kontinuierlichen Verschlechterung der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. Das war und ist nicht die Intention des Gesetzgebers!	*der ausreichenden personellen Ausstattung. Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.* *DKG: Kenntnisahme*
3.24	BDK	*Literatur:* *Hauth I, Brückner-Bozetti P, Heuft G, Kölch M, Löht M, Richert A, Deister A (2019): Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen Ein patientenorientiertes und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung, Nervenarzt 90: 285-292*	
	BDK	Anlage 2: *Gemeinsame Kernpositionen zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie* *Aus Sicht der Organisationen* • *Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)* • *Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie e. V. (BPM)* • *Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (BAG KJPP)* • *Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie)*	

		• *Bundesdirektorenkonferenz e. V. (BDK)* • *Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BApK)* • *Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE)* • *Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)* • *ChefärzteInnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa)* • *Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.* • *Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik e. V. (DATPPP)* • *Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)* • *Deutsche DepressionsLiga e. V.* • *Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP)* • *Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS)* • *Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)* • *Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)* • *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)* • *Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM)* • *Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP)* • *Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e. V. (DMtG)*	

		• *Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE)* • *Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)* • *EX-IN Deutschland e. V.* • *Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)* • *Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e. V. (LIPPs)* • *Pandora – Selbsthilfeverein für Psychiatrie Erfahrene e. V.* • *Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)* • *Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e. V. (WFKT)* *sind die folgenden substanziellen Änderungen der Richtlinie unabdingbar:*	
3.25	BDK	*1. Verbindliche Weiterentwicklung der Richtlinie* *Es ist festzuschreiben, dass die Richtlinie in der ersten Stufe nur eine Übergangslösung beschreibt und mit einem verbindlichem Zeitplan zu einem zukunftsfähigen Personalbemessungsinstrument0F1 weiterentwickelt wird, welches geeignet ist, eine den Leitlinien und Menschenrechten gerechte Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Erfüllung der Vorgaben des Psych-VVG zu garantieren.*	Dank und Kenntnisnahme.
3.26	BDK	*2. Anpassung der Personalmindestvorgaben an die aktuellen ethischen, medizinischen und rechtlichen Standards* *Die Psych-PV kann zwar als Grundlage der übergangsweisen Personalmindestvorgaben dienen, ihre Vorgaben müssen aber sofort quantitativ an die durch die Leitlinien vorgegebenen aktuellen ethischen, medizinischen und rechtlichen Standards inklusive der UN-BRK und höchstrichterlicher Urteile angepasst und finanziert werden.1F2 Es ist eine*	

		lineare Erhöhung der Minutenwerte vorzunehmen, um der Weiterentwicklung der Versorgung der letzten 30 Jahre gerecht zu werden.	
3.27	BDK	*3. Sicherstellung der leitliniengerechten Versorgung und menschenrechtskonformen Behandlung* *Die Richtlinie muss den Menschenrechten entsprechende und leitlinienorientierte Personalmindestvorgaben machen. Die neuen Personalmindestvorgaben sollen in der Übergangszeit bis zur Etablierung eines zukunftsfähigen Personalbemessungsinstrument nach den bestehenden Regeln des Psych-VVG kontrolliert und nachgewiesen werden.*	
3.28	BDK	*4. Unterstützung bei der Erfüllung der Personalmindestvorgaben* *Es muss ein differenziertes und auf die Erreichung der Qualität ausgerichtetes System von Maßnahmen vorgesehen werden, welche die Kliniken angesichts von hohen Ausfallquoten und Fachkräftemangel bei der Erfüllung der Umsetzung der leitliniengerechten und menschenrechtskonformen Versorgung unterstützt. Das bisher im G-BA vorgeschlagene Sanktionssystem gefährdet die regionale Versorgung und wird deshalb abgelehnt.*	
4.	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V (DFPP), 1. September 2020		
4.1	DFPP	Die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP e.V.) hat sich zur PPP-RL mit ihrer Stellungnahme vom 19.11.2019 geäußert. Die DFPP dankt für die Möglichkeit, sich nun zum „Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ äußern zu können. Die DFPP bedauert ausdrücklich, dass in der Überarbeitung der Richtlinie anscheinend viel Energie in Fragen von Nachweisen und Dokumentation geflossen ist, aber in kleinster Art und Weise die am 19.11.2019 geforderten Anpassungen der Minutenwerte an die	Kenntnisnahme. PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen. GKV-SV/BPtK: Nach § 14 Abs. 2 erfolgt eine erste Anpassung der Minutenwerte und der Tätigkeitsprofile datenbasiert zum 1.1.2022.

		vorhandene Evidenz, die Aktualisierung der Tätigkeitsprofile sowie die ethisch gebotenen Aspekte der Patientenversorgung eingeflossen sind. […]	Auftrag der Anpassung in 2020 war u.a. die konkrete Regelung der Folgen auf der Basis der Nachweise und der Dokumentation.
4.2	DFPP	§ 1 Absatz 3, vorletzter Satz Eine erste Anpassung dieser Richtlinie gemäß § 14 erfolgt mit Beschluss zum 30. September 2021 (GKV-SV, PatV, BPtK, DPR) Die DFPP schließt sich dem GKV-SV, PatV, BPtK, DPR an. Begründung: Die PPP-RL soll alle zwei Jahre fortgeschrieben werden und der Handlungsdruck ist so hoch, dass hier weitere Verzögerungen nicht tolerabel sind. Erste Schritte für eine Anpassung aller Minutenwerte an die Patientenbedarfe und Therapieerfordernisse sowie für die Fortschreibung der Tätigkeitsprofile der Berufsgruppen müssen möglichst zeitnah erfolgen.	Dank und zustimmende Kenntnisnahme. DKG/BÄK: Wir schließen uns aus den von der DFPP genannten Gründen GKV-SV, PatV, BPtK, DPR ebenfalls an.
4.3	DFPP	§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen Absatz 5 Satz 4 6.) b) Eine Anrechnung anderer in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1 a und 2 b ist ausgeschlossen. Der beantragten Streichung durch die DKG und der BPtK wird zugestimmt. Begründung: Durch den aktuellen Richtlinientext gibt es keine Möglichkeit, Unterstützungs-leistungen für den ärztlichen Dienst anzurechnen. Die einzige Möglichkeit, die der aktuell gültige Richtlinientext vorsieht ist eine Anerkennung über die Psychologinnen und den Psychologen. Diese können einerseits quer zu den ärztlichen Kollegen angerechnet werden.	GKV-SV: Eine Anrechnung bei den Berufsgruppen gemäß § 5 Absatz 1a und 2a ist ausgeschlossen. Durch die besondere Rolle der Berufsgruppe in der stationären Behandlung sollten für die Regelaufgaben bzw. Tätigkeiten von Ärztinnen und Ärzten auch weiterhin keine Anrechnungen von anderen Fach- oder Hilfskräften ermöglicht werden, so wie es auch in der Psych-PV geregelt war.

		Das bedeutet im Endeffekt, dass der geringe Zuwachs an Psychologinnen und Psychologen durch evtl. Unterstützungsleistungen im ärztlich-therapeutischen Dienst wieder aufgezehrt wird. Die Anerkennung von Hilfskräften über den pflegerischen Dienst, oder die Spezialtherapeuten ist im aktuellen Richtlinientext ausgeschlossen und dieser Ausschluss sollte auch weiterhin so Bestandteil der Richtlinie sein. Die Geschichte zeigte, dass in den letzten Jahrzehnten immer wieder Unterstützungsleistungen, die nicht der Kernleistung der Patientenversorgung entsprachen, aus den großen Berufsgruppen finanziert und damit quersubventioniert wurden. Aus diesem Grund sollte eine Anerkennung von Hilfsleistungen über den ärztlichen Dienst möglich sein.	Die Berufsgruppe der Psychologen ist in der Erwachsenenpsychiatrie um 60 Prozent erhöht worden. DKG/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. DKG: Die Änderung wird aus den von der DFPP benannten Gründen vorgesehen. In Kliniken werden auch in der Berufsgruppe der Ärzte Aufgaben von anderen Berufsgruppen, wie zum Beispiel Kodierfachkräften, Medizinischen Fachangestellten, und Dokumentationsassistenten übernommen. Zunehmend sind auch Physician Assistents an der Versorgung beteiligt. Dies betrifft insbesondere organisatorische, administrative und auch delegierbare patientenbezogene Tätigkeiten. Die Verantwortung für die Durchführung bleibt schlussendlich bei der ärztlichen Berufsgruppe. Jedoch ist unbestritten, dass unterstützende Tätigkeiten, beispielsweise auch die Vorbereitung von Arztbriefen unter anderem durch die beispielhaft aufgeführten Berufsgruppen übernommen werden und somit eine Anrechnung zu ermöglichen ist. Die Vorbehaltsaufgaben der Ärzte, welche von keiner anderen Berufsgruppe (weder

			nach § 5 noch anderer Berufsgruppen) übernommen werden können, dürfen auch im Rahmen der Anrechnung nicht von anderem Personal übernommen werden. Daher wird eine Anrechnung auf die Berufsgruppe der Ärzte auch nur in geringem Umfang vorgesehen.
4.4	DFPP	6.) c) wird zugestimmt	Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
4.5	DFPP	6.) d) Satz 4/5 wird zugestimmt unter der Maßgabe, dass für die Psychosomatik die gleichen definierten Anrechnungsmöglichkeiten gelten wie für die Psychiatrie. Eine abweichende Anerkennung der Anrechnungsmöglichkeiten ist für den Pflegedienst nicht notwendig. Dies gilt in Ergänzung der zu definierenden Prozentanteile der Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 a und 2 b. Es wird weder dem Vorschlag der DKG noch dem Vorschlag des GKV-SV, BPtK und der PatV entsprochen. Dem Vorschlag der DKG, dass maximal 20 % der VKS-Mind. wird deutlich widersprochen. Ebenfalls widersprechen wir dem Vorschlag des GKV-SV sowie der BPtK sowie den PatV, die zwar eine Anerkennung von nur maximal 6 % der VKS fordern, hierbei aber Hilfskräfte anderer Berufsgruppen mit eingerechnet werden können. Begründung: Die PPP-RL steht für eine Mindestvorgabe an Fachkräften. Diese überarbeitete Richtlinie beinhaltet noch keine Anpassung der Minutenwerte an die aktuelle Evidenz und entspricht weitgehend den Minuten auf Grundlage der Evidenz von vor ca. 30 Jahren (Psych-PV). Die Erhöhung im Pflegedienst in den Bereichen A2, S2 und G2 würdigt in Ansätzen die Zusatzaufwände, die im Kontext der (auch aufgrund rechtlicher Vorgaben)	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Wir stimmen zu, das die Abschmelzung des Fachkräfteniveaus in der Pflege um 20 Prozent - wie von der DKG vorgeschlagen - inakzeptabel ist und das Ziel der Richtlinie konterkariert. Auch die von uns vorgeschlagenen 6 Prozent sind bereits hoch. Die Kritik, dass es sich dabei nicht nur um Pflegehilfskräfte, sondern auch Hilfskräfte anderer Berufsgruppen handeln kann, nehmen wir zur Kenntnis und werden sie in die Weiterentwicklung der Richtlinie einfließen lassen.

		enorm angestiegenen Zeiten für 1:1-Betreuungen erforderlich sind. Dies ist eine marginale Anpassung an die notwendige Versorgungsrealität gewesen und stellt noch keine adäquate Personalbemessung dar. Mit der Abschmelzung eines Fachkräfteniveaus um 20 % verringert man die notwendigen pflegerischen Fachpersonen, die in der Versorgung von Menschen in stationärer und teilstationärer psychiatrischer Behandlung notwendig sind. Schließlich handelt es sich bei dieser Richtlinie um eine Mindestbesetzung. Eine solche, wie die hier vorgeschlagene Regelung, stellt die Gefährdung der Patientenversorgung dar und diskreditiert in jeglicher Art und Weise den Versorgungsauftrag der psychiatrischen Pflege, der sich schließlich (und im Gegensatz zu allen anderen Berufsgruppen) in der Versorgung von 168 Stunden in der Woche und nicht in 40 Stunden in der Woche zeigt. Ebenfalls widersprechen wir dem Vorschlag des GKV SV sowie BPtK sowie PatV, die zwar eine Anerkennung von nur maximal 6 % der VKS fordern, hierbei aber Hilfskräfte anderer Berufsgruppen mit eingerechnet werden können. Dies gleicht faktisch einer „Selbstbedienungsoption“ im Bereich professioneller Pflege, die ebenfalls die Behandlungsleistung der psychiatrischen Pflege diskreditiert und die Patientenversorgung gefährdet.	DKG: Da bisher keine ausreichenden Informationen aus der Psychosomatik zu der Frage vorliegen, in welchem Umfang Nicht-PPP-RL-Personal in der Praxis eingesetzt und somit zur Anrechnung gebracht werden könnte, ist es unbedingt erforderlich die maximalen Anrechnungsumfänge hier erst nach Auswertung der ersten Nachweise zu regeln. Eine höhere Anrechnung von 20% von Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in der Pflege ist erforderlich, da im Bereich der Pflege in der Psych-PV die Pflegehilfskräfte in dieser Kategorie subsummiert waren und somit auch in der PPP-RL entsprechende und ausreichende Berücksichtigung finden müssen. Mitnichten ist es so, dass die Qualifikation des anrechenbaren Personals vernachlässigt wird, denn gemäß § 8 Absatz 5 muss eine Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegen. Die Qualifikation muss eine mindestens vergleichbare pflegerische oder therapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten sicherstellen. Die Qualifikationserfordernisse können auch durch

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung nachgewiesen werden. Aus den Psych-PV-Nachweisen konnten keine konkreten Anhalte für angemessene Anrechnungshöhen generiert werden. Den Kliniken muss ausreichende Flexibilität beim Personaleinsatz gegeben werden. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die Regelaufgaben der Pflege aktuell noch Tätigkeiten/Regelaufgaben enthalten, die dem Stand der 1990er-Jahre entsprechen. Diese Punkte sind bei der Weiterentwicklung der PPP-RL zu berücksichtigen. Auch in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie mangelt es derzeit an Evidenz zur Herleitung konkreter Anrechnungsumfänge. Daher werden normativ pauschale abstrakte Höchstgrenzen definiert. Auf Basis der im Rahmen des Nachweisverfahrens gesammelten Daten, wird der G-BA die Anrech-

			nungsumfänge prüfen und ggf. entsprechende Anpassungen vornehmen. Die Möglichkeit zur Anrechnung von Hilfskräften (z. Bsp. ArzthelferInnen) ist unbedingt erforderlich. Insbesondere kann so das in § 5 genannte Personal von den Aufgaben der Dokumentation entlastet werden. Hierdurch werden entsprechende Ressourcen für die direkte Arbeit am Patienten frei.
4.6	DFPP	Für die Anerkennung macht die DFPP folgenden Vorschlag: Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 b und 2 b in Höhe von maximal 5 % der VKS-Mind. Hierbei können Hilfskräfte innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden angerechnet werden, solange diese in der direkten und indirekten Patientenversorgung tätig sind und im stationären Kontext in der Hilfestellung der professionell Pflegenden eingebunden werden. Administrative Hilfestellungen wie zum Beispiel die Kodierung, das Medizincontrolling oder Schreibtätigkeiten nach Diktaten sind von dieser Anrechnungsmöglichkeit ausgeschlossen.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Insbesondere bei administrativen Tätigkeiten sind die Möglichkeiten der Anrechnung von großer Bedeutung, da so mehr Ressourcen für die direkte Patientenversorgung zur Verfügung stehen.
4.7	DFPP	Absatz 5, Vorschlag der DKG „In jeder Einrichtung kann je nach Berufsgruppe mindestens ein halbes Vollzeit Äquivalent angerechnet werden“ Dieser Ergänzung stimmt die DFPP nicht zu. Begründung:	GKV-SV/BPtK: Dank und Kenntnisnahme. DKG: § 8 Absatz 5 regelt ausschließlich die Anrechnungsmöglichkeiten aus anderen Nicht-PPP-RL-Berufs-

		Die Argumentation der DKG ist richtig, dass in kleinen Tageskliniken Vollzeit-äquivalente entstehen, die nicht einmal einer 0,5 VK entsprechen. Dies kann aber nicht dazu führen, dass aus anderen Berufsgruppen Anrechnungsprozedere geschaffen werden Die Tageskliniken sind seit Beginn der Psych-PV unterfinanziert. Dies ist seit etlichen Dekaden bekannt. Die Minutenwerte sind durch diese Richtlinie nicht angepasst worden. Daher wäre eine Anerkennung von Vollzeitäquivalenten eine reine Mängelverwaltung und entspricht nicht dem Personalbedarf, der heute für eine tagesklinische Behandlung notwendig ist. Daher sollten grundlegend die Minutenwerte für die tagesklinische Behandlung angepasst werden und kein Flickenteppich im Sinne von Verschiebungen entsteht, die die Unterfinanzierung mit Personalstellen nicht grundlegend verändert.	gruppen. Wir stimmen den Ausführungen der DFPP bezüglich der Situation der Tageskliniken grundsätzlich zu. Jedoch würde die Nicht-Aufnahme dieser Regelung zu einer weiteren Benachteiligung der Tageskliniken, ggf. zu einer Schließung selbiger und damit zu einer Gefährdung der gemeindenahen Versorgung sowie damit einhergehend einer steigenden Hospitalisierung führen. Der Einsatz bspw. einer Logopädin im Umfang eines 0,16 Vollkräfteäquivalentes wird in der Realität bei einer Stand-alone-Tagesklinik 70 km vom Mutterhaus entfernt, nicht umzusetzen sein.
4.8	DFPP	§10 Ausnahmetatbestände 7.) a) Dem Vorschlag der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft zu Absatz 2 wird zugestimmt. Begründung: Die von der GKV-SV dargestellten Veränderungen sind mit zu viel Dokumentation verbunden. Die hierüber geforderten Nachweise sind aus Sicht der DFPP nicht zielführend.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Wie die Vorgaben zur Einhaltung der Mindestvorgaben, beziehen sich die Ausnahmetatbestände gemäß § 10 grundsätzlich auf das gesamte Quartal und das gesamte Fachgebiet (nach § 2 Abs. 5 differenzierte Einrichtungen: Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder-und Jugendpsychiatrie.

4.9	DFPP	7.) b) Die Änderung des Absatz 3 der DKG, BÄK, BPtK, DPR wird durch die DFPP unterstützt. Begründung: Durch die Corona bedingten Veränderungen in psychiatrischen Kliniken, die dem Infektionsschutz Rechnung tragen, haben sich die Prioritäten in der Versorgung und Verwaltung verschoben. Daher ist die Ergänzung der genannten Verbände zwingend erforderlich.	DKG/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Die Regelung unter § 10 Ausnahmetatbestände Abs. 3 entspricht dem Beschluss des Gemeinsamen Bundes-ausschusses über eine Erklärung zur Aussetzung von QS-Anforderungen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie vom 27.03.2020 in Bezug auf die PPP-RL. Die von der DKG hier vorgeschlagenen Ergänzungen sind keine Klarstellungen, sondern verändern den oben genannten Beschluss inklusive der Tragenden Gründe gravierend und werden vom GKV-Spitzenverband und der Patientenvertretung im G-BA abgelehnt. Würde man dieser Logik folgen, wäre erstens ein volles wertvolles Jahr für die Überarbeitung der RL verloren und zweitens ein volles wertvolles Jahr für die Erreichung der Mindestvorgabe. Dies hat der G-BA mit dem sogenannten Covid-19 Beschluss nicht intendiert. Der G-BA hat im Covid-19-Beschluss den zusätzlichen Aufwand der Übermittlung der Nach-

			weise in 2020 aufgehoben. Die Vorgaben in den §§ 6 und 7, nach denen das Krkh auch in 2020 verpflichtet ist, laufend seine Leistungen und sein Personal zu dokumentieren, wurden nicht aufgehoben. Eine Übersendung der Nachweise für das Jahr 2020 zum 30. April 2021 ist daher von den Einrichtungen - so wie in der RL-PPP geregelt- vorzunehmen.
4.10	DFPP	§11 Nachweisverfahren 8.) c) Die Ergänzung des GKV-SV, PatV „in der Anzeige nach Satz 1 sind die konkreten nicht erfüllten Mindestanforderungen aufzuführen und die Voraussetzung gegeben falls vorliegender Ausnahmetatbestände nach § 11 nachzuweisen“, wird durch die DFPP unterstützt. Begründung: Diese Richtlinie soll zu einer besseren Patientenversorgung führen und Strukturqualität im Sinne von Personal nachweisen. Dementsprechend gehören auch im Sinne einer Qualitätsorientierung die konkreten nicht erfüllten Mindestanforderungen dazu.	GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme DKG: Der Begründung wird zugestimmt. Die DKG lehnt die Ergänzung jedoch ab, da dies missverständlich ist. Es wird bereits erörtert, dass der Teil A zu übermitteln ist. Dieser beinhaltet sowohl die nicht eingehaltenen Mindestanforderungen als auch ggf. vorliegende Ausnahmetatbestände. Die zusätzliche Konkretisierung in diesem Satz führt zu Missverständnissen, da eine zusätzliche Datenübermittlung vermutet werden kann
4.11	DFPP	8.) cc) Die DFPP unterstützt die Formulierung der DGK, BPtK, DPR. Begründung:	GKV-SV: *Siehe Kommentar zu Nr. 4.9*

		Die Begründung ist im Zusammenhang mit § 10 Ausnahmetatbestände Absatz 3 zu sehen.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
4.12	DFPP	§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben 9.) Die DFPP votiert weder für die Vorschläge der DKG, BÄK noch für den der GKV-SV, PatV. Begründung: Der Vorschlag der DKG bzw. BÄK ist der DFPP zu weit formuliert. Mit vielen formulierten Aspekten bleibt ein tatsächlicher Nachweis der Mindestvorgaben aus und Sanktionen sind nur bedingt, wenn überhaupt durchsetzbar. Der Vorschlag des GKV-SV sowie der PatV ist punktuell zu differenziert und bringt implizit eine hohe Verwaltungssaufwand mit sich, damit die geforderten Nachweise und damit verbundenen Folgen erbracht werden können, bzw. umgesetzt werden können. Auch an dieser Stelle wird deutlich, dass in der Überarbeitung der Richtlinie Fragen von Nachweisen und Dokumentation anstelle der Anpassung der Minutenwerten im Fokus stehen. Der § 13 ist ein gutes Beispiel dafür, dass sich weiterhin im klein-klein der Mängelverwaltung probiert wird, ohne tatsächlich die Patientenversorgung im Sinne einer der Evidenz, der UN-BK und Gesetzesvorgaben entsprechenden Mindestpersonalausstattung verbessert zu haben.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme, *siehe Kommentar zu Nr. 4.1* DKG: Gemäß § 13 Absatz 4 im DKG-Vorschlag haben die Krankenhäuser alle für den Nachweis der Einhaltung der Mindestvorgaben relevanten Tabellen der Anlage 3 vorzulegen. Gemäß Absatz 5 folgt bei einer Nichteinhaltung unweigerlich die Sanktionierung.
4.13	DFPP	§ 14 Anpassung der Richtlinie Absatz 2 Satz 1 10.) a) die DFPP stimmt den Änderungen der DKD, BÄK, BPtK, DPR zu. Begründung: Siehe oben.	DKG/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Keine Übernahme des Vorschlags, der die erste Anpassung der Richtlinie zum 1.1.2022 gemäß § 14 Abs. 2 der RL um ein Jahr nach hin-

			ten verschiebt auf den 1.1.2023. Damit wird ein volles wertvolles Jahr für die Überarbeitung der RL verloren. *Siehe dazu Kommentar zu Nr. 3.2.*
4.14	DFPP	10.) b) In Satz 2, so der Antrag der PatV wird nach dem Wort „jugendlichen Psychotherapeuten“ der Spiegelstrich „– die Regelaufgaben der Genesungsbeleiter“ eingefügt. Diese Ergänzung wird durch die DFPP unterstützt. Begründung: Es hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass der Einsatz von Genesungsbegleitern/Genesungsbegleiterinnen einen Mehrwert in der Behandlung darstellt. Allerdings stellt der Begriff Genesungsbegleiter/Genesungsbegleiterin einen nicht definierten Berufsabschluss dar. Daher sollte bei der Ergänzung über die notwendige Qualifikation nachgedacht werden.	PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. DKG/GKV-SV: Regelaufgaben in der PPP-RL werden nur für diejenigen Berufsgruppen beschrieben, für die auch Mindestvorgaben vorgesehen werden. Da dies auf die Berufsgruppe der Genesungsbegleiter nicht zutrifft, wird von der Aufnahme eines Kataloges an Regelaufgaben abgesehen
4.15	DFPP	§ 16 Übergangsregelungen 11.) Die DFPP stimmt allen, mit Ausnahme des angefügten Absatz 6, Änderungsvorschlägen der DKG zu. Begründung: siehe oben.	GKV-SV: *siehe dazu Kommentar zu Nr. 3.2* DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
5.	**Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. (DGSP), 2. September 2020**		
5.1	DGSP	Die Richtlinien-Fassung vom 05.08.2020 wird aus Sicht der DGSP weiterhin dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V an den G-BA nicht gerecht, Mindestvorgaben zur Personalausstattung vorzulegen, die evidenzbasiert sind und zu	Kenntnisnahme PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen.

		einer leitliniengerechten Versorgung beitragen. Es werden lediglich Mindestvorgaben im Sinne einzuhaltender Untergrenzen beschrieben. Die Minutenwerttabellen in Anlage 1 sind ausschließlich für teilstationäre psychosomatische Leistungen ausgeweitet worden. Die Regelversorgung ist auf dem Stand der aktuell geltenden Richtlinie vom Vorjahr.	GKV-SV: Zur Herleitung der Höhe der Mindestvorgaben verweisen wir auf die Tragenden Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erstfassung, und hier speziell die Seiten 2-5. Eine Überprüfung der Minutenwerte ist für die Anpassungen der RL ab 2021 vorgesehen. Ansonsten verweist der GKV-SV auf seinen *Kommentar zu Nr. 5.3*
5.2	DGSP	Das notwendigerweise ausreichend vorhandene Personal der verschiedenen Fachdisziplinen sowie die Genesungsbegleiter sind die wichtigste Ressource zur Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen. Das Personal begleitet, behandelt und schützt Menschen in Krisen und steht jederzeit mit hoher Verantwortung unterstützend zur Verfügung. Es geht nicht nur darum, die Psych-PV zu überarbeiten, es geht darum, Menschen die bestmögliche Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen anbieten zu können.	Dank und Kenntnisnahme PatV: Dank und Zustimmung insb. zur Einbeziehung der Genesungsbegleiter
5.3	DGSP	Wir können nicht erkennen, in wie weit die hier vorgeschlagene Änderung die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Krisensituationen verbessern kann. Vielmehr sehen wir durch die vielfältigen Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben die stationäre Versorgung besonders für schwerst erkrankte Menschen erheblich gefährdet. Dabei muss beachtet werden, dass durch die Arbeitsmarktsituation in vielen Regionen gar nicht ausreichend Personal zur Verfügung steht. Andererseits gibt es ökonomische Anreize, die Personalkosten gering zu halten, sei es durch eine quantitative	Kenntnisnahme GKV-SV: Die Argumentation der DGSP ist für den GKV-SV in dieser Form nicht nachvollziehbar. Die neue Richtlinie sieht mehr Zeit für die Psychotherapie und die Pflege Schwerstkranker vor. Das Personal

		Geringbesetzung, sei es durch qualitative Einschränkungen. Es fehlen nach dem Scheitern der sogenannten Wittchen-Studie vor allem weiterhin wissenschaftliche Erkenntnisse als Grundlage der Richtlinie.	wurde in diesen wichtigen Behandlungsbereichen um bis zu 60 Prozent erhöht. Das setzte neue Behandlungsstandards. Insgesamt wurde das Personal um 5 Prozent erhöht. Und zwar dort, wo die Defizite am größten sind: bei der Psychotherapie und der pflegerischen Betreuung von Intensivpatienten. Insgesamt entspricht dies 3700 Stellen und 250 Millionen Kosten pro Jahr. Die Personalmindestvorgaben sind erstmals verbindlich. Das sichert die Qualität und dient dem Schutz von Patienten und Mitarbeitern. Die Richtlinie definiert erstmals Personalvorgaben für die Psychosomatik. Dabei wurde ein wegweisender Kompromiss zwischen Psychosomatik und Psychiatrie gefunden. In beiden Fachabteilungen gibt es einen neuen Behandlungsbereich „Psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychotherapeutische Komplexbehandlung“, der 25 % mehr Personal als die bisherige psychotherapeutische Behandlung umfasst und der mit dem dazugehörigen OPS-Code verknüpft ist.

			All dies erscheint dem GKV-SV ein Gewinn für die Mitarbeiter und für die knapp 900.000 Patienten, die jährlich in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik behandelt werden. Um denen von Ihnen genannten Umsetzungshindernissen (z.B. Fachkräftemangel) zu begegnen, hat der G-BA Übergangsregelungen und zeitnahe Überprüfungen geschaffen, damit – wenn nötig – schnell reagiert werden kann.
5.4	DGSP	Allgemein erweckt die Richtlinie den Eindruck, dass hier nicht die Belange der psychisch erkrankten und behandlungsbedürftigen Menschen im Vordergrund stehen, sondern ökonomische Partialinteressen. Besonders deutlich wird das in den zahlreichen Dissenspunkten bei den Folgen der Nichteinhaltung in § 13.	GKV-SV: *Siehe Kommentar zu Nr. 5.3.*
5.5	DGSP	Weiterhin bleibt es mit der Änderung die Richtlinie bei der grundsätzlich begrüßenswerten Anerkennung von Genesungsbegleitern sehr unverbindlich. Eine verbindliche Regelung wird die breite Etablierung dieser für die Umsetzung des Recoveryansatzes wichtigen Unterstützungspersonen befördern.	PatV: Dank und Zustimmung. GKV-SV: Kenntnisnahme
5.6	DGSP	Demgegenüber wird die Psychosomatik gestärkt, wobei hier einige Punkte nicht klar begründet werden: die Bereiche der Psychosomatik P3 und P4 stellen keine Trennschärfe zwischen Psychiatrie und Psychosomatik dar. Es gibt auch keinen erkennbaren Grund der Aufspaltung der Bereich Pl und P2, was sich auch in der fast wortgleichen Begründung zeigt.	DKG: Die Trennung zwischen P1 und P2 ist erforderlich, um eine Differenzierung bei komplexer psychosomatischer-psychotherapeutischer vollstationärer Behandlung und somit höherem Personaleinsatz abzubilden. Die

			Aufnahme der Kategorien P3 und P4 ist notwendig, um ebenso die teilstationäre psychosomatische-psychotherapeutische Behandlung in der PPP-RL darstellen zu können. GKV-SV: In der Psychiatrie und Psychosomatik werden Patienten mit den gleichen Störungsbildern behandelt. Da nicht die Kliniktür, durch die der Patient geht, über die Höhe des Personals entscheiden soll, dass für den Patienten zur Verfügung steht, sind hier für die Psychiatrie und die Psychosomatik gleichwertige Behandlungsbereiche geschaffen worden. PI und P2 unterscheiden sich in der Dosis der Therapieeinheiten, die der Patient erhält.
5.7	DGSP	Die Nachweispflichten sollten auch wenn die DKG dies aus Gründen des höheren Verwaltungsaufwands ablehnt, stationsbezogen sein, um sicherzustellen, dass Personal auch wirklich dort ankommt, wo es hingehört. Außerdem befürchten wir einen zu großen Gestaltungszeitraum bezüglich Urlaubs- und Fortbildungszeiten. Diese müssten klar zu benennen und mit den tatsächlichen Bedarfen zu begründen sein.	DKG: Die stationsbezogenen Nachweise werden abgelehnt, da psychiatrische und psychosomatische Behandlung heutzutage zunehmend stationsunabhängig und Setting-übergreifend stattfindet. Die stationsbezogenen Nachweise widersprechen diesen Entwicklungen und stellen somit ein Hindernis für die Umsetzung moderner Konzepte dar und

			bergen die Gefahr einer Rückentwicklung der psychiatrischen Versorgung hin zur Anstalts- und Verwahrungspsychiatrie. PatV: Dank und Zustimmung. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.
5.8	DGSP	Ausrichtung und Ausstattung der Hilfen müssen von den Bedarfen der einzelnen betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen gedacht werden, im Krankenhaus ebenso wie in ambulanter Therapie und Wiedereingliederung. Die DGSP fordert einen Prozess der grundlegenden Erarbeitung von Personalbedarfen in den psychiatrischen Hilfssystemen über die stationäre Akutversorgung hinaus. Dabei schließen wir uns der Forderung des Bundesverbands der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) nach der umfassenden Beteiligung einer trialogischen Expertengruppe mit Vertretern aus Wissenschaft und Praxis an. Dazu sollte baldmöglichst eine Nachfolgestudie zur Wittchen-Studie erstellt werden.	PatV: Dank und Zustimmung. GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme
5.9	DGSP	Andere Modelle der Personalbemessung wie die Psych-PV plus von Ver.di oder das Plattform-Modell der DGPPN können Anhaltspunkte für eine grundlegende Neufassung sein. Die DGSP wird sich daran oder an einer trialogischen Expertenkommission gerne beteiligen.	GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme
5.10	DGSP	Außerdem wird auch die Fachkraftquote in der Pflege in der Richtlinie nicht berücksichtigt. Eine Fachkraftquote von 30-50 Prozent, idealerweise auch eine Akademisierungsrate von 10 Prozent sollte sichergestellt sein, um eine hochwertige Versorgung und Patientensicherheit zu gewährleisten sowie Zwangshandlungen zu vermeiden.	GKV-SV: In § 5 Abs. 1 Ziffer b) werden die in der RL zu berücksichtigen Pflegefachkräfte aufgeführt. Es handelt sich in toto um Pflegefachkräfte. Bei der Frage, ob diese durch andere Fachkräfte oder Hilfskräfte, die nicht

			zu den Berufsgruppe der PPP_RL gehören (etwa Pflegehilfskräfte), ersetzt werden können, machen Die Änderungsvorschläge zu § 8 eine Aussage: Die DKG schlägt hier 20 %ige Anrechnungsquote vor, der GKV-SV eine 6 %ige. Weitergehende Fragen zur Qualifikation (etwa Anteil fachpsychiatrisch qualifizierter Pflegender an den Pflegefachkräften) sollen nach Willen des GKV-SV in den Anpassungen der Richtlinie festgelegt werden. Diese Daten werden schon jetzt im Nachweis erhoben.
5.11	DGSP	Allgemeiner Hinweis: Des Weiteren möchten wir auf unsere Stellungnahme vom 10. Juli 2019 verweisen. Der begrenzte Zeitraum zwischen der Veröffentlichung der Änderung am 20. August 2020 und die Frist zur Einreichung der Stellungnahme bis 3. September 2020 lässt kaum Raum für unsere verbandsinterne Kultur der gemeinsamen Meinungsbildung und dem dazu gehörigen Abstimmungsprozess.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
6.	**Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK), 3. September 2020**		
6.1	ZVK	§2 Grundsätze (5)	In der Erstfassung der PPP-RL wurde eine entsprechende Regelung in § 2 Absatz 10 verankert. Das Statement

		Vorsitzende des UA QS: In den Minutenwerten sind die Zeiten für die Ausbildung und die Fort- und Weiterbildung, Urlaub sowie sonstige Ausfallzeiten, wie etwa krankheitsbedingter Ausfall des Personals, nicht berücksichtigt. Im Rahmen seiner eigenverantwortlichen Personalplanung hat das Krankenhaus demnach sicherzustellen, dass über die vorgegebenen Minutenwerte hinaus auch entsprechendes Personal zur Abdeckung dieser Zeiten vorgehalten wird.] Kommentierung: Diesen Zusatz unterstützen wir ausdrücklich.	bezieht sich nicht auf eine aktuelle Richtlinienänderung. PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen.
6.2	ZVK	§ 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert: a) Ärzte b) Krankenpflegepersonen, Erzieher (nur KJP) c) Diplom-Psychologen, Master-Psychologen [GKV-SV/PatV: Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten (nur KJP)] d) Spezialtherapeuten [GKV-SV/PatV: (Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten)] e) Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten f) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP) g) Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP) Kommentierung:	Kenntnisnahme. Das Statement bezieht sich nicht auf eine aktuelle Richtlinienänderung. Bei der Bezeichnung der Berufsgruppen wurde sich innerhalb dieser ersten Stufe der Richtlinie an der Psych-PV orientiert. So wie auch bei den Spezialtherapeuten werden hier verschiedene Berufsgruppen und Qualifikationen unter der Bezeichnung der Berufsgruppe subsummiert. Der Kommentar zur Berufsgruppe der Bewegungstherapeuten wird bei der Überarbeitung der Richtlinie geprüft.

		Ein Berufsbild des Bewegungstherapeuten existiert nicht. Hierfür fehlt eine klare Definition. Laut Bundesagentur für Arbeit gibt es kein geregeltes Berufsbild Bewegungstherapeut. Bewegungstherapie ist Bestandteil der Physiotherapie.	
6.3	ZVK	§ 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen [DKG] (2) Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräfte aus den Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen b, d, e, f und g. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern. [GKV-SV/PatV] [in Anlage 4 verortet] Kommentierung: Die Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen für die tatsächliche Personalausstattung sollte hinterfragt werden. Sollte hier nicht die Qualifikation des Personals im Vordergrund stehen, damit die Basis für eine adäquate Behandlung gegeben ist.	In der Erstfassung der Richtlinie wurde eine entsprechende Regelung in § 8 Absatz 3 getroffen. Eine Änderung dieser Regelung ist nicht Gegenstand des Beschlussentwurfes. Eine Anrechnung ist nur in dem Umfang möglich, in dem Regelaufgaben der Berufsgruppe übernommen werden, bei der die Anrechnung erfolgen soll.
6.4	ZVK	In § 8: Kommentierung: Anrechnung von anderen Berufsgruppen muss mit Erfüllung der Regelaufgaben differenziert nachgewiesen werden.	Dies ist in Tabelle A 5.3. so vorgesehen.
6.5	ZVK	Anlage 2: Minutenwertetabellen 1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene [DKG: Zeitwerte in Minuten je Woche und Behandlungsbereich]	Dank und Kenntnisnahme.

		2. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche Kommentierung: Die für eine Regelbehandlung durch einen Physiotherapeuten vorgegebene Therapiezeit beträgt 28 Minuten pro Woche. Bei Intensivbehandlung 29 Minuten pro Woche. Sowohl aus wissenschaftlichen Veröffentlichungen als auch dem heutigen medizinischen Standard ist bekannt und belegt, wie wichtig regelmäßige Bewegungstherapie als auch aktive Bewegung für den Patienten sein kann. Sofern 28 Minuten auf 5 Wochentage (Arbeitstage/Woche) aufgeteilt werden, bleiben dem Patienten etwas mehr als 5 Minuten aktive Bewegungstherapie pro Tag, was für eine methodisch durchdachte Therapie einen unmöglich zu realisierenden kurzen Zeitrahmen steckt. Daher ist es fraglich, wie realistisch die Minutenwerte sind. Ebenso stellt sich die Frage, ob die Therapie in Einzeltherapie oder auch Gruppentherapie durchgeführt werden kann, und ob dies genauer definiert werden sollte.	GKV-SV: Der GKV-SV wird dies in die für 2021 geplante Weiterentwicklung der RL hinsichtlich der Minutenwerte einbringen. PatV: Dank und Zustimmung.
7.	**Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE), 2. September 2020**		
7.1	DVE	Allgemeiner Hinweis Die Psychiatrie ist für Ergotherapeutinnen ein wichtiges Arbeitsfeld und die Ergotherapie für psychiatrische Klient:innen eine bedeutsame Maßnahme, insbesondere in Bezug auf die Teilhabe. Ergotherapie ist z.B. für Menschen, die an Depressionen erkrankt sind, die am häufigsten angebotene nicht-medikamentöse Therapie in der stationären psychiatrischen Versorgung. Noch vor der Psychotherapie. Dies zeigt eine Ergebung des deutschen Krankhausinstituts. Zu ähnlichen Ergebnissen führte auch die Betrachtung ihrer Einsatzhäufigkeit bei Menschen mit schizophrenen Störungen (vgl. S3-LL Psychosoziale Therapien, 2019: 270f 1i).	PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen. GKV-SV: Kenntnisnahme.

		Mit der vorliegenden Stellungnahme möchten wir uns auf die Aspekte konzentrieren, die direkt die Belange der Ergotherapie betreffen. Denn weiterhin müssen wir feststellen, dass die Anliegen der Ergotherapie und damit auch die Anliegen psychiatrischer Klient:innen nahezu unberücksichtigt geblieben sind.	
7.2	DVE	§ 5 Berufsgruppen / § 14 Anpassung der Richtlinie Bezüglich der Berufsgruppen (§ 5) ist für uns weiterhin nicht nachvollziehbar, dass Ergohtherapeut:innen und Vertreter:innen der künstlerischen Therapien unter dem fragwürdigen und inkonsistent genutzten Begriff der „Spezialtherapeuten“ zusammengefasst werden. Die Ergotherapie und die Berufe der künstlerischen Therapien verfügen jeweils über eine eigenständige Ausbildung, eigene Inhalte, Konzepte sowie Maßnahmen und Methoden. Sie nutzen spezifische Verfahren der Diagnostik, Therapieplanung, -durchführung und Evaluation. Zeitgemäße Ergotherapie beinhaltet eine Ausrichtung auf Alltags- und Handlungskompetenz. Sie setzt sinnvolle und individuell bedeutsame Betätigungen in der Therapie ein und orientiert sich an der Lebenswelt und dem Alltag der Patient:innen. Dies findet sich bei den künstlerischen Therapien in dieser Form nicht. Eine Vermischung bzw. Zusammenfassung der Berufe bedeutet, diese Spezifika und die daraus resultierenden Wirkungsunterschiede der Therapien zu ignorieren und den Patient:innen relevante und notwendige Behandlungsmöglichkeiten vorzuenthalten.	DKG/GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Eine Änderung dieser Regelung ist nicht Gegenstand des Beschlussentwurfes.
7.3	DVE	Die Zusammenfassung der Berufsgruppen führt zudem zu Folgeproblemen z.B. bei dem Thema Anrechnung anderer Berufsgruppen (s.u.), bei den Minutenwerten und auch bei der Aufgabenbeschreibung (Anlage 2). Gerade die Aufgabenbeschreibung macht deutlich, dass keine gemeinsame Darstellung von Ergotherapie und künstlerischen Therapien möglich ist.	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
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

7.4	DVE	Dazu kommt, das die Aufgabenbeschreibung auf dem Stand der 90er Jahre und somit völlig veraltet ist. Sie bleibt weit hinter einer zeitgemäßen und inhaltlich angemessenen Beschreibung der Ergotherapie zurück (siehe z.B. DVE-Entwurf zur Novellierung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung 2). Von daher muss auch diese Problematik bei der Anpassung der Richtlinie berücksichtigt werden. Vorschlag zu §14 (2) (Ergänzung eines zusätzlichen Spiegelstrichs): Dabei sind insbesondere folgende Bereiche zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen oder neu zu definieren: - Regelaufgaben der Spezialtherapeuten inklusive Überprüfung des Konstruktes „Spezialtherapeuten“ und der Begrifflichkeit Einen Entwurf für eine Aufgabenbeschreibung der Ergotherapie hatten wir bereits unserer ersten Stellungnahme vom 12.06.2019 beigefügt (s.a. Anlage zu diesem Dokument, S. 12ff).	DKG: Kenntnisnahme. GKV-SV: Eine Überprüfung der Regelaufgaben ist für die ab 2021 stattfindenden Überprüfungen und Anpassungen der RL geplant
7.5	DVE	§ 8 (5) Hilfskräfte und Umfänge der Anrechenbarkeit Der Einsatz von Hilfskräften ist im Bereich der Ergotherapie keine Option. Die Tätigkeiten (s.a. Aufgabenbeschreibungen) können nur mit einer qualifizierten und abgeschlossenen Fachausbildung durchgeführt werden. Bereits die Anrechnungen von Fachkräften (aus in §5 benannten oder nicht benannten Berufsgruppen) ist nur in engen Grenzen vorstellbar (s.u.) Von daher fordert der DVE, bei der Thematik der Hilfskräfte eine differenzierte Benennung für welche Berufsgruppen, der Einsatz von Hilfskräften in Frage kommt. Vorschlag: 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 Berufs-	DKG und GKV-SV: Auch in der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten sind gemäß Anlage 4 Regelaufgaben vorgesehen, die beispielsweise administrative Tätigkeiten umfassen. Insbesondere diese Tätigkeiten können und werden derzeit bereits von Hilfskräften übernommen. Um Spezialtherapeuten zu entlasten und mehr Ressourcen für therapeutische Aufgaben zur Verfügung zu stellen, wird hier keine Ausnahmeregelung aufgenommen.

		gruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen, solange eine Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben vorliegt. Die Qualifikation muss eine mindestens vergleichbare pflegerische oder therapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten sicherstellen. Die Qualifikationserfordernisse können auch durch eine mindestens fünfjährige praktische Tätigkeit in der stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung nachgewiesen werden. Die Anrechnung von Hilfskräften auf dieser Grundlage ist für die Berufsgruppen der ... und der Ergotherapeuten ausgeschlossen.	GKV-SV: Der GKV-SV plädiert hier allerdings für eine niedrige Ersetzungsquote von maximal 3,8 Prozent.
7.6	DVE	In Bezug auf die Umfänge der Anrechenbarkeit anderer Fachkräfte auf die Berufsgruppe der „Spezialtherapeuten“ bedeutet die Zusammenfassung von Ergotherapie und künstlerischen Therapien bereits einen großen Spielraum für eine Flexibilität im Personaleinsatz. Von daher fordern wir eine deutliche Begrenzung der Anrechenbarkeit anderer Fachkräfte auf diese Berufsgruppe auf 3%, um die inhaltliche Qualität, die patientenbezogenen Notwendigkeiten oder individuellen Bedarfe der psychiatrischen Versorgung hier sicherzustellen.	DKG: Die Reduktion auf 3 % wird abgelehnt, da insbesondere im spezialtherapeutischen Bereich weitere Berufsgruppen immer häufiger in der Versorgung psychisch kranker Menschen eingesetzt werden. Da es bisher keine einheitliche und vergleichbare Ausbildung als Grundqualifikation gibt und das Bild der sogenannten Spezialtherapeuten und ihre zugrundeliegenden Qualifikationen sehr vielfältig sind, erfolgen hierzu zum einen keine näheren Vorgaben und zum anderen wird ein höherer Anrechnungsumfang von 10% vorgesehen. So können neben den Ergotherapeuten auch beispielsweise grundständig ausgebildete Pädagogen, Psychologen, Landschaftsarchitekten und Tierpfleger im Bereich der

			Spezialtherapien zum Einsatz kommen. Über diese Berufsgruppen hinaus sind auch in der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten gemäß Anlage 4 Regelaufgaben vorgesehen, die beispielsweise administrative Tätigkeiten umfassen. Insbesondere diese Tätigkeiten können und werden derzeit bereits von Hilfskräften übernommen. Um Spezialtherapeuten zu entlasten und mehr Ressourcen für therapeutische Aufgaben zur Verfügung zu stellen, ist ebenfalls ein höherer Anrechnungsumfang als 3% erforderlich. GKV-SV: Der GKV-SV prüft. Bisher setzt sich der GKV-SV für eine Ersetzungsquote von maximal 3,8 Prozent ein.
7.7	DVE	§ 9 Weitere Qualitätsempfehlungen Wir vermissen weiterhin, dass bei den weiteren Qualitätsempfehlungen (§ 9) bzgl. der Gruppengrößen keine Empfehlung ausgesprochen wurde. Eine wirksame therapeutische Gruppe, die den Bedürfnissen der einzelnen Patient:innen gerecht wird, muss in der Anzahl ihrer Teilnehmenden begrenzt sein. Im Rahmen der Heilmittelrichtlinie (HMR) für die ambulante Versorgung mit Ergotherapie sind Gruppengrößen von 3-6 Personen festgelegt. Eine wesentliche Abweichung davon wäre bei Patient:innen in der stationären Versorgung, die im Vergleich zur ambulanten Situation eher schwerer betroffen sind, nicht zu begründen.	Dank und Kenntnisnahme. Eine Änderung dieser Regelung ist nicht Gegenstand des Beschlussentwurfes.

7.8	DVE	Anlage 3 Teil B Referenztabellen B4.2 und B4.3 Qualifikationen des Personals Wir begrüßen ausdrücklich die Differenzierung des Nachweises der einzelnen Berufsgruppen innerhalb der „Spezialtherapeuten“.	DKG und GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
7.9	DVE	Anlage 4 Teil 3 Psychosomatik / d) Regelaufgaben „Spezialtherapeuten“ Die Ausformulierung der Regelaufgaben der „Spezialtherapeuten“ halten wir für notwendig, diese Formulierung muss deutlich über den Vorschlag der DKG hinausgehen. Eine Orientierung an der Erwachsenenpsychiatrie ist sinnvoll (s. GKV-SV-Vorschlag), muss aber einer zeitgemäßen Beschreibung ergotherapeutischer Maßnahmen gerecht werden (s.a. Anlage zu diesem Dokument, S. 12ff).	DKG: Bei dem Vorschlag der DKG handelt es sich um die Regelaufgaben aus der Erstfassung der PPP-RL. Bei der Festlegung der Mindestvorgaben und der Regelaufgaben wurden die Personalanhaltszahlen von Heuft zu Grunde gelegt. Aus diesem Grund liegt hier eine von der Psychiatrie abweichende Auflistung von Regelaufgaben vor. Die reine Übernahme der Regelaufgaben der Spezialtherapeuten aus der Psychiatrie in die Psychosomatik wird vor dem Hintergrund anderer Behandlungskonzepte abgelehnt. PatV: Dank und Zustimmung. GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Eine Überarbeitung der Regelaugaben ist für die Überprüfung und Anpassung der RL an 2021 vorgesehen. Der GKV-SV wird dabei auf die Expertise des DVE zurückgreifen. Bis dahin hat der GKV-

			SV sich bei der jetzigen Beschreibung an der Erwachsenenpsychiatrie orientiert.
7.10	DVE	Allgemeiner Hinweis Als Verband bedauern wir sehr, dass dringend notwendige Nachbesserungen in der PPP-RL für die Ergotherapie und ihre Klient:innen unter Berücksichtigung aktueller und internationaler Standards für eine zeitgemäße Ergotherapie bisher vollkommen unberücksichtigt geblieben sind. Ebenso bedauern wir die geringe Einbeziehung unserer, für die psychiatrische Versorgung sh zentralen Berufsgruppe, in den Prozess der Anpassung der PPP-RL. Wir stellen unsere Expertise jederzeit gerne zur Verfügung, um eine zeitgemäße Versorgung der Klient:innen mit Ergotherapie sicherzustellen.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
	DVE	*Literatur* *1 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2019) (Hrsg.) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren* *psychischen ErkrankungenS3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychhtherapie2. Auflage. Berlin: Springer* *2 Deutscher Verband der Ergotherapeuten: Entwurf zur Novellierung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, Anlage 1;* *https://dve.infh/attachments/article/253/ErgThAPrV_Hhmepage.pdf*	
7.11	DVE	Anlage: Stellungnahme vom 12.06.2019 zur Erstfassung Tätigkeitsbeschreibungen → Anlage 4:	***[Auswertung des G-BA aus 2019 (im Folgenden grau hinterlegt):]***

		Hinweis: gelb hinterlegt sind die Elemente, die aus der Anlage 4 übernommen wurden I Erwachsenenpsychiatrie e) Regelaufgaben der Ergotherapeuten ~~[GKV-SV: , Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten]~~ 1. Grundversorgung - ergotherapiespezifische Anamnese und Befunderhebung in Ergänzung zur allgemeinen Anamnese/Diagnostik: Erfassung und Analyse krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf Aktivitäten im Alltag und auf die Teilhabe in den Bereichen Selbstversorgung, Arbeit/Beruf und Freizeitaktivitäten mit Schwerpunkt im sozioemotionalen Bereich - interprofessionell abgestimmte Therapieplanung - Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung und Entlassmanagement - Dokumentation und Evaluation 2. Einzelfallbezogene Behandlung - Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung - Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten - Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Skillstraining, ausdruckszentrierte Verfahren, arbeitsbezogene Maßnahmen, … 3. Gruppenbezogene Behandlung – Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung – Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten – Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Soziales Kompetenztraining, Skillstrainig, Projektarbeit, ausdruckzentrierte Verfahren, präventive Verfahren – Arbeitstherapie und Belastungserprobung	[Link zum Ende der Stellungnahme 2019] *GKV-SV: Der GKV-SV sieht es nicht als Aufgabe der Richtlinie an, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Ergotherapeuten und künstlerischen Therapeuten als Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität. Der DVE verkennt bei seiner Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der*

		− Aktivitäten im Rahmen von Freizeitgestaltung − Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen (interaktionelle Aktivitäten) 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten − Vor- und Nachbereitung − Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team − Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision − Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben, Leitungstätigkeiten, Anleitung von Lernenden in der Ergotherapie − Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie II Kinder-/Jugendpsychiatrie e) Regelaufgaben der ~~Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten~~ Ergotherapeuten) ~~[GKV-SV: , Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten]~~ 1. Grundversorgung - ergotherapiespezifische Anamnese und Befunderhebung in Ergänzung zur allgemeinen Anamnese/Diagnostik: Erfassung und Analyse krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf Aktivitäten im Alltag und auf die Teilhabe in den Bereichen Selbstversorgung, Schule/Beruf und Freizeitaktivitäten mit Schwerpunkt im sozioemotionalen Bereich - interprofessionell abgestimmte Therapieplanung - Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung und Entlassmanagement - Dokumentation und Evaluation 2. Einzelfallbezogene Behandlung - Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training, neurophysiologisch orientierte Behandlung	*psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.* *DKG: Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienauswertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise. Die Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der PPP-RL festzulegenden Mindestpersonalvorgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA – zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie – in Auftrag gege-*

		- Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten unter spezieller Berücksichtigung emotionaler Probleme - Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Skillstraining, ausdruckszentrierte Verfahren, Entwicklungsförderung, Eltern-Kind-Angebote, … 3. Gruppenbezogene Behandlung − Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung − Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten unter spezieller Berücksichtigung emotionaler Probleme − Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Soziales Kompetenztraining, Skillstrainig, Projektarbeit, ausdruckzentrierte Verfahren, erlebnispädagogische Maßnahmen − Schulspezifisches Kompetenztraining / Arbeitstherapie, Fertigkeits- und Belastungserprobung − Aktivitäten im Rahmen von Freizeitgestaltung − Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen (interaktionelle Aktivitäten) 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten − Vor- und Nachbereitung − Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team − Netzwerkgespräche mit Patient, Angehörigen, Sorgeberechtigten, Betreuern, Vormund − Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision − Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben, Leitungstätigkeiten, Anleitung von Lernenden in der Ergotherapie − Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie	*benen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psych-PV derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.*

		III Psychosomatik d) Regelaufgaben der ~~Spezialtherapeuten~~ Ergotherapeuten 1. Grundversorgung - ergotherapiespezifische Anamnese und Befunderhebung in Ergänzung zur allgemeinen Anamnese/Diagnostik: Erfassung und Analyse krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf Aktivitäten im Alltag und auf die Teilhabe in den Bereichen Selbstversorgung, Arbeit/Beruf und Freizeitaktivitäten mit Schwerpunkt im sozioemotionalen Bereich - interprofessionell abgestimmte Therapieplanung und Evaluation - Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung und Entlassmanagement - Dokumentation und Evaluation 2. Einzelfallbezogene Behandlung - Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung - Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten - Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie Skillstraining, ausdruckszentrierte Verfahren, arbeitsbezogene Maßnahmen, … 3. Gruppenbezogene Behandlung − Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung − Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten − Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie Soziales Kompetenztraining, Skillstrainig, Projektarbeit, ausdruckzentrierte Verfahren, präventive Verfahren − Arbeitstherapie und Belastungserprobung − Aktivitäten im Rahmen von Freizeitgestaltung − 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, Leitungstätigkeiten − Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie	
8.	**Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK), 3. September 2020**		
8.1	APK	Allgemeiner Hinweis Die APK hat die Richtlinie PPP RL grundsätzlich begrüßt und hält es für sinnvoll, dass Personal-Mindestvorgaben festgelegt werden und deren Unterschreitung zu Vergütungsabschlägen führen. Dadurch soll die Qualität psychiatrisch-psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung gesichert werden. Es gibt allerdings bei der APK starke Bedenken, ob die Konkretisierungen der Richtlinie nach Position des GKV Spitzenverbands durchgehend dem Zweck der Qualitätssicherung dienen.	PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen.
8.2	APK	Zu § 8 Anrechnung von Berufsgruppen Die Anrechenbarkeit von nicht berufsgruppenbezogenen Fachkräften und Hilfskräften sollte sich an der Sicherung der Qualität orientieren und nicht an zu engen Korridoren. Bei den Fachkräften ist eine Anrechnung bis max. 20 % in der Erwachsenen-psychiatrie und 30 % in der KJP geboten, bei den Hilfskräften ein Korridor bis 10 %. Die APK hat begrüßt, dass die PPP-RL das bewährte Grundsystem der PsychPV aufgegriffen hat. Allerdings geben die Leistungsbeschreibungen der Berufsgruppen den seit	DKG: Dank und Kenntnisnahme. Aufgrund mangelnder Evidenz wird von einer Differenzierung zwischen Fach- und Hilfskräften bei der Definition der Anrechnungsumfänge abgesehen. GKV-SV/BPtK: Kenntnisnahme. Mit Werten von 20-30 Prozent Anrechnung von Fachkräften, die nicht in der

		dem Inkrafttreten der Psych-PV erreichten Erkenntnisgewinn über moderne psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung nicht ausreichend wieder. Dies wird nun durch die starken Einschränkungen bei der Anrechnung von Berufsgruppen besonders problematisch. Folgende Aspekte sind berufsgruppenübergreifend zu berücksichtigen und nicht ausschließlich einzelnen Berufsgruppen zuzuschreiben: - Neue Berufsgruppen sind unzureichend berücksichtigt. Sie könnten auf unterschiedliche „alte“ Berufsgruppen angerechnet werden. Eine hohe, an den Bedarfen der Patienten ausgerichtete Flexibilität ist ein modernes Prinzip bei der individuellen Behandlung auch ohne Wechsel der Einrichtung; die zu kleinteilig auf ‚Einheiten‘ bezogenen Personalmindestvorgaben erschweren diese Flexibilität. - Eine Zuständigkeits-Flexibilität im multiprofessionellen Team, die insbesondere den Bezug zum einzelnen Patienten bzw. zur einzelnen Patientin berücksichtigt, idealerweise über die gesamte Behandlungsdauer und sektorenüber-greifend, ist vor allem im Behandlungsverlauf bedeutsam und kann verweil-dauerverkürzend wirken. - Sektor-, einrichtungs- und leistungsbereichsübergreifende einzelfallbezogene Kooperation; diese Flexibilität wird durch die Einschränkungen beim Ausgleich zwischen Berufsgruppen und Fachkräften erschwert.	PPP-RL genannt werden auf die Fachkräfte der PPP-RL wird der Sinn der Richtlinie ad absurdum geführt. Damit könnten schlimmstenfalls 40 Prozent des PPP-Personals durch PPP fremde Berufsgruppen ersetzt werden. Sollten diese vorwiegend in administrativen Bereichen eingesetzt werden, wäre damit die vom Gesetzgeber geforderte Bestimmung von verbindlichen Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal unterlaufen.
8.3	APK	Zu § 11 Nachweisverfahren in Verbindung mit § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben Durch die Sondersituation nach bzw. während der Corona-Pandemie sind für die psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken starke Herausforderungen entstanden, die sich auch auf die Personalgewinnung und den Personaleinsatz beziehen. Vor diesem Hintergrund ist der vorgesehene Zeitpunkt zur Scharfstellung der qualitätssichernden Durchsetzungsmaßnahmen verfrüht. Eine Berücksichtigung der Personal-besetzungsangaben für 2020 verbietet sich angesichts der genannten Sondersituation.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme

8.4	APK	Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben Grundsätzlich soll nach § 137 SGB V ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen festgelegt werden. Dazu gehört in der ersten Stufe auch ein dialogischer Prozess bzw. Maßnahmen der Beratung und Unterstützung. Dies ist in den Vorschlägen des GKV-Spitzenverbands nicht ausreichend berücksichtigt. Neben diesen Maßnahmen der Beratung und Unterstützung sieht § 137 „je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen“ vor. Dazu heißt es im § 137 SGB V: „Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden.“ Im Votum des GKV Spitzenverband ist unter anderem ein vollständiger Wegfall des Vergütungsanspruchs vorgesehen. Damit wird aus Sicht der APK der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz verletzt. Ein vollständiger Wegfall des Vergütungsanspruchs für die Berufsgruppe, bei der die Mindestvorgaben unterschritten wurden, in der zweiten Stufe bzw. nach der Übergangszeit ist keine angemessene Durchsetzungsmaßnahme. Eine solche Sanktion kann zu abrupten Leistungseinstellungen führen und gefährdet dadurch die Versorgungssicherheit einschließlich der Erfüllung der Aufgaben im Rahmen der Ländergesetzgebung (Versorgungsverpflichtung). Wenn der vollständige Wegfall des Vergütungsanspruchs unabhängig vom Umfang der Unterschreitung greift („alles oder nichts“), wird dadurch neben dem erwünschten qualitätssichernden Impuls ein Fehl-anreiz zur erheblichen Unterschreitung der Mindestvorgaben gesetzt („präventive“ Personalkostensenkung). Ebenso unverhältnismäßig ist ein kompletter Wegfall des Vergütungsanspruchs der Einrichtung bei jeglicher (also auch geringfügiger) Unterschreitung der Mindestvorgaben in allen Berufsgruppen. Insbesondere für kleine dezentrale Einheiten (z.B. Stationen am Allgemeinkrankenhaus, dezentrale Tageskliniken in ländlichen Regionen), die einen eigenen Standort darstellen, könnte der vollständige Wegfall des Vergütungsanspruchs sowohl sehr schnell eintreten	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Der Wegfall des Vergütungsanspruchs ist nach § 137 Abs. 1 SGB V und nach QFD-RL des G-BA Folgt der Nichterfüllung von Mindestanforderungen und steht nicht im Belieben des GKV-SV. Die Verhältnismäßigkeit wird durch das gestufte System vor dem Greifen des Vergütungswegfalls gewährt. Eine dauerhafte Unterschreitung der Mindestanforderungen ist aus QS-Sicht nicht hinnehmbar.

		als auch existenzbedrohend für die Krankenhäuser sein. Das widerspricht dem Anspruch einer modernen, wohnortnahen Versorgung. Wegen der geringeren Fallzahlen sind vor allem Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie betroffen. Ebenfalls nicht angemessen sind die Sanktionen bei Nichterfüllung der Nachweis-pflichten.	
8.5	APK	Zu § 14 Anpassung der Richtlinie Die Patientenvertretung schlägt eine Konkretisierung der Regelaufgaben der Genesungsbegleiter in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie vor. Die APK begrüßt weiterhin den Einsatz von Genesungsbegleitern und deren Berücksichtigung in der PPP RL. Die Ausgestaltung der Tätigkeiten der Genesungsbegleiter befindet sich noch in einem lernenden Entwicklungsprozess. Daher hält die APK eine Konkretisierung der Regelaufgaben aktuell für verfrüht. Es könnten seitens des G-BA konkrete Schritte zu einer Ausgestaltung des Aufgabengebiets unternommen werden, z.B. Auftragserteilung an Pilotkliniken und Ausarbeitung in einem vorgegebenen Zeithorizont.	DKG/GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. PatV: Dank und Zustimmung hinsichtlich Ihrer Ausführungen zu den Genesungsbegleitern.
9.	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), 3. September 2020		
9.1	ver.di	Vorbemerkung Die Covid-19-Pandemie hat gezeigt: Die entscheidende Herausforderung in der Krankenhausversorgung ist der Personalnotstand. Vor Einführung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) zeigte sich der enorme Handlungsbedarf für die Arbeitsbedingungen und die psychiatrische Versorgung. Die verbindlichen Mindestanforderungen wurden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 19. September mit Wirkung zum 01. Januar 2020 beschlossen. ver.di drängt auf einen kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess der PPP-RL, der Struktur, berücksichtigte	PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen. GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme

		Aufgaben und Zeitvorgaben einschließt. Entscheidendes Kriterium dabei muss die bedarfsgerechte Versorgung gemäß den aktuellen medizinischen Standards bei gleichzeitigem Schutz der Beschäftigten vor Überlastung sein. Das Jahr 2020 muss seit dem Lockdown im März als ein außergewöhnliches Jahr gelten. Aufgrund der COVID-19-Pandemie beschloss der G-BA diverse Ausnahmeregelungen. Für die PPP-RL wurden die Nachweispflichten der Krankenhäuser gemäß § 11 PPP-RL für das Jahr 2020 ausgesetzt. Die Belegung auch der psychiatrischen Krankenhäuser wurde stark heruntergefahren. Dennoch gilt: um eine qualitativ hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung über die zügige Umsetzung einer flächendeckend annähernd bedarfsgerechten Personalausstattung zu gewährleisten, sind Verzögerungen über die bestehenden Übergangsregelungen hinaus zu vermeiden. ver.di setzt sich für eine bedarfsgerechte, umfassende, kohärente und lückenlose verbindliche Personalbemessung ein. Das muss der Maßstab für die Weiterentwicklung der PPP-RL sein. Die Pandemie lässt die Anforderungen an das Personal über den durchgängigen Gebrauch von Schutzmaterialien, im therapeutischen Setting das Ausweichen auf kleinere Gruppen und Einzelgespräche, und weitere Infektionsschutzmaßnahmen weiter ansteigen. Dies muss sich bei der Weiterentwicklung der PPP-RL widerspiegeln.	
9.2	ver.di	Zu I Ziffer 1. (§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich) ver.di lehnt die Verschiebung der geplanten ersten Anpassung der Richtlinie auf 2022 ab. Pandemiebedingt ist lediglich die Nachweisführung mit der G-BA-Beschlussfassung vom 27. März 2020 bis 31.12.2020 ausgesetzt worden. Die Dokumentationspflichten bleiben bestehen. Aus der Corona-Krise wird gerade deutlich, dass Mindestanforderungen an die Personalausstattung zügig umzusetzen sind, um die höheren Anforderungen an den Infektionsschutz für Patient*innen und Beschäftigte zu gewährleisten. Beschäftigte berichten auch von äußerst positiven Erfahrungen, wenn durch die verringerte Belegung endlich ausreichend Personal und Zeit für die Patient*innen zur Verfügung stand. ver.di setzt sich deshalb für die Beibehaltung des bestehenden Zeitplanes ein.	DKG: Der Beibehaltung der Frist in § 1 Absatz 3 wird zugestimmt. Das Aussetzen der Dokumentationsverpflichtung und damit auch der Nachweisübermittlung in 2020 ist jedoch unbedingt erforderlich, um die Krankenhäuser bei der Umsetzung der sich der aktuellen Lage stetig anpassenden Landes-Pandemiepläne zu unterstützen. Dies ist notwendig, da durch die Umsetzung der Pandemie-

			pläne deutlich höhere organisatorische und administrative Aufwände entstehen. Eine im Rahmen der Pandemiepläne reduzierte Bettenzahl führt keineswegs zu einer entsprechenden Freisetzung personeller Kapazitäten, da auch die nicht stationär aufgenommenen Patienten insbesondere bei bestehender Versorgungsverpflichtung weiterhin versorgt werden müssen. PatV: Dank und Zustimmung. GKV-SV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme
9.3	ver.di	Zu I. Ziffer 2. (§ 3 Behandlungsbereiche) Die Ergänzung der Behandlungsbereiche Psychosomatik P3 und P4 wird durch ver.di unterstützt. Diese sind wichtig für die datengestützte Weiterentwicklung vorerst ohne Konsequenzen bei Nichteinhaltung. Das BMG hat die bestehende Leerstelle mit Schreiben vom 20.12.2019 beanstandet. Einzuwenden ist, dass eine Übertragung der Minutenwerte aus der A6 auf die P3 ohne weiteres sachlich nicht gerechtfertigt ist. Die Bedarfe der Patient*innen und damit auch die Regelaufgaben der Beschäftigten sind unterschiedlich, z.B. aufgrund körperlicher Grunderkrankungen der psychosomatischen Patient*innen. (Onkologie). Entsprechend sollte in die Aufgaben zur Weiterentwicklung ein Auftrag zur bedarfsgerechten Neubewertung der Regelaufgaben für die P3/P4 aufgenommen werden (s. u. § 14). Dabei sind bestehende Best-Practice-Modelle einzubeziehen.	DKG/BPtK: Dank und Kenntnisnahme. Die Minutenwerte sollen wie auch bei der stationsäquivalenten Behandlung im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie festgelegt werden. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Eine Überprüfung der Minutenwerte ist für die weitere Anpassung der Richtlinie ab September 2021 geplant.

9.4	ver.di	Zu I Ziffer 6. (§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen) Auf Anregung des BMG (s. o.) erfolgt die Ergänzung um Höchstgrenzen für die Anrechnung fremder, nicht zum Geltungsbereich der Richtlinie gehörender Berufsgruppen. Die Höchstgrenzen sollen auch für die Psychosomatik gelten. Generell setzt sich ver.di dafür ein, dass Mindeststandards für alle Berufsgruppen zu 100 Prozent von Fachkräften erfüllt werden. Dies umso mehr, als im Bereich der Spezial- und der Bewegungstherapeut*innen bisher im § 5 schon z. T. unspezifische Berufsbezeichnungen, die eine Öffnung zu weiteren Berufen bedeuten, verwendet werden. Hilfspersonal muss, soweit erforderlich, zusätzlich eingesetzt und finanziert werden. Sollte gemäß den vorliegenden Vorschlägen eine Höchstgrenze beschlossen werden, so ist diese möglichst niedrig anzusetzen. ver.di plädiert aus Gründen der Komplexitätsreduktion dabei für die Vereinheitlichung der anzurechnenden Höchstgrenzen auf max. 3 Prozent. Hintergrund ist die bessere Umsetzbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Vorgaben im Klinikalltag. Ausgeschlossen werden sollte die Anrechnung von Berufsgruppen, die keine direkt patientenbezogenen Tätigkeiten, welche in den Regelaufgaben abgebildet sind, übernehmen (können), wie z.B. Kodierassistent*innen. Deren Aufgaben, z. B. Abrechnungsdokumentation, sind in den aus der Psych-PV übernommenen Regelaufgaben nicht abgebildet. Sie sind daher zusätzlich zu planen und zu finanzieren. Die Festlegung der Qualifikationsanforderung bei der Anrechnung der Berufsgruppe nach § 5 Abs. 1b und 2b als Fachkräfte oder Hilfskräfte anderer Berufsgruppen oder Pflegehilfskräfte mit mind. 1jähriger Ausbildung nach den jeweiligen landesgesetzlichen Regelungen und mehrjähriger praktischer Tätigkeit in der psychiatrischen Pflege wird, sofern eine Anrechnung zugelassen wird, unterstützt. Der Vorschlag der Patientenvertretung trägt zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung bei und ist deshalb sachgerecht.	Die verbindliche Vorgabe zur Finanzierung von Fachkräften gemäß der VKS-Mind. und zusätzlicher Hilfskräfte liegt außerhalb der Regelungskompetenz des G-BA. Voraussetzung für die Anrechnung ist stets, dass die Hilfskräfte tatsächlich Regelaufgaben gemäß Anlage 4 erbringen können. Dazu ist eine entsprechende Qualifikation der anzurechnenden Hilfskräfte erforderlich. PatV: Dank und Zustimmung. DKG: Da bisher keine ausreichenden Informationen aus der Psychosomatik zu der Frage vorliegen, in welchem Umfang Nicht-PPP-RL-Personal in der Praxis eingesetzt und somit zur Anrechnung gebracht werden könnte, ist es unbedingt erforderlich die maximalen Anrechnungsumfänge hier erst nach Auswertung der ersten Nachweise zu regeln. GKV-SV/BPtK: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-V stimmt ver.di zu, dass die Mindeststandards für alle Berufsgruppen möglichst zu 100 % erfüllt sein sollten. Aus Gründen der Flexibilität setzt sich der GKV-SV

		ver.di regt Übergangsregelungen für langjährige Betriebsangehörige ohne Qualifikation bzw. langjährig im Betrieb tätige Krankenpflegehelfer*innen an. Darüber hinaus sind entsprechende Weiterqualifizierungsangebote für vorhandene Hilfskräfte betrieblich zu planen und umzusetzen und in der Richtlinie zu berücksichtigen. Übergangsregelungen sind in § 8 Abs. 6 (neu) der Richtlinie wie folgt zu formulieren, damit kann auch ein Beitrag zur Deckung des Fachkräftebedarfs geleistet werden: „Beschäftigte, die ohne entsprechende Qualifikation vor dem 1.1.2021 länger als 5 Jahre und seither kontinuierlich in einer psychiatrischen Einrichtung in der Erfüllung von Regelaufgaben einer Berufsgruppe nach § 5 tätig waren und denen bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze weniger als 10 Jahre verbleiben, können mit 80 Prozent ihrer geleisteten Vollkraftstunden angerechnet werden, jedoch nur bis zur Höchstgrenze für die Berufsgruppe nach §8 Abs.5. Beschäftigte ohne Qualifikation, die vor dem 1.1.2021 länger als 5 Jahre und seither kontinuierlich in einer psychiatrischen Einrichtung in der Erfüllung von Regelaufgaben einer Berufsgruppe nach § 5 tätig waren, oder mit einjähriger Qualifikation, können mit den tatsächlich in der Patientenversorgung gearbeiteten Stunden angerechnet werden, solange sie an einer (berufsbegleitenden) Weiterqualifizierungsmaßnahme zur Fachkraft teilnehmen.“ Eine Mindestanrechnung von einer halben Vollkraftstelle je Berufsgruppe wird von ver.di abgelehnt. Dies könnte insbesondere für kleinere Einrichtungen wie Tageskliniken z. B. auch die Anrechnung anderer Berufsgruppen auf eine halbe Ärzt*innenstelle oder eine andere Berufsgruppe, die dadurch unter Umständen vollständig ersetzt würde, bedeuten. Sie ist daher nicht sachgerecht Darüber hinaus regt ver.di die Aufnahme einer Höchstgrenze der untereinander anrechenbaren Berufsgruppen gem. § 8 Abs. 3 im einstelligen Prozentbereich an. ver.di erwartet dazu eine Regelung auf der Grundlage der ersten erhobenen Daten im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL.	aber trotzdem dafür ein, dass Einrichtungen in geringem Maße auch die Möglichkeit erhalten PPP-RL-fremdes Personal einzusetzen. Dabei stimmt der GKV-SV ver.di zu, dass eine Mindestanrechnung von einer halben Vollkraftstelle je Berufsgruppe nicht dachgerecht ist. Übernommen werden dürfen nur Aufgaben, die in den Regelaufgaben der Berufsgruppen beschrieben sind. Abrechnungsdokumentation gehört nicht dazu. Eine Übergangsregelung für langjährige Betriebsangehörige ohne Qualifikation bzw. langjährig im Betrieb tätige Krankenpflegehelfer*innen an wird vom GKV-SV geprüft und ggf. in den Beratungsprozess eingebracht. DKG: Die Definition und somit Ausbildungsmöglichkeiten von Pflegehilfskräften variiert stark zwischen den Bundesländern. Sowohl das weite Spektrum an Berufsgruppen, die zur Anrechnung kommen können müssen, als auch das Nichtvorliegen einer einheitlichen Definition von Pflegehilfskräften widersprechen einer Konkretisierung an dieser Stelle.

		Zukünftig sollte darüber hinaus für Berufsgruppen, in denen dies relevant ist, eine Mindestanforderung für fachweitergebildete Kräfte definiert werden, zum Beispiel für fachweitergebildete Pflegefachkräfte nach DKG-Empfehlung oder mit Aufbaustudiengang. Auch sollte z.B. der Anteil an Fachärzten und Psychotherapeut*innen in Aus- oder Weiterbildung berücksichtigt werden.	Die Nicht-Aufnahme dieser Regelung würde zu einer Benachteiligung der Tageskliniken, ggf. zu einer Schließung selbiger und damit zu einer Gefährdung der gemeindenahen Versorgung sowie damit einhergehend einer steigenden Hospitalisierung führen. Aus diesem Grund wird die Ausnahmeregelung für Tageskliniken beibehalten. Der Einsatz bsp. einer Logopädin im Umfang eines 0,16 Vollkräfteäquivalentes wird in der Realität bei einer Stand-alone-Tagesklinik 70 km vom Mutterhaus entfernt, nicht umzusetzen sein.
9.5	ver.di	Zu I Ziffer 7. (§ 10 Ausnahmetatbestände) Grundsätzlich werden die vorgenommenen Klarstellungen zu definierten Ausnahmetatbeständen begrüßt. ver.di spricht sich für die Begrenzung der Ausnahmetatbestände auf das jeweilige Fachgebiet aus und befürwortet bei kürzeren Ausnahmetatbeständen eine monatsbezogene Betrachtung. Es wird angeregt, die Ausnahmetatbestände im Rahmen der Weiterentwicklung auf der Grundlage der erhobenen Daten besonders zu prüfen und bestehende Regelungen ggfs. anzupassen, um Missbrauch der bestehenden Regelung auszuschließen. Die pandemiebedingte Ausnahme für die Nachweispflicht gem. § 11 erfasst lediglich die Nachweisführung für das Jahr 2020. Die Dokumentationspflicht ist von der Ausnahmeregelung nicht erfasst und besteht damit fort. ver.di hält die Dokumentation im Jahr 2020	GKV-SV/PatV: Dank und Zustimmung. DKG: Zum einen würde die monatsbezogene Betrachtung von der Definition der Mindestvorgaben abweichen und zum anderen würden so relevante Tatbestände im Monatsübergang nicht berücksichtigt werden können. Daher wird dies weiterhin abgelehnt. Das Aussetzen der Dokumentationsverpflichtung und damit auch der

		für sachgerecht, um die erhobenen Daten für die Weiterentwicklung der Richtlinie zu nutzen.	Nachweisübermittlung in 2020 ist unbedingt erforderlich, um die Krankenhäuser bei der Umsetzung der sich der aktuellen Lage stetig anpassenden Landes-Pandemiepläne zu unterstützen. Dies ist notwendig, da durch die Umsetzung der Pandemiepläne deutlich höhere organisatorische und administrative Aufwände entstehen. Eine im Rahmen der Pandemiepläne reduzierte Bettenzahl führt keineswegs zu einer entsprechenden Freisetzung personeller Kapazitäten, da auch die nicht stationär aufgenommenen Patienten insbesondere bei bestehender Versorgungsverpflichtung weiterhin versorgt werden müssen.
9.6	ver.di	Zu I Ziffer 8. (§ 11 Nachweisverfahren) ver.di unterstützt die Klarstellung in Abs. 3, dass in den Nachweisen ggfs. vorliegende Ausnahmetatbestände nachzuweisen sind, insbesondere zum Ausmaß der krankheitsbedingten Ausfälle (Tab A 6.1. Spalten 3-5) und zu den Auswirkungen von organisatorischen und strukturellen Änderungen auf die Personalausstattung (Tab. A6.3, Spalte 4). Um für die Weiterentwicklung der PPP-RL die in 2020 erhobenen Daten zu nutzen, ist die Übermittlung bis zum 30. April 2021 erforderlich. Sollte die Auswertung ergeben, dass die Daten teilweise aufgrund der Covid-19-Pandemie nicht repräsentativ sein sollten, ist eine Anpassung der Datengrundlage für die Weiterentwicklung vorzunehmen	DKG: Kenntnisnahme. Aus den in den Tragenden Gründen zu § 10 Absatz 3 genannten Gründen wird die Verwendung der Daten des Jahres 2020 abgelehnt. GKV-SV/PatV: Dank und Zustimmung. Wir werden die Anregung zur Klarstellung der Veröffentlichung der

		ver.di lehnt die Verschiebung des Zeitplans der Datenlieferungen um ein Jahr ab und verweist auf die Begründung ad I.1. Zu § 11 Abs. 10 ergibt sich die Frage nach der Veröffentlichung der Jahresberichte auf der Webseite des G-BA. Die Veröffentlichung der Jahresberichte mit den Mindestvorgaben und tatsächlicher Personalausstattung ist wesentlich für die Transparenz der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungsqualität, in der bestehenden Formulierung jedoch nicht vorgesehen. ver.di erwartet daher eine Klarstellung zur Veröffentlichung des jeweiligen Jahresberichtes.	Jahresberichte und in der Übergangszeit der Quartalsberichte in die RL-Änderung aufnehmen.
9.7	ver.di	Zu I Ziffer 9. (§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben) Die Weiterentwicklung dieser Regelung basiert auf den Hinweisen des BMG und soll einerseits die Vorgaben durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als auch die Verhältnismäßigkeit gem. § 137 Abs. 1 Satz 4 SGB V beachten. ver.di ist der Überzeugung, dass Sanktionen über Vergütungsabschläge grundsätzlich die Versorgungsqualität verschlechtern können, wenn Patient*innen trotz Personalunterdeckung weiter versorgt werden. Eine sichere Patient*innenversorgung ist nur gewährleistet, wenn die Relation zwischen eingesetztem Personal und Patient*innenzahl den Mindestvorgaben entsprechend eingehalten wird. Die Konsequenz bei einer Personalunterdeckung muss deshalb eine Leistungseinschränkung sein. Sinnvoll wäre deshalb eine Einschränkung der Patient*innenaufnahme, bis das notwendige Personal eingesetzt werden kann. Eine Vergütungskürzung muss daher als Anreiz ausgestaltet sein, die Mindeststandards vollständig zu erfüllen. Im Fall einer Unterschreitung muss der Anreiz weiterhin dahingehend wirken, die Unterschreitung möglichst gering zu halten.	GKV-SV/PatV: Dank und Zustimmung. DKG: Die DKG dankt für den Verweis auf die Hinweise des BMG vom 20.12.2019, die aber leider nicht vollständig zitiert werden. Das BMG hat zur Frage der Verhältnismäßigkeit angefügt: *„Dabei ist der Sanktionscharakter des Vergütungswegfalls bei einer Nichterfüllung der Mindestvorgaben unter Beachtung der finanziellen Auswirkungen auf die Einrichtungen zu konkretisieren und auszugestalten.“* Die DKG dankt ausdrücklich für die Kritik an den von der DKG vorgeschlagenen „festen Sätzen der Vergütungskürzung“. Mit dem Vergleich zu den tatsächlichen Arbeitgeberaufwendungen pro Vollkraftstunde wird

		Dieser Logik folgt grundsätzlich der Vorschlag von GKV-SV /Patientenvertretung (PatV) in der Übergangsvariante bis 2023, allerdings sind die Prozentsätze sukzessive zu erhöhen und ein vollständiger Vergütungswegfall bei einer erheblichen Unterschreitung vorzusehen. Den Vorschlag der DKG, mit festen Sätzen der Vergütungskürzung zu arbeiten, lehnt ver.di ab. Erstens sind diese im vorliegenden Vorschlag bei weitem zu gering gewählt, um den o.g. Anreiz zu setzen. Sie liegen unterhalb der tatsächlichen Arbeitgeberaufwendungen pro Vollkraftstunde. Zweitens müssten sie im Zuge von Entlohnungssteigerungen kontinuierlich erhöht werden. Der Vorschlag der GKV-SV/PatV Vertretung ab 1.1.2024 einen vollständigen Vergütungswegfall für die unterschreitenden Berufsgruppe vorzusehen, erscheint unverhältnismäßig, wenn die Unterschreitung nur sehr gering ist. ver.di schlägt daher in Abänderung des Vorschlages von GKV-SV/PatV zu § 13 folgende Formulierung vor: § 13 Abs. 5: „Im ersten und zweiten Quartal einer Nichteinhaltung eines Fachgebietes wird die Vergütung um einen Prozentsatz in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkräftestunden berechnet. Dazu wird der Anteil der fehlenden Vollkräftestunden an der Gesamtanzahl der Vollkräftestunden für alle Berufsgruppen ermittelt. Der Anteil der fehlenden Vollkräftestunden nach Satz 2 errechnet sich aus der Summe der Differenzen zwischen der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind und der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist für alle Berufsgruppen mit einem Umsetzungsgrad unter 100 Prozent dividiert durch die Summe der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind aller Berufsgruppen. Der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs ergibt sich aus dem vierfachen Wert des Anteils der fehlenden Personalausstattung nach Satz 2 und 3. Ab dem dritten unmittelbar aufeinanderfolgenden Quartal einer Nichteinhaltung eines Fachgebietes oder bei einer Unterschreitung in einer Berufsgruppe um mehr als 10 Prozent wird der	grundsätzlich die hohe Transparenz des DKG-Vorschlages in Hinblick auf die unterstellten Anreizwirkungen bestätigt. Zur Frage der Anreizwirkungen ist allerdings zu beachten, dass die Vergütung im Psych-Bereich auf Grundlage der krankenhausindividuellen Budgets erfolgt. Sofern die Budgetmittel für Personal auch vollständig für Personal verwendet wurden, hat das Krankenhaus auch bei einer Nichteinhaltung der Mindestvorgaben keinerlei Personalkosten eingespart. Diese Zusammenhänge werden durch den Psych-Personalnachweis gemäß § 18 BPflV erkennbar. Dies ist auch der Grund für einen Betrag unterhalb der Personalkosten. Unabhängig davon kann die Frage der Anreize und Verhältnismäßigkeit über die Höhe des Betrags mit hoher Transparenz beantwortet werden. Der GKV-SV geht dagegen nicht auf die finanziellen Auswirkungen des dimensionslosen Prozentsatzes ein. Somit ist ein Rückschluss auf Anreizwirkungen und auch keine Bewertung der normativen Verdopplung des Prozentwertes möglich.

		Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs wie folgt berechnet: Die Vergütung ist um einen Prozentsatz in Abhängigkeit vom Umfang des Anteils der nicht eingehaltenen Berufsgruppen zu kürzen. Der Prozentsatz errechnet sich aus der Summe der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind für alle Berufsgruppen mit einem Umsetzungsgrad unter 100 Prozent dividiert durch die Summe der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind aller Berufsgruppen. Wird die Mindestpersonalausstattung bei allen Berufsgruppen unterschritten, entfällt somit die Vergütung im Ergebnis vollständig. §13 Abs. 6 Für eine Übergangszeit bis 31.12.2023 wird im ersten und zweiten Quartal einer Nichteinhaltung eines Fachgebietes der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs aus dem zweifachen Wert des Anteils der fehlenden Personalausstattung nach Absatz 5 Satz 2 und 3 berechnet. Ab dem dritten unmittelbar aufeinanderfolgenden Quartal einer Nichteinhaltung eines Fachgebietes wird auch in der Übergangszeit bis 31.12.2023 der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs nach den Vorgaben in Absatz 5, Satz 5 bis 8 berechnet.“ Die Einhaltung der Personalmindeststandards ist nur verlässlich und ohne Nachteile für die Versorgung möglich, wenn die Krankenhäuser ein mit ausreichend Personalressourcen hinterlegtes Ausfallmanagement in Höhe des zu erwartenden Ausfalls zuzüglich eines Puffers für unvorhergesehene Abweichungen vorhalten. Dieses ist nach Ansicht von ver.di ein essentieller Bestandteil von Vorgaben zur Mindestpersonalausstattung und muss entsprechend in den Budgetverhandlungen berücksichtigt werden.	Die von ver.di vorgeschlagene Prolongation der Berechnungsmethodik für die ersten beiden Quartale auch über die Übergangszeit hinaus spricht für die Unverhältnismäßigkeit des GKV-SV Vorschlages. Die Erhöhung des Prozentsatzes um den Faktor 4 und die daraus resultierenden finanziellen Auswirkungen werden jedoch auch hier von ver.di nicht berücksichtigt. Die DKG stimmt zu, dass ein „Personalpuffer“ erforderlich ist. Dieser ist jedoch nicht vom G-BA festzulegen, sondern von den Vertragsparteien nach § 18 KHG zu vereinbaren. Aus diesem Grund sieht der DKG-Vorschlag vor, dass diese als für die Durchsetzung des Vergütungswegfalls zuständige Stellen im Dialog auch die ggf. erforderlichen Maßnahmen zu treffen haben.
9.8	ver.di	Zu I Ziffer 10. (§ 14 Anpassung der Richtlinie) Da die Dokumentation für das Jahr 2020 erfolgen muss, spricht sich ver.di für die Beibehaltung der entsprechenden ersten Überprüfung auf der Grundlage des Erfassungsjahres 2020 aus.	DKG: Die gesammelten Daten aus dem Nachweisverfahren für das Jahr sind 2020 ohnehin nicht als Referenzwerte für das Folgejahr zu verwenden. Die deutlich geringere Gesamtanzahl von Patienten in diesem

		Im Absatz 2 regt ver.di die ergänzende Formulierung an (Spiegelstrich zur Psychosomatik): – „die Mindestvorgaben für die Psychosomatik. Hier ist auf der Basis einer Erhebung zum tatsächlichen Bedarf eine Neubewertung der Minutenwerte vorzunehmen, deren Ergebnisse von den Minutenwerten der A6/A2 abweichen können." ver.di unterstützt die Regelaufgaben der Genesungsbegleiter bei der Überprüfung und Anpassung der Richtlinie aufzunehmen. Da die Anforderungen auf Aufgabenstellungen aufgrund verschiedener Konzepte sehr unterschiedlich sind, bietet sich die Entwicklung eines gestuften Mustertätigkeitsprofils an. Hierbei sind vorliegende Studienergebnisse im Rahmen laufender Innovationsprojekte und anderer Projekte zu berücksichtigen. SGB V §136 a, Abs. 2 Satz 9 regelt, dass bisher zum 1.1.2021, mit der voraussichtlichen und an dieser Stelle unstrittigen Verabschiedung des KHZG [Inkrafttreten Oktober 2020] zum 1.1.2022 Vorgaben für eine Mindestbesetzung mit Psychotherapeuten zu erarbeiten sind. Damit sind Änderungen im § 5 zu erarbeiten, die Regelaufgaben entsprechend zu definieren und entsprechende Minutenwerte zu erheben. Auch hier ist auf eine bedarfsgerechte Ausgestaltung zu achten.	Jahr, wird zu einer entsprechend niedrigeren Anzahl der Behandlungstage im Vergleich zum Vor- und Folgejahr führen. Auch die Patientenbedarfe werden deutlich von denen in anderen Jahren abweichen. Die Entscheidung, welche psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungen verschoben werden können, ist unter rein medizinischen Gesichtspunkten im Einzelfall zu treffen. Es werden somit hauptsächlich Behandlungen von Patienten verschoben, die einen gemäß PPP-RL-Einstufung niedrigeren Personalbedarf aufweisen. Die deutlich veränderte Anzahl der Behandlungstage und der Patienteneinstufungen würde zu einer Mindestvorgabe für das Jahr 2021 führen, welche aufgrund eines bisher fehlenden PPP-RL-Vergleichsjahres, in nicht abschätzbarem Ausmaß von einer in der Normalsituation ermittelten Mindestvorgabe abweichen würde. Auch für die Weiterentwicklung der Richtlinie können daher weder die Patienteneinstufungen noch die ermittelte Anzahl der Behandlungstage im Jahr 2020 verwendet werden. Die Nutzung der Daten aus

			2020 ist somit in Gänze nicht angemessen. Regelaufgaben in der PPP-RL werden nur für diejenigen Berufsgruppen beschrieben, für die auch Mindestvorgaben vorgesehen werden. Da dies auf die Berufsgruppe der Genesungsbegleiter nicht zutrifft, wird von der Aufnahme eines Kataloges an Regelaufgaben abgesehen. PatV: Dank und Zustimmung. GKV-SV: Kenntnisnahme
9.9	ver.di	Zu I Ziffer 11. (§ 16 Übergangsregelungen) ver.di setzt sich für die Beibehaltung des bestehenden Zeitplans der Übergangsregelungen ein. Die erhobenen Daten aus dem Jahr 2020 sind zu nutzen, soweit die pandemiebedingte Belegung dies sinnvoll erscheinen lässt. Wo dies zur Berechnung der Mindeststandards für 2021 aufgrund des Belegungsrückgangs nicht sachgerecht ist, muss auf die Zahlen aus den Stichtagserhebungen der PsychPV aus 2019 sowie einen auf den Entwicklungstendenzen der vergangenen Jahre basierenden Veränderungswert zurückgegriffen werden. Diese Daten wurden entsprechend für die Berechnung der Mindeststandards für 2020 eingesetzt (vgl. §16 Abs. 3 bisherige Fassung) und können aufgrund der besonderen Situation in 2020 weiterhin Grundlage sein. Keinesfalls darf die Umsetzung der Mindestvorgaben entsprechend der PPP-RL verzögert werden. Die Covid-19-Pandemie hat die Anforderungen an das Per-	DKG: *siehe Nr. 9.8* GKV-SV/PatV: Dank und Zustimmung.

		sonal aufgrund der bestehenden Infektionsschutzregelungen steigen lassen. Mindestvorgaben müssen deshalb zügig umgesetzt werden, damit eine sichere psychiatrische und psychosomatische Versorgung gewährleistet wird.	
9.10	ver.di	Anlage 3 Nachweis des Nachweises zur PPP-RL, Teil A Tabelle A2 - Datenfelder zur Organisationsstruktur des Standorts Zur Weiterentwicklung der Richtlinie ist es wesentlich, dass ausgewertet wird, wie die Versorgungsqualität für Patient*innen auf bestimmten Arten von Stationen/ therapeutische Einheiten gestaltet ist. Es ist wichtig, dass die Bezeichnung der Stationsart in Spalte 3 spezifisch vorgegeben wird, damit auf dieser Grundlage eine differenzierte Auswertung und Weiterentwicklung erfolgen kann. Um eine qualifizierte Auswertung vornehmen zu können, muss stattdessen oder zusätzlich von der Einrichtung angegeben werden, um welche Art von Station es sich handelt: um eine allgemeinpsychiatrische Station, eine Suchtstation, eine gerontopsychiatrische Station, eine KJP-Station, eine psychosomatische Station, eine Akutstation oder eine elektive Station – jeweils tagesklinisch oder vollstationär. Ggf. sind hier auch Mischungen aus den o.g. Stationen einzutragen oder eine anderweitige therapeutische Einheit, die dann näher von der Einrichtung bezeichnet werden muss. Die Tabelle A 2 muss entsprechend angepasst werden.	DKG: Die stationsbezogenen Nachweise und somit auch deren Erweiterung werden abgelehnt, da psychiatrische und psychosomatische Behandlung heutzutage zunehmend stationsunabhängig und Settingübergreifend stattfindet. Die stationsbezogenen Nachweise widersprechen diesen Entwicklungen und stellen somit ein Hindernis für die Umsetzung moderner Konzepte dar und bergen die Gefahr einer Rückentwicklung der psychiatrischen Versorgung hin zur Anstalts- und Verwahrungspsychiatrie. GKV-SV/PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. In der Tat ist eine Kategorisierung der Stationen notwendig, um zu untersuchen, ob auf bestimmten Stationen regelhaft zu wenig Personal eingesetzt wird.43 Prozent der Häuser erfüllten die Psychiatrie-Personalversordnung 2018 nicht, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren es gar 49 Prozent. Dabei wird in über 90 % aller

			Krankenhäuser die notwendige Personalausstattung im Budget berücksichtigt. Das ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass geprüft werden muss, ob der höhere Personalbedarf auch in den sensiblen Versorgungsbereichen wie beispielsweise einer Demenz- oder Akutstation ankommt. Ohne Stationsbezug ist der wesentlich höhere Personalbedarf weder in der Stellenplanung noch in der Umsetzung gewährleistet. Wie genau diesem Ziel Rechnung getragen werden soll: ob durch eine Stationstypisierung im Nachweis oder eine Stationstypisierung hinsichtlich der Höhe der Belegungstage mit bestimmen Behandlungsbereichen in der Auswertung des IQTIG ist zur Zeit noch unklar. Bis 2019 haben übrigens sämtliche psychiatrischen KH den sogenannten Stationssockel für ihre Stationen abgerechnet. Dass innerhalb eines Jahres diese Stationsorganisation in sämtlichen Einrichtungen aufgegeben worden sein soll, entspricht nicht

			unseren Kenntnissen – und scheinbar auch nicht denen der dort Beschäftigten.
9.11	ver.di	Tabelle A6.1 – Ausnahmetatbestand Nr. 1 (kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle) In Tabelle A6.1 bleibt die Angabe der Krankheitsbedingten Ausfallstunden, der Mindestpersonalvorgabe VKS-Mind in VKS und der Ausfallquote in % erforderlich, um den Nachweis zu führen, dass die 15 Prozent gem. § 10 Ziffer 1 erfüllt ist und die Datenlage zur Weiterentwicklung der Richtlinie nutzbar ist. ver.di unterstützt daher den Vorschlag des GKV-SV.	DKG: Von diesen Angaben wird abgesehen, da sie obsolet sind. Der Ausnahmetatbestand kann erst bei über 15% des vorzuhaltenden Personals geltend gemacht werden. Ob die krankheitsbedingte Ausfallquote 16% oder 17% ausmacht ist hier irrelevant und stellt damit unnötigen zusätzlichen Dokumentationsaufwand dar. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
10.	**Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., 3. September 2020**		
10.1	Dachverband Gemeindepsychiatrie	Zur Einhaltung der Mindestvorgaben (§ 2 Abs. 2 i. V. mit§§ 7 Abs. 4, 13 und 16) Wir unterstützen ausdrücklich die grundsätzliche Festlegung, dass alle Krankenhäuser die 100% Mindestvorgabe der PPP-RL für ihr Fachpersonal erfüllen müssen, unab-hängig davon, zu welchem Zeitpunkt Sanktionen gemäß § 13 scharf geschaltet werden. Im Interesse der Patientinnen und Patienten ebenso wie der Glaubwürdigkeit des therapeutischen Angebots der Krankenhäuser sollte diese Frist so kurz wie möglich gehalten werden.	DKG: Bereits in der Erstfassung der Richtlinie wurde ein „Übungsjahr“ nach Einführung der Richtlinie für die Kliniken vorgesehen. Aufgrund der sich durch die Corona-Pandemie veränderten Rahmenbedingungen, konnte das Jahr 2020 nicht als Übungsjahr dienen. Aus diesem Grund ist eine Verschiebung der Sanktionsregelung um ein Jahr unbedingt erforderlich.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen. GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme
10.2	Dachverband Gemeindepsychiatrie	Zur Berechnung der Mindestpersonalausstattung (§ 7 i. V. mit Anlage 1) Mit dem "Krankenhauszukunftsgesetz" (KHZG) wird der Bettenbezug als ausschließ-licher Maßstab für die Mindestvorgaben im Bereich der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung (insbesondere der Psychotherapie) gestrichen. Wir begrüßen dieses Gesetzesvorhaben und erwarten, dass das Berechnungs-verfahren der Mindestpersonalausstattung zeitnah an diese Änderung angepasst wird.	Dank und zustimmende Kenntnisnahme
10.3	Dachverband Gemeindepsychiatrie	Zur Anrechenbarkeit von Hilfskräften (§ 8 Abs. 5) Der Wunsch, Hilfskräfte in erheblichem Umfang - z. B. von 5% oder mehr - auf die Pflichtvorgaben anzurechnen, mag angesichts der Arbeitsmarktsituation verständlich sein, darf aber keineswegs eine Dauerlösung werden. Wir empfehlen eine jeweils befristete Anrechenbarkeit, jeweils bis es zu einer der regelmäßigen Anpassungen der Richtlinie kommt. Dann soll anhand der Daten und Erfahrungen neu entschieden werden.	In der Weiterentwicklung der Richtlinie ist bereits vorgesehen in einem zwei Jahresrhythmus erforderliche Anpassungen zu prüfen. Daher wird von zusätzlichen Fristsetzungen abgesehen. DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
10.4	Dachverband Ge-	Zum Stellenwert der Genesungsbegleitung (§ 9 Abs. 2 i . V. mit § 5 Abs. 1 sowie den Anlagen 1 und 2))	DKG/GKV-SV: Genesungsbegleiter übernehmen bereits in vielen Einrichtungen eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten, es gibt derzeit

	meinde-psychiatrie	Genesungsbegleitung ist eine in der Fachdiskussion anerkannte und gut evaluierte, für Patienten mit schweren psychischen Störungen sehr wertvolle Ergänzung der Stan-dard-behandlung. Sie sollte so schnell wie möglich aus der bloßen Empfehlung in § 9 in die Berufsgruppen des§ 5 Abs. 1 übernommen und in der Anlage 1 mit Zeitvorgaben versehen werden. Außerdem ist sie als Behandlungsmittel in der Anlage 2 zu berück-sichtigen. Da die Erfahrungen mit Genesungsbegleitung derzeit noch nicht überall vorliegen und qualifizierte Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter vermutlich noch nicht überall in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, ist eine Übergangszeit erforder-lich. Die Richtlinie soll hierzu eine zeitliche Vorgabe formulieren, wir schlagen dafür den 01.01.2022 als Einführungsdatum für eine Pflichtversorgung mit Genesungs-begleitung vor.	jedoch noch keine bundeseinheitliche Qualifikation. Ebenso sind auch im-mer die persönliche Eignung und die ausreichende Verfügbarkeit von Ge-nesungsbegleitern zu berücksichti-gen. Vor diesem Hintergrund wird der Einsatz von Genesungsbegleitern nicht unter den Mindestvorgaben die-ser Richtlinie verortet. Genesungsbe-gleiter können jedoch gemäß § 2 Abs. 10 bei den Vereinbarungen auf Orts-ebene berücksichtigt werden. PatV: Dank und Zustimmung.
10.5	Dachver-band Ge-meinde-psychiatrie	Zu den Behandlungsmitteln (Anlage 2) In der Spalte 4 der Anlage werden ausschließlich stationsinterne Abläufe erfasst. Die Einbeziehung des sozialen Umfelds und der Vor- und Nachbehandler der Patienten fehlt, obwohl sie zur Pflichtleistung „Entlassmanagement" gehört und bei sorgfältiger Ausfüh-rung erheblich zeitaufwändig sein kann. Dieser Mangel entspricht unserer Praxiserfah-rung, dass Entlassmanagement vielerorts unzureichend durchgeführt wird. Die Einbezie-hung des Umfelds ist daher in die Liste der Behandlungsmittel aufzu-nehmen und bei der Bemessung der Minutenwerte der damit befassten Berufsgruppen (Ärzte, Pflege-kräfte, Sozialarbeiter) zu berücksichtigen. Außerdem ist die Genesungsbegleitung als Behandlungsmittel aufzuführen (s.o.)	DKG: Kenntnisnahme. Dies ist je-doch nicht Gegenstand des aktuellen Beschlussentwurfs. PatV: Dank und Zustimmung. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
11.	**Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (dgkjp), 7. September 2020**		

11.1	DGKJP	Zu § 1/ § 14 Wissenschaftlich fundiert ist eine Anpassung der Richtlinie im Jahr 2021 auf Grundlage der Daten des Jahres 2020 (§ 14) unseres Erachtens nicht möglich. Leider mussten etliche Abteilungen, insbesondere teilstationäre, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie infolge der Pandemie ihre Belegung erheblich reduzieren, haben Mitarbeitende angewiesen in Minusstunden zu gehen u.a.m. Die Daten für 2020 sind somit absehbar kein Abbild der Realität. Daher wurde die Übermittlung der beabsichtigten Datensätze bis auf die Patient*innen-Einstufungen ausgesetzt und Bezugsgrößen sind nicht vorhanden. Das vorhandene Personal dürfte durch die Minderbelegungen fälschlicherweise überschätzt werden. In § 14 sind in der Änderungsfassung eine zu den Vorschlägen in § 1 widersprüchliche Jahreszahlen angegeben. Wir bitten um Erläuterung und Korrektur.	GKV-SV: In der Tat können reduzierter Patientenzahlen bei gleichbleibender Personalstärke zu einer Erfüllung oder Übererfüllung der Mindestanforderungen führen, die bei regulären Patientenzahlen ggf. nicht gegeben wäre. Hier kann die quartalbezogene Auswertung der Daten 2020 Abhilfe schaffen. Der GKV-SV geht davon aus, dass im ersten und vierten Quartal 2020 diesbezüglich realistische Zahlen zu erwarten sind. Andere Kennzahlen wie etwa die Qualifikation des Personals werden von den Auswirkungen der Corona-Pandemie nicht beeinflusst. Hier ist auch die ganzjährige Auswertung zielführend. PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Wir danken konkret für den Hinweis zu dem Widerspruch. Dieser wird aufgelöst. Eine Weiterentwicklung der Richtlinie soll schnellstmöglich (zum 1. Januar 2022) vorgenommen werden. Die Daten des Jahres 2020 können je-

			doch aus den von der DGKJP genannten Gründen nicht verwendet werden.
11.2	DGKJP	Zu § 3 Absatz 1 Die Einführung teilstationärer psychosomatischer Behandlung erscheint uns im Sinne einer wünschenswerten Ambulantisierung bedarfsgerecht und wird unsererseits stark unterstützt, auch wenn unser Fachgebiet davon nicht betroffen ist.	GKV-SV/DKG: Dank und Kenntnisnahme
11.3	DGKJP	Zu den §§ 4, 6 und 7 Die hierin enthaltenen redaktionellen Klarstellungen können wir mittragen.	GKV-SV/DKG: Dank und Kenntnisnahme
11.4	DGKJP	Zu § 8 Absatz 5 Anrechenbarkeit von Fach- und Hilfskräften Trotz der Schwankungen in einem begrenzten ärztlichen Arbeitskräftemarkt sehen wir eine Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen auf die der Ärzt*innen als nicht zielführend an. Wir haben uns an anderer Stelle (Stellungnahme der DGKJP zum Krankenhauszukunftsgesetz vom August 2020) bereits sehr dafür eingesetzt, eher die Minutenwerte der Ärzt*innen für Psychotherapie zu erhöhen. Die Austauschbarkeit mit Psycholog*innen ist u.E. ausreichend, um allfällige Ausfallzeiten von Ärzt*innen zu kompensieren. Wir sehen Hilfskräfte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ansonsten eher kritisch und weisen darauf hin, dass in der Psych-PV Pflegehilfskräfte laut der amtlichen Begründung zu § 6 nur für den Fall anrechenbar waren, „soweit ihr Einsatz z.B. aufgrund der Arbeitsmarktsituation erforderlich ist“, woran sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zumeist orientiert wurde. Die geforderte Qualifikation, ggfs. durch Erfahrung im Fachgebiet erworben, begrüßen wir; sie sollte aber genauer beschrieben werden. Insbesondere gilt es, die Frage studentischer Hilfskräfte (Medizin oder Psychologie oder Pädagogik) z.B. zur Unterstützung in der Nachtwache zu klären. Eine Anrechnung von mehr als 10 % der	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Auch der GKV-SV hält eine Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen auf die Berufsgruppe der Ärzte fachlich für nicht zielführend, es sei denn es handelt sich um Psychologinnen, die die gleichen Regelaufgaben tätigen. DKG: Die Änderung wird aus den von der DFPP benannten Gründen vorgesehen. In Kliniken werden auch in der Berufsgruppe der Ärzte Aufgaben von anderen Berufsgruppen, wie zum Beispiel Kodierfachkräften, Medizinischen Fachangestellten, und Dokumentationsassistenten übernommen.

		VKS-Mind. für Hilfskräfte halten wir in der Arbeit mit schwer psychisch gestörten Kindern für fachlich nicht vertretbar. Sichergestellt sein muss aus Gründen des Patient*innenschutzes und hier insbesondere des Kinderschutzes, dass Hilfskräfte nie allein ohne Begleitung einer Fachkraft in einer Schicht, auch und gerade nicht nachts und am Wochenende, beschäftigt werden dürfen. Für Hilfskräfte sollten deutlich niedrigere Quoten der Ersetzbarkeit angesetzt werden als für Fachkräfte. Die vom G-BA vorgenommene Gleichsetzung halten wir für unangemessen. Eine Aufteilung der Ersetzbarkeit der verschiedenen Berufsgruppen auf unterschiedliche prozentuale Anteile darüber hinausgehend ist nicht zielführend und führt zu einem unnötigen bürokratischen und dokumentarischen Mehraufwand. Lösungsvorschlag: Daher schlagen wir vor, die Anrechenbarkeit auf die u.E. völlig unvollständige Auflistung der Berufsgruppen (s.u. „zu den Anlagen“), v.a. im fach- oder spezialtherapeutischen Bereich, durch andere Fachkräfte von der Anrechenbarkeit durch Hilfskräfte zu trennen. Als Fachkräfte im spezialtherapeutischen Bereich könnten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie z.B. auch unter e) Bewegungstherapeut*innen, Sportpädagog*innen, Motopäd*innen, Reittherapeut*innen oder Erlebnistherapeut*innen gelten, unter f) könnten auch z.B. Bachelor-Absolvent*innen in Kindheitspädagogik gelten. Ebenso ist die Anrechenbarkeit von z.B. Sonderpädagog*innen auf die Berufsgruppe der Sozialpädagogen zu fordern. Alternativ könnten auch die Berufsgruppen d), e) und f) jeweils mit einem „z.B.“ versehen werden. Die Anrechenbarkeit anderer Fachkräfte kann dann in den diversen Berufsgruppen durchaus bis zu 30 % betragen. Für Hilfskräfte sehen wir 10 % als die Obergrenze an. Nicht zuletzt möchten wir darauf hinweisen, dass nach § 8 (3) eine Anrechenbarkeit der Minutenwerte der Berufsgruppe der Sprachheiltherapeut*innen/Logopäd*innen (Berufs-	Zunehmend sind auch Physician Assistents an der Versorgung beteiligt. Dies betrifft insbesondere organisatorische, administrative und auch delegierbare patientenbezogene Tätigkeiten. Die Verantwortung für die Durchführung bleibt schlussendlich bei der ärztlichen Berufsgruppe. Jedoch ist unbestritten, dass unterstützende Tätigkeiten, beispielsweise auch die Vorbereitung von Arztbriefen unter anderem durch die beispielhaft aufgeführten Berufsgruppen übernommen werden und somit eine Anrechnung zu ermöglichen ist. Die Vorbehaltsaufgaben der Ärzte, welche von keiner anderen Berufsgruppe (weder nach § 5 noch anderer Berufsgruppen) übernommen werden können, dürfen auch im Rahmen der Anrechnung nicht von anderem Personal übernommen werden. Daher wird eine Anrechnung auf die Berufsgruppe der Ärzte auch nur in geringem Umfang vorgesehen. GKV-SV: Einerseits bewertet die DGKJP den Einsatz von Hilfskräften in der KJP kritisch, andererseits plädiert sie für eine Obergrenze von 10 Prozent bei der Anrechnung von

		gruppe g) auf andere Berufsgruppen zwar vorgesehen ist. Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen hätten allerdings, würde die Besetzung der Logopädiestellen wie in den meisten Einrichtungen auf „Null“ gesetzt, automatisch eine nicht besetzte Berufsgruppe, d.h. es würde, folgt man dem GKV-/Patient*innenvertretungsvorschlag, eine strukturelle Benachteiligung unseres ganzen Fachgebietes resultieren, in Form von ungerechtfertigten Abzügen und Eintritt in die Sanktionsspirale.) Da die zu Zeiten der Psych-PV-Entstehung noch bestehenden „Stottererstationen“ in der Krankenhauslandschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus guten Gründen nicht mehr existieren, sind logopädische Leistungen nur noch sehr selten erforderlich. Die Leistungen sind in aller Regel entsprechend den gewaldelten Patientenbedarfen in ergotherapeutischer oder heilpädagogischer Förderung aufgegangen. Von daher plädieren wir dafür, diese Berufsgruppe – auch aus Gründen der Gleichstellung mit den anderen Fächern – bei Nicht-Besetzung nicht als „fehlend“ sondern als „ersetzt“ zu bewerten. Wir befürworten aus pragmatischen Gründen eine Anrechenbarkeit von je 0,2 Vollzeitäquivalenten der Berufsgruppen untereinander. Gerade die Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitet, um ein flächendeckendes Angebot herzustellen, mit kleinen, dezentralen Einheiten, in denen anrechenbare Berufsgruppen nicht nur zu verschwindend geringen Stellenanteilen tätig sein können. Überdies bedarf es überschaubarer Vorgaben zur Personalplanung für den Alltag.	Hilfskräften auf PPP-Berufsgruppen. Dies hält der GKV-SV fachlich für zu hoch. Die Bedingungen unter denen Hilfskräfte eingesetzt werden sollten, werden wir in die Weiterentwicklung der Richtlinie einbringen. Den vierten Absatz versteht der GKV-SV so, dass die DGKJP für den gleichen Prozentsatz für Anrechnungen von PPP-fremden Fach- und Hilfskräften bei allen Berufsgruppen plädiert. Bezüglich der Lösungsvorschläge ist strikt zu trennen zwischen der Anrechnung von PPP-Berufsgruppen auf anderer PPP-Berufsgruppen und der Anrechnung von PPP-fremden Berufsgruppen auf PPP-Berufsgruppen. Die Gruppe der Spezialtherapeuten ist bezüglich der Anerkennung anderer Therapeuten bereits geöffnet worden. DKG: Wie die DGKJP darstellt gibt es verschiedenste Berufsgruppen, deren Anrechnung ermöglicht werden muss. Dies gilt sowohl für Fach- als auch für Hilfskräfte. Hilfskräfte übernehmen unter anderem Dokumenta-

			tionsaufgaben, wodurch die Fachkräfte entlastet und mehr Ressourcen für die direkte Patientenversorgung frei werden. Aus diesem Grund wird die Möglichkeit der Anrechnung von Hilfskräften weiter vorgesehen. Auf eine Differenzierung zwischen Fach- und Hilfskräften wird aufgrund mangelnder Evidenz verzichtet. So wurden Pflegehilfskräfte beispielsweise im Rahmen der Psych-Personalnachweise nicht als anzurechnendes Personal sondern in die Berufsgruppe der Pflege gezählt. So wird weiterhin bei der Berufsgruppe der Pflege ein Anrechnungsumfang von 20% vorgesehen, welcher den Mittelwert zwischen den von der DGKJP geforderten Grenzen von 30 % für Fachkräfte und 10 % für Hilfskräfte darstellt GKV-SV/DKG/PatV: Logopäden sind durch andere Berufsgruppen der PPP-RL ohne Höchstgrenze ersetzbar, sofern sie Regelaufgaben der Logopädie übernehmen können. Wir danken jedoch für die Hinweise und werden dies für die Weiterentwicklung der Richtlinie prüfen. DKG: Wir stimmen den im letzten Absatz dargestellten Schwierigkeiten

			bezüglich kleiner dezentraler Einheiten zu. Unter anderem aus diesem Grund wird von der Festlegung von Anrechnungsumfängen zwischen den Berufsgruppen abgesehen.
11.5	DGKJP	Zu § 10 (2) Ausnahmetatbestände Wir plädieren stark dafür, Ausnahmetatbestände nicht für die Einrichtung, sondern für die Fachgebiete zu definieren, da diese auch dort entstehen und fachlich adäquat kompensiert werden müssen. So verstehen wir § 2 (5) „Die Mindestvorgaben sind quartalsdurchschnittlich auf Einrichtungsebene, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, einzuhalten.“, vgl. auch § 11 (9). Die quartalsbezogenen Formulierungen für die Nachweispflichten ist u.E. ebenso bereits in § 2 (5) festgelegt: „Die Mindestvorgaben sind quartalsdurchschnittlich auf Einrichtungsebene, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, einzuhalten.“. Das ist für die prospektive Planung wichtig, da der Blick jeweils planerisch auf das Quartal gerichtet bleiben sollte. Bei einer monatsbezogenen Erfassung der Ausnahmetatbestände („kalendermonatliche Betrachtung“) käme man in kleinen dezentralen Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die oft nur 10 Plätze umfassen, im gegebenen Fall sehr schnell unter die Werte der Mindestvorgaben, etwa beim Zusammentreffen von Erkrankung und Urlaub in einer Berufsgruppe. Der politisch nicht gewollte Trend zum zentralen Großklinikum würde dadurch sehr verstärkt. Dass spätestens innerhalb von 4 Wochen ein Ausgleich geschaffen werden kann, halten wir in unserem kleinen Fachgebiet mit den relativ kleinen Teams für nicht regelhaft einhaltbar. Der Ausgleich muss wie bisher geregelt in Quartalsschritten erfolgen können. Insofern halten wir alle neuen Vorschläge zu § 10 Abs 2 für eine Überregulierung.	GKV-SV/DKG: Da die Mindestvorgaben in der differenzierten Einrichtung nach § 2 Abs. 5 einzuhalten sind, sind auch die Ausnahmetatbestände für diese auszuweisen. GKV-SV: Die differenzierten Einrichtungen nach §2 Abs.5 entsprechen den Fachgebieten. GKV-SV/DKG: Die Ausnahmetatbestände nach Satz 1 und 2 sollen explizit kurzfristige Effekte berücksichtigen. Der GKV-Vorschlag die Mindestvorgabe auch im Monat zu betrachten, sollte hier den Einrichtungen die Inanspruchnahme von Ausnahmetatbeständen erleichtern. Es ist leicht erkennbar, dass es wahrscheinlicher ist im Zeitraum eines Monats kurzfristig bedingte Krankheitsausfälle von 15 Prozent zu haben, als im Zeitraum eines Quartals. Kurzfristig bedingte Krankheitsausfälle von bspw. 40 Prozent in einem

			Monat könnten dagegen nicht beansprucht werden, da sie umgerechnet auf das Quartal keine 15 Prozent ergäben. DKG: Wir stimmen der DGKJP vor, dass nicht von den quartals- und einrichtungsbezogenen Mindestvorgaben abgewichen werden sollte. Die Änderung soll jedoch ermöglichen, dass auch kurzfristige Personalausfälle von über 15% zur Geltung gebracht werden können. Im Gegensatz zum GKV-SV-Vorschlag, fordert die DKG, dass dies auch monatsübergreifend möglich sein muss. So kann im DKG-Vorschlag auch ein Personalausfall von Mitte Januar bis Mitte Februar einen Ausnahmetatbestand darstellen
11.6	DGKJP	Zu § 10 (3) Nachweispflichten Wir schließen uns der Auffassung an, dass alle Nachweispflichten, d.h. das gesamte Verfahren seitens des G-BA mit Beschluss vom 27.3.2020 für 2020 ausgesetzt worden sind, da aussagefähige Daten nicht zu erwarten sind. Allein die Patient*inneneinstufung wird erhoben. Es würde sogar der Intention einer hinreichenden Personalausstattung für das hoffentlich wieder voll versorgende Jahr 2021 zuwiderlaufen, wenn hier die Daten des Jahres 2020 zugrunde gelegt würden. Prospektiv betrachtet wäre eine Bezugnahme auf die Daten des Jahres 2020 v.a. für die Personalentwicklung an personell noch nicht	DKG: Danke und zustimmende Kenntnisnahme. Eine Aussetzung der Nachweise ist aus den von der DGKJP genannten Gründen unbedingt erforderlich. GKV-SV: Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erklärung zur Aussetzung von QS-Anforderungen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie vom

		gut ausgestatteten Häusern nachgerade gefährlich, da sowohl von anderen Patient*innenstrukturen in der Zusammensetzung als auch einer relativ zu der Zahl an Behandlungsfällen zu guten Personalausstattung ausgegangen werden muss. Andererseits dürfte es wegen erfolgter Quarantänemaßnahmen, Krankheitsfällen oder Freistellungen zu sehr hohen Ausfallzeiten gekommen sein. Die diesbezügliche Auslegung des Beschlusses wurde auch in der Fachwelt so kommuniziert.	27.03.2020 setzt für diverse QS-Richtlinien (u.a. auch die PPP-RL) die Nachweispflichten bis zum 31.12.2020 vorübergehend aus. Mit der Aussetzung der Nachweispflichten bis zum 31.12.2020 ist für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen eine Behandlung in 2020 auch ohne Erfüllung der Mindestvorgaben zulässig, so wie es die Pandemie erfordert. Die Vorgaben in den §§ 6 und 7, nach denen das Krkh auch in 2020 verpflichtet ist, laufend seine Leistungen und sein Personal zu dokumentieren, wurden nicht aufgehoben. Eine Übersendung der Nachweise für das Jahr 2020 zum 30. April 2021 ist daher von den Einrichtungen - so wie in der RL-PPP geregelt- vorzunehmen. Die Nachweispflichten ab dem 01.01.2021 sind ebenfalls nicht ausgesetzt. Eine Übersendung der Nachweise für das Jahr 2020 zum 30. April 2021 ist daher von den Einrichtungen - so wie in der RL-PPP geregelt, vorzunehmen. Bezüglich der geschilderten Reduzierung der Patientenzahlen in 2020

			kann die quartalbezogenen Auswertung der Daten 2020 Abhilfe schaffen. Der GKV-SV geht davon aus, dass im ersten, dritten und vierten Quartal 2020 diesbezüglich realistische Zahlen zu erwarten sind. Andere Kennzahlen wie etwa die Qualifikation des Personals werden von den Auswirkungen der Corona-Pandemie nicht beeinflusst. Hier ist auch die ganzjährige Auswertung zielführend.
11.7	DGKJP	Zu § 11 Nachweisverfahren Einer quartalsweisen Übermittlung aller Daten auch an die Krankenkassen können wir nicht zustimmen, sie geht über die bisherige Richtlinie deutlich hinaus. Dafür müsste man dann im Gegenzug die Überprüfung der Einhaltung durch den Medizinischen Dienst in § 11 (5) streichen, die damit dann überflüssig wäre.	GKV-SV: Hier liegt ein Missverständnis vor. Die Regel nach § 11 Abs. 2 ist, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen Teil A des Nachweises jährlich erhalten. Dies ist keine neue Regelung. In der Übergangsregelung für die quartalweise Lieferung in § 11 Abs. 13, ist diese Regelung nicht nachgezogen worden. Die jetzige Änderung in § 11 Abs. 13 Nr.1 dient damit der Harmonisierung der Richtlinie und ist nicht neu. DKG: Danke und zustimmende Kenntnisnahme. Aus Sicht der DKG handelt es sich hierbei ebenfalls um

			eine Neuregelung. In der Übergangszeit ist ausschließlich eine quartalsweise Übermittlung an das IQTIG erforderlich um zügig an der Weiterentwicklung der Richtlinie arbeiten zu können. Eine quartalsweise Lieferung an die Krankenkassen bietet hingegen, insbesondere in Anbetracht der Meldung bei Nichteinhaltungen, keinen Mehrwert.
11.8	DGKJP	Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung Zu § 13 (1): Die DGKJP hält es bei etlichen überregional geführten Einrichtungen (z.B. Suchtbehandlungsstationen für Jugendliche, Sonderversorgungseinrichtungen für Intelligenzgeminderte oder kinderpsychosomatische Abteilungen) für nicht zielführend, dass alle 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“, bei der Feststellung der Mindestvorgaben/ Qualitätsanforderungen beteiligt werden müssen. Dabei kann es sich in unserem Fachgebiet theoretisch um die Gesamtzahl aller am Markt befindlichen Sozialleistungsträger im SGB V-Bereich handeln. Die Prüfung durch die Medizinischen Dienste nach § 11 Abs. 5 erfüllt den Zweck der überregionalen Prüfung u.E. voll umfänglich. Im § 137 SGB V erkennen wir eine solche Beteiligungspflicht nicht – es sei denn, der Wegfall des Vergütungsanspruchs würde patient*innenbezogen festgestellt und müsste den einzelnen Kostenträgern zurückerstattet werden. Das ist weder praktikabel noch sinnvoll. Explizit ist in § 137 (1) vom Wegfall des Vergütungsanspruchs bei einer Leistung	GKV-SV: Die gesetzliche Vorgabe sieht explizit einen Vergütungsausschluss vor. Die Einhaltung von Mindestvorgaben sind grundsätzlich Voraussetzung für den Vergütungsanspruch. Grundsätzlich ist hier eben keine angemessene Kürzung der Vergütung im Umgang nicht erbrachter Leistungen oder nicht eingesetzten Personals vorgesehen. Soweit pauschalierende Entgelte für die Vergütung vorgesehen sind, kann sich ein Vergütungsausschluss eben nur auf diese beziehen. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.

		die Rede. Die PEPPs umfassen aber wiederum eine Gesamtkostenrechnung aller Leistungen für alle Patient*innen einer bestimmten Kategorie und nicht, wie bei den DRGs, bestimmter Prozeduren.	
11.9	DGKJP	Zu § 13 (2): Die DGKJP geht davon aus, dass im § 13, der auf § 2 (5) verweist, eine nach Fachgebieten differenzierte Darstellung erfolgt und dass auch die Sanktionen nach Fachgebieten differenziert durchgeführt werden. Wenn überhaupt Ergänzungen an dieser Stelle der PPP-RL erfolgen, dann sollte auch der gesamte Text aus § 2 (5) übernommen werden.	GKV-SV: Eine entsprechende Klarstellung wird geprüft. DKG: Die Sanktionen werden gemäß der Definition der Mindestvorgaben einrichtungs- und quartalsbezogen zum Tragen kommen.
11.10	DGKJP	Zu § 13 (3) und (9, DKG- und BÄK-neu): Stark befürwortend möchten wir uns seitens der DGKJP für den Vorschlag einsetzen, bei Unterschreitung der Mindestpersonalausstattung Gegenmaßnahmen und Sanktionen in einem Dialog bezogen auf die Unterschreitung der Mindestausstattung zu erörtern, a) um die Krankenkassen – z.B. prospektiv krankenhausplanerisch – mit in die Verantwortung zu nehmen (etwa zu kleine und dadurch nicht wirtschaftliche Einheiten mit zu geringen Vertretungs- und Kompensationsmöglichkeiten zu vergrößern, oder auch Probleme der Personalsituation en détail erörtern zu können), und b) durch solche Dialoge auch weiterführende Möglichkeiten, wie Vereinbarungen zur sektorenüberschreitenden Versorgung unter Einbezug von Ressourcen anderer Leistungsanbieter zu eruieren. Diese möglichen Entwicklungen der regionalen Versorgung sollten unterjährig und zeitnah besprochen werden.	GKV-SV: Gegenmaßnahmen im Sinne eines Dialoges zwischen den Vertragsparteien schließt die Richtlinie an keiner Stelle aus. Ein derartiger Dialog kann jedoch nicht wie vorgeschlagen grundsätzlich erst bei einer Unterschreitung erfolgen. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
11.11	DGKJP	Zu § 13 (5-7) bzw. (5-8) Wir halten es für die Budgetsicherheit der Krankenhäuser und die Zuverlässigkeit für unsere Patient*innen für zielführend, analog dem Vorschlag von DKG und BÄK eine Voll-	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme DKG: Dank und Zustimmung. Die Befürwortung einer „Vorab-Bepreisung“ von „nicht erbrachten Leistungen“ ist

		kraftstellen-bezogene Berechnung und Vorab-Bepreisung der nicht erbrachten Leistungen vorzunehmen und keinen Bezug auf die abzurechnenden Entgelte des Vergütungsanspruchs. Für das operative Geschäft in den Krankenhäusern ist eine Berechnungsweise nach dem anteiligen Vergütungsanspruch nicht transparent genug, zumal der allgemeine Vergütungsanspruch auch deutlich mehr Krankenhausleistungen, insbesondere Vorhaltungskosten, umfasst als die reinen Personalkosten. Hier eine zusätzliche Einsparung durch die Kassen zu realisieren, wäre systemfremd. Eine Vollkostenrechnung auch der Support- oder Laborbereiche des Krankenhauses etc. wurde bewusst nicht in die PPP-RL einbezogen. Wir machen darauf aufmerksam, dass Pflichtleistungen wie Bereitschaftsdienste und Pflichtversorgung weiterhin gesichert werden müssen, um die Versorgung der Bevölkerung nicht zu gefährden. Wir machen ebenfalls darauf aufmerksam, dass die Vereinbarung von ausreichenden und ausreichend finanzierten Personalstellen noch nicht in allen Abteilungen unseres Fachgebietes umgesetzt und nicht überall kontrolliert ist. Ein Einbezug in die Budgetverhandlungsstrategien ist daher ebenfalls abzulehnen. Bewusst wurde seitens der Politik mit der PPP-RL nicht die BPflV verändert.	begründet. Die Erläuterungen zu den unterschiedlichen Inhalten der Personalmindestanforderungen für den Tagdienst und den darüber hinausgehenden Umfang der Vergütungen ist nachvollziehbar. Dies muss bei der Festlegung der Höhe des Vergütungswegfalls berücksichtigt werden. Auch ist die Kritik an der Intransparenz und den Unsicherheiten einer prozentualen Kürzung der Vergütungen begründet, zumal der GKV-SV die Auswirkungen für die Krankenhäuser nicht dargelegt hat. Unverständlich ist die Kritik an einer Verknüpfung mit den Budgetverhandlungen. Hierdurch wird eine Nachweispflicht zur Einhaltung der Mindestanforderungen für alle Einrichtungen ermöglicht, und - sofern erforderlich - die Vereinbarung des notwendigen Personals unterstützt. Unabhängig davon hat der Gesetzgeber sehr wohl § 3 und § 18 BPflV an die PPP-RL angepasst.
11.12	DGKJP	Zu § 13 (12.- DKG und BÄK – bzw. 8 - GKV)	GKV-SV: Von dieser Sanktion sind nur Krankenhäuser betroffen, die die vorgegebenen Übermittlungspflichten nicht erfüllen.

		Eine Sanktion in Höhe von 20 € je vereinbartem (nicht einmal: je geleistetem) Berechnungstag bei Fristüberschreitung wäre für kleine kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen existenzbedrohlich.	DKG: Dank und Zustimmung.
11.13	DGKJP	Zu § 14 Anpassung Die DGKJP hat sich in der Entwicklung der PPP-RL aus diversen Gründen gegen den Einsatz von Genesungsbegleitern im Fachgebiet ausgesprochen, so bedeutsam diese in den anderen Fachgebieten sind. Wir gehen davon aus, dass dies weiterhin berücksichtigt wird.	GKV-SV/DKG: Die Einwände der DGKJP gegen den Einsatz von Genesungsbegleitern in der KJP sind berücksichtigt worden PatV: Dank und Zustimmung hinsichtlich Ihrer Ausführungen zu den Genesungsbegleitern.
11.14	DGKJP	Zu § 16 Übergangsregelungen Ein weiteres sanktionsfreies Jahr ist, da im Fachgebiet bis heute keine Daten zur IST-Situation vorliegen (können), aus Sicht der DGKJP dringend geboten. Strategische Ausrichtungen zur Personalakquise, Probe-Berechnungen des Personaleinsatzes usw. mussten zugunsten völlig anderer Aufgaben im Umgang mit der Corona-Pandemie zurückgestellt werden, um die Versorgung unserer Patient*innen weiter zu sichern. Ein Bezug auf die Datenbasis 2019 ist kaum möglich, da in unserem Fachgebiet eine elektronische Patient*innenakte mit täglicher Erfassung der damaligen, ggfs. übertragbaren Psych-PV-Einstufungen noch nicht durchgehend realisiert ist und sonst nur 4 Stichtage im Jahr zur Verfügung stünden. Häufigere Stichtagserhebungen wurden erst im Jahr 2020 eingeführt. Nichtsdestotrotz sollte zügig eine Ertüchtigung aller Abteilungen zur Berechnung der Mindestpersonalvorgaben erfolgen und sollten Steuerungsmöglichkeiten sowie die Erfassung der Ausfallzeiten erprobt werden. Die DGKJP begrüßt das Aussetzen der Erfassung der Regelaufgaben, a) da nicht alle Regelaufgaben, v.a. nicht mit dem erforderlichen Zeitumfang, enthalten sind und b) da deren Erfassung einen sehr großen bürokratischen Aufwand generieren wird.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Aus genau diesen Gründen sieht die DKG im Gegensatz zum GKV-SV den Beginn der Sanktionsregelung ab 2022 vor. Die Kliniken benötigen unbedingt ein Übungsjahr, welches aufgrund der Corona-Pandemie nun nur das Jahr 2021 darstellen kann.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

11.15	DGKJP	Zu den Anlagen: Zu Anlage 1, Minutenwertetabellen: Bei den Zeitwerten pro Minute pro Patient*in in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen auf Seite 23 der Lesefassung muss der DKG-Vorschlag „,… zu teilstationärer Behandlung in psychosomatischen Einrichtungen gemäß Tabelle Nr. 2“ gestrichen werden, es scheint sich hier um einen redaktionellen Fehler zu handeln. Kinder und Jugendliche können nicht ohne weiteres in psychosomatischen Einrichtungen behandelt werden.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme und Umsetzung in der RL. DKG: Hier liegt ein Missverständnis vor. In dem Hinweis wird auf Tabelle Nummer 1 abgestellt, welche nur die Behandlungskategorien der Erwachsenenpsychiatrie und KJP umfasst.
11.16	DGKJP	Zur Anlage 3 Aus Sicht der DGKJP ist sicherzustellen, dass keine Verrechnung verschiedener noch nicht definierter Personalbereiche mit dem nachzuweisenden Personal erfolgen kann. Wir bitten daher um eine deutlich getrennte Ausweisung des StaeB-Personals, sofern dieses nicht anteilmäßig auch im vollstationären Bereich tätig ist. Gleichzeitig bitten wir um eine rechtzeitige Veröffentlichung der hierzu erhobenen Realdaten, damit über eine künftige Ausweisung des einzusetzenden Personals verhandelt werden kann. Regionale und strukturelle Besonderheiten der jeweiligen Einrichtung können beispielsweise in einem erhöhten Pflegebedarf der Patient*innen (z.B. in Einrichtungen der Spezialversorgung für Intelligenzminderung) bestehen. Es sollte verdeutlicht werden, dass hier zusätzlich vereinbartes Personal, da es sehr wohl Regelleistungen im Sinne der PPP-RL erbringt, auch für diese gezählt werden darf. Anders könnte es sich z.B. für Fahrdienste in dezentrale Einrichtungen oder zusätzlichen Aufwand für Wachdienste bei Pavillonstruktur der Klinik verhalten. Zur Referenztabelle B.4.3 – Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV hatte bisher von einer getrennten Ausweisung abgesehen, da dies mehr Aufwand für die Einrichtungen bedeutet. DKG: Hier liegt ein Missverständnis vor. In dem Hinweis wird auf Tabelle Nummer 1 abgestellt, welche nur die Behandlungskategorien der Erwachsenenpsychiatrie und KJP umfasst.

		Unter e) sollte ergänzt werden: e3) Davon Spezialtherapeut*innen mit anderer Qualifikation als e1 und e2. Im Bereich Bewegungstherapie bestehen ebenfalls multiple mögliche weitere Qualifikationen (Sportlehrer*innen, Erlebnistherapeut*innen, Reittherapeut*innen, Motopäd*innen, usw.) Unter f) sollte ebenfalls ergänzt werden eine Kategorie f4) Davon Spezialpädagog*innen oder Spezialtherapeut*innen mit anderer Qualifikation als f1 bis f3, z.B. Bachelor in Kindheitspädagogik, Sonderpädagogik.	
11.17	DGKJP	Zu Anlage 4, Regelaufgaben Die Regelaufgaben gehören, wenn überhaupt, insgesamt nach neueren Therapiekonzepten überarbeitet. Eine Ausdehnung der bisherigen Formulierungen auf z.B. die Bewegungstherapeuten in der Psychosomatik wie vorgeschlagen halten wir nicht für zielführend.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Eine Überarbeitung der Regelaufgaben ist in der Weiterentwicklung der RL geplant. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
12.	**Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF), 7. September 2020**		
12.1	DNVF	Allgemeiner Hinweis Wir nehmen ausschließlich aus Sicht der uns vorliegenden Ergebnisse der Versorgungsforschung Stellung, die bezüglich des Einsatzes von Personal in psychiatrisch und psychosomatischen Kliniken Hinweise geben.	PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen.
12.2	DNVF	Im Feld der seelischen Gesundheit gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Modelle, um eine bessere bereichs- und sektorenübergreifende Versorgung zu gewährleisten (Integrierte Versorgung ach §140a SGB V, Modellversorgung nach §64b SGB V etc.). Diese	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die angesprochenen Änderungen sind nicht Gegenstand des

		zeigen auf, dass ein klinik-bereichsübergreifender Personaleinsatz, wie er zum Beispiel in den Projekten nach § 64b SGB erfolgt, positive Aspekte im Hinblick auf Behandlungskontinuität und Patientenorientierung aufweist [1, 2]. Für die Kostenträger dürfte vor allem bedeutsam sein, dass erstens das psychosoziale Funktionsniveau der Behandelten längerfristig höher liegt und damit vermutlich auch die Anzahl der AU-Tage zurückgeht (diese Frage wird gerade in der noch laufenden Studie PsychCare untersucht), zweitens die stationäre Inanspruchnahme sinkt, und drittens die Behandlungen durch das Krankenhaus auch kosteneffizienter sind [3, 4]. Wir plädieren daher dafür, • den nicht zeitgemäßen Stationsbezug zu streichen; • auf standortbezogene Vorgaben zur Ermöglichung des Personaleinsatzes über alle Standorte hinweg zu verzichten; • den Einrichtungen genügend Gestaltungsmöglichkeiten bei der Bildung klinikbereichs-übergreifender Teams zu geben.	vorliegenden Beschlusses. Die DKG sieht jedoch ebenfalls den dringenden Bedarf die Mindestvorgaben dahingehend weiterzuentwickeln, dass der Personaleinsatz nicht stationsbezogen erfolgen muss, sondern am Patientenbedarf aufgerichtet wird. GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Der GKV-SV unterstützt bereichs- und sektorenübergreifende Versorgung wie die Integrierte Versorgung nach §140a SGB V und die Modellversorgung nach §64b SGB V. In der PPP-RL ist eine hohe Flexibilität und bedarfsorientierte Leistungserbringung durch den Quartals- und Fachgebietsbezug möglich. Der Personaleinsatz über Stationen und Standorte hinweg ist dabei an keiner Stelle der Richtlinie ausgeschlossen. Es wird nicht verlangt, dass das Personal nur stationär tätig ist. Auch die Bildung von Standortübergreifenden Teams ist möglich. Wenn allerdings Standorte über 10 Km entfernt sind, ist nach Ansicht des GKV-SV eine getrennte Betrachtung aus Qualitätssicht notwendig.

			Das Krankenhaus ist jedoch frei auch in diesem Fall standortübergreifendes Personal einzusetzen. Der Stationsbezug im Nachweis dient dem Patientenschutz. Damit wird sichergestellt, dass die einrichtungsbezogene Messung der Mindestpersonalausstattung nicht dazu führt, dass besonders sensible Versorgungsbereiche wie z.B. die Gerontopsychiatrie oder Intensivversorgungsbereiche nicht dauerhaft personell unterversorgt werden, wie dies in der Vergangenheit häufig der Fall war. Denn ein Einrichtungsbezug bei der Einhaltung der Mindestvorgaben kann theoretisch dazu führen, dass manche Einheiten sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Dies wäre eine Unterversorgung und Gefährdung der Patientinnen und Patienten in den schlecht ausgestatteten Bereiche, die nicht zu vertreten ist.
12.3	DNVF	Aus Sicht der Versorgungsforschung bleibt darüber hinaus ein Punkt anzumerken, der sich nicht direkt auf die geplante Änderung der PPP-RL bezieht, sondern auf das Vergütungssystem insgesamt, welches durch die PPP-RL beeinflusst wird. Wissenschaftlich offen scheint augenblicklich noch die Frage, wie sich unterschiedliche Anreiz- und Steuerungssysteme auf die Qualität der Versorgung auswirken. Die Anwendung der PPP-RL	PatV: Dank und Zustimmung. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme *(s. Anmerkung zu Nr. 12.2).*

		könnte damit verbunden sein, dass zunehmend stationäre Behandlungsformen wieder bevorzugt werden und klinikbereichsübergreifende Angebote von den Klinikträgern nicht realisiert werden. Beleg hierfür ist, dass bisher nur wenige Kliniken von der Modellversorgung nach § 64b SGB-V Gebrauch machen und die Gesetzesintention (ein Modellprojekt jeweils der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie pro Bundesland) nach mehreren Jahren nicht erreicht werden konnte. Dies bedeutet für die Forschung, dass alternative Steuerungsanreize nicht evaluativ bewertet werden können, da solche nicht ausreichend evaluiert werden können. Daher sollten aus unserer Sicht alle Regelungen der PPP-RL dahingehend überprüft werden, • ob sie kompatibel mit einer flexiblen und bedarfsorientierten Leistungserbringung durch die Kliniken sind; • und ob sie offen dafür sind, dass der Aufbau innovativer Versorgungsstrukturen gefördert wird. • Zudem sollten wirksame Versorgungsmodelle, für die es bereits umfassende Evidenz gibt [1, 5], auch in die Regelfinanzierung überführt werden.	GKV-SV: Aus genau diesen Gründen hat sich der GKV-SV für die Abschaffung des Stationssockels eingesetzt und diesen durchgesetzt. Der Stationssockel setzte bis 2019 den ökonomischen Fehlanreiz für große Stationen. Anders verhält es sich mit der in der PPP-RL vorgesehen stationsbezogenen Dokumentation einer angemessenen Personalausstattung in den jeweiligen Versorgungseinheiten. Sie ist völlig losgelöst von ökonomischen Zuwendungen oder dem Sanktionsinstrumentarium. Sie dient allein dem Patientenschutz und stellt sicher, dass die einrichtungsbezogene Messung der Mindestpersonalausstattung nicht dazu führt, dass besonders sensible Versorgungsbereiche wie z.B. die Gerontopsychiatrie oder Intensivversorgungsbereiche nicht dauerhaft personell unterversorgt werden, wie dies in der Vergangenheit häufig der Fall war.
12.4	DNVF	Allgemeiner Hinweis Die uns gebotene ausschließliche Sicht aus der Versorgungsforschung führt dazu, dass wir unsere oben genannten Anregungen nicht direkt auf die meisten, zwischen den Par-	GKV-SV: Kenntnisnahme

		teien strittigen Punkte konkretisiert beziehen können, da die Fragen der konkreten Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung uns nicht betreffen. Bezüglich der tragenden Gründe möchten wir dennoch zwei Stellen hervorheben:	
12.5	DNVF	§ 3 Behandlungsbereiche: hier sollten die offenen Punkte so gelöst werden, dass teilstationäre Behandlungen in der Psychosomatik genauso attraktiv gestaltet werden wie voll-stationäre. Sowohl hier bezüglich der Psychosomatik als auch für die Psychiatrie und Psychotherapie insgesamt wäre darüber hinaus auch eine attraktive Ausgestaltung komplex-ambulanter Angebote sinnvoll - möglichst mit fließenden Übergängen und in Form von klinikbereichsübergreifenden Behandlungspfaden, die sich z.B. in einer gemeinsamen Nutzung von Gruppenangeboten durch stationäre, teilstationäre und komplex-ambulante Patient*innen realisieren.	DKG: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Der GKV-SV hat diesen Punkt schon im Bereich Psychosomatik realisiert und wird dies in die Weiterentwicklung der RL in den anderen Bereichen einbringen
12.6	DNVF	Anlage 3, Nachweise, zu Tabelle B2.1, Hinweis: eine Abtrennung der Personalbemessung für die stationsäquivalente Behandlung scheint insofern nicht sachgerecht, da dies zu einer ausschließlichen Erbringung von stationsäquivalenten Leistungen durch von den übrigen Klinikbereichen separierten StäB-Teams führen würde. Die bisherige Forschung zu aufsuchenden Behandlungsmodellen in Deutschland hat gezeigt, dass die Leistungsanbieter sowohl Modelle mit separaten Teams als auch stärker integrierte Teamformen nutzen, die letztere sogar dominieren [6].	DKG: Hier scheint es sich um ein Missverständnis zu handeln. Für die stationsäquivalente Behandlung werden bisher noch keine Mindestvorgaben vorgesehen. Es ist nur das tatsächliche Personal abzubilden. Um einen Einblick in den Personaleinsatz in dieser Behandlungsform zu erhalten, ist ein von der stationären und teilstationären Behandlung getrennter Ausweis erforderlich. Für die von der DNVF aufgeführte Problematik zu integrierten Versorgungsformen bei aufsuchenden Behandlungsmodellen ist der Wegfall des Stationsbezugs in den Nachweisen von elementarer

			Bedeutung. Die diesbezügliche Sorge zur Verhinderung moderner Versorgungsformen wird von der DKG ausdrücklich geteilt. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
	DNVF	*Literatur:* *[1] von Peter S, Ignatyev Y, Johne J, u. a. Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany—A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. Front Psychiatry 2019; 9 Im Internet: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00785/full* *[2] Schwarz J, Galbusera L, Bechdolf A, u. a. Changes in German Mental Health Care by Implementing a Global Treatment Budget—A Mixed-Method Process Evaluation Study. Front Psychiatry 2020; 11 Im Internet: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.00426/full* *[3] Roick C, Heinrich S, Deister A, u. a. Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. Psychiatr Prax 2008; 35: 279–285* *[4] Deister A, Zeichner D, Witt T, u. a. Veränderung der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget. Psychiatr Prax 2010; 37: 335–342* *[5] Berghöfer A, Hubmann S, Birker T, u. a. Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in a Regional Psychiatry Budget - A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. Int J Integr Care 2016; 16: 17* *[6] Schwarz J, Zeipert M, Ignatyev Y, u. a. Implementierungsstand und Erfahrungen der Stakeholder mit der Zuhause-Behandlung in psychiatrischen Modellvorhaben (nach §64b SGB V) – Eine Mixed-Methods Studie. PPmP - Psychother · Psychosom · Med Psychol 2019;*	
13.	**Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), 7. September 2020**		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

13.1	DGPPN	Zusammenfassung Aus Sicht der DGPPN muss die Einhaltung der Mindestvorgaben in einer Weise durchgesetzt werden, welche die flächendeckende und wohnortnahe Krankenhausversorgung nicht gefährdet. Deshalb forderte die Fachgesellschaft schon frühzeitig, dass dabei Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung Vorrang vor Durchsetzungsmaßnahmen gewährt, die Erfordernisse der Pflichtversorgung berücksichtigt und Durchsetzungsmaßnahmen grundsätzlich gewichtet und gestuft erfolgen müssen. Im vorliegenden Entwurf erfüllen diese Forderungen nur die Vorschläge der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG) und Bundesärztekammer (BÄK). Entsprechend werden diese durch die DGPPN unterstützt.	PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen. DKG: Dank und Zustimmung. Aus diesem Grund schlägt die DKG einen Dialog der zuständigen Stellen über die Ursachen einer Nichteinhaltung und über die für eine zeitnahe Einhaltung notwendigen Maßnahmen vor.
13.2	DGPPN	Die Maßnahmen zur Eindämmung der SARS-CoV-2-Pandemie haben insbesondere auch die psychiatrischen Kliniken vor große organisatorische und finanzielle Herausforderungen gestellt. Es war deshalb wichtig und richtig, die Nachweispflichten gemäß § 11 PPP-RL frühzeitig bis Ende 2020 auszusetzen. Gleichzeitig macht dieser Beschluss vom 27.3.2020 eine Reihe von Konkretisierungen und Folgeregelungen notwendig. Hierbei unterstützt die DGPPN den Vorschlag der DKG.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: *Siehe Kommentar zu Nr. 13.7.*
13.3	DGPPN	Die DGPPN begrüßt die flexiblere gegenseitige Anrechnung von Berufsgruppen und die Konkretisierung der Ausnahmetatbeständen und folgt im Einzelnen den Vorschlägen der DKG.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
13.4	DGPPN	Analog zur neuen Kategorie P4 „Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“ muss die psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung auch in psychiatrischen Tageskliniken ermöglicht werden. Deshalb soll eine neue Kategorie „„A8 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“ eingeführt werden.	PatV: Dank und Zustimmung. GKV-SV: Kenntnisnahme DKG: Dank und Kenntnisnahme. Eine Anpassung der Behandlungsbereiche wird im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie geprüft.

13.5	DGPPN	Die aktuellen Änderungen der PPP-RL lassen viele grundlegende Probleme unangetastet. Die Weiterentwicklung der Richtlinie in den nächsten Jahren muss deshalb insbesondere die Entwicklung eines neuen, zukunftsfähigen und am Bedarf der Patienten orientierten Modells für die Personal-bemessung in den Blick nehmen – wie z. B. das sogenannte „Plattform-Modell“.	PatV: Dank und Zustimmung hinsichtlich der Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der Richtlinie. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: PPP-RL und Plattformmodell lassen sich nicht vergleichen: Das Plattformmodell legt unverbindliche Anhaltszahlen zur Personalbemessung fest. Die PPP-Richtlinie des G-BA legt entsprechend des gesetzlichen Auftrages in § 136a Abs. 2 SGB V verbindliche Mindestanforderungen fest, die nachgewiesen und erfüllt sein müssen, damit eine Behandlung von Patienten zulässig ist. Ansonsten droht der Vergütungsausschluss. Das Pattformmodell, das bereits 2018 über die BÄK in die zuständige G-BA AG PPP eingebracht wurde, weist zudem noch zu viele methodischen Mängel auf, u.a. betreffend der Machbarkeitsstudie und dem unterschiedlichen methodischen Vorgehen bei der Ermittlung der Minutenwerte zwischen Psychosomatik und Psychiatrie.

			Der G-BA hat zur evidenzbasierten Weiterentwicklung der RL PPP deshalb eine umfangreiche Datenerhebung und -auswertung der PPP-RL inkl. Umsetzung der Mindestanforderungen in Auftrag gegeben. In § 11 der PPP-RL hat der G-BA daher ein umfangreiches Nachweissystem zur Einhaltung der Mindestanforderungen, zur tatsächlichen Personalausstattung und zu weiteren strukturellen Gegebenheiten des Krankenhauses geregelt. Die ersten Auswertungen und Berichte des damit betrauten wissenschaftlichen Institutes sind für den 30. Juli 2021 terminiert. Damit will der G-BA sicherstellen, dass gemäß § 14 PPP-RL die Umsetzung der Richtlinie untersucht, ggf. vorliegende Umsetzungshindernisse ermittelt und ggf. erforderliche Anpassungen vorgenommen werden. Eine erste Anpassung der PPP-RL erfolgt gemäß § 1 Abs. 3 der PPP-RL bereits zum 30. September 2021. Eine Evaluation der RL ist zusätzlich in § 15 der PPP-RL vorgesehen. Der Evaluationsbericht, der untersucht, ob der Zweck der Richtlinie erfüllt wurde, soll zum 31.12.2024 vorliegen.

13.6	DGPPN	1. Durchsetzung von Maßnahmen bei Nichteinhaltung (§ 13 PPP-RL) Die DGPPN unterstützt die Position von DKG und BÄK zu § 13 PPP-RL (Durchsetzung von Maßnahmen bei Nichteinhaltung) und lehnt den Vorschlag von GKV-SV und PatV kategorisch ab. Begründung: Aus Sicht der DGPPN ist die Durchsetzung der Einhaltung der Untergrenzen grundsätzlich erforderlich, jedoch darf dies nicht zur Gefährdung einer flächendeckenden und wohnortnahen Krankenhausversorgung führen. Eine stellenweise geringfügige oder vorübergehende Unterschreitung darf nicht zu den gleichen Sanktionen führen wie eine die ganze Klinik betreffende langfristige Unterbesetzung. Strafmaßnahmen würden sonst den Fortbestand vieler Kliniken akut bedrohen. Dadurch wäre die (regionale) Versorgung der Patienten massiv gefährdet. Deshalb hat die DGPPN in ihren Eckpunkten vom 12. Februar 2020 zur Weiterentwicklung der PPP-RL ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen (§ 137 SGB V Abs. 1) vorgeschlagen, in welchem Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung Vorrang vor Durchsetzungsmaßnahmen haben. Durchsetzungsmaßnahmen sollten das tatsächliche Ausmaß einer Unterschreitung berücksichtigen und gestuft erfolgen. Sie sollten verhältnismäßig und sachgerecht sein und insbesondere auch die Erfordernisse der Pflichtversorgung berücksichtigen. Aus Sicht der DGPPN entspricht nur der Vorschlag von DKG und BÄK diesen Prinzipien. Anders als der Vorschlag der Krankenkassen sehen DKG und BÄK vor, bei einer Unterschreitung der Mindestvorgaben das Ausmaß der Unterschreitung zu beziffern und dieses mit einem Straffaktor zu multiplizieren. Auf diese Art berechnet sich die Sanktionshöhe für die Unterschreitung der Mindestvorgaben. Zudem ist in Absatz 9 des Vorschlags vorgesehen, die Gründe für die Nichteinhaltung im gemeinsamen Dialog der Verhandlungspartner vor Ort zu beleuchten, wobei auch die zweckentsprechende Mittelverwendung vom Krankenhaus nachzuweisen ist. Im Dialog sind zudem geeignete Maßnahmen zu definieren, so dass das Krankenhaus zukünftig die Mindestvorgaben einhalten kann.	DKG: Dank und Zustimmung. Der Hinweis auf die Unverhältnismäßigkeit des GKV-SV Vorschlags und die daraus resultierende Gefahr für die regionale Versorgung der Patienten ist nachvollziehbar. Die Zielsetzung und Notwendigkeit des von der DKG vorgeschlagenen gemeinsamen Dialoges wird zutreffend beschrieben. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Unter Berücksichtigung der in der Begründung der DGPPN genannten Argumente ist die Ablehnung des Vorschlages von GKV-SV und PatV durch die DGPPN nicht nachvollziehbar, da der GKV-Vorschlag in fast allen Punkte (Berücksichtigung des Ausmaßes einer Unterschreitung, Mehrstufigkeit, Berücksichtigung der Pflichtversorgung) den von der DGPPN genannten Eckpunkten entspricht. Eine Gefährdung der Versorgung wird durch die gestuften Einführungsphasen (85% 90% und 100%) bis 2024 verhindert. Der Vorschlag die Durchsetzungsmaßnahmen am tatsächlichen Aus-

			maß einer Unterschreitung und gestuft festzulegen ist im Vorschlag von GKV-SV und PatV berücksichtigt. So führt eine geringfügige und vorübergehende Unterschreitung im Vorschlag von GKV-SV und PatV Abhängigkeit vom Umfang des fehlenden Personals. zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs. Erst bei einer dauerhaften Unterschreitung der Mindestvorgaben (die in der ersten Einführungsphase auf 85% abgesenkt sind) wird der Vergütungsanspruch um einen höheren Anteil gekürzt. Eine Unterscheidung zwischen vorübergehenden Unterschreitungen und langfristigen Unterbesetzungen ist nur im Vorschlag von GKV-SV und PatV vorgesehen. Die Besonderheiten der Pflichtversorgung wird bereits durch den Ausnahmetatbestand in der Richtlinie Rechnung getragen. Dieser berücksichtigt die Situation, wenn kurzfristig besonders viele Patienten mit gesetzlicher und landesrechtlicher Verpflichtung behandelt werden müssen. Insgesamt sind die in der Begründung genannten Eckpunkte für die

			Durchsetzungsmaßnahmen Grundlage für beide Vorschläge gewesen
13.7	DGPPN	Konkretisierung und die Folgen des COVID-19-Beschlusses vom 27.3.2020 (§ 1 Abs. 3, § 10 Abs. 3, § 11 Abs. 13 Nr. 2, § 14 Abs. 2, § 16 Abs. 5) In § 1 Abs. 3 schließt sich die DGPPN der Position von DKG und BÄK an, wonach die erste Anpassung der Richtlinie gemäß § 14 mit Beschluss zum 30. September 2022 zu erfolgen hat. In § 10 Abs. 3 schließt sich die DGPPN der Position von DKG, BÄK, BPtK und DPR an, wonach das gesamte Nachweisverfahren für 2020 ausgesetzt werden sollte. Damit sind die unterjährigen Dokumentations- und Nachweispflichten, sowie die gesammelte jährliche Datenübermittlung Anfang 2021 umfasst. In § 11 Abs. 13 Satz 2 schließt sich die DGPPN der Position von DKG, BPtK und DPR an, wonach die erste Datenübermittlung von Nachweisen zum 15. Mai 2021 für das erste Quartal 2021 zu erfolgen hat. Ab diesem Datum bestehen quartalsweise Melde- und Nachweispflichten bis zum 1. Januar 2024. In § 14 Abs. 2 schließt sich die DGPPN der Position von DKG, BÄK, BPtK und DPR an, wobei hier offensichtlich ein redaktioneller Fehler vorliegt, denn die Fristen widersprechen den Änderungen in § 1 Abs. 3. Richtig muss es heißen, dass eine Anpassung der Richtlinie – ohne weitere Überprüfungen auf Basis der Daten von 2020 – zum 01. Januar 2023 mit Beschluss bis 30. September 2022 (analog zu § 1 Abs. 3, s.o.) zu erfolgen hat. In § 16 Abs. 1 bis 2 schließt sich die DGPPN der Position der DKG an, wonach die Übergangsfristen um ein Jahr nach hinten verschoben werden sollen. In § 16 Abs. 3 schließt sich die DGPPN der Position von DKG, BPtK und DPR an, wonach abweichend von § 6 Absatz 3 für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung für das Jahr 2021 die Patienteneinstufung der vier Stichtage aus 2019 zu verwenden ist.	DKG: Dank und Kenntnisnahme. Die Weiterentwicklung der Richtlinie soll schnellstmöglich erfolgen. Daher wird eine erste Weiterentwicklung zum 1. Januar 2022 vorgesehen. Grundlage können jedoch nur die ersten Daten des Jahres 2021 sein. Darüber hinaus sind auch Anpassungen möglich, für die die Daten der Nachweise nicht unbedingt relevant sind (z. Bsp. Überarbeitung der Regelaufgaben). DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Der GKV-SV möchte eine qualitativ hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung gewährleisten. Deshalb lehnt er die hier geforderte Ausweitung des Covid-19-Beschlusses des G-BA ab, da sie zu einer weiteren Verzögerung bei der Umsetzung der Mindestpersonalausstattung führt. Folgt man der Logik der DGPPN wird erstens ein volles wertvolles Jahr für die Überarbeitung der RL verloren und zweitens

		Begründung: Auf Grund der Corona-Pandemie können weder die Daten des Jahres 2020 für die Weiterentwicklung verwendet, noch als Basis für die Berechnung von Mindestvorgaben in 2021 herangezogen werden. Denn in den Kliniken ist es zu gravierenden Abweichungen in der Zahl der Patienten, aber auch im Schweregrad und in der diagnostischen Verteilung gekommen. Darüber hinaus mussten neue organisatorische und medizinische Aufgaben bewältigt werden, die in den Aufgabenprofilen der Mitarbeiter nicht abgebildet und nicht stationsbezogen erfasst werden können. Zusätzlich konnte durch die Pandemie das sanktionsfreie Jahr 2020 nicht wie beabsichtigt zur organisatorischen und personellen Vorbereitung auf die verpflichtende, sanktionsbehaftete Einhaltung der Richtlinie ab 2021 verwendet werden. Die Kliniken waren während und sind nach der akuten Phase der Krise mit der Reorganisation der Prozesse und Abläufe in den Kliniken beschäftigt. Der eigentlich bei der Einführung der Richtlinie beabsichtigte Sinn des sanktions-freien Übergangsjahrs 2020 konnte coronabedingt nicht erfüllt werden. Eine Verschiebung des Zeitplans um ein Jahr ist aus Sicht der DGPPN unbedingt notwendig, um alle Vorbereitungen wie im Herbst 2019 beabsichtigt umsetzen zu können. Zudem sollten auch die Lehren aus der Krise bei der Weiterentwicklung der Richtlinie berücksichtigt werden.	ein volles wertvolles Jahr für die Erreichung der Mindestvorgabe. Dies hat der G-BA mit dem sogenannten Covid-19 Beschluss nicht intendiert. Der Beschluss des G-BA zur Aussetzung von QS- Anforderungen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie vom 27.03.2020 setzt für diverse QS-Richtlinien (u.a. auch die PPP-RL) die Nachweispflichten bis zum 31.12.2020 vorübergehend aus. Mit der Aussetzung der Nachweispflichten bis zum 31.12.2020 ist für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen eine Behandlung in 2020 auch ohne Erfüllung der Mindestvorgaben zulässig, so wie es die Pandemie erfordert. Durch den Covid-19-Beschluss wurde im Jahr 2020 für die Einrichtungen der zusätzliche Aufwand zur Übermittlung der Nachweise aufgehoben. Nicht aufgehoben wurde jedoch die Pflicht der Einrichtungen laufend seine Leistungen und sein Personal zu dokumentieren, Eine Übersendung der Nachweise für das Jahr 2020 zum 30. April 2021 ist daher von den Einrichtungen - so wie

			in der RL-PPP geregelt- vorzunehmen. Die Nachweispflichten ab dem 01.01.2021 sind ebenfalls nicht ausgesetzt. Eine Übersendung der Nachweise für das Jahr 2020 zum 30. April 2021 ist daher von den Einrichtungen - so wie in der RL-PPP geregelt, vorzunehmen. Die Übergangszeit für die Erfüllung der Mindestvorgaben nach § 16 Abs. 1 aufgrund des COVID-19-Beschlusses um jeweils ein Jahr nach hinten zu verschieben, lässt sich bei derart langfristigen Übergangszeiten nicht erschließen. Ebenso wenig wie die um ein weiteres Jahr nach hintern verschobene verpflichtende Meldung der Einrichtungen bei Nichterfüllung der RL. Gerade die letzten Punkte sind aus Sicht der Qualitätssicherung inakzeptabel. Bezüglich der geschilderten Reduzierung der Patientenzahlen in 2020 kann die quartalbezogenen Auswertung der Daten 2020 Abhilfe schaffen. Der GKV-SV geht davon aus, dass im ersten, dritten und vierten

			Quartal 2020 diesbezüglich realistische Zahlen zu erwarten sind. Andere Kennzahlen wie etwa die Qualifikation des Personals werden von den Auswirkungen der Corona-Pandemie nicht beeinflusst. Hier ist auch die ganzjährige Auswertung zielführend. Zudem können bei aller gebotenen Vorsicht bei veränderter Betrachtungsweise nach § 16 Abs. 3 der RL auch Teildaten aus dem Jahr 2020 als Referenzwerte für das Folgejahr verwendet werden. Eine Anpassung der RL kann damit in 2021 erfolgen. Ansonsten Damit wird ein volles wertvolles Jahr für die Überarbeitung der RL verloren.
13.8	DGPPN	3. Anrechnungen von Berufsgruppen (§ 8 Abs. 5) Die DGPPN unterstützt die Position von DKG und BPtK zu Anrechnungen von Berufsgruppen in § 8 Abs. 5 und schlägt vor, die Ergänzung von „Hilfskräften“ auch in § 8 Abs. 4 vorzunehmen. § 8 Abs. 4 Satz 1 sollte wie folgt geändert werden: „Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäße § 7 können Fachkräfte und Hilfskräfte 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.“	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Eine Ergänzung des Begriffs „Hilfskräfte“ in § 8 Absatz 4 ist nicht Gegenstand des aktuellen Beschlussentwurfes. Der Vorschlag wird im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie geprüft. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die vorgeschlagene Anrechnung von externen Hilfspersonal ist aus Sicht des GKV-

		Begründung: Die DGPPN begrüßt die vorgenommene Ergänzung in § 8 Absatz 5, wonach nun neben Fachkräften auch Hilfskräfte auf die Berufsgruppen der PPP-RL angerechnet werden können. Moderne Behandlungskonzepte sehen längst eine Arbeits- und Aufgabenteilung vor, wonach weniger patienten-zentrierte Aufgaben auch von qualifizierten Hilfskräften übernommen werden können. Der Einsatz von Hilfskräften ist jedoch nicht auf eigenes Personal beschränkt, sondern erstreckt sich insbesondere bei Servicepersonal auch auf externe Fachfirmen. Wir möchten daher anregen diese Ergänzung auch in Absatz 4 vorzunehmen. Da die Regelaufgaben aus Anlage 4 bereits im nächsten Entwicklungsschritt anzupassen sind, sollte für das erste Jahr der Gültigkeit der Begrenzung und mangels Evidenz ein eher großzügiger Rahmen gewählt werden, um gut funktionierende Prozesse und Strukturen in den Krankenhäusern nicht auf Grund eines zu geringen Anrechnungsvolumens temporär für ein Jahr außer Kraft setzen zu müssen. Zudem legt insbesondere der vorherrschende Fachkräftemangel nahe, dass verschiedene Hilfs- und Servicetätigkeiten spätestens in naher Zukunft an fachlich geeignetes Hilfspersonal übertragen werden müssen. Die Richtlinie sollte dieser Entwicklung auch durch ausreichende Möglichkeiten zur Anrechnung von fachlich geeignetem, unterstützenden Personal Folge leisten. Wir begrüßen daher auch explizit, die Ergänzung der DKG zur Sicherstellung von Anrechnungsmöglichkeiten in kleineren Einrichtungen durch die Festlegung der Mindestanrechenbarkeit einer halben Vollkraft. Zudem sollte es künftig auch ermöglicht werden, in geringem Umfang eine Anrechnung auf den Ärztlichen Dienst vorzunehmen. Die Regelaufgaben aus Anlage 4 legen nahe, dass bereits heute verschiedene Tätigkeiten durch ärztliche Assistenzberufe (Physician Assistant, Kodierfachkräfte, etc.) übernommen, aber nicht auf die ärztliche Besetzung angerechnet werden dürfen.	SV nicht notwendig und zweckmäßig, weil für diese durch die kurz- oder mittelfristen Einsatzzeiträume nicht eine ausreichende Integration in die Behandlung- und Tätigkeitsabläufe erwarten lassen. Die Anrechnung von Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis ist daher auf Fachkräfte der Berufsgruppen der PPP-RL zu beschränken. Die vorgeschlagene Berücksichtigung wäre außerdem geeignet die in Absatz 5 vorgesehenen Begrenzungen zu umgehen. Der Hinweis die Begrenzungen möglicherweise erst zu einem späteren Zeitpunkt vorzusehen wird geprüft. Eine Sonderregel für kleine Einrichtungen zur geforderten Sicherstellung von Anrechnungsmöglichkeiten verstößt aus Sicht des GKV-SV gegen das allgemeine Gebot einer ausreichenden Qualifikation. Vom Ziel einer Mindestausstattung mit qualifizierten Personal darf auf bei kleinen Einrichtungen nicht regelhaft abgewichen werden. Dem Vorschlag einer Anrechnung von fremden Kräften beim ärztlichen Dienst kann nicht gefolgt werde, da

			diese Berufsgruppe eine besondere Verantwortung für die Behandlung hat.
13.9	DGPPN	4. Ausnahmetatbestände (§ 10 Abs. 2) Die DGPPN unterstützt die Position der DKG zu Ausnahmetatbeständen in § 10 Abs. 2. Begründung: In § 10 Abs. 2 wird das Nachweisverfahren für die Inanspruchnahme von Ausnahmetatbeständen konkretisiert. Die DGPPN unterstützt die Position der DKG, wonach sich die Ausnahmetatbestände auf die Einrichtung nach § 2 Abs. 5 beziehen und für das gesamte therapeutische Personal der jeweiligen Einrichtung gelten.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme
13.10	DGPPN	5. Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung (§ 6 Abs. 3 und 4) Die Anpassung in § 6 Abs. 3 macht eine Folgeanpassung notwendig. § 6 Abs. 4 sollte wie folgt geändert werden: „Liegt in einem Quartal des laufenden Jahres die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage ~~in den Behandlungsbereichen~~ des Fachbereichs der Einrichtung 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 Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage des laufenden Quartals.“ Begründung: Zur Ermittlung der Mindestvorgaben wird in § 6 Abs. 3 neu geregelt, dass sich die Behandlungstage je Behandlungsbereich ausgehend von der Anzahl der im jeweiligen Quartal des Vorjahres behandelten Patientinnen und Patienten und deren 14-tägiger Einstufung in die Behandlungsbereiche ergibt. Abweichend davon wird in § 6 Abs. 4 geregelt, dass die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen	DKG: Der 2,5%-Korridor ist nicht Gegenstand des aktuellen Beschlussentwurfs. Wir danken jedoch für den Hinweis. Aus den von der DGPPN genannten Gründen lehnt die DKG eine von dem Vorjahresbezug abweichende Regelung, wie sie in der Erstfassung der PPP-RL beschlossen wurde, ab. Wir werden den Formulierungsvorschlag im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie prüfen. GKV-SV: Kenntnisnahme. Bezieht sich nicht auf eine aktuelle Richtlinienänderung, sondern wird von der DGPPN als notwendige Folgeänderung deklariert.

		und die Einstufung in die Behandlungsbereiche heranzuziehen sind, wenn die tatsächliche Belegung in den Behandlungsbereichen im Vergleich zum Vorjahr um 2,5 Prozent nach oben oder unten abweicht. Die DGPPN begrüßt grundsätzlich, dass die Richtlinie einen Mechanismus beinhaltet, der dazu beitragen soll, Belegungsschwankungen bei der Berechnung von Mindestvorgaben berücksichtigen zu können. Jedoch wird der Mechanismus in § 6 Abs. 4 für ungeeignet angesehen, diesem Ziel gerecht zu werden. Ob die Belegung des aktuellen Quartals in diesem Umfang vom Vorjahreszeitraum abweicht, lässt sich nur schwer prognostizieren, da die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychosomatischer Behandlungsangebot oftmals auch von externen Einflüssen – allgemeine Infektionslage (Grippe, Corona, etc.), Wetter, Ferien-/Urlaubszeiten – abhängt und vom Krankenhaus nicht gesteuert werden kann. Bei Anwendung der Regelung wüssten die Krankenhäuser immer erst nach Abschluss des Quartals, welche Mindestbesetzung konkret einzuhalten gewesen wäre. Dabei kann es trotz organisatorischer Vorbereitung und Berücksichtigung von Ausfallzeiten und Schwankungen bei der Personalbesetzung zu Unterschreitungen kommen. Die Ausnahmetatbestände in § 10 berücksichtigen zumindest eine erhebliche Belegungsveränderung mit unterzubringenden Patienten. Dabei bleibt jedoch unberücksichtigt, dass auch die Anzahl unterzubringender Patienten vom Krankenhaus nicht gesteuert werden kann und auf Grund der Versorgungsverpflichtung kein Patient einfach bei Aufnahme abgewiesen werden darf. Die Steuerungsmöglichkeiten der Krankenhäuser sind somit äußerst gering. Da aber bereits geringfügigste Unterschreitungen schwere, existenzbedrohende Strafzahlungen nach sich ziehen würden, ist der dargestellte Mechanismus nicht sachgemäß und sollte angepasst werden.	Die Anpassung in § 6 Abs. 3 macht die hier vorgestellte Folgeanpassung nicht notwendig. Im Gegenteil. Der Bezug in § 6 Abs. 3 auf die Behandlungsbereiche führt geradezu zu dem jetzigen § 6 Abs. 4, der sich in Bezug auf den Korridor auf die Behandlungsbereiche und nicht den „Fachbereich einer Einrichtung“ bezieht. Ein Terminus, der in der RL nicht benutzt wird. Durch den hier getroffenen Vorschlag wird die Korridorlösung ausgehebelt, da die Mindestanforderungen nur dann angepasst werden müssen, wenn ein Krankenhaus weniger behandelt, als auch weniger Personal braucht. Dagegen werden die Mindestanforderungen nicht angepasst, wenn das Krankenhaus mehr behandelt hat, also mehr Personal benötigen würde.
13.11	DGPPN	6. Neue Behandlungsbereiche (§ 3 Abs. 1, Anlage 2) Die Neuschaffung der Behandlungsbereiche „P3 Psychotherapie teilstationär“ und „P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“ macht es notwendig, die psychotherapeutische Komplexbehandlung auch in psychiatrischen Tageskliniken zu ermöglichen. Der Beschlussentwurf muss folgendermaßen ergänzt werden:	DKG/GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme. Eine Anpassung der Behandlungsbereiche wird im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie geprüft.

<table>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>
1. In § 3 Absatz 1 werden folgende Zeilen hinzugefügt:

„A8 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär

P3 Psychotherapie teilstationär

P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär.“

2. Die Anlage 2 (Eingruppierungsempfehlungen) wird wie folgt geändert:
1. In der Zeile A7 „Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung“ werden in Spalte 2 „Kranke“ das Wort „stationär“ durch das Wort „vollstationär“ und in Spalte 4 „Behandlungsmittel“ die Wörter „kognitiv behavioralen Grundverfahrens als reflektiertem multiprofessionellen“ durch die Wörter „kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller“ ersetzt.

Der Zeile A7 wird die folgende Zeile A8 angefügt:

<table>
<tr><th>1. Behandlungsbereiche</th><th>2. Kranke</th><th>3. Behandlungsziele</th><th>4. Behandlungsmittel</th><th>5. Erläuterungen</th><th>6. Beispiele</th></tr>
<tr><td>A8 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär</td><td>Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene entweder</td><td>Erkennen und Heilen, Krisen-bewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</td><td>Komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische Behandlung</td><td>Dies ist eine komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische</td><td></td></tr>
</table>
</td>
<td>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV wird den Vorschlag in die erste Anpassung der RL nach § 1 Abs. 3 PPP-RL zur Prüfung einbringen.</td>
</tr>
</table>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			teil-stationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch oder komplex psychotherapeutisch behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 erfüllen.		unter Einsatz eines psychodynamisch oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktions-prozess unter der Leitung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einer Fachärztin oder eines Facharztes für	Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

					Psychiatrie und Psychotherapie. Die Mindestmerkmale des OPS-Codes 9-62 oder des OPS-Codes 9-63 müssen erfüllt sein. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinhei-		

		<table><tr><td></td><td></td><td></td><td>ten pro Woche umfassen.</td><td></td><td></td></tr></table> Bezüglich Anlage 1 (Minutenwertetabelle) schließt sich die DGPPN grundsätzlich der Position der DKG an, für P3 und P4 (und neu A8) zum jetzigen Zeitpunkt keine Minutenwerte zu definieren. Begründung: Bislang ist die teilstationäre Behandlung in psychosomatischen Kliniken in der PPP-RL nicht abbildbar, deshalb wird eine neue Kategorie „P3 Psychotherapie teilstationär“ gebildet, welche „A6 Tagesklinische Behandlung“ in psychiatrischen Kliniken entspricht. Darüber hinaus wird eine neue Kategorie „P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“ gebildet, welche keine Entsprechung in der Psychiatrie hat, denn „A7 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung“ ist nur stationär möglich. Da psychiatrische und psychosomatische Kliniken nachweisbar größtenteils dieselbe Klientel behandeln, ist es aus Gründen der Versorgungsgerechtigkeit unabkömmlich, eine psychotherapeutische Komplexbehandlung auch in psychiatrischen Tageskliniken zu ermöglichen. Andernfalls droht die Vertiefung der Zwei-Klassen-Medizin im Bereich der psychischen Gesundheit. Dies betrifft in der Konsequenz auch die Bereiche „S. Abhängigkeitskranke“ und „G. Gerontopsychiatrie“, wo perspektivisch eine psychotherapeutische Komplexbehandlung ermöglicht werden sollte.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
14.	**Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG), 7. September 2020**		
14.1	DMtG	Allgemeiner Hinweis Wir verweisen auf unsere Stellungnahme zum ersten Beschlussentwurf für diese Richtlinie. Wie dort genauer ausgeführt wurde, sind für Musiktherapeut*innen die Arbeitsfelder	PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen.

		Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie wichtige Arbeitsbereiche, in denen Musiktherapie spezifische Behandlungsmöglichkeiten für Patient*innen dieser Fachbereiche vorhält, entsprechend langjährig etabliert ist und in Leitlinien empfohlen wird. Ergänzend eine aktuelle Literaturempfehlung: H.U. Schmidt, Th. Stegemann, C. Spitzer (2020).1 Da Musiktherapie als eine der Künstlerischen Therapien verstanden wird, beziehen sich unsere Änderungsvorschläge auf diese. *Literatur:* *1 H.U. Schmidt, Th. Stegemann, C. Spitzer (Hrsg.): Musiktherapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen, Elsevier, Urban & Fischer 2020*	
14.2	DMtG	Leider stellen wir fest, dass die bisher vorgenommenen Änderungen und die in den Tragenden Gründen genannten Überlegungen dazu da, wo sie sich auf die sogenannten „Spezialtherapien“ und weitere Fachtherapien beziehen, den Eindruck machen, dass spezifische Fachkompetenz für diesen Bereich nicht einbezogen wurde. Wir halten es für die weiteren Änderungsvorgänge für essenziell, dass Angehörige dieser Berufsgruppen an der Arbeit beteiligt werden, um eine adäquate Abbildung in der neuen Richtlinie zu verankern!	
14.3	DMtG	Allgemeiner Hinweis Bzgl. der Berufsgruppen (§ 5) ist für uns weiterhin nicht nachvollziehbar, dass Ergotherapeut*innen und Künstlerische Therapeut*innen unter dem fragwürdigen und inkonsistent genutzten Begriff der „Spezialtherapeuten“ zusammengefasst werden. Die Ergotherapie und die Künstlerischen Therapien verfügen jeweils über eine eigenständige Ausbildung, eigene Inhalte, Konzepte sowie Maßnahmen und Methoden. Sie nutzen spezifische Verfahren der Diagnostik, Therapieplanung, -durchführung und Evaluation. Eine Vermischung bzw. Zusammenfassung der Berufe bedeutet, diese Spezifika und die daraus	DKG: Die Bezeichnung der Berufsgruppen ist nicht Gegenstand des aktuellen Beschlussentwurfes. Bei der Definition der Berufsgruppe werden hier verschiedene Berufe und Qualifikationen unter der Bezeichnung der „Spezialtherapeuten“ subsumiert. Eine abschließende Aufzählung birgt

		resultieren-den Wirkungsunterschiede der Therapien zu ignorieren und den Patient*innen relevante und notwendige Behandlungsmöglichkeiten vorzuenthalten.	das Risiko, dass spezifische Therapeuten oder auch sich neu entwickelnde Berufe nicht berücksichtigt werden. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV ist sich der Problematik des Begriffes „Spezialtherapeuten“ bewusst als auch der Problematik Ergotherapeuten und künstlerische Therapeuten in einer Berufsgruppe zu erfassen. Er wird die Anregung der DMtG in die erste datengestützte Überprüfung der Richtlinie in 2021 einbringen.
14.4	DMtG	Die Zusammenfassung der Berufsgruppen führt zudem zu Folgeproblemen z.B. bei dem Thema Anrechnung anderer Berufsgruppen (s.u.), bei den Minutenwerten und auch bei der Aufgabenbeschreibung (Anlage 2). Gerade die Aufgabenbeschreibung macht deutlich, dass keine gemeinsame Darstellung von Ergotherapie und Künstlerischen Therapien möglich ist.	DKG: Kenntnisnahme. GKV-SV: *Siehe Kommentar zu Nr. 14.3*
14.5	DMtG	Wir weisen darauf hin, dass in den Beispieltabellen, die im Text zu den Tragenden Gründen zu § 13 beschrie-ben sind, weiter als Überschrift der Begriff „Ergo“ zu finden ist.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
14.6	DMtG	Auch die in den Tragenden Gründen vorgeschlagene Integration der Konzentrativen Bewegungstherapie unter dem Begriff Spezialtherapien entspricht nicht der in der Regel als Weiterbildung im Bereich Bewegungstherapie angesiedelten klinischen Praxis. Entspre-	DKG: Die Änderung wird nur für psychosomatische Einrichtungen gefordert. In der Versorgungsrealität wird

		chend sollten die Regelaufgaben den Begriff Konzentrative Bewegungstherapie weiterhin der Bewegungstherapie zuordnen. Auch für die Ausübung z.B. von tiergestützter Therapie sollte in der Regel ein therapeutischer Grundberuf vorliegen, dem entsprechend diese Therapieformen zugeordnet werden!	die Konzentrative Bewegungstherapie in der Regel hier nicht primär von Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen, sondern von SpezialtherapeutInnen mit verschiedenen Qualifikationen durchgeführt. Da es psychosomatische Einrichtungen gibt, die in ihrem Behandlungskonzept keine Bewegungs- oder Physiotherapie vorgesehen haben, ist es nicht sachgerecht, mit entsprechenden Mindestvorgaben Behandlungskonzepte vorzugeben. Auch der Ausgleich durch andere Berufsgruppen über die Anrechnungsmöglichkeiten kommt nicht in Frage, da die spezifisch auf die Berufsgruppen zugeschnittenen Regelaufgaben (in diesem Fall der Bewegungs- und Physiotherapeuten) im Wesentlichen gar nicht von anderen Berufsgruppen erbracht werden können. Vor diesem Hintergrund sind die Minutenwerte der Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen gemäß der Personalanhaltszahlen von Heuft in den „P“-Kategorien der Berufsgruppe der SpezialtherapeutInnen zuzuordnen. GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.

14.7	DMtG	Bitte berücksichtigen Sie im gesamten Dokument die korrekte Schreibweise Künstlerische Therapien:	Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Dies wird im Beschlussentwurf umgesetzt.
14.8	DMtG	§ 5 Berufsgruppen d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten)	DKG: Die Bezeichnung der Berufsgruppen ist nicht Gegenstand des aktuellen Beschlussentwurfes. Bei der Definition der Berufsgruppe werden hier verschiedene Berufe und Qualifikationen unter der Bezeichnung der „Spezialtherapeuten“ subsumiert. Eine abschließende Aufzählung birgt das Risiko, dass spezifische Therapeuten oder auch sich neu entwickelnde Berufe nicht berücksichtigt werden. GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
14.9	DMtG	§ 8 (5) Hilfskräfte und Umfänge der Anrechenbarkeit Der Einsatz von Hilfskräften ist im Bereich der Künstlerischen Therapien keine Option. Die Tätigkeiten (s.a. Aufgabenbeschreibungen) können nur mit einer qualifizierten und abgeschlossenen Fachausbildung durchgeführt werden. Bereits die Anrechnungen von Fachkräften (aus in §5 benannten oder nicht benannten Berufsgruppen) ist nur in engen Grenzen vorstellbar (s.u.) Von daher fordert der DVE, bei der Thematik der Hilfskräfte eine differenzierte Benennung für welche Berufsgruppen, der Einsatz von Hilfskräften in Frage kommt.	PatV: Dank und Anerkennung. DKG: Anrechnungsmöglichkeiten gemäß § 8 Absatz 5 werden für alle Berufsgruppen gemäß § 5 vorgesehen, da gemäß den Regelaufgaben in Anlage 4 z. Bsp. in jeder Berufsgruppe Dokumentationsaufgaben erforderlich sind, für deren Übernahme auch

			der Einsatz von Hilfskräften in Frage kommt. DKG/GKV-SV: Auch in der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten sind gemäß Anlage 4 Regelaufgaben vorgesehen, die beispielsweise administrative Tätigkeiten umfassen. Insbesondere diese Tätigkeiten können und werden derzeit bereits von Hilfskräften übernommen. Um Spezialtherapeuten zu entlasten und mehr Ressourcen für therapeutische Aufgaben zur Verfügung zu stellen, wird hier keine Ausnahmeregelung aufgenommen. GKV-SV: Der GKV-SV plädiert hier allerdings für eine niedrige Ersetzungsquote von maximal 3,8 Prozent.
14.10	DMtG	In Bezug auf die Umfänge der Anrechenbarkeit anderer Fachkräfte auf die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten bedeutet die Zusammenfassung von Ergotherapie und Künstlerischen Therapien bereits einen großen Spielraum für eine Flexibilität im Personaleinsatz. Von daher fordern wir eine deutliche Begrenzung der Anrechenbarkeit anderer Fachkräfte auf diese Berufsgruppe auf 3%, um die inhaltliche Qualität, die patientenbezogenen Notwendigkeiten oder individuellen Bedarfe der psychiatrischen Versorgung sicherzustellen.	PatV: Dank und Anerkennung. DKG: Die Reduktion auf 3 % wird abgelehnt, da insbesondere im spezialtherapeutischen Bereich weitere Berufsgruppen immer häufiger in der Versorgung psychisch kranker Menschen eingesetzt werden. Da es bisher keine einheitliche und vergleich-

			bare Ausbildung als Grundqualifikation gibt und das Bild der sogenannten Spezialtherapeuten und ihre zugrundeliegenden Qualifikationen sehr vielfältig sind, erfolgen hierzu zum einen keine näheren Vorgaben und zum anderen wird ein höherer Anrechnungsumfang von 10% vorgesehen. So können neben den Ergotherapeuten auch beispielsweise grundständig ausgebildete Pädagogen, Psychologen, Landschaftsarchitekten und Tierpfleger im Bereich der Spezialtherapien zum Einsatz kommen. Über diese Berufsgruppen hinaus sind auch in der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten gemäß Anlage 4 Regelaufgaben vorgesehen, die beispielsweise administrative Tätigkeiten umfassen. Insbesondere diese Tätigkeiten können und werden derzeit bereits von Hilfskräften übernommen. Um Spezialtherapeuten zu entlasten und mehr Ressourcen für therapeutische Aufgaben zur Verfügung zu stellen, ist ebenfalls ein höherer Anrechnungsumfang als 3% erforderlich. GKV-SV: Der GKV-SV wird den Vorschlag für eine Höchstgrenze von 3 %

			bei der Anrechnung anderer Fachkräfte auf die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten in die erste datengestützte Überprüfung der Richtlinie gemäß § 1 Abs. 3 der PPP-RL in 2021 einbringen.
14.11	DMtG	§ 14 Anpassung der Richtlinie Vorschlag zu § 14 (2)(Ergänzung eines zusätzlichen Spiegelstrichs): Dabei sind insbesondere folgende Bereiche zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen oder neu zu definieren: …. - die Regelaufgaben der verschiedenen Berufsgruppen der Spezialtherapeuten inklusive Überprüfung des Konstruktes „Spezialtherapeuten“ und der Begrifflichkeit	DKG: Kenntnisnahme. Dies ist nicht Gegenstand des Beschlussentwurfes. Eine Überprüfung der Regelaufgaben soll insgesamt bei der Weiterentwicklung der Richtlinie erfolgen. GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme und Aufnahme in den Beratungsprozess zur Anpassung der Richtlinie.
14.12	DMtG	Anlage 1 Minutenwertetabellen 1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene, P 1 bis P 4 Spezialtherapeut*innen Bewegungstherapeut*innen [GKV-SV, PatV:] 176 [GKV-SV, PatV:] 17 [GKV-SV, PatV:] 102 [GKV-SV, PatV:] 50	DKG: *s. Anmerkung in Zeilennr. 14.6*. Eine Festlegung von Mindestvorgaben für die Behandlungskategorien P3 und P4 wird zudem aufgrund mangelnder Evidenz und empirischer Daten abgelehnt. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme und Verweis auf die TG zum Beschlussentwurf.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

14.13	DMtG	Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen zu den Behandlungsbereichen der PPP-RL in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche P. Psychosomatik Integration der Künstlerischen Therapien in die Spalte Behandlungsmittel aller Behandlungsbereiche KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie Integration der Künstlerischen Therapien in die Spalte Behandlungsmittel aller Behandlungsbereiche	Kenntnisnahme. Dies ist nicht Gegenstand des Beschlussentwurfes. Eine Überprüfung wird im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie erfolgen.
14.14	DMtG	Anlage 3 Teil B Referenztabellen B4.2 und B4.3 Qualifikationen des Personals Wir begrüßen ausdrücklich die Differenzierung des Nachweises der einzelnen Berufsgruppen innerhalb der Spezialtherapeuten.	Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
14.15	DMtG	Anlage 4 Regelaufgaben 1. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Erwachsenenpsychiatrie e. Regelaufgaben Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten 1. Grundversorgung − Mitwirkung bei Anamnese/Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung − Dokumentation	DKG: Kenntnisnahme. Dies ist nicht Gegenstand des Beschlussentwurfes. Eine Überprüfung wird im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie erfolgen. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV wird die Anregung der DMtG in die erste Anpassung der Richtlinie gemäß § 1 Abs. 3 der PPP-

		2. Einzelfallbezogene Behandlung − Spezifische kreativitätsfördernde Behandlung einschließlich Künstlerische Therapien − Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung − Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung 3. Gruppenbezogene Behandlung − Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Künstlerische Therapien − 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 Ergotherapie bzw. der Künstlerischen Therapien	RL mit Überprüfung der Regelaufgaben in 2021 einbringen.
14.16	DMtG	f. Regelaufgaben Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten 1. Grundversorgung	DKG: Kenntnisnahme. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV wird die Anregung der DMtG in die erste Anpassung der Richtlinie gemäß § 1 Abs. 3 der PPP-

		− 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, z.B. Konzentrative Bewegungstherapie 3. Gruppenbezogene Behandlung − Gruppengymnastik und Sporttherapie − Bewegungstherapie und Physiotherapie − Entspannungsübungen − Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie, z.B. Konzentrative Bewegungstherapie 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten − Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptionsbesprechungen im Team − Vor- und Nachbereitung − Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision	RL mit Überprüfung der Regelaufgaben in 2021 einbringen.
14.17	DMtG	3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik d. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten	DKG: Kenntnisnahme. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV wird die Anregung der

		- Künstlerische Therapien (Kunst-, Musiktherapie u.a. in Einzel- und Gruppenbehandlung) - Bewegungstherapie einschl. Physiotherapie und Konzentrative Bewegungstherapie Oder 1. Grundversorgung − Mitwirkung bei Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung − Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung − Künstlerische Therapien − Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung − Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung 3. Gruppenbezogene Behandlung − Künstlerische Therapien − Lebenspraktisch orientierte Therapie − Arbeitstherapie und Belastungserprobung − Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen − Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten − Vor- und Nachbereitung	DMtG in die erste Anpassung der Richtlinie gemäß § 1 Abs. 3 der PPP-RL mit Überprüfung der Regelaufgaben in 2021 einbringen.

		− Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team − Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision − Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben − Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Spezialtherapien	
14.18	DMtG	e. 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, z.B. Konzentrative Bewegungstherapie 3. Gruppenbezogene Behandlung − Gruppengymnastik und Sporttherapie − Bewegungstherapie und Physiotherapie − Entspannungsübungen − Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie, z.B. Konzentrative Bewegungstherapie 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten	DKG: *s. Anmerkung in Zeilennr. 14.6.* GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV wird die Anregung der DMtG in die erste Anpassung der Richtlinie gemäß § 1 Abs. 3 der PPP-RL mit Überprüfung der Regelaufgaben in 2021 einbringen**.**

		− Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptionsbesprechungen im Team − Vor- und Nachbereitung − Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision	
14.19	DMtG	Tragende Gründe Zur Anlage 4 Regelaufgaben GKV-SV Die Änderung dient der Vervollständigung der RL. In der Erstfassung der RL-PPP wurden die Regelaufgaben für die Spezialtherapeuten und die Bewegungstherapeuten in der Psychosomatik nicht geregelt. Dies wird hier nachgeholt. Wie in den TG zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss über eine Personalausstattung Psychiatrie- und Psychosomatik-Richtlinie: Erstfassung vom 19 September 2019 bereits zur Anlage 4 beschrieben, orientieren sich die dort beschriebenen Regelauf-gaben im Wesentlichen an den bisherigen Regelaufgaben de Psych-PV. Eine Änderung der Regelaufgaben für erste Berufsgruppen ist u.a. für die Anpassung der RL zum 1. Januar 2022 gemäß § 4 Abs. 2 vorgesehen.	
15.	**Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), 7. September 2020**		
	DGPM	Allgemeiner Hinweis Im Folgenden wird zuerst auf die spezifischen Themen des Fachgebietes der Psychosomatischen Medizin (Psychosomatik) eingegangen und danach auf die übrigen Punkte des Beschlussentwurfes.	PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

15.1	DGPM	I. Zu Tragenden Gründen, 2. Eckpunkte der Entscheidung: Die DGPM unterstützt seit dem ersten Entwurf der PPP-RL die Zielsetzung des § 136a Absatz 2 SGB V zur Festlegung geeigneter Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, insbesondere auch den Anspruch, die Mindestvorgaben der Personalausstattung möglichst anhand wissenschaftlicher Evidenz und zur Unterstützung einer leitliniengerechten Behandlung zu gestalten. In der Entwicklung dieser Maßnahmen zeichnen sich jedoch erhebliche Probleme ab. (1) In der Psychosomatik fehlen aktuell noch die notwendigen empirischen Daten und damit wesentliche Grundlagen, um diesen gesetzgeberischen Auftrag umzusetzen. (2) Die Erarbeitung der Grundlagen für passende Mindestvorgaben wird mehr Zeit kosten, als die Richtlinie derzeit vorsieht. Ein realistischer neuer Zeitplan muss vereinbart werden. Die psychosomatischen Verbände haben Interesse an Transparenz und wollen sich an der Erarbeitung beteiligen.	GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Zeilennr. 15.1 bezieht sich nicht auf aktuelle Vorschläge zur Richtlinienänderung, sondern beschäftigt sich mit den Eckpunkten der Entscheidung zur Erfassung der Richtlinie und mit der Historie der Richtlinie. Sie werben für eine Studie zur Festlegung von Anhaltszahlen in der Psychosomatik und für eine Verschiebung der Festlegung von Mindestanforderungen in der Psychosomatik auf den 1.1.2024. Der GKV_SV verweist diesbezüglich auf die Tragenden Gründe zur Erstfassung der Richtlinie und auf die jetzt schon in der Richtlinie aufgenommenen Sonderregelungen für die Psychosomatik u.a. unter § 16 Abs. 4, die die Ermittlung des Umsetzungsgrades und die Meldung bei Nichteinhaltung auch für 2021 aussetzen.

		(3) In der Psychosomatik liegen keine Berichte über Minder- oder Fehlversorgung vor. Es besteht kein dringender Handlungsbedarf. (4) Es bedarf deshalb keiner voreiligen Festlegungen in diesem Beschluss für die Psychosomatik. Die Beschlussvorschläge für Festlegungen in der Psychosomatik beruhen auf fehlerhaften Annahmen. (5) Es gibt vermehrt Hinweise, dass die inadäquaten Mindestvorgaben bereits jetzt eine Wirkung auf die Patientenversorgung entfalten. So kommt es wegen der drohenden Sanktionserheblichkeit in 2022 in manchen Einrichtungen zu medizinisch nicht zu rechtfertigenden Veränderungen in den Behandlungsstrukturen und –angeboten. Dieser Prozess muss gestoppt werden. Im Einzelnen: *(1) Beschluss des BMG* Die DGPM hat die einzige Auflage im Beschluss des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) der Nichtbeanstandung der Richtlinie am 20.12.2020 mit Erleichterung zur Kenntnis genommen, nach der die Mindestvorgaben für die Psychosomatik und deren etwaige erforderliche Anpassung zu überprüfen sind. Die Gründe für diese Auflage bestehen nach wie vor (Begründung des Beschlusses des BMG nachfolgend *kursiv*). (A) *„Im Vergleich zu der psychiatrischen Versorgung unterlag die psychosomatische Versorgung nicht den Regelungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Für die psychosomatische Versorgung fehlte es bei der Festlegung der entsprechenden Mindestvorgaben folglich an bereits erprobten Anhaltszahlen.“* Die Psychiatrie-Personalverordnung war das Resultat eines 20-jährigen Diskussionsprozesses in der Psychiatrie.1 Ihre Anwendung für die Psychosomatik war nie beabsichtigt. Hierzu aus unserer Stellungnahme zur Erstfassung der PPP-RL:	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.

		„Die Psychiatriepersonalverordnung in der aktuell gültigen Fassung hat sich explizit immer auf die „klinisch-psychiatrische Behandlung“ bezogen und war daher zurecht und anerkannt niemals Grundlage einer Personalbemessung in der Psychosomatischen Medizin. Dies wird in der Psych-PV selbst mehrfach begründet: *In den Erläuterungen zu § 1 Psych-PV Abs. 5.4 wird u.a. festgestellt:* *Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat in seinem Schreiben vom 10.01.1991 V a 6-43541-24 zur Frage der Anwendbarkeit der Psych-PV auf Kliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausgeführt, dass diese „....hinsichtlich ihres Personal-bedarfs nicht mit psychotherapeutischen Abteilungen in psychiatri-schen Kliniken vergleichbar sind. Eine direkte Anwendung der Minutenwerte A5, S5 und G5 ist nicht möglich. Es ist deshalb bei den Pflegesatzverhandlungen auf das medizinisch erforderliche Leistungsangebot der Einrichtung abzustellen (Psych-PV S. 102f)“.* *Im Besonderen kann die Psych-PV nicht Grundlage einer Personal-bemessung für eine psychosomatische Tagesklinik sein, da die in einer solchen Tagesklinik behandelten Patienten nicht psychiatrisch, sondern gem. den oben genannten Unterscheidungskriterien intensiv psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und akut erkrankt sind.* *Die Erläuterung zu § 5 Psych-PV führt hierzu in Abs. 1.8 aus: „Bei den Tageskliniken wurde von sog. verbundenen Tageskliniken und einer 5-Tage-Woche ausgegangen, in der Erwachsenenpsychiatrie von solchen, welche vorwiegend rehabilitativ behandeln. Die Personalbemessung für andere Formen der Tagesklinik sind gesondert zu verhandeln“ (Psych-PV S. 137f.).* *In Erläuterung 1.6 A6 (Tagesklinische Behandlung) zu Anlage 1 Psych-PV heißt es: „Der Personalbemessung sind Patienten zugrundegelegt, deren Behandlungsaufwand daran bemessen ist, dass sie im Anschluß an eine vollstationäre Behandlung in der gleichen Einrichtung teilstationär weiterbehandelt werden.....Es gibt jedoch tagesklinische Behandlungen, zu denen die Kranken primär, d.h. ohne vorangegangene vollstationäre Behandlung aufgenommen werden. Diese Patienten sind akut krank. Die Minutenwerte nach Behandlungsbereich A6 sind dann nicht bedarfsgerecht.“*	

		Im Mai 2019 wurden die DGPM und ihre Partnerverbände vor die Wahl gestellt, künftig die Psych-PV innerhalb der Psychosomatik als Personalbemessungsinstrument zu akzeptieren oder unverzüglich einen Gegenvorschlag zu machen. Es bestünde zum aktuellen Diskussionstand im G-BA fast keine Möglichkeit mehr eine eigene psychosomatische Kategorie durchzusetzen. Die psychosomatischen Verbände waren wohlgemerkt bis zu diesem Zeitpunkt nicht in die Diskussion involviert. Nur unter diesem Druck votierten die DGPM und ihre Partnerverbände für die Übernahme der Personalanhaltszahlen von Heuft G et al. 1993 für die Kategorie P2 und die Übernahme der Kategorie A5 für die P1. Zum damaligen Zeitpunkt war die endgültige Ausformulierung und Funktionsweise der PPP-RL nicht bekannt. Die Minutenwerte von lediglich zwei Kategorien können nicht für alle Behandlungsbedingungen und spezialisierten Bereiche sachgerecht sein und würden, eingebettet in die heute verabschiedete PPP-RL, zu Verwerfungen in der Versorgung führen (siehe unten unter (B)). Die Personalanhaltszahlen von Heuft G (1993) wurden als SOLL-Zahlen entwickelt. Sie eignen sich nicht als Mindestvorgaben in der jetzt bestehenden PPP-RL. Sie wurden zudem vor 27 Jahren publiziert und bilden die differenzierten Behandlungskonzepte der aktuellen Psychosomatischen Medizin im Krankenhaus nicht mehr ab. Die Anzahl psychosomatischer Krankenhausbetten ist seit der ersten Erfassung in 2002 von 4.412 auf 11.410 in 2017 (letzte verfügbare Zahl) gestiegen.2 Mit diesem Wachstum ging eine zunehmende Differenzierung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung einher. Anders als die Psych-PV hatten die Heuft'schen Anhaltszahlen nie Verbindlichkeit für die Budgetverhandlungen. Deren Einhaltung musste nie berichtet werden. Es gibt also weder Erfahrung mit der Formulierung noch mit dem Umgang in der Berichterstattung von Personalanhaltszahlen, und es existieren auch keine validen Mindestvorgaben für das gesamte Fachgebiet der Psychosomatik. (B) *„Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass die Psychosomatik in der PPP-RL lediglich über zwei Behandlungsbereiche (gegenüber 19psychiatrischen und 7 kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsbereichen) abgebildet wird.“*3 In der Psychosomatik	

		sind 11.410Krankenhausbetten in den Krankenhausplänen der Bundesländerausgewiesen. Das sind 15,4% der insgesamt 73.944 Betten für psychische Erkrankungen in Deutschland.4 Mit 262 Abteilungen stellt die Psychosomatik mittlerweile sogar 32,1% der insgesamt 816 Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland. Für die Psychosomatik sind derzeit jedoch mit 2 von 29 Behandlungsbereichen in der PPP-RL nur6,9% der Behandlungsbereiche zugewiesen. Die Einführung der hastig entwickelten Mindestvorgaben hätte aller Voraussicht nach Verwerfungen in der Psychosomatik zur Folge gehabt. Vermutlich wurde vor allem aus diesem Grunde die Auflage zur Prüfung der Mindestvorgaben gemacht. Die psychosomatischen Fachverbände haben einen „Testlauf“ der PPP-RL durchgeführt. Aus den vorläufigen Ergebnissen ergeben sich Anhaltspunkte für den Ausschluss erheblicher Teile der psychosomatischen Versorgung von der Vergütung bei Inkrafttreten der PPP-RL. Dieser Ausschluss beruht auf einer unzureichenden Differenzierung und Passung der Mindestvorgaben, die nicht ausreichend die unterschiedlichen therapeutischen Behandlungsnotwendigkeiten in den unterschiedlichen psychosomatischen Kliniken berücksichtigt. Einerseits können die Mindestvorgaben unter den Annahmen des Testlaufs von den bisher in der Stichprobe enthaltenen Kliniken nicht eingehalten werden, weil aufgrund des therapeutischen Konzeptes und der strukturellen Bedingungen mindestens in jeweils mindestens zwei unterschiedlichen Berufsgruppen — die Mindestvorgaben nicht erfüllt werden. Dies gilt auch bei Einordnung in die Kategorie P1 mit Berücksichtigung des Abschlags von 10% für Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung nach § 6 Abs. 6 und unter Beachtung der in den Übergangsregeln gem. § 16 abgesenkten Grenze der Einhaltung zu Beginn von 90%. In denselben Einrichtungen ist häufig in anderen Berufsgruppen zu viel Personal vorhanden, das nach den aktuell geltenden Regeln der Anrechenbarkeit nach § 8 PPP-RL nicht zum Ausgleich herangezogen werden kann. Dieses betrifft überwiegend, jedoch nicht ausschließlich, große Fachkliniken (Median der Bettenzahl = 165), die sich intensiv an der Erhebung beteiligten. Die Stichprobe umfasst ca.	

		14% der Betten oder knapp jedes 7 Bett im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Andererseits berichten zahlreiche psychosomatische Einrichtungen, vorwiegend Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätsklinika, dass die Mindestvorgaben der PPP-RL weit unter dem angemessenen Personalbemessungsstandard liegen, um das medizinische Leistungsangebot ihrer Einrichtung zu sichern. Sie fürchten eine Gefährdung der Behandlungsqualität für ihre komplex und somatisch komorbid erkrankten Patienten mit intensivpsychosomatischem Behandlungsbedarf durch unzureichende Finanzierung ihres heutigen Leistungsangebots durch aus ihrer Sicht zu niedrige Personalvorgaben. Es kann nicht Ziel sein, in Ermangelung ausreichender Daten, ohne Vorliegen von Versorgungsproblemen, ohne bekannte Qualitätsmängel und ohne wissenschaftlich fundierte Empfehlungen eine Qualitätsrichtlinie für die Psychosomatik zu verabschieden, die in mehreren Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL einerseits von einer Großzahl der Einrichtungen nicht eingehalten werden kann und die andererseits für viele Einrichtungen wiederum zu gering angesetzt ist. Solche Vorgaben würden deswegen ab dem Zeitpunkt ihrer Sanktionserheblichkeit zur Aufrechterhaltung der Versorgung ausgesetzt werden müssen, wie z.B. im Fall der QFR-RL für Frühgeborene. Gleichzeitig würden sie in einigen Einrichtungen wegen ihrer bindenden Wirkung für Budgetverhandlungen zu Rechtfertigungsdruck und Finanzierungslücken führen (siehe § 3 Abs. 3 BPflV). Bei Inkrafttreten der Mindestvorgaben in ihrer aktuellen Form würden erhebliche Verwerfungen der Versorgung in Form von Einrichtungsschließungen einerseits und dem Wegfall vom spezialisierten Versorgungsangebot andererseits resultieren. Diese Verwerfungen wären aus medizinischen und auch aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht zu rechtfertigen. Der G-BA läuft mit dem aktuellen Stand der PPP-RL und dem vorliegenden Beschlussentwurf Gefahr einer solchen Entwicklung Vorschub zu leisten. *(2) Realistischer Zeitplan für die Erarbeitung von Mindestvorgaben*	DKG: in AG zu beraten – Anpassung des Zeitplans.

		Die DGPM empfiehlt aus diesem Grund dringend einen realistischen neuen Zeitplan für die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und die Überprüfung der Mindestvorgaben festzulegen. Die DGPM sichert gemeinsam mit ihren Partnerverbänden die konstruktive Mitarbeit daran zu. **Eine seriöse und belastbare Definition der Behandlungsbereiche in der Psychosomatik ist aus Sicht der DGPM erst bis 2024 möglich.** Selbst eine Definition der Vorgaben bis 2024 ist im Vergleich zur Entstehungsdauer der Vorgaben (Psych-PV) in der Psychiatrie ein ambitionierter Zeitplan. Die Existenz der jetzigen, unpassenden Vorgaben und deren drohendes Inkrafttreten Anfang 2022führt zu großer Verunsicherung bei den Leistungserbringern. Im Einzelnen: Trotz der expliziten Auflage des BMG vom 20.12.2019 hat eine Überprüfung der Mindestvorgaben im G-BA bisher nicht stattgefunden.5 Angesichts der Corona-Pandemie sind die Verzögerungen im G-BA zwar nachvollziehbar, diese Versäumnisse sollten jedoch nicht zu Lasten der vom BMG geforderten Auseinandersetzung mit der Anpassung und ggf. Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatik gehen. Der DGPM und ihren Partnerverbänden ist es zwischenzeitlich trotz großer Bemühungen nicht gelungen, belastbare Daten zu den unterschiedlichen Behandlungsbereichen in der Psychosomatik zu erhalten. An einem von den psychosomatischen Verbänden initiierten Testlauf beteiligten sich nicht genügend Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken, um ein repräsentatives und wissenschaftlich fundiertes Bild zu erhalten. Die Gründe dafür sind vielfältig.6 Für eine repräsentative Studie sind mehr Ressourcen erforderlich, als sie derzeit von den psychosomatischen Verbänden allein zur Verfügung gestellt werden können. Die Experten der Verbände sind auf bessere Daten angewiesen. In der bisherigen Diskussion zwischen den psychosomatischen Verbänden und den Selbstverwaltungspartnern wurde große Hoffnung in die Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung nach § 7 der PPP-RL durch die Nachweise gem. Anlage 3 gesetzt. Allerdings sind die Daten für das Jahr 2020 aufgrund der nach wie vor geringeren Auslastung und der vielerorts erfolgten vorübergehenden Schließung von Abteilungen wegen der Pandemie verzerrt und keine geeignete Grundlage für die Formulierung von Mindestvorgaben. Es werden aus den Nachweisen gem. Anlage 3 PPP-RL also erst	DKG: Wir danken für die Hinweise und Anregungen und werden diese im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie prüfen.

		Ende 2022 von der Pandemie einigermaßen unbeeinträchtigte Daten für das Datenjahr 2021 vorliegen. Die Daten müssen bis 30. April, bzw. 15. Mai 2022 durch die Träger beim IQTiG eingereicht werden. Eine Veröffentlichung in bearbeitbarer Form wird wohl erst im Laufe der zweiten Jahreshälfte erfolgen. Eine erste Auseinandersetzung und Diskussion der Daten im G-BA wird frühestens im letzten Quartal 2022 möglich sein. Die Leistungserbringer hätten zudem bei einer hastig im 4. Quartal 2022 zu treffenden Entscheidung des G-BA (Veröffentlichung Anfang 2023?) keine Möglichkeit mehr zu reagieren, wären aber bereits im ersten Quartal 2022 mit Sanktionen bei deren Nichteinhaltung bedroht. Zusammenfassend: Eine Beschlussfassung über die Ausdifferenzierung und Festlegung der Mindestvorgaben auf der Grundlage einer halbwegs seriösen Evaluation und ausreichender Diskussion der Daten aus der Erhebung der tatsächlichen Personal-ausstattung könnte frühestens in 2023 erfolgen. Unter Teilnahme und Beteiligung aller drei Fachverbände der betroffenen medizinischen Fächer, der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik, wurde auf Anregung aus dem G-BA ein Forschungsprojekt beim Innovationsfond beantragt, das für das Fach der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (PSM-PT) anhand der Personal- und Leistungsdaten aus einer repräsentativen Auswahl von Kliniken die erforderliche Datengrundlage liefern könnte. Bei diesem Forschungsprojekt soll es darum gehen, das sogenannte Plattform-Modell zu validieren. Die DGPM begrüßt diese Initiative sehr und dankt für die Möglichkeit der Teilnahme. Das Ergebnis dieser Studie – wenn sie denn genehmigt wird – wird in 2024 erwartet. Der psychosomatische Teil des Plattform-Modells geht von vier Behandlungsbereichen allein für den stationären Bereich aus, die in einer breit angelegten Untersuchung auf ihre praktische Anwendung untersucht werden.7 Vor dem Hintergrund des Studiendesigns des Plattformmodells wird klar: Die Daten der tatsächlichen Personalausstattung aus den Nachweisen (siehe vorletzter Abschnitt) sind mit dem Nachteil behaftet, den Einrichtungen lediglich zwei Behandlungsbereiche zur Auswahl zu lassen. D.h. die Einrichtungen können ihre tatsächliche Personalausstattung lediglich in P1 oder P2 berichten. Möglicherweise werden die Nachweise deshalb nicht	

		mehr als erste Anhaltspunkte für die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche liefern können. Für die Formulierung der notwendigen vier oder (mehr) stationären Behandlungsbereiche werden die Nachweise wegen der Vermischung der gemeldeten tatsächlichen Personalausstattung in den zur Auswahl stehenden Bereichen P1 und P2 voraussichtlich keine valide Grundlage bieten. Es liegt deshalb nahe, die Ergebnisse der beantragten Studie zum Plattformmodell in 2024 abzuwarten, damit eine seriöse und wissenschaftlich fundierte Festlegung erfolgen kann. Es macht wenig Sinn ein Jahr zuvor schon Festlegungen mit weitreichenden Konsequenzen zu treffen. Sollte die Studie zum Plattformmodell nicht genehmigt werden, so sollte eine Verständigung über Datenerhebungen erfolgen. Die Personalstände sollten mit den Leistungsdaten aus dem OPS abgeglichen werden. Gegenwärtig werden dort die therapeutischen Leistungen nur für einen Teil der Berufsgruppen erfasst. Um ein vollständiges Bild zu erhalten, müssten dann spätestens ab 2021 alle therapeutischen Leistungen von allen in der PPP-RL normierten Berufsgruppen erfasst werden. Daher hat die DGPM in diesem Jahr erneut die Wiedereinführung der Erfassung der Therapieeinheiten für alle Berufsgruppen beim DIMDI beantragt. Auch wenn ein alternativer Weg zur beantragten Studie zum Plattformmodell eingeschlagen würde, wird eine seriöse Erhebung und Auswertung der Daten nach Einschätzung der Verbände zur Formulierung von passenden Mindestvorgaben erst bis 2024 gelingen. Die psychosomatischen Verbände bitten darum, dass ihnen alle relevanten Daten – insbesondere auch aus den Nachweisen der PPP-RL – zur Verfügung gestellt werden. Die Verbände bieten an, sich konstruktiv an einer möglichst schnellen Formulierung passender Behandlungsbereiche zu beteiligen. *(3) Kein dringender Handlungsbedarf* Es besteht für den psychosomatischen Versorgungsbereich kein dringender Handlungsbedarf, der Anlass zu einer schnelleren Beschlussfassung geben würde. In den tragenden Gründen zur Erstfassung der PPP-RL wird zu § 2 Abs. 7 (S. 133, Spalte GKV, Nr.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.

		1) der Patienten-schutz als Begründung der Notwendigkeit von Nachweisen von Mindestvorgaben angeführt. Als einzige konkret greifbare Beispiele (in den gesamten Tragenden Gründen zur Rechtfertigung der Richtlinie) werden die Vernachlässigung von „Gruppen von Patienten, die erstens gemäß § 1906 BGB wegen Eigen– oder Fremdgefährdung unter-gebracht sind…“ oder „[Gruppen von Patienten, die]…nach § 1896 BGB unter Betreuung stehen oder… noch nicht volljährig sind.“ genannt. Solche Patientengruppen werden in der Psychosomatik nicht behandelt. *(4) Fehlerhafte Begründungen für voreilige Festlegungen* Der vorliegende Beschlussentwurf enthält voreilige Festlegungen: § 3 Abs. 1 i.v.m. Anlage 1 (Minutenwerte P3 aus der A6 übernehmen) und § 8 Abs. 5, Satz 7 (Geltung der Höchstgrenzen für die Anrechnung aus der Psychiatrie auch für die Psychosomatik). Der Auflage des BMG zur Überprüfung und Ausdifferenzierung der Mindestvorgaben in der Psychosomatik wurde noch nicht nachgekommen. Der GKV-SV führt dazu aus: (A) Die Strukturen der Psychosomatik seien denen der Psychiatrie gleich (Tragende Gründe, S. 2 u. 3, S. 5 implizit und S. 31. u. 32). (B) Bei gleichen Diagnosen müsse gleiches Personal zur Behandlung vorgehalten werden (Tragende Gründe S. 3, S. 5 implizit und S. 31. u. 32). Beide Annahmen sind aus folgenden Gründen unzutreffend: (A) Eine nicht differenzierende Heranziehung von Behandlungs-strukturen der Psychiatrie zur Definition von genau einzuhaltenden Qualitätsvorgaben in der Psychosomatik ist nicht sachge recht. Psychiatrie und Psychosomatische Medizin sind zwei unterschiedliche Fachgebiete mit unterscheidbaren Patienten im Hinblick auf Indikationen, Diagnosen, vor allem aber Behandlungskonzepten, -voraussetzungen, -methoden und -zielen. Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist seit 1972 eigenständiges Fachgebiet in der ärztlichen Ausbildung und seit 1992 offiziell als eigenständiges Fachgebiet in der ärztlichen Weiterbildungsordnung anerkannt. Die fachärztliche Weiterbildung hat	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Aus den von der DGPM genannten Gründen sollen die Anrechnungsumfänge gemäß § 8 Absatz 5 für psychosomatische Einrichtungen später festgelegt werden. Ohne Überprüfung die gleichen Werte wie für die Psychiatrie anzusetzen, wird abgelehnt.

		andere inhaltliche Schwerpunkte als die des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie. Das Behandlungsgeschehen unterscheidet sich im Hinblick auf die spezialisierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplex- und Intensivbehandlung und die dafür erforderlichen Strukturen deutlich von der psychiatrischen Behandlung. Diese Tatsachen begründen auch die unterschiedlichen OPS-Codes und den eigenen Abschnitt im PEPP-System. (B) Eine Forderung gleicher Qualitätsvorgaben für Psychosomatischen Medizin und für Psychiatrie wegen der Behandlung von Patienten mit gleichen (Leit-)Diagnosen ist nicht sachgerecht. Die Festlegung von Vorgaben anhand von Diagnosen in Einrichtungen nach § 17d KHG steht im Widerspruch zum politischen Konsens des letzten Jahrzehnts. Aus gutem Grund gibt es innerhalb des PEPP-Systems für die gleichen Diagnosen unterschiedliche PEPPs für Psychiatrie und Psychosomatik. Es ist belegt, dass die spezifische psychotherapeutische Behandlungsintensität in den Einrichtungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie deutlich höher ist. Das diagnoseorientierte PEPP-System ist nie budgetwirksam geworden, weil essentielle Aspekte der Versorgung nicht über die Diagnose erfasst werden können. Das vorgehaltene medizinische Personal verursacht, den wesentlichen Teil der Behandlungskosten. Neben den Hauptdiagnosen begründen vor allem die behandlungsrelevanten Komorbiditäten, Persönlichkeitsfaktoren, das soziale Umfeld, die Behandlungsziele und das erforderliche Setting die Behandlungsaufwände. Erst die jetzt zu definierenden Personalmindestvorgaben werden über Ihre Durchsetzbarkeit in der Bundespflegesatzverordnung (§ 3 Abs. 3, S. 4, Nr. 5) unmittelbar Budgetwirksamkeit entfalten und die Behandlungsstrukturen prägen. Sie müssen deshalb sorgsam formuliert werden (s.o.). Der im Kontext dieser Diskussion wiederholt geäußerte Gedanke, für gleiche (Leit-)Diagnosen sollte in Psychiatrie und Psychosomatik gleiche Personalmindestvorgaben und das gleiche wirtschaftliche Budget zur Verfügung gestellt werden, greift zu kurz.	

		(1) Wie dargelegt, definieren – wie auch in der somatischen Medizin - nicht nur die (Leit-)Diagnose, sondern weitere Faktoren den Versorgungsbedarf. Psychiatrie und Psychosomatik adressieren unterschiedliche Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse. Unterschiedliche Versorgungsangebote verursachen unterschiedlichen personellen Aufwand. (2) Selbst wenn gleiche (Leit-)Diagnosen den gleichen Aufwand bedeuten würden, lassen die aktuellen Regeln der Anrechenbarkeit nach § 8 (auch i.V.m. Anlage 4) keine flexible Zuteilung der Minutenvorgaben auf die und zwischen den Berufsgruppen zu. Eine solche Flexibilität wäre jedoch Voraussetzung für die Verwirklichung des Gedankens gleicher (wirtschaftlicher) Minutenbudgets für gleiche (Leit-)Diagnosen. (3) Die Struktur der Behandlungsangebote von Psychiatrie und Psychosomatik unterscheiden sich stark. Es sind zwei unterschiedliche medizinische Fachgebiete (siehe A), die nicht mit gleichen Personal-mindestvorgaben und Budget passgenau abgebildet werden können. Die oben beschriebenen Argumente (A) und (B) markieren die mögliche Gefährdung einer qualitativ hochwertigen und differenzierenden Patientenversorgung durch eine Novellierung wesentlicher Strukturunterschiede zwischen Psychosomatischer Medizin und Psychiatrie. *(5) Eine medizinisch nicht gerechtfertigte normative Wirkung tritt bereits ein* Bereits jetzt führt die Richtlinie zu zahlreichen verunsicherten Anfragen der Leistungserbringer bei den psychosomatischen Verbänden, ob die Vorgaben 2021 oder 2022 in Kraft treten und wegen ihrer Budgetwirksamkeit (§ 3 Abs. 3 BPflV) und der drohenden Sanktions-erheblichkeit deshalb weitreichende Anpassungen der Strukturen der Einrichtungen durchgeführt werden müssen. Ein erheblicher Teil der Einrichtungen sieht sich nicht dazu in der Lage ihre Personalstrukturen an die Mindestvorgaben anzupassen, weil die tatsächliche Personal-ausstattung zu stark von den Vorgaben aus P1 und P2 abweicht. Es wäre rein zeitlich und auch wirtschaftlich (Abfindungen für Kündigungen, Suchkosten für neues Personal) nicht mehr möglich, die Personalvorgaben anzupassen. Es wird Konsternierung zum Ausdruck gebracht, dass über Jahrzehnte etablierte, wirksame und	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.

		stark nachgefragte Behandlungskonzepte (teils mit monatelangen Wartelisten) eingestellt werden sollen. Einige Einrichtungen haben trotzdem bereits damit begonnen, ihre etablierten Behandlungskonzepte zu ändern, weil sie fürchten, nicht mehr genügend Zeit zur Anpassung zu haben bzw. den Schaden so begrenzen zu können. Für diese normative Wirkung der Richtlinie besteht aus medizinischer Sicht kein Anlass. Im Gegenteil. Die psychosomatischen Versorgungsstrukturen sind seit Entstehung des Fachgebiets aus gutem Grund stark ausgeweitet worden (siehe oben). Sie erfüllen einen eigenen Versorgungsbedarf. Nun droht ohne Anlass deren Abschaffung und Angleichung an psychiatrische Angebote, die in dieser Menge gar nicht vorgehalten werden müssen. Es ist daher dringend geboten, möglichst schnell einen realistischen Zeitplan zu verabschieden, um weiteren Schaden von den Strukturen der Psychosomatik abzuwenden.	
15.2	DGPM	II. Zu § 3 Abs. 1 Behandlungsbereiche i.V.m. Anlage 1: Die DGPM begrüßt die Festlegung zweier tagesklinischer psychosomatischer Behandlungsbereiche. Die aktuelle teilstationäre Versorgungsrealität lässt sich vereinfachend durch 2 unterschiedliche Behandlungskonzepte beschreiben. Es gibt vollkommen eigenständige tagesklinische Behandlungskonzepte, die nach primärer Indikations-stellung die psychosomatische-psychotherapeutische Komplexbehandlung gem. OPS-Kode 9-634 im teilstationären Rahmen realisieren. Aufgrund anderer Behandlungsvoraussetzungen und erfordernisse ist hier aber eine andere Berufsgruppenzusammensetzung erforderlich, als bei vollstationärer Behandlung (z.B. weniger Pflege). Daneben bestehen Konzepte, die zur Vorbereitung der Entlassung aus vollstationärer Behandlung und zur Förderung des Transfers vollstationärer Entwicklungen in die Lebenswelt der Patienten einen teilstationären Behandlungsabschnitt konzeptualisiert haben. Durch die Festlegung zweier Bereiche können im Rahmen des Nachweisverfahrens durch die Einrichtungen Daten zur tatsächlichen Personalausstattung gesammelt werden. Diese können später zur Festlegung von Mindestvorgaben herangezogen werden (siehe oben). Es gibt hingegen keine Evidenz für die Behauptung des GKV-SV, die teilstationäre Behandlung der Kategorie P3 entspreche der Kategorie A6 der Psychiatrie (siehe oben I.,	DKG/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Aus den von der DGPM genannten Gründen wird von einer Festlegung von Minutenwerten für die neuen Behandlungskategorien P3 und P4 zum jetzigen Zeitpunkt abgesehen. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. In der Psychosomatik und in der Psychiatrie gibt es sowohl hinsichtlich der behandelten Diagnosen als auch in Bezug auf die Behandlungsmittel viele Übereinstimmungen. Es muss daher gewährleistet sein, dass Patienten mit der gleichen Diagnose und dem gleichen Schweregrad eine qualitativ gleichwertige Behandlung erhalten und entsprechend unabhängig

		(4)). Im Gegenteil: Zahlreiche teilstationäre Einrichtungen berichten von unnötig hohen Vorgaben für Pflegefachpersonen und zu geringen Minutenvorgaben für Ärzte und Psychologen im Behandlungsbereich A6. Dies entspricht auch den vorläufigen Ergebnissen eines Testlaufs der PPP-RL der psychosomatischen Verbände. Eine Übernahme der A6 für die P3 würde ab dem Zeitpunkt der Sanktionserheblichkeit zu Verwerfungen in der Versorgung führen. Die Behandlungsbereiche der Psychosomatik müssen erst überprüft und ausdifferenziert werden (siehe oben I. (2)). Schon in der Stellungnahme der DGPM zur Erstfassung der PPP-RL wurde die Übernahme der Kategorie A5 für die Kategorie P1 inhaltlich eindeutig abgelehnt. Dasselbe gilt für die Ablehnung einer Gleichsetzung von A6 und P3: *„Aus der Tatsache, dass in der Psychosomatik die Methode Psychotherapie „im Vordergrund steht“, ist noch lange nicht die Einordnung der Psychosomatik in der Kategorie A5 abzuleiten, wie es der GKV-SV behauptet (S. 18 tragende Gründe). Auch unter „Beimischung“ der Kategorie A1 reicht die dadurch sichergestellte Therapiedosis für moderne leitliniengerechte, multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung in der Psychosomatik bei Weitem nicht aus. Die bereits heute besser abgebildete leitliniengerechte Versorgung in den psychosomatischen Einrichtungen wird zu Recht in den tragenden Gründen von der BPtK auf S. 5 erwähnt. Das mangelhafte Versorgungsangebot in der Allgemeinpsychiatrie für die heutigen Patienten der Psychosomatik unter der normativen Vorgabe der PsychPV, Kategorie A5 (oder A5 und A1) hat wohl maßgeblich zur Etablierung des Fachgebiets der Psychosomatik in den letzten drei Jahrzehnten beigetragen. Ein erneuter Versuch der Eingliederung der Psychosomatik in die Kategorie A5 unter „Beimischung“ der Kategorie A1 trägt deshalb nichts zur Verbesserung der Versorgung bei. Im Gegenteil. Sie gefährdet die bereits erreichten Verbesserungen der psychosomatischen Versorgung durch eine viel zu niedrige Festsetzung der Qualitätsindikatoren im Vergleich zu den in der Praxis etablierten Versorgungs-standards. Sie gefährdet die psychosomatische Versorgung darüber hinaus auch über nicht auszuschließende budgetwirksame, normative Wirkungen dieser Richtlinie, solange keine Personalvorgaben existieren. Die Forderung nach einer Einordnung der Psychosomatik in die Kategorien A1 und A5 zeugt daher im besten Falle von mangelndem fachlichem Verständnis und Unkenntnis zeitgemäßer Versorgungs-standards der Psychosomatik. Da die vorstehend*	vom Behandlungsort eine gleichwertige Personalausstattung vorfinden. Dies bildet sich in den genannten Regelungen zu den identischen Minutenwerten zwischen P1 und A6 ab. Dieses Vorgehen folgt auch analog dem Vorgehen bei der Festlegung der Minutenwerte für die P1, die, da der P1-Bereich inhaltlich der A5 entspricht, genau wie die Minutenwerte der A5 festgelegt wurden (sieh TG zum Beschluss des G-BA über eine PPP-RL: Erstfassung vom 19. September 2019, S. 10) Die teilstationäre Behandlung ist aus Sicht der Patienten attraktiver als die vollstationäre Behandlung und sollte deshalb gefördert werden. Viele Krankenhäuer haben sich entsprechend umgestellt und behandeln auch im teilstationären Bereich komplex-psychotherapeutisch, d.h. mit ebenso hohem Personaleinsatz wie vollstationär. Dieser Umstand bildet sich mit den o.g. Regelungen zu den identischen Minutenwerten im teil- und im vollstationären Bereich (P2 und P4) ab.□Beide Bereiche - P4 und P2 als teilstationäre und vollstatio-

		beschriebenen Zusammenhänge bei den Krankenkassen mittlerweile ebenfalls hinlänglich bekannt sein müssten, liegen der Forderung einer Einordnung in die Allgemeinpsychiatrie vermutlich ausschließlich ökonomische Motive zu Grunde." Die Übernahme der Werte der P2 für die neue Kategorie P4 ist ebenfalls nicht sachgerecht und muss daher abgelehnt werden. Stationär behandlungsbedürftige Patienten der Kategorie P2 haben in der Regel andere Behandlungsbedürfnisse als teilstationäre Patienten. Ein komplexes Störungsbild, eine erhöhte Anzahl an Komorbiditäten, ein schwaches oder destabilisierendes soziales Umfeld mit entsprechendem Bedarf an sozialpädagogischer Unterstützung oder mangelnde Fähigkeiten ohne die Unterstützung stationärer Strukturen der Therapie, können u. A. Gründe für die stationäre Behandlungsbedürftigkeit sein. All diese Unterscheidungsmerkmale von teilstationär zu stationär behandelten Patienten bedeuten unterschiedliche Aufwände. Eine Übernahme der vom GKV-SV vorgeschlagenen Minutenwerte für P3 und P4 hätte als einzigen Effekt, den Einrichtungen das Signal zu senden, dass deren Sanktionserheblichkeit möglicherweise bald eintritt (siehe oben). Dies würde zur Verunsicherung und voreiligen, medizinisch nicht sinnvollen Anpassungen der vorhandenen Strukturen führen. Für solche normativen Anpassungen gibt es keinerlei medizinische oder wirtschaftliche Rechtfertigung. Die Übernahme der vom GKV-SV vorgeschlagenen Minutenwerte für die teilstationäre Behandlung ist daher abzulehnen. Es sollten hier vorerst - entsprechend der Position der DKG - keine Minutenwerte festgelegt werden.	näre psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung – werden mit der Mindestvorgabe von einer Therapiedosis von mindestens 3 Therapieeinheiten pro Woche (OPS-Code 9-62 0der 9-63) vorgesehen. In beiden Bereichen (P4 und P2) werden die gleichen Minutenwerte in Anlage 1 pro Berufsgruppe hinterlegt, da entsprechend der OPS-Codierung der therapeutische Aufwand gleich hoch ist.
15.3	DGPM	III. Zu § 8 Abs. 3 Anrechnung von Berufsgruppen Im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie haben Patienten innerhalb von Einrichtungen und innerhalb von Stationen einen sehr unterschiedlichen medizinischen, psychotherapeutischen, pflege-therapeutischen, spezialtherapeutischen und sozialtherapeutischen Behandlungsbedarf. Dies wirkt sich unmittelbar auf die Inanspruch-	DKG: Dank und Kenntnisnahme. § 8 Absatz 3 ist nicht Gegenstand des aktuellen Beschlusses. Der Vorschlag wird jedoch im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie geprüft.

		nahme der verschiedenen Berufsgruppen aus, sodass sich die Mindestpersonalanforderungen in den einzelnen Berufsgruppen aus den jeweils durchgeführten Behandlungsprozessen ergeben und nicht alleine aus der Organisationseinheit (Station, Abteilung). Daher bedarf es einer Änderung des § 8 Abs. (3) Satz 1 der PPP-RL mit einer Anpassung des 2. Halbsatzes: *Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Fachkräfte der Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit ~~diese~~ dadurch der Anteil der ~~gemäß Anlage 4~~ Regelaufgaben der Berufsgruppe gemäß Anlage 4, bei der die Anrechnung erfolgen soll, nicht unter 30 % fällt ~~erbringen~~.* Eine Alternative zu dieser Änderung wäre es, die Regelaufgaben der Anlage 4 um sehr breit definierte „Kernaufgaben“ für alle austauschbaren Berufsgruppen zu ergänzen, so dass die Ärztlichen Leiter die Minuten der Mindestvorgaben flexibler auf Aufgaben der Pflege, Spezial-therapeuten, Bewegungstherapeuten und Sozialpädagogen aufteilen können. Löst man dieses Problem nicht, besteht das Risiko, dass sich Behandlungskonzepte ohne jede medizinische Notwendigkeit nur aufgrund der Personalmindestverordnung ändern und bestimmte Patienten-gruppen mit besonderem Behandlungsbedarf von der Versorgung ausgeschlossen werden (z.B. PatientInnen mit psychogenen Essstörungen, SchmerzpatientInnen etc.). Mit diesem Änderungsvorschlag ließe sich das Problem, dass sich die Personalmindestforderungen auf teilweise sehr unterschiedliche Ein-richtungstypen mit unterschiedlichen Behandlungskonzepten und Versorgungsaufträgen beziehen, lösen. Eine Beschränkung auf vier psychosomatischen Behandlungsbereiche (siehe I. (2) oben) sollte auf dieser Grundlage möglich sein. So erscheint z.B. die geforderte Mindestpersonalausstattung für die Pflege für Universitätsklinika und Fachabteilungen adäquat, während die psychosomatischen Fachkrankenhäuser mit ihren spezifischen Behandlungskonzepten oft einen viel geringeren pflegerischen Personalbedarf haben. Wegen der geringen	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Es bleibt die Frage bestehen, inwieweit es leitliniengerecht sein kann, wenn Patienten mit der gleichen Diagnose je nach Einrichtung in die sie geliefert werden oder die sie besuchen eine unterschiedliche Personalausstattung und Behandlung vorfinden.

		Erfahrung mit Personalvorgaben in der Psychosomatik kann das Problem auch nach einer ersten Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche weiterhin bestehen, so dass die oben vorgeschlagene Anpassung – zumindest für die Psychosomatik – sinnvoll ist. Zur Illustration seien hier beispielhaft folgende Behandlungskonstellationen aufgeführt: Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung mit durchschnittlichem intensivpsychotherapeutischen und medizinischem Aufwand (Komplexbehandlung gem. P2) Charakterisiert sind hierdurch Patienten, die eine multimodale und multiprofessionelle Therapie im psychosomatisch-psychotherapeutischen Setting benötigen, um die Ziele einer Krankenhausbehandlung zu erreichen, indem sie mind. 3 therapeutische Elemente à 25 Min. durch Ärzte oder Psychologen (3 Therapieeinheiten) sowie weitere spezialtherapeutische, sozialtherapeutische und pflegerische Maßnahmen erhalten. Innerhalb dieses Behandlungsbereiches hat eine üblicherweise sozial gut integrierte Patientin mit einer Anorexia nervosa mit BMI 15 kg/m² einen hohen ärztlichen, psychologischen und pflegerischen Behandlungsbedarf, aber einen geringen sozialarbeiterischen, während ein sozial desintegrierter Angstpatient mit schwerer Persönlichkeitsstörung im Verlauf einer Krankenhausbehandlung einen zunehmenden sozialarbeiterischen und psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, aber einen eher geringeren kreativ-therapeutischen oder medizinischen Behandlungsbedarf hat.	
15.4	DGPM	IV. Zu § 8 Abs. 5, Satz 7, Anrechnung von Berufsgruppen: Die Behandlungsbereiche für die Psychosomatik müssen ausdifferenziert und neu definiert werden. Aktuelle Versorgungskonzepte lassen sich derzeit von vier Behandlungsbereichen für die stationäre Behandlung und zwei Behandlungsbereichen für die teilstationäre Behandlung (siehe I. (2) oben) hinreichend differenziert beschreiben. In allen dann neu festgelegten Behandlungsbereichen ist nach Überprüfung der Minutenwerte in jeder einzelnen Berufsgruppe gem. § 5 PPP-RL davon auszugehen, dass diese von denen der Psychiatrie abweichen.	DKG/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Die Überprüfung der Umsetzung der Mindestanforderungen ist für 2020 und 21 in der Psychosomatik ausgesetzt. Gleichzeitig werden die ersten Nachweise im April 2021 erwartet, so

		Erst wenn die Daten über die tatsächliche Personalausstattung aus den Nachweisen der PPP-RL vorliegen und diese evaluiert wurden, kann eine Einschätzung zu den als zulässig erscheinenden Höchstgrenzen der Anrechnung von Hilfskräften abgegeben werden. Der GKV-SV möchte die für die Höchstgrenzen der Anrechnung von Hilfskräften in der Psychosomatik empirischen Daten der Psych-PV-Nachweise aus 2018 heranziehen (S. 6, Tragende Gründe). Diese empirischen Daten stammen aus keiner einzigen psychosomatischen Einrichtung. Eine pauschale Übernahme der Werte für die Psychiatrie wird wie unter I. (4) abgelehnt, weil sich die Behandlungsmethoden und -inhalte der Fachgebiete wie dargelegt stark unterscheiden. Die vom GKV-SV geäußerte Sorge, „eine unbeschränkte Anrechnung von Fachkräften und Hilfskräften anderer in § 5 genannter Berufsgruppen würde diese Qualitätsvorgabe unverhältnismäßig aufheben“, erscheint unbegründet. Aktuell sind die Mindestvorgaben in der Psychosomatik weder zu ermitteln, noch sind sie zu berichten, noch besteht Sanktionserheblichkeit (siehe § 16 Abs. 4). Deshalb kann auch keine Qualitätsvorgabe aufgehoben werden. Zudem müssen die Behandlungsbereiche ausdifferenziert und deren Mindestvorgaben (= Qualitätsvorgaben) erst überprüft werden, bevor sie in Kraft treten (siehe oben). Die Höchstgrenzen sollten gem. Vorschlag der DKG deshalb erst dann festgelegt werden, wenn diese Überarbeitungen erfolgt sind. Der Vorschlag des GKV-SV würde zu vollkommen willkürlichen Festlegungen zu Anrechnungs-Höchstgrenzen in der Psychosomatik ohne jeglichen Praxisbezug führen. Als Rechtfertigung für die (vorübergehende) Übernahme der Anrechnungsgrenzen der Psychiatrie für die Psychosomatik wird auch angeführt, dass so in den Nachweisen der Psychosomatik nach Anlage 3 möglichst wenig Anrechnung zwischen den Berufsgruppen stattfindet. In der Folge würde in der Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung transparenter, wie viele Angehörige welcher Berufsgruppe nach § 5 in den Einrichtungen vorhanden sind. Wie oben (siehe I. (2)) bereits dargelegt, sind die Behandlungsbereiche P1 und P2 für eine sinnvolle Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung zu wenig ausdifferenziert. Die Daten wären daher selbst mit dieser besseren Abgrenzung der Berufsgruppen nur eingeschränkt verwertbar. Eine weiter gehende Untersuchung,	dass eine datengestützte Auswertung rechtzeitig zum September 2021 vorliegen sollte und ggf. eine Anpassung der Richtlinie vorgenommen werden kann.

		wie sie aktuell im Rahmen der Innovationsfondsausschreibung beantragt wurde, ist nötig. Die Datenerhebung kann darüber hinaus nicht primäres Ziel der Richtlinie sein. Selbst wenn die möglichst transparente Datenerhebung der tatsächlichen Personalausstattung zum Ziel gemacht werden soll, kann dieses Ziel nicht mit damit einhergehenden normativen „Nebenwirkungen“ von dieser Tragweite (siehe I. (5)) in der Richtlinie verankert werden: Den Einrichtungen wird durch diesen Beschlussvorschlag des GKV-SV Sanktionserheblichkeit bei Nicht-Einhaltung der Anrechnungsgrenzen auf die bereits unpassenden Behandlungsbereiche ab 2022 signalisiert und nicht die Absicht Daten für die Neu-formulierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatik zu sammeln. Die von der DKG geäußerten Zweifel an der Übertragbarkeit der nationalen Durchschnittswerte des Psych-PV-Nachweise (S. 6 tragende Gründe) eines einzigen Jahres zur Formulierung sanktionsbewehrter Anrechnungsgrenzen in der PPP-RL erscheinen der DGPM im Übrigen berechtigt. Die Werte des Psych-PV-Nachweises stellen einen Durchschnitt aller 16 Bundesländer dar und werden daher selbst bei Verdoppelung, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, in zahlreichen Einrichtungen überschritten werden, ohne dass nach Einschätzung der DGPM daraus eine qualitative Beeinträchtigung resultiert. Aus all diesen Gründen erscheint es zum jetzigen Zeitpunkt wenig sinnvoll, die dissenten prozentualen Höchstgrenzen der Psychiatrie (in den dem Satz 7 folgenden Spiegelstrichen) für die Psychosomatik zu übernehmen. Sie sollten gemeinsam mit den noch zu definierenden Behandlungsbereichen für die Psychosomatik unter Berücksichtigung der Daten über die tatsächliche Personalausstattung festgelegt werden. Die DGPM und ihre Partnerverbände schlagen vor, dies inner-halb des als sinnvoll erscheinenden Zeitrahmens zur Formulierung der Behandlungsbereiche bis 2024 durchzuführen (siehe oben).	
15.5	DGPM	V. Zu § 8 Abs. 5 Satz 7, Berufsgruppe 1b und 2b, S. 9, Anrechnung von Berufsgruppen:	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.

		Der Katalog der Regelaufgaben umfasst viele Tätigkeiten, die in der klinischen Praxis von anderen Berufsgruppen übernommen werden. Insbesondere medizinische Fachangestellte, aber auch Kodierfachkräfte, Dokumentationsassistenten, Stationssekretäre, Empfangskräfte, Personen für den Patiententransport, Servicekräfte, Physician Assistants werden für diese Tätigkeiten eingesetzt. Nur Pflegehilfskräfte zur Anrechnung auf die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen zuzulassen, würde diese Personengruppen von diesen Tätigkeiten de facto ausschließen. Alle oben genannten Berufsgruppen erbringen Leistungen im medizinischen Prozess der Einrichtungen. Sie sollten deshalb Teil des durch Mindestvorgaben abgesicherten Personalbestands sein. Der Katalog der Regelaufgaben der Pflege kann aller Voraussicht nach nicht trennscharf von den Tätigkeiten der oben erwähnten Berufsgruppen abgegrenzt werden kann. Im Stationsalltag ist es wenig sinnvoll, Aufgaben für einzelne Berufsgruppen zu „reservieren“. Es müsste mit lauter Teilzeitkräften gearbeitet werden. Es gibt deshalb zwei denkbare Konsequenzen, wenn die Anrechenbarkeit auf Pflege-hilfskräfte begrenzt wird: 1. Die oben erwähnten anderen Berufsgruppen sind nicht mehr Teil des abgesicherten Personalbestands und verlieren ihre Positionen, weil sie durch Pflegefachpersonen und -hilfskräfte ersetzt werden müssen. Das wäre unwirtschaftlich und medizinisch nicht gerechtfertigt. 2. Die Mindestvorgaben für Pflegefachpersonen werden nach unten angepasst werden. In Krankenhäusern, in denen die Pflege zu viele Aufgaben der anderen Berufsgruppen übernehmen, muss der Bestand der Pflegefachpersonen abgebaut werden, weil deren Finanzierung über die Bundespflegesatzverordnung nicht mehr garantiert ist (§ 3 Abs. 3 BPflV). Eine Anrechnungsmöglichkeit von maximal 20% der VKS-Mind, wie von der DKG vorgeschlagen, erscheint unter Qualitätsaspekten noch vertretbar.	GKV-SV: Generell setzt sich der GKV-SV dafür ein, dass Mindeststandards für alle Berufsgruppen zu möglichst 100 Prozent von Fachkräften erfüllt werden. Dies entspricht auch dem Geist des gesetzlichen Auftrages in § 136a SGB V, nach dem der G-BA verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal festlegt. Dieser Auftrag würde konkerkariert, wenn Anrechnungen von bis zu 20 Prozent Hilfspersonal zugelassen werden würde. Die Höchstgrenze ist aus QS-Sicht ist aus fachlicher Sicht so niedrig wie möglich zu halten damit die Qualität der Behandlung gewährleistet bleibt.

15.6	DGPM	VI. Zu § 8 Abs. 5, Satz 7, Berufsgruppe 1b und 2b, S. 10, Anrechnung von Berufsgruppen: Eine halbe Vollkraft je Einrichtung und Berufsgruppe sollte immer anrechenbar sein. Vor dem Hintergrund der beabsichtigen sehr strikten Einschränkung der Anrechnungsgrenzen im selben Satz der PPP-RL wird ansonsten der Bestand von kleinen Einheiten, insbesondere Tageskliniken, gefährdet sein. Der Aufrechterhaltung der dezentralen Versorgung ist in diesem Falle der Vorzug zu geben. Es ist z.B. vertretbar, die Tätigkeiten von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen an Pflegefachpersonen in einer dezentralen Tagesklinik zu delegieren, wenn ansonsten wegen der drohenden Sanktionen eine Schließung derselben die Konsequenz wäre.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Eine Mindestanrechnung von einer halben Vollkraftstelle je Berufsgruppe wird vom GKV-SV abgelehnt. Wie ver.di in seiner Stellungnahme richtig ausführt, könnte könnt dies für kleinere Einrichtungen wie Tageskliniken z. B. auch die Anrechnung anderer Berufsgruppen auf eine halbe Ärzt*innenstelle oder eine andere Berufsgruppe bedeuten, die dadurch unter Umständen vollständig ersetzt würde. Das ist fachlich nicht vertretbar. Eine Sonderregel für kleine Einrichtungen zur geforderten Sicherstellung von Anrechnungsmöglichkeiten verstößt aus Sicht des GKV-SV gegen das allgemeine Gebot einer ausreichenden Qualifikation. Vom Ziel einer Mindestausstattung mit qualifiziertem Personal darf auf bei kleinen Einrichtungen nicht regelhaft abgewichen werden. Hinzuzufügen ist zudem*:* Die Tageskliniken sind seit Beginn der Psych-PV unterfinanziert. Dies ist seit etli-

			chen Dekaden bekannt. Die Minutenwerte sind durch diese Richtlinie nicht angepasst worden. Daher wäre eine Anerkennung von Vollzeitäquivalenten eine reine Mängelverwaltung und entspricht nicht dem Personalbedarf, der heute für eine tagesklinische Behandlung notwendig ist. Daher sollten grundlegend die Minutenwerte für die tagesklinische Behandlung angepasst werden und kein Flickenteppich im Sinne von Verschiebungen entsteht, die die Unterfinanzierung mit Personalstellen nicht grundlegend verändert.
15.7	DGPM	VII. Zu § 10 Abs. 2, Satz 2, Ausnahmetatbestände: Den Geltungsbereich der Ausnahmetatbestände auch auf Zeiträume innerhalb des Quartals anwendbar zu machen, ist angesichts der vorgesehenen Grenze von 15% Personalausfall gem. § 10 Abs. 1, Nr. 1 sinnvoll. Der Ausnahmetatbestand wird für die Psychosomatik voraussichtlich für Ausbrüche von z.B. Noroviren, grippalen Infekten oder bei einer Grippewelle zur Anwendung kommen. Da sich der Ausbruch von ansteckenden Krankheiten nicht an Kalender-monatsgrenzen hält, ist der von der DKG vorgeschlagene 4-Wochen-Zeitraum adäquat. Der Krankenstand von 15% ist bei den vorgenannten Infektionskrankheiten erfahrungsgemäß schnell erreicht. Sollte eine Beschränkung auf Kalendermonate erfolgen, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, müsste die Grenze für den Ausnahmetatbestand gem. § 10 Abs. 1, Nr. 1 auf höchstens 5% gesenkt werden. So wäre gewährleistet, dass keine Zwangsentlassungen von Patienten zur Vermeidung von Sanktionen nach der PPP-RL stattfinden. Psychosoma-tisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgt als	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme

		kontinuierlich-fortschreitender, aufeinander aufbauender Prozess mit therapienot-wendigen Labilisierungen des psychophysischen Gleichgewichts, die einer ständigen ärztlichen und fachpflegerischen Überprüfung und Interventionsbereitschaft bedürfen. Eine formal „erzwungene“ Behandlungsunterbrechung würde daher die Patientensicherheit erheblich gefährden und sollte deshalb unbedingt verhindert werden. Eine einfache Erkrankungswelle darf nicht dazu führen, dass die Einrichtung sanktioniert wird, wenn keine Patienten entlassen werden. Dies hätte negative Konsequenzen für den weiteren Krankheitsverlauf des Patienten. Eine vorübergehend geringere Behandlungsdichte wegen Personalausfalls bei einer Erkrankungswelle ist aus medizinischer Sicht vertretbar. Der Vorschlag des Monatsbezugs des GKV-SV hat darüber hinaus den Nachteil, einen weiteren monatsbezogenen Nachweis im Teil A der Anlage 3 einzuführen. Die bürokratische Last für die Krankenhäuser ist bereits jetzt zu groß. Es ist erforderlich, dass die Nachweise im Teil A und im Teil B reduziert und nicht erweitert werden. Aus all diesen Gründen befürworten die DGPM und ihre Partnerverbände die Übernahme des Vorschlags der DKG für § 10 Abs. 2, Satz 2, nach dem 4-Wochen-Zeiträume für Ausnahmetatbestände heran-gezogen werden und nicht Kalendermonate.	
15.8	DGPM	VIII. Zu § 10 Abs. 3, Satz 2, Ausnahmetatbestände: Die Corona-Pandemie hat trotz des Rückgangs des Infektionsgeschehens nach wie vor erhebliche Auswirkungen auf psychosomatische Einrichtungen. Von einer Rückkehr zur Normalität kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gesprochen werden. Im Gegenteil. Das Infektionsgeschehen und die Verunsicherung nehmen aktuell wieder schnell zu. Es ist mit weiteren Beeinträchtigungen in dieser zweiten Jahreshälfte zu rechnen. Den Darstellungen der DKG in den Tragenden Gründen, S. 13-15, wird in allen Punkten zugestimmt. Auch die DGPM bedauert, dass im Jahr 2020 keine sinnvolle Daten-erhebung, selbst für die tatsächliche Personalausstattung nach § 7, möglich ist. Die Einrichtungen angesichts	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Der GKV-SV möchte eine qualitativ hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung gewährleisten. Deshalb lehnt er die hier geforderte Ausweitung des Covid-19-Beschlusses des G-BA ab, da sie zu einer weiteren Verzögerung bei der Umsetzung der Mindestpersonalausstattung führt. Verschiebt man das gesamt Nachweisverfahren

		der Pandemie nun trotzdem zum „üben“ anzuhalten, wie der GKV-SV, auf S. 16, Nr. 2. - 4., vorschlägt, verkennt die Lage. Der laufende Aufwand, der parallel zum 19 Aufwand der Vorbereitung einer (teil-)automatisierten Datenerfassung zu leisten ist, ist hoch. Fast alle Einrichtungen der Psychosomatik haben derzeit noch keine Systeme, um die für die Nachweise der PPP-RL benötigten Daten (teil-)automatisiert zu generieren. Eine Berichts-pflicht für 2020 bedeutet die gleichzeitige Abstellung von Personal zur Dokumentation (das im Übrigen über die noch nicht abgeschlossenen Budgetvereinbarungen noch gar nicht finanziert werden konnte) und zusätzlich die Befassung weiteren Personals mit der dringend erforderlichen Einführung von (teil-)automatisierten Datenerfassungssystemen. Für beide Tätigkeiten gleichzeitig haben derzeit weder die Verwaltungen noch die Behandlungsteams Kapazitäten. Die DGPM und ihre Partnerverbände raten deshalb zur Verschiebung des gesamten Nachweisverfahrens um ein Jahr. Darüber hinaus muss dringend ein neuer Zeitplan für die Formulierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatik beschlossen werden (siehe oben I. (2)).	samt Dokumentation wird erstens ein volles wertvolles Jahr für die Überarbeitung der RL und zweitens ein volles wertvolles Jahr für die Erreichung der Mindestvorgabe verloren. Dies hat der G-BA mit dem sogenannten Covid-19 Beschluss nicht intendiert. Der Beschluss des G-BA zur Aussetzung von QS-Anforderungen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie vom 27.03.2020 setzt für diverse QS-Richtlinien (u.a. auch die PPP-RL) die Nachweispflichten bis zum 31.12.2020 vorübergehend aus. Mit der Aussetzung der Nachweispflichten bis zum 31.12.2020 ist für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen eine Behandlung in 2020 auch ohne Erfüllung der Mindestvorgaben zulässig, so wie es die Pandemie erfordert. Der G-BA hat im Covid-19-Beschluss allein den zusätzlichen Aufwand der Übermittlung der Nachweise in 2020 aufgehoben. Die Vorgaben in den §§ 6 und 7, nach denen das Krkh auch in 2020 verpflichtet ist, laufend seine Leistungen und sein Personal zu dokumentieren, wurden nicht aufgeho-

			ben. Eine Übersendung der Nachweise für das Jahr 2020 zum 30. April 2021 ist daher von den Einrichtungen - so wie in der RL-PPP geregelt- vorzunehmen. Um für die Weiterentwicklung der PPP-RL die in 2020 erhobenen Daten zu nutzen, ist die Übermittlung bis zum 30. April 2021 erforderlich. Sollte die Auswertung ergeben, dass die Daten teilweise aufgrund der Covid-19-Pandemie nicht repräsentativ sein sollten, ist eine Anpassung der Datengrundlage für die Weiterentwicklung vorzunehmen Ggf. kann auch die quartalsbezogene Auswertung der Daten 2020 weiterhelfen. Der GKV-SV geht davon aus, dass im ersten, dritten und vierten Quartal 2020 nutzbare Zahlen zu erwarten sind. Andere Kennzahlen wie etwa die Qualifikation des Personals werden von den Auswirkungen der Corona-Pandemie nicht beeinflusst. Hier ist auch die ganzjährige Auswertung zielführend.
15.9	DGPM	IX. Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:	DKG: Dank und Zustimmung. Auch die DKG vertritt die Auffassung, dass die monats- und stationsbezogenen

		Die psychosomatischen Verbände unterstützen den Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer in wesentlichen Punkten: § 13 Abs. 2 Satz 1 PPP-RL (DKG, BÄK) Die Formulierung der DKG zu § 13 Abs. 2 Satz 1 PPP-RL sollte übernommen werden. Die einrichtungs- und quartalsbezogene Funktionsweise der Berichterstattung und Sanktionierung ist Teil eines schwer erreichten Kompromisses der Erstfassung der PPP-RL. Dieser sollte nicht erneut in Frage gestellt werden. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Abs. 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen in den Einrichtungen einzuhalten. Ein Ausgleich über einzelne Wochen des Quartals ist möglich, soweit die Mindestvorgaben in der Einrichtung im gesamten Quartal im Durchschnitt je Berufsgruppe erfüllt werden.	Nachweise im Rahmen der Durchsetzungsmaßnahmen nicht relevant sind und daher in diesem Kontext auch nicht übermittelt werden dürfen. GKV-SV: Die Mindestvorgaben gelten nach § 2 Abs. 5 PPP-RL quartalsdurchschnittlich auf Einrichtungsebene differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und KJP. Dies wurde von keiner Bank in Frage gestellt und findet sich sowohl im Vorschlag der DKG als auch im Vorschlag des GKV-SV zu § 13 Abs. 2 Satz 1 bzw. § 13 Abs. 3 Satz1.
15.10	DGPM	§ 13 Abs. 3 PPP-RL (DKG, BÄK) Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG sind mit Durchsetzungsmaßnahmen im Rahmen eines Dialogs zu befassen. Die vom GKV-SV vorgeschlagene Befassung aller betroffenen Krankenkassen über die abzurechnenden Entgelte erscheint unpraktikabel (§ 13 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. § 13 Abs. 7 GKV-SV). Dieser Vorschlag würde erhebliche bürokratische Lasten für alle Beteiligten nach sich ziehen, weil durchschnittlich je Krankenhaus und Quartal selbst bei kleinsten Unterschreitungen bereits hunderte von Rechnungen zu berichtigen wären. Eine Abwicklung über abzurechende Entgelte würde den einzelnen Krankenkassen Anreize für rein ökonomisch motivierte Rechnungsprüfungen gesetzt. Die einzelnen Krankenkassen würden von „schlechter Qualität“ direkt profitieren. Der Vorschlag des GKV-SV sieht zusätzlich noch „Berichtigungen“ im Rahmen der Budgetverhandlungen vor. Dies 20 erscheint aufwendig und erfordert die Konzeption weiterer komplizierter und streitanfälliger Umsetzungsregelungen. Die von BÄK und DKG vorgeschlagene Abführung der Strafzahlungen an die Solidargemeinschaft im Rahmen der Budgetverhandlungen durch einen gesondert	DKG: Dank und Zustimmung. Die DKG teilt die Auffassung, dass die Abwicklung eines quartalsbezogenen Vergütungswegfalls über Rechnungskürzungen nicht praktikabel ist und massive Fehlanreize auf Seiten der Krankenkassen setzten würde. Zudem ist der G.BA nicht legitimiert, mit der Vorgaben von „Budgetberichtungen“ formale und materiell in die Budgetfindung gemäß der BPflV einzugreifen. Zur Anbindung an die Budgetverhandlungen ist anzumerken, dass der DKG-Vorschlag die Umsetzung der

		zu verhandelnden Ausgleich ist daher zu bevorzugen. Diese Regelung ist mit zumutbarem Aufwand umzusetzen und setzt keine Fehlanreize. In den jährlichen Verhandlungen des Krankenhausbudget gemäß § 11 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) soll demnach die Einhaltung der Mindestanforderungen gemäß § 13 Abs. 4 PPP-RL geprüft werden und bei Nichteinhaltung werden Durchsetzungsmaßnahmen beschlossen.	Durchsetzungsmaßnahmen „begleitend zu“ und nicht „in“ den Budgetverhandlungen vorsieht. GKV-SV: Kenntnisnahme. Die vorgeschlagene Umsetzung des Wegfalls des Vergütungsanspruchs über die Budgetverhandlungen ist im Vorschlag des GKV-SV nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Die gesetzlichen Vorgaben beziehen sich explizit auf die Vergütung der Leistungen und nicht auf einen Tatbestand der Budgetverhandlungen. Ein Anreiz zur rein ökonomisch motivieren Rechnungsprüfung ist nicht erkennbar, da auch der anteilige Vergütungswegfall immer nur dann wirksam wird, wenn eine Einrichtung die Qualitätsvorgaben nicht erfüllt.
15.11	DGPM	§ 13 Abs. 5 bis 10 (DKG, BÄK) zum gemeinsamen Dialog Die DGPM und ihre Partnerverbände empfehlen die Umsetzung von Durchsetzungsmaßnahmen im Rahmen eines gemeinsamen Dialogs, wie es der Vorschlag von DKG und BÄK in den Absätzen 5 bis 10 vorsieht. Bei einer dauerhaften Unterschreitung der Untergrenze ist es aus Gründen der Patientensicherheit erforderlich, je nach Ursache der Problematik Mechanismen zu finden, die dazu führen, dass die Vorgaben der Richtlinie schnellstmöglich wieder eingehalten werden können. Nicht alle Gründe für Personalausfälle sind dem Krankenhaus zuzurechnen; unreflektiert Sanktionen auszusprechen, wäre ungerecht. Die finanziellen Rahmenbedingungen des Krankenhauses werden in den Verhandlungen der Parteien nach § 18 Abs. 2 gesetzt. Diese Parteien müssen	DKG: Dank für die Bestätigung, dass die Qualitätsziele nur durch einen gemeinsamen Dialog der Verantwortlichen zu erreichen sind. GKV-SV: Eine dauerhafte Unterschreitung der Mindestvorgaben kann aus Sicht des GKV-SV nur zu einem vollständigen Wegfall des Vergütungsanspruches führen. Die Konsequenzen im Vorschlag des GKV-

		ein gemeinsames Verständnis entwickeln, wodurch eine Nicht-Einhaltung der Vorgaben verursacht wurde. Sie sollten gemeinsam in der Verantwortung stehen, die Voraussetzungen für eine Einhaltung der Qualitätsvorgaben zu schaffen. Sie haben gem. Absatz 10 dann die Voraussetzungen zur schnellstmöglichen Erfüllung zu schaffen.	SV sind auf Zeiträume der Nichterfüllung begrenzt und sehen beim erstmaligen Auftreten nur einen anteiligen Wegfall in Abhängigkeit vom fehlenden Personal vor. Durch die Ausgestaltung als Mindestvorgaben sind diese aber zwingende Grundlage einer Leistungserbringung und kein Verhandlungstatbestand bei der Festlegung der Vergütung in den Budgetverhandlungen. Die Ausnahmetatbestände sehen bereits Ursachen vor, die nicht im Verantwortungsbereich des Krankenhauses liegen.
15.12	DGPM	§ 13 Abs. 5 bis 10 (DKG, BÄK) zur Höhe des Vergütungswegfalls Das Ausmaß der Nichteinhaltung muss eine Rolle für die Höhe des Vergütungsausfalls spielen. Der von DKG und BÄK vorgeschlagene Bezug zu „nicht erfüllten“ Stunden des Nachweises erscheint maßvoll. Im „Alles oder Nichts“-Prinzips des § 13 Abs. 5 des GKV-SV hat das Ausmaß der Nichteinhaltung in einer Berufsgruppe keinerlei Bedeutung mehr. Dieser Vorschlag des GKV-SV würde die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der betroffenen Krankenhäuser schnell übersteigen. Die in den Beispielen auf S. 24 ff. der TG genannten Beispiele des GKV-SV gehen von viel zu niedrigen Stundenzahlen bei typischen Versorgern aus. Damit wird nicht deutlich, bei welch geringen Unterschreitungen bereits existenzgefährdende Sanktionen aus diesem Vorschlag resultieren könnten. Für die Durchsetzung von Qualitätszielen erscheint er daher abwegig. Selbst der Sanktionsmechanismus nach § 13 Abs. 6 des GKV-SV hätte noch einen Vergütungsverlust pro „nicht erfüllter“ Stunde des Nachweises zur Folge, der 3 bis 6 mal höher als die „nicht erfüllten“ Personalkosten ausfällt. Auch wenn eine Abschreckungswirkung durch die	DKG/BPtK: Dank und Zustimmung. Es wird bestätigt, dass der Vorschlag des GKV-SV existenzbedrohend werden kann. Zudem wird darauf hingewiesen, dass die Beispiele des GKV-SV für den „typischen Versorger“ unpassend sind und somit maßvolle Sanktionen suggerieren. Zu der Übergangsregelung des GKV-SV wird in Hinblick auf die unterstellte Anreizwirkung ausgeführt, dass der Vergütungswegfall 3- bis 6-mal höher als die Personalkosten sei. Da der GKV-SV die finanziellen Auswirkungen seiner Vorschläge nicht darstellt,

		Richtlinie beabsichtigt sein soll, erscheint dies zu hoch. In der Regel werden wirtschaftlich schwächere Krankenhäuser, die historisch bedingt schlechtere Pflegesätze haben, die Richtlinie nicht einhalten können. Diese würden bei Übernahme des GKV-SV-Vorschlags weiter konsequent wirtschaftlich geschwächt. Der Vorschlag, der DKG und BÄK, wonach bei der Ermittlung des Vergütungswegfalls die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG im Rahmen des gemeinsamen Dialogs nach § 13 Abs. 3 PPP-RL die Gründe für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben prüfen, erscheint hingegen zielgerichtet, um die Qualität zu verbessern. Die nach § 3 BPflV vereinbarte Personalausstattung sowie die gemäß § 18 Abs. 2 BPflV vom Krankenhaus nachzuweisende tatsächliche Personalausstattung sollte dabei berücksichtigt werden. Zur Einhaltung von Qualitätsvorgaben müssen die Leistungserbringer die Mittel zwar wirtschaftlich und zweckentsprechend einsetzen, die Kostenträger müssen aber auch die Finanzierung ermöglichen. Unterschiedliche Auffassungen zur Umsetzung des gemeinsamen Auftrags liegen in der Natur der Sache. Daher ist ein Dialog mit Sanktionen als Ultima Ratio, die in ihrer Höhe die Existenz des Krankenhauses nicht in Frage stellen, der richtige Ansatz. Die vorstehenden Ausführungen gelten sinngemäß für die Sanktionsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 2 und 3. Sanktionen in Höhe von EUR 20 je Berechnungstag wirken existenzgefährdend für Krankenhäuser.	bleibt dies unwidersprochen. Gleiches gilt für die Sanktionierung bei Nichteinhaltung der Mitwirkungspflichten. GKV-SV: Der Wegfall des Vergütungsanspruches in der Übergangsphase wird relativ (als Prozentsatz) festgelegt und hängt in der Höhe vom Umfang des fehlenden Personals ab. Wir die Höhe des Wegfalles des Vergütungsanspruchs zu gering angesetzt, verbleibt ein finanzieller Vorteil (Deckungsbeitrag) für das Krankenhaus. In der Einführungsphase bis 2024 ist das Niveau zusätzlich auf 85 bzw. 90 Prozent abgesenkt.
15.13	DGPM	X. Zu § 16 Abs. 4 Übergangsregelungen: Die DGPM und ihre Partnerverbände begrüßen die Verlängerung der Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades sowie die Aussetzung der Sanktionen inkl. der Meldung bei Nichterfüllung bis zum 31.12.2021. Vor allem die Klarstellung zum Wegfall der Meldung bei Nichterfüllung wird die aktuell vorherrschende Verunsicherung der Einrichtungen zumindest für 2021 beseitigen. Trotzdem wird die in 2022 weiterhin eintretende Sanktionserheblichkeit Druck erzeugen die Versorgungsstrukturen ohne normative Rechtfertigung zu verändern (siehe I. (5)). Es bedarf daher jetzt dringend eines klaren Signals, dass die Behandlungsbereiche noch	DKG: Dank und Kenntnisnahme. Aus Sicht der DKG müssen die Sanktionen ausgesetzt werden, bis eine grundsätzliche Überprüfung der Vorgaben für die Psychosomatik stattgefunden hat. Wir werden die konkreten Hinweise im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie prüfen. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV möchte eine qualitativ

		ausdifferenziert und neu definiert werden und die Sanktionserheblichkeit so lange nicht eintritt, bis dies geschehen ist. Wie oben ausführlich dargestellt (siehe I, (2)) ist eine seriöse Überprüfung und Ausdifferenzierung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik erst bis 2024 möglich. Die DGPM und ihre Partnerverbände bitten daher um Einräumung der erforderlichen Zeit dafür und sichern ihre konstruktive Mitarbeit zu. Die Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades sowie die Aussetzung der Sanktionen inkl. der Meldung bei Nichterfüllung müssen deshalb bis zum 31.12.2024 verlängert werden. Die Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung nach § 7 sollte weiterhin durchgeführt werden.	hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung gewährleisten. Deshalb lehnt er die hier geforderte Verzögerung bei der Festlegung und Umsetzung der Mindestpersonalausstattung bis zum 31.12.2024 ab. Eine derartige Verzögerung ist auch deshalb unnötig, weil auf der Basis der PPP-Nachweise bereits zum Juli 2021 erste datengestützte Auswertungen vorliegen werden. BPtK: Grundsätzlich nachvollziehbar, aber ein Zeitraum von 4 Jahren erscheint zu lang.
15.14	DGPM	XI. Zu § 16 Abs. 6 Übergangsregelungen: Die DGPM begrüßt die Aussetzung der Erfassung der Regelaufgaben gem. Anlage 4. Eine Erfassung aller Regelaufgaben erscheint auch in Zukunft mit automatisierten Systemen nicht darstellbar. Wie in der Stellungnahme zur Erstfassung bereits erwähnt, würde der Erhebungsaufwand der Daten mit der jetzigen Definition der Regelaufgaben über die wissenschaftlichen Studien hinausgehen. Das ist im Re-gelbetrieb nicht darstellbar.	DKG: Dank und Zustimmung. GKV-SV: Der G-BA arbeitet an einer diesbezüglich bürokratiearmen Erhebung.
15.15	DGPM	XII. Zu Anlage 1 Den Ausführungen der DKG zur Zusammenfassung der Minutenwerte von SpezialtherapeutInnen und BewegungstherapeutInnen in den Behandlungsbereichen der Psychosomatik wird vollumfänglich zugestimmt:	DKG: Dank und Zustimmung. Für die Festlegung von Mindestvorgaben für die Psychosomatik wurde sich an den Personalanhaltszahlen von Heuft ori-

		„Die Kategorie „P“ für psychosomatische Einrichtungen orientierte sich bei der Erstfassung der PPP-RL an den Personalanhaltszahlen von Heuft (1999). Diese differenzieren jedoch nicht zwischen SpezialtherapeutInnen und BewegungstherapeutInnen. So wurden für die Berufsgruppe der BewegungstherapeutInnen in den Personalanhaltszahlen von Heuft keine differenzierten Regelaufgaben oder Minutenwerte vorgesehen. Im Hinblick auf eine Anpassung an die Psych-PV-Systematik, in der die beiden Berufsgruppen separat ausgewiesen werden, wurden in der Erstfassung der PPP-RL für die Minutenwerte der BewegungstherapeutInnen der Anteil der Heuft-Minutenwerte vorgesehen, der in der Berufsgruppe der SpezialtherapeutInnen für die Regelaufgabe „Konzentrative Bewegungstherapie“ (1/3) vorgesehen war. In der Versorgungsrealität wird die Konzentrative Bewegungstherapie in der Regel jedoch nicht primär von Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen, sondern von SpezialtherapeutInnen mit verschiedenen Qualifikationen durchgeführt. Durchaus sind Bewegungs- und Physio-therapeutInnen in psychosomatischen Einrichtungen tätig. Es liegen derzeit jedoch keinerlei Daten zum Einsatz dieser mit konkreten Minutenwerten vor, so dass die Festlegung einer entsprechenden spezifischen Mindestvorgabe nicht angemessen ist. Da es psychosomatische Einrichtungen gibt, die in ihrem Behandlungskonzept keine Bewegungs- oder Physiotherapie vorgesehen haben, ist es nicht sachgerecht, mit entsprechenden Mindestvorgaben Behandlungskonzepte vorzugeben. Auch der Ausgleich durch andere Berufsgruppen über die Anrechnungsmöglichkeiten kommt nicht in Frage, da die spezifisch auf die Berufsgruppen zugeschnittenen Regelaufgaben (in diesem Fall der Bewegungs- und Physiotherapeuten) im Wesentlichen gar nicht von anderen Berufsgruppen erbracht werden können. Vor diesem Hintergrund sind die Minutenwerte der Bewegungs- und PhysiotherapeutInnen gemäß der Personalanhaltszahlen von Heuft in den „P“-Kategorien der Berufsgruppe der SpezialtherapeutInnen zuzuordnen.“ Die DGPM und ihre Partnerverbände befürworten eine Zusammenlegung der Kategorien der SpezialtherapeutInnen und BewegungstherapeutInnen. Darüber hinaus wird angeregt, auch die Minutenwerte der SozialpädagogInnen den Minutenwerten der Spezialtherapeu-tInnen zuzuschlagen. Dass es hier zu einer Trennung kam, war in der PEPP-	entiert. Auch hier wurden Sozialarbeiter explizit aufgeführt – im Gegensatz zu den Bewegungstherapeuten. Wir werden die Anregung jedoch im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie prüfen. GKV-SV: Diese Änderung wird abgelehnt. Eine Überarbeitung der Minutenwerte und ggf. der Berufsgruppen ist für Sept. 2021 in der RL vorgesehen. Eine präjudizierende Veränderung für eine Berufsgruppe in einem Fachbereich ist nicht zielführend und lässt eher fachspezifische Lobbyarbeit als ein methodisches evidenzbasiertes Vorgehen vermuten. BPtK: Zustimmung

		Logik wahrscheinlich durch vergütungsbezogene Berufs-gruppenunterschiede begründet. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psycho-sozialem Behandlungsbedarf unterschiedliche therapeutische Behandlungsbedarfe auslösen (siehe oben), ist eine Zuordnung der Sozialarbeiter zur Berufsgruppe Spezialtherapeuten sinnvoll und medizinisch begründet. Zu den Minutenwerten in den Behandlungsbereichen P3 und P4 siehe I. (4) und II. weiter oben. Eine Festlegung von Minutenwerten für die Bereich P3 und P4 zum jetzigen Zeitpunkt, insbesondere die jetzt vor-liegenden Vorschläge zur Übernahme der Werte der Bereiche A6 und P2, wird von der DGPM und ihren Partnerverbänden abgelehnt.	
	DGPM	*Literatur:* *1 1970 befasste sich der Ärztetag, erstmals damit. Die Psychiatrie-Enquête wurde 1975 abgeschlossen. 1990 wurde die Psych-Personalverordnung erlassen. Quelle: Wikipedia.* *2 Statistisches Bundesamt, Reihe 6.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser 2004-2017.* *3 Aus dem Beschluss des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Nichtbeanstandung der PPP-RL vom 20.12.2020.* *4 Statistisches Bundesamt, Reihe 6.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser 2017* *5 Die Auflage des BMG lautete: „Vor diesem Hintergrund wird dem G-BA aufgegeben, vor Eintritt der Sanktionserheblichkeit der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben am 1. Januar 2021 eine Überprüfung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik und deren etwaige erforderliche Anpassung bzw. eine Verlängerung der übergangsweisen Aussetzung der Sanktionsregelung für die betroffenen psychosomatischen Behandlungs-bereiche sicherzustellen.“* *6 Die Gründe hierfür sind vielfältig: 1. In Abteilungen liegen häufig keine getrennten Budgetvereinbarungen für Psychosomatische Abteilungen (L2) vor. 2. Die Trennung des Personals von dem restlichen Personal in der internen Leistungsverrechnung erzeugt hohen*	

		Aufwand, den die Träger (insbes. aufgrund der Personalengpässe während der Corona-pandemie) nicht verursachen wollen. 3. Die Träger haben Bedenken gegen die Herausgabe vertraulicher Daten an die beauftragte Beratungsgesellschaft, die den Testlauf durchführt. 4. Eine saubere Aufbereitung der Daten zur Herstellung der Vergleichbarkeit ist sehr aufwendig. Die dazu notwendigen Mittel übersteigen die Ressourcen der psychosomatischen Verbände. *7 Voraussetzung dafür, dass sich die PSM-PT auf nur vier Behandlungsbereiche beschränken lässt, wäre jedoch eine einfachere Anrechenbarkeit der Minutenwerte der Mindestvorgaben zwischen den Berufsgruppen und von nicht in § 5 genannten Berufsgruppen. Die Behandlungsbereiche werden anhand des medizinischen und psychotherapeutischen Leistungsspektrums definiert. Im Plattformmodell wird bisher von einer leichteren Anrechenbarkeit ausgegangen. Z.B. gibt es kein Erfordernis der Erfüllung der Regelaufgaben der Berufsgruppe, auf die die Anrechnung erfolgt. Wenn die sehr strikten Austauschregeln der PPP-RL bestehen bleiben, könnten deutlich mehr als vier Behandlungsbereiche definiert werden müssen.*	
16.	**Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM), 7. September 2020**		
	DKPM	*Allgemeiner Hinweis* Das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie war an der Erarbeitung der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) beteiligt. Die Ausführungen der Stellungnahme der DGPM werden vollumfänglich unterstützt.	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme
16.	DKPM	*Allgemeiner Hinweis* Zur Erleichterung im aktuellen Prozess wird an dieser Stelle darauf verzichtet, die bereits in genannter Stellungnahme beschriebenen Auffassungen, Sachverhalte und Stellungnahmen, neuerlich detailliert wiederzugeben.	PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen.

16.1	DKPM	*1. Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist ein eigenständiges und von der Psychiatrie und Psychotherapie unabhängiges Fachgebiet mit eigenen, differenzierten Behandlungsbereichen:* Die fachärztliche Weiterbildung als auch die wissenschaftliche Ausrichtung haben wesentlich andere inhaltliche Schwerpunkte als die des Fachgebiets Psychiatrie und Psychotherapie. Das Behandlungsgeschehen, bisher abgebildet in unterschiedlichen OPS-Codes und dem eigenen Abschnitt im PEPP-System, unterscheidet sich deutlich von der psychiatrischen Behandlung im Hinblick auf die spezialisierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplex- und Intensivbehandlung und die dafür erforderlichen Strukturen. Diese sind seit Entstehung des Fachgebietes aus Gründen der Versorgungsnotwendigkeit stark ausgeweitet und differenziert worden und erfüllen somit einen eigenen Versorgungsbedarf. Auf dieser differenzierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung basiert die spezialisierte und seit Jahrzehnten international führende Forschung unseres Fachgebietes. Entsprechend stellt die Psychosomatik mit 262 Abteilungen und 11.410 Krankenhausbetten 32.1% der insgesamt 816 Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland. Demgegenüber sind aktuell in der PPP-RL für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nur 2 von 29 Behandlungsbereichen (gegenüber 19 psychiatrischen und 7 kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsbereichen) zugewiesen, das sind lediglich 6.9% aller Behandlungsbereiche und damit weniger als bisher im OPS vorhanden. ➢ *Es besteht eine dringende Notwendigkeit zur Überprüfung und Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Dazu bedarf es erprobter Anhaltszahlen, die eine Festlegung der entsprechenden Mindestvorgaben möglich macht.*	PatV: Dank und Zustimmung. DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: *Siehe Kommentierung zu Nr. 15* GKV-SV: Der GKV-SV möchte eine qualitativ hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung gewährleisten. Deshalb lehnt er die hier geforderte Verzögerung bei der Festlegung und Umsetzung der Mindestpersonalausstattung bis zum 31.12.2024 ab. Eine derartige Verzögerung ist auch deshalb unnötig, weil auf der Basis der PPP-Nachweise bereits zum Juli 2021 erste datengestützte Auswertungen vorliegen werden.
16.2	DKPM	*2. Die Erarbeitung und Erprobung von Mindestpersonalvorgaben für die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie benötigt eine neue, ausreichende Zeitplanung:* Das DKPM begrüßt die Verlängerung der Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades sowie die Aussetzung der Sanktionen inkl. der Meldung	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Aus Sicht der DKG müssen die Sanktionen ausgesetzt wer-

		bei Nichterfüllung bis zum 31.12.2021 zur Beseitigung der Verunsicherungen in den psychosomatischen Versorgungseinrichtungen. Trotzdem wird die aktuell in 2022 geplante eintretende Sanktionserheblichkeit erheblich Druck erzeugen, die Versorgungsstrukturen ohne normative Rechtfertigung zu verändern. Es bedarf daher jetzt eines klaren Signals, dass die Beschreibung der Behandlungsbereiche zur angemessenen Abbildung der klinischen Realität noch ausdifferenziert wird und die Sanktionserheblichkeit so lange nicht eintritt, bis dies geschehen ist. In der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie liegen keine Berichte über Minderversorgung oder Qualitätsmängel vor, sodass kein dringender Handlungsbedarf besteht. Es gibt bisher kaum Erfahrung mit der Formulierung und mit dem Umgang in der Berichterstattung von Personalanhaltszahlen, und es existieren auch keine validen Mindestvorgaben für das gesamte Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Fast alle Einrichtungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie haben derzeit noch keine Systeme, um die für die Nachweise der PPP-RL benötigten Daten (teil-) automatisiert zu generieren. Das DKPM empfiehlt daher dringend einen realistischen neuen Zeitplan zur Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und die Überprüfung der Mindestvorgaben und sichert die konstruktive Mitarbeit daran zu. Aufgrund der Corona-Pandemie werden die erwarteten Daten der Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung nach § 7 der PPP-RL für das Jahr 2020 sowie auch für die ersten Monate in 2021 aufgrund der hygienebedingten, reduzierten Auslastung bzw. Umstellung der Therapieprogramme verzerrt sein und keine geeignete Grundlage für die Formulierung von Mindestvorgaben liefern können. ➢ *Eine seriöse und belastbare Definition der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ist aus unserer Sicht erst bis 2024 möglich.*	den, bis eine grundsätzliche Überprüfung der Vorgaben für die Psychosomatik stattgefunden hat. Wir werden die konkreten Hinweise im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie prüfen. GKV-SV: *Siehe Kommentierung zu Nr. 15* Der GKV-SV möchte eine qualitativ hochwertige psychiatrische und psychosomatische Versorgung gewährleisten. Deshalb lehnt er die hier geforderte Verzögerung bei der Festlegung und Umsetzung der Mindestpersonalausstattung bis zum 31.12.2024 ab. Eine derartige Verzögerung ist auch deshalb unnötig, weil auf der Basis der PPP-Nachweise bereits zum Juli 2021 erste datengestützte Auswertungen vorliegen werden.
16.3	DKPM	*3. Es bedarf der Erarbeitung wissenschaftlich fundierter Empfehlungen für Mindestpersonalvorgaben in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie:*	PatV: Dank und Zustimmung. DKG: Dank und Kenntnisnahme. Auch aus Sicht der DKG ist eine

		Das DKPM als wissenschaftliche Fachgesellschaft spricht sich eindeutig für die Notwendigkeit der Durchführung einer repräsentativen Studie zur Erhebung von Personal- und Leistungsdaten in der psychosomatischen Versorgung aus. Dazu bedarf es mehr Ressourcen, als sie derzeit von den psychosomatischen Verbänden zur Verfügung gestellt werden können. Unter Teilnahme und Beteiligung aller drei Fachverbände der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatischen Medizin wurde daher auf Anregung aus dem G-BA ein Forschungsprojekt beim Innovationsfond beantragt, das für das Fach der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (PSM-PT) anhand der Personal- und Leistungsdaten aus einer repräsentativen Auswahl von Kliniken die erforderliche Datengrundlage liefern könnte. Dieses Projekt legt die Annahme eines sog. Plattform-Modells zugrunde, in dem vier Behandlungsbereiche für den stationären Bereich ausdifferenziert werden sollen. Falls die Studie gefördert wird, ist mit den Ergebnissen für 2024 zu rechnen. Sollte die Studie zum Plattformmodell nicht genehmigt werden, so sollte eine Verständigung über die Datenerhebung erfolgen. Für die Formulierung der notwendigen vier oder (mehr) stationären Behandlungsbereiche werden die Nachweise wegen der Vermischung der gemeldeten tatsächlichen Personalausstattung in die aktuell zur Auswahl stehenden Bereiche P1 und P2 keine valide Grundlage bieten. In diesem Fall sollte die Erfassung der Personalstände im OPS um alle geforderten Berufsgruppen erweitert werden. Um ein vollständiges Bild zu erhalten, müssten dann spätestens ab 2021 alle therapeutischen Leistungen von allen in der PPP-RL normierten Berufsgruppen erfasst werden. Auch wenn ein alternativer Weg zur beantragten Studie zum Plattformmodell eingeschlagen werden muss, wird eine seriöse Erhebung und Auswertung der Daten zur Formulierung von passenden Mindestvorgaben erst bis 2024 möglich sein.	grundsätzliche Überprüfung und Überarbeitung der Mindestvorgaben erforderlich. GKV-SV: Der G-BA hat bereits eine umfangreiche Datenerhebung und -auswertung zur evidenzbasierten Weiterentwicklung der PPP-RL und zur Umsetzung der Mindestanforderungen in Auftrag gegeben. In § 11 der PPP-RL hat der G-BA ein umfangreiches Nachweissystem zur Einhaltung der Mindestanforderungen, zur tatsächlichen Personalausstattung und zu weiteren strukturellen Gegebenheiten des Krankenhauses geregelt. Die ersten Auswertungen und Berichte des damit betrauten wissenschaftlichen Institutes sind für den 30. Juli 2021 terminiert. Ab Juli 2021 kann mithin also damit begonnen werden, die Minutenwerte der Psychosomatik zu prüfen. Mit dem umfangreichen Nachweissystem will der G-BA sicherstellen, dass gemäß § 14 PPP-RL die Umsetzung der Richtlinie untersucht, ggf. vorliegende Umsetzungshindernisse ermittelt und ggf. erforderliche Anpassungen vorgenommen werden. Eine erste Anpassung der PPP-RL

			erfolgt gemäß § 1 Abs. 3 der PPP-RL bereits zum 30. September 2021 Ab Juli 2021 kann mithin also damit begonnen werden, die Minutenwerte der Psychosomatik zu prüfen. Eine Evaluation der RL ist zusätzlich in § 15 der PPP-RL vorgesehen. Der Evaluationsbericht, der untersucht, ob der Zweck der Richtlinie erfüllt wurde, soll zum 31.12.2024 vorliegen. Sollte parallel dazu auch die Ergebnisse einer Plattformmodell-Studie in der Psychosomatik vorliegen, können diese sicher in den Beratungsprozess in den G-BA eingespeist werden. Sie sind aber keine Bedingung dafür, dass angefangen werden kann. Die G-BA PPP-RL ist diesbezüglich autark.
16.4	DKPM	*Zusammenfassend sieht das DKPM eine dringende Notwendigkeit zur Ermittlung valider Daten. Erst danach können wissenschaftlich fundierte Empfehlungen zur Entwicklung einer Qualitätsrichtlinie für das eigenständige Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie gegeben werden. Aufgrund stabiler Versorgungsstrukturen ohne Hinweis auf Minderversorgung sehen wir die Voraussetzungen gegeben, die Formulierung von passenden Mindestvorgaben nach seriöser Erhebung und Auswertung der Daten bis 2024 abzuwarten.*	GKV-SV: *Siehe Kommentar zu Nr. 16.2 und 16.4.*

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

17.	**Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), 7. September 2020**		
17.1	DeGPT	Ad 1) Anrechnung der Berufsgruppen: Psychotherapie Eine Psychiatrie oder Psychosomatik mit Traumaschwerpunkt erfordern einen hohen Versorgungsaufwand durch Pflegekräfte, der immer berücksichtigt werden sollte.	PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen. Dank und Zustimmung. DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme
17.2	DeGPT	1.1. Auf der anderen Seite dürfen Berufsgruppen, die psychotherapeutische Leistungen anbieten, nicht vernachlässigt oder durch andere, kostengünstigere Berufsgruppen (z. B. Pflegekräfte oder Funktionstherapeuten aus den Bereichen Sport-, Ergo-, Soziotherapie usw.) ersetzt werden, was zunehmend als Trend zu beobachten ist: Therapie „light“ zu Lasten der Qualität, jedoch kostengünstiger. Dies wäre die Richtung, Gruppe c) in Gruppe b) umzuwandeln	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme
17.3	DeGPT	1.2. Eine Anrechnung von Psychotherapeuten (PPP-RL-Gruppe c) auf den Pflegeschlüssel (PPP-RL-Gruppe b) in Richtung Gruppe b auf Gruppe c müsste die unterschiedlichen Settings der Stationen bzw. Abteilungen berücksichtigen. Der Pflegebedarf der Patienten kann sehr unterschiedlich sein, auch bei einem psychotherapeutischen mit Traumaschwerpunkt. Bisher sind die Ärzte (Gruppe a) nur mit den Psychologen (Gruppe c) austauschbar und die Pflege (Gruppe b) mit den Ergo/Kunsttherapeuten (Gruppe d), den Bewegungs-/Physiotherapeuten (Gruppe e) und den Sozialarbeitern (Gruppe f). Eine beliebige Umschichtung sollte für Kliniken mit Traumaschwerpunkt vermieden werden.	DKG: Dank und Kenntnisnahme. Wie von der DeGPT beschrieben wird derzeit eine Anrechnung zwischen der Berufsgruppe der Psychologen und der Pflege nicht vorgesehen. GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme

17.4	DeGPT	Ad 2) Verlängerung der Sanktionsfreiheit für psychosomatische und psychiatrische Einrichtungen Eine Verlängerung der Übergangsregelung ist positiv zu bewerten. In dieser Zeit sollte überprüft werden, inwiefern sich die Bedürfnisse psychosomatischer Kliniken von denen der Psychiatrie unterscheiden und eigene Personalvorgaben für psychosomatische Kliniken sinnvoll sind. Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sollten zunächst ausgesetzt werden. Die Regelungen zu den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben erscheinen zu strikt und sind bei rigider Anwendung als eher schädlich für die Behandlung und die Rahmenbedingungen des Krankenhauses einzustufen.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme.
17.5	DeGPT	Ad 3) Keine psychosomatischen Personalvorgaben auf Basis von IST-Daten aus s 2020 Es ist zu fordern, dass - auch aufgrund der Corona-Situation von anderen Jahren möglicherweise stark abweichende - Daten aus dem Ausnahmejahr 2020 nicht als Grundlage für weitere Personalvorgaben dienen sollen. Dies gilt natürlich auch für die psychiatrischen Kliniken.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Diese Forderung hat die DKG in § 10 Absatz 3 sowie in den Übergangsregelungen in § 16 aufgenommen. GKV-SV: *Siehe Kommentar zu Nr. 15.8*
17.6	DeGPT	Ad 4) Qualitätsaspekte stärker berücksichtigen Eine stärkere Berücksichtigung der Qualitätsaspekte ist zu fordern. Wir gehen davon aus, dass Qualitätsaspekte keinesfalls vernachlässigt werden dürfen, da sonst auf lange Sicht die Folgekosten durch insuffiziente Behandlung steigen werden und nicht nur für die Patienten (z.B. bei wiederholten oder längeren AU-Zeiten) und Kostenträger (z.B. in Folge erhöhter Behandlungskosten), sondern auch für die klinischen Einrichtungen (z.B. bei sinkender Attraktivität und Nachfrage) wirtschaftliche Nachteile zu befürchten wären.	PatV: Dank und Zustimmung. DKG: Mit der PPP-RL werden Mindestvorgaben für die Personalausstattung festgelegt – keine Therapiekonzepte. Wir stimmen jedoch zu, dass die Mindestvorgaben für die Personalausstattung qualitativ hoch-

		Im Gegenteil ist zu fordern, dass qualitativ hochwertige und empirisch in ihrer Wirksamkeit überprüfte Therapiekonzepte vorgehalten und mit den jeweils notwendigen personellen Ressourcen umgesetzt werden können. Insofern sollten das Therapiekonzept und ein ausreichender Personalschlüssel aufeinander abgestimmt sein, um eine entsprechend gute Strukturqualität sicherzustellen. Die Empfehlungen von Leitlinien sollten berücksichtigt werden	wertige Therapiekonzepte ermöglichen müssen. Dies ist in der vorliegenden Fassung der PPP-RL insbesondere aufgrund des Stationsbezugs nicht der Fall. Aus unserer Sicht sind entsprechende Anpassungen dringend erforderlich. GKV-SV: In § 136a Abs. 2 SGB fordert der Gesetzgeber nicht nur verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal festzulegen, sondern auch Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen. Die diesbezüglichen Verfahren sind in der Entwicklung und werden die von Ihnen adressierten Qualitätsaspekte adressieren.
17.7	DeGPT	Weitere Anmerkungen Problematisch in der PPP-RL ist u.a. die hohe und eher rigide Nachweispflicht für die Krankenhäuser, was zu einem erhöhten Personalbedarf und Zeitaufwand führt (sowohl bei „Nicht-PPP-RL-Personal“ wie auch den therapeutischen Berufsgruppen). Die Gegen-	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Wir stimmen der DeGPT in ihren Ausführungen vollumfänglich zu und halten eine Reduktion der Nachweise für dringend erforderlich

		finanzierung durch die GKKVV ist nicht erkennbar gewährleistet. Die Gefahr eines weiteren bürokratischen Überhanges mit Nachteilen für die Qualität der therapeutischen Versorgung ist zu befürchten. Die ursprüngliche gesetzliche Vorgabe einer qualitätsorientierten und leitliniengerechten Therapie scheint seitens des G-BA nicht mehr verfolgt zu werden, mit klaren Nachteilen für die Patienten und die Attraktivität der Arbeitsplätze in Psychiatrie und Psychosomatik.	GKV-SV: In der PPP-RL ist eine hohe Flexibilität und bedarfsorientierte Leistungserbringung durch den Quartals- und Fachgebietsbezug möglich Der Stationsbezug im Nachweis dient dem Patientenschutz und dem Schutz der Mitarbeiter. Damit wird sichergestellt, dass die einrichtungsbezogene Messung der Mindestpersonalausstattung nicht dazu führt, dass besonders sensible Versorgungsbereiche wie z.B. die Gerontopsychiatrie oder Intensivversorgungsbereiche nicht dauerhaft personell unterversorgt werden, wie dies in der Vergangenheit häufig der Fall war. Denn ein Einrichtungsbezug bei der Einhaltung der Mindestvorgaben kann theoretisch dazu führen, dass manche Einheiten sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Dies wäre eine Unterversorgung und Gefährdung der Patientinnen und Patienten in den schlecht ausgestatteten Bereiche, die nicht zu vertreten ist.
18.	**Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP), 7. September 2020**		

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	DGGPP	Grundsätzliche Stellungnahme Vorab möchten wir daran erinnern, dass wir unsere grundsätzliche Ablehnung der Richtlinie in der vorliegenden Fassung in unserer Stellungnahme vom 14.6.2019 ausführlich begründet haben. Daran hat sich auch durch die ersten praktischen Erfahrungen mit der Richtlinie nichts geändert. Die Richtlinie wird dem gesetzlichen Auftrag des § 136a SGB V, verbindliche Mindestanforderungen festzulegen, und gleichzeitig eine leitliniengerechte Therapie zu ermöglichen, nicht gerecht.	PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen.
18.1	DGGPP	Wie bereits in unserer ersten Stellungnahme geschrieben, hätten die der Richtlinie zugrundeliegenden Minutenwerte bereits in der ersten Stufe an die aktuellen medizinischen, rechlichen und ethischen Standards angepasst werden müssen. Die Richtlinie muss eine Festschreibung ihrer Weiterentwicklung zu einem den Erfordernissen des 21. Jahrhunderts entsprechenden Personalbemessungssystem enthalten. Für unsere Fachgesellschaft stehen dabei die besonderen Bedarfe psychisch kranker älterer Menschen im Vordergrund, aus denen aufgrund der neueren Erkenntnisse in Behandlung und Versorgung aus den letzten 15 Jahren auch besondere personelle Bedarfe resultieren (vgl. etwa die zusätzlichen Bedarfe für die neu in der S3-Leitlinie Demenz aufgenommenen ergo-, (neuro)psycho-, sozio- und bewegungstherapeutischen Verfahren). Deshalb muss die auf vor 30 Jahren geltenden Behandlungskonzepten basierende Annahme der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV), dass gerontopsychiatrische Patient*innen weniger Arzt- und Therapeutenminuten pro Woche benötigen, endlich korrigiert werden, wie es für die Psychologenminuten ja bereits geschehen ist. Die PPP-RL definiert gerontopsychiatrische Patient*innen als „Akut psychisch Kranke im höheren Lebensalter (meist Multimorbidität)“ und weist ihnen dann 12 bzw. 20% weniger Arztminuten zu als den Jüngeren! und weniger Spezialtherapeutenminuten, ob-wohl zur Erhaltung und Wiedergewinnung von Alltagsfähigkeiten nicht nur die aktivierende Pflege, sondern auch die Ergotherapie eine große Rolle spielt; und 25% weniger Sozialarbeit als Suchtkranken, obwohl gerade bei gerontopsychiatrischen Patient*innen der Unterstützungsbedarf bei der Organisation der häuslichen Versorgung oder notwendigen Wohnortwechseln hoch	PatV: Dank und Zustimmung was Ihre Ausführung über Mehrbedarfe von gerontopsychiatrischen Patienten/innen betrifft. DKG: Dank und Kenntnisnahme. Wir teilen weiterhin die Auffassung, dass in Anbetracht der veralteten Psych-PV (nicht mehr mit der Versorgungsrealität übereinstimmende Behandlungsbereiche, -kategorien, Minutenwerte und Regelaufgaben) die Entwicklung eines zukunftsorientierten Personalbemessungsinstrumentes erforderlich ist, welches dann als Grundlage zur Festlegung von Mindestvorgaben herangezogen werden muss. GKV-SV: Zur Herleitung der Minutenwerte bitten wir Sie, die Eckpunkte in

		ist. Eine Lösung für diese Problematik kann nur ein zeitgemäßes Personalbemessungssystem für die Psychiatrie und Psychosomatik darstellen, das die fachlich überholten Behandlungsbereiche A, G, S der PsychPV durch bessere Kriterien für die Ermittlung von Behandlungsbereichen ersetzt. Ein Entwurf für ein solches Personalbemessungssystem wurde bereits von der Plattform Personalbemessung der Fachgesellschaften vorgelegt.	den Tragenden Gründen zur Erfassung des Beschlusses über die PPP-RL zu berücksichtigen. Ihre Kritik ist einseitig und zu pauschal Die neue Richtlinie sieht mehr Zeit für die Psychotherapie und die Pflege Schwerstkranker vor – gerade auch in der Gerontopsychiatrie. Das Personal wurde in diesen wichtigen Behandlungsbereichen um bis zu 60 Prozent erhöht. Das setzte neue Behandlungsstandards. Insgesamt wurde das Personal um 5 Prozent erhöht. Und zwar dort, wo die Defizite am größten sind: bei der Psychotherapie und der pflegerischen Betreuung von Intensivpatienten. Insgesamt entspricht dies 3700 Stellen und 250 Millionen Kosten pro Jahr. Das wird auch die Gerontopsychiatrie vor Herausforderungen bei der Erfüllung der Richtlinie stellen: 43 Prozent der Häuser erfüllten die Psychiatrie-Personalversordnung in 2018 nicht, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren es gar 49 Prozent. Dabei wird in über 90 % aller Krankenhäuser die notwendige Personalausstattung im Budget berücksichtigt.

			Das ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass geprüft werden muss, ob der höhere Personalbedarf auch in den sensiblen Versorgungsbereichen wie beispielsweise einer Demenz- oder Akutstation ankommt. Das stationsbezogene Nachweissystem wird hier perspektivisch den Patientenschutz gewährleisten. Eine Überprüfung, Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie – auch der Minutenwerte – ist auf der Basis der datengestützten Nachweise alle zwei Jahre geplant.
18.2	DGGPP	Sanktionen bei Nichterfüllung der Personaluntergrenzen dürfen nicht so gestaltet werden, dass die die wohnortnahe psychiatrische Versorgung gefährdet wird. Dezentralisierung, Wohnortnähe und Begrenzung der Größe therapeutischer Einheiten sowie die Flexibilisierung von Behandlungskonzepten hin zu am Patientenbedarf orientiertem Personaleinsatz in unterschiedlichen Settings und Strukturen würden durch vorwiegend ökonomische Sanktionen gefährdet. Insbesondere in strukturschwachen Gebieten wäre die Existenz vor allem von kleinen Kliniken bedroht und einer Rezentralisierung der psychiatrischen Versorgung würde Vorschub geleistet. Sanktionen sollten auf die Unterstützung beim Erreichen von Qualität ausgerichtet sein.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Aus diesem Grund wird zum einen die Forderung des GKV-SV in § 13 abgelehnt, welche bei einer sehr geringen Unterschreitung der Mindestvorgaben zum vollständigen Verlust der Quartalsvergütung führen kann. Zum anderen ist auch aus Sicht der DKG ein am Patientenbedarf und nicht an den Stationen orientierter Personaleinsatz erforderlich. Die DKG wird sich im Rahmen der Weiterentwicklung für entsprechende Änderungen einsetzen.

			GKV-SV: Eine dauerhafte Unterschreitung der Mindestanforderungen ist auch für kleine Einheiten nicht zu akzeptieren. Der Vergütungsausschluss ist die letzte Sanktion einem gestuften System von Sanktionen. Das Krankenhaus hat zuvor die Möglichkeit Personal einzustellen
18.3	DGGPP	§ 3 Anstelle einer immer weiter differenzienden Ergänzung der fachlich nicht mehr sinnvollen Behandlungs-bereiche der PsychPV mit der immanenten Diskriminierung vor allem alter psychisch Kranker sollte ein neues System der Ermittlung von Behandlungsbereichen eingeführt werden.	DKG: Dank und Kenntnisnahme. Wir teilen weiterhin die Auffassung, dass in Anbetracht der veralteten Psych-PV (nicht mehr mit der Versorgungsrealität übereinstimmende Behandlungsbereiche, -kategorien, Minutenwerte und Regelaufgaben) die Entwicklung eines zukunftsorientierten Personalbemessungsinstrumentes erforderlich ist, welches dann als Grundlage zur Festlegung von Mindestvorgaben herangezogen werden muss. GKV-SV: Kenntnisnahme. Den Vorwurf der Diskriminierung weisen wir entschieden zurück. *Siehe auch Kommentar zu Nr. 18.10.*

18.4	DGGPP	§ 4 (4) Ein Nachtdienst von 10 Stunden und eine Tagarbeitszeit von 14 Stunden für die Pflege ist nicht zeitgemäß. Es gibt keine sachliche oder fachliche Begründung für die Unterstellung, dass psychisch Kranke früher eine Nachtruhe antreten als Gesunde, im Gegenteil sind Schlafstörungen und Unruhe häufig ein Symptom psychischer Erkrankungen, so dass die Nachtruhe kürzer ist. Die Tagesarbeitszeit sollte mindestens 16 Stunden – von 6.00 bis 22.00 Uhr – betragen.	PatV: Dank und Zustimmung. DKG: Dank und Kenntnisnahme. Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich bezüglich der Zeitfenster für Tag- und Nachtdienst an der Systematik der Psych-PV orientiert. Sollte zukünftig eine entsprechende Anpassung der Zeiten erforderlich sein, ist dies im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL zu prüfen. GKV-SV: Kenntnisnahme
18.5	DGGPP	§ 6, § 7 und § 8 Die Änderungen erscheinen als sinnvolle Klarstellung der Soll-Berechnung. Zu den strittigen Punkten in §8 (5) stimmen wir dem Vorschlag der DKG zu.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme
18.6	DGGPP	§ 10 Auch bei den strittigen Punkten in §10 (5) stimmen wir dem Vorschlag der DKG zu. Insbesondere die Aussetzung des Verfahrens, das ja zu einem erheblichen administrativen Mehraufwand führt, für das Pandemiejahr 2020 ist eine sinnvolle Maßnahme zur Entlastung der Mitarbeiter*innen.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Der GKV-SV setzt sich für eine qualitätsgesicherte Versorgung ein. Deshalb lehnt er die hier geforderte Ausweitung des Covid-19-Beschlusses des G-BA ab, da sie zu einer weiteren Verzögerung bei der Umsetzung der Mindestpersonalausstattung führt. Folgt man dieser Logik, wird erstens ein volles wertvolles

			Jahr für die Überarbeitung der RL verloren und zweitens ein volles wertvolles Jahr für die Erreichung der Mindestvorgabe. Dies hat der G-BA mit dem sogenannten Covid-19 Beschluss nicht intendiert.
18.7	DGGPP	§ 11 Wir stimmen den vorgeschlagenen Änderungen zu, außer in §11 (3): Der Vorschlag sollte nicht übernommen werden; und §11 (13): Hier stimmen wir bei den strittigen Punkten der DKG zu.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme. So wie es hier unterstützt wird, bekäme der G-BA erst zum 30. April 2022 erstmalig Daten aus dem Nachweissystem. Es ist öffentlich nicht zu vermitteln, warum das Nachweisverfahren samt aller Berichte so lange verzögert werden sollte. Um für die Weiterentwicklung der PPP-RL die in 2020 erhobenen Daten zu nutzen, ist die Übermittlung stattdessen bis zum 30. April 2021 erforderlich. Die Nachweispflichten ab dem 01.01.2021 sollten ebenfalls nicht ausgesetzt werden – so wie es hier gefordert wird. Eine Übersendung der Nachweise für das Jahr 2020 zum 30. April 2021 ist daher von den Einrichtungen - so wie in der RL-PPP geregelt, vorzunehmen.

18.8	DGGPP	§ 13 Wir erinnern noch einmal an die grundsätzlichen Nachteile für die Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen, die ein Vergütungsausschluss für Krankenhäuser mit Versorgungsverpflichtung mit sich bringt. Der Vorschlag der DKG erscheint eher geeignet, insbesondere die Benachteiligung solcher Patientengruppen zu lindern.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Eine dauerhafte Unterschreitung der Mindestanforderungen ist gerade für die vulnerablen Gruppen besonders nachteilig und fachlich nicht zu akzeptieren. Der Vergütungsausschluss ist die letzte Sanktion einem gestuften System von Sanktionen. Das Krankenhaus hat zuvor die Möglichkeit Personal einzustellen.
18.9	DGGPP	§ 14 und § 16 Entsprechend der von uns favorisierten Änderung des §10 stimmen wir auch hier dem Vorschlag der DKG zu. Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass die Erfassung von Regelaufgaben einen weiteren bürokratischen Aufwand mit sich bringt, und dass damit weitere Stellenanteile von der Behandlung auf administrative Aufgaben verlagert werden.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Die Übergangszeit für die Erfüllung der Mindestvorgaben nach § 16 Abs. 1 aufgrund des COVID-19-Beschlusses um jeweils ein Jahr nach hinten zu verschieben, lässt sich bei derart langfristigen Übergangszeiten nicht erschließen. Ebenso wenig wie die um ein weiteres Jahr nach hintern verschobene verpflichtende Meldung der Einrichtungen bei Nichterfüllung der RL. Gerade die letzten Punkte sind aus Sicht der Qualitätssicherung inakzeptabel.

18.10	DGGPP	Anlage 1: Wir wiederholen: Es gibt keine sachliche oder fachliche Begründung für die Altersdiskriminierung in den Minutenwerten. „Akut psychisch Kranke im höheren Lebensalter (meist Multimorbidität)“ brauchen nicht weniger, sondern mehr Arzt- und Therapeutenminuten als monomorbide jüngere Patient*innen. Es gibt keinen Grund dafür, Älteren 12 bzw. 20% weniger Arztminuten als den Jüngeren zuzuweisen; oder dafür, dass weniger Spezialtherapeutenminuten vorgesehen sind, obwohl zur Erhaltung und Wiedergewinnung von Alltagsfähigkeiten nicht nur die aktivierende Pflege, sondern auch die Ergotherapie eine große Rolle spielt; und dass 25% weniger Sozialarbeit als bei Suchtkranken angesetzt werden, ob-wohl gerade bei gerontopsychiatrischen Patient*innen der Unterstützungsbedarf bei der Organisation der häuslichen Versorgung oder notwendigen Wohnortwechseln hoch ist. Mindestforderung ist, die Minutenwerte für die Berufsgruppen Arzt, Spezialtherapeuten und Sozialarbeit im Behandlungsbereich „G“ an den Behandlungsbereich „A“ anzugleichen.	PatV: Dank und Zustimmung. DKG: Eine grundsätzliche Anpassung der Minutenwerte ist nicht Gegenstand des aktuellen Beschlusses. Eine Überprüfung und ggf. Anpassung ist jedoch gemäß § 14 mit Beschluss zum 30. September 2021 vorzunehmen. Wir danken für die Hinweise und werden diese im Rahmen der Weiterentwicklung prüfen. GKV-SV: siehe Kommentar zu 18.1. Den Vorwurf der Altersdiskriminierung weisen wir entschieden zurück. Gerontopsychiatrische Patienten unterscheiden sich aus fachlicher Sicht in ihren Behandlungsbedarfen von den allgemeinpsychiatrischen Patienten. Das ist keine Altersdiskrimierung.
18.11	DGGPP	Tabelle A.3.1 Die Wiedereinführung des Ausschlusses von Tagen, „an denen eine über Mitternacht hinausgehende ... Abwesenheit beginnt“ aus der Berechnung ist abzulehnen. Die Berechnungen des InEK für das PEPP-System haben gezeigt, dass Aufwand und Kosten für Tage mit Patientenkontakt nicht deutlich niedriger ist, wenn die Patient*innen danach von der Station abwesend sind, im Einzelfall kann der Aufwand sogar höher sein.	GKV-SV: Kenntnisnahme DKG: Hierbei handelt es sich um die Aufnahme einer bestehenden Regelung, welche bisher nur in den Tragenden Gründen verankert war. Die Tage werden ausgeschlossen, da es

			sich um die Definition der Behandlungs- und nicht der Berechnungstage handelt.
18.12	DGGPP	Zur stationsäquivalenten Behandlung Hier folgen wir dem Vorschlag und den Begründungen der DKG. Insbesondere sehen wir keinen Grund, für die stationsäquivalente Behandlung die Anrechnung von Berufsgruppen auszuschließen.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. GKV-SV: Kenntnisnahme
18.13	DGGPP	Zu den Regelaufgaben für die Spezialtherapeut*innen Grundsätzlich entspricht die Auflistung der GKV der Behandlungsrealität, aber: Die detaillierte Beschreibung von Regelaufgaben ist abzulehnen, wenn darauf eine detaillierte Dokumentation der Erfüllung solcher Aufgaben abgeleitet werden soll. Der dafür erforderliche Mehraufwand an Dokumentation würde bei allen Berufsgruppen einen erheblichen Zeitanteil beanspruchen, der für die Behandlung der Patient*innen fehlen würde oder zusätzlich von den Kassen finanziert werden müsste.	DKG: Dank und Kenntnisnahme. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Eine detaillierte Dokumentation der Regelaufgaben ist nicht geplant

II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden nicht fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung	Anzahl Seiten
1.	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	7. September 2020	Stellungnahme	4

2.	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	6. Oktober 2020	Stellungnahme	1

Zusammenfassung der nicht fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahme der WFKT wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 17. September 2020 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 21. September 2020 durchgeführt. Die Stellungnahme des BApK wurde vom Unterausschuss in seiner Sitzung am 7. Oktober 2020 zur Kenntnis genommen.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Anmerkungen (Stand: 21. September 2020)
1.	**Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT), 7. September 2020**		
	WFKT	Allgemeiner Hinweis (…) möchten wir nochmals ausdrücklich auf unsere formulierte Stellungnahme zum ersten Beschlussentwurf für diese Richtlinie verweisen, die genauere und dezidierte Ausführungen zu den Arbeitsfeldern und der Einordnung der Künstlerischen Therapien enthält.	PatV: Wir haben Ihre Stellungnahme dankend zur Kenntnis genommen.
1.1	WFKT	Allgemeines Die Arbeit der WFKT bezieht sich auf die **Künstlerischen Therapien** (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a.), deren Einsatz in der leitliniengerechten Behandlung in der Psychiatrie und Psychosomatik etabliert und unter diesem Begriff einheitlich auch in anderen Regelwerken (OPS, KTL, diverse Leitlinien u.a.) eingeführt ist.	Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Dies wird im Beschlussentwurf umgesetzt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Daher möchten wir Sie freundlichst bitten, in gesamten Dokumenten diese korrekte Schreibweise „Künstlerische Therapien“ (nicht „**k**ünstlerische Therapien“) zu verwenden:	
1.2	WFKT	Richtlinie, Seite 6 § 5 Berufsgruppen (rot – Änderungsvorschlag) 1 d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie **K**ünstlerische Therapeutinnen und **K**ünstlerische Therapeuten) 2 d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowie **K**ünstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten) Der Text des Beschlussentwurfs dokumentiert u.E. an einigen Stellen noch immer deutlich, dass bisher unsere Berufsgruppe der Künstlerischen Therapien und ihre spezifischen Fachkompetenzen weniger kompetent einbezogen wurde. Weitere Anmerkungen sowie Änderungsvorschläge betreffen deshalb auch alle Spezialtherapien.	Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Dies wird im Beschlussentwurf umgesetzt.
1.3	WFKT	Der Text des Beschlussentwurfs dokumentiert u.E. an einigen Stellen noch immer deutlich, dass bisher unsere Berufsgruppe der Künstlerischen Therapien und ihre spezifischen Fachkompetenzen weniger kompetent einbezogen wurde. Weitere Anmerkungen sowie Änderungsvorschläge betreffen deshalb auch alle Spezialtherapien.	Kenntnisnahme.
1.4	WFKT	Richtlinie, Seite 8 § 8 (5) Anrechnung von Berufsgruppen (rot - inhaltliche Anmerkung/ Änderungsvorschlag)	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Die Reduktion auf 3 % wird abgelehnt, da insbesondere im spezialthera-

		Der Einsatz von sog. Hilfskräften ist in den Künstlerischen Therapien als akademisch ausgebildete Berufsgruppe keine Option. Die Tätigkeiten (s.a. Aufgabenbeschreibungen) können nur mit einer qualifizierten und abgeschlossenen Ausbildung (Dipl., B.A., M.A.) professionell durchgeführt werden. Hinsichtlich der Umfänge der Anrechenbarkeit anderer Fachkräfte auf die Berufsgruppe der „Spezialtherapeuten“ bedeutet die Zusammenfassung von Ergotherapie und Künstlerischen Therapien einen relativ großen Spielraum für einen flexiblen Personaleinsatz. In der Konsequenz ist aus unserer Sicht eine deutliche Begrenzung der Anrechenbarkeit anderer Fachkräfte auf diese Berufsgruppe auf 3% vorzunehmen. Erst dann können die fachlichen Qualitäten sowie die patientenbezogenen Notwendigkeiten bzw. Erfordernisse der psychiatrischen Versorgung sichergestellt werden.	peutischen Bereich weitere Berufsgruppen immer häufiger in der Versorgung psychisch kranker Menschen eingesetzt werden. Da es bisher keine einheitliche und vergleichbare Ausbildung als Grundqualifikation gibt und das Bild der sogenannten Spezialtherapeuten und ihre zugrundeliegenden Qualifikationen sehr vielfältig sind, erfolgen hierzu zum einen keine näheren Vorgaben und zum anderen wird ein höherer Anrechnungsumfang von 10% vorgesehen. So können neben den Ergotherapeuten auch beispielsweise grundständig ausgebildete Pädagogen, Psychologen, Landschaftsarchitekten und Tierpfleger im Bereich der Spezialtherapien zum Einsatz kommen. Über diese Berufsgruppen hinaus sind auch in der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten gemäß Anlage 4 Regelaufgaben vorgesehen, die beispielsweise administrative Tätigkeiten umfassen. Insbesondere diese Tätigkeiten können und werden derzeit bereits von Hilfskräften übernommen. Um Spezialtherapeuten zu entlasten und mehr Ressourcen für therapeutische Aufgaben zur Verfügung zu stellen, ist ebenfalls ein höherer Anrechnungsumfang als 3% erforderlich.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

1.5	WFKT	Richtlinie, Seite 19 § 14 Anpassung der Richtlinie (rot - inhaltliche Ergänzung, Formulierungsvorschlag für einen weiteren Spiegelstrich) Dabei sind insbesondere folgende Bereiche zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen oder neu zu definieren: - ... - die Regelaufgaben der verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der Spezialtherapien und der Begrifflichkeit (inklusive der Verwendung „Spezialtherapien“ als Oberbegriff für Ergotherapie und Künstlerische Therapien)	GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. DKG: Bei der Definition der Berufsgruppe werden hier verschiedene Berufe und Qualifikationen unter der Bezeichnung der „Spezialtherapeuten“ subsummiert. Eine abschließende Aufzählung birgt das Risiko, dass spezifische Therapeuten oder auch sich neu entwickelnde Berufe nicht berücksichtigt werden.
1.6	WFKT	Anlage 1, Seite 22 (rot – inhaltliche Anmerkung) **Minutenwertetabellen** **1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene, P 1 bis P 4** Im Sinne der Differenzierung zwischen Ergotherapie und Künstlerische Therapien sind diese auch in den Minutentabellenwerten zu trennen. **Spezialtherapeutinnen** **und Spezialtherapeuten** P3 [GKV-SV, PatV:] 176 P4 [GKV-SV, PatV:] 102	GKV-SV: Kenntnisnahme DKG: Bei der Definition der Berufsgruppe werden hier verschiedene Berufe und Qualifikationen unter der Bezeichnung der „Spezialtherapeuten“ subsummiert. Eine abschließende Aufzählung birgt das Risiko, dass spezifische Therapeuten oder auch sich neu entwickelnde Berufe nicht berücksichtigt werden. Aus diesem Grund wird von der vorgeschlagenen Differenzierung der Minutenwerte abgesehen.
1.7	WFKT	Anlage 2, S. 22-50 (rot – inhaltlicher Ergänzungsvorschlag)	GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Eingruppierungsempfehlungen **zu den Behandlungsbereichen der PPP-RL in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche** S. 40 **P. Psychosomatik** Spalte 4 „Behandlungsmittel“ (für alle Behandlungsbereiche) Integration der Künstlerischen Therapien	DKG: Kenntnisnahme. Dies ist nicht Gegenstand des Beschlussentwurfes. Eine Überprüfung wird im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie erfolgen.
1.8	WFKT	S. 42 Integration der Künstlerischen Therapien **KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie** Spalte 4 „Behandlungsmittel“ (für alle Behandlungsbereiche)	GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Dies ist nicht Gegenstand des Beschlussentwurfes. Eine Überprüfung wird im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie erfolgen.
1.9	WFKT	Anlage 3, Seite 73 (rot- inhaltliche Anmerkung, Ergänzungswunsch) **Nachweis Teil B PPP-RL** Hier halten wir eine Differenzierung des Nachweises der einzelnen Berufsgruppen innerhalb der Spezialtherapien für sehr wichtig und wünschen und diese ausdrücklich.	GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme.
1.10	WFKT	Anlage 4, S. 86 (rot – inhaltliche Änderung/ Ergänzungsvorschlag) **Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Erwachsenenpsychiatrie** **e. Regelaufgaben Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten**	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV wird diese Änderungsvorschläge in die nächste Prüfung und Anpassung der Richtlinie der Richtlinie einbringen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		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 Künstlerische Therapien (anstatt „einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie“) − Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung − Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung 3. Gruppenbezogene Behandlung − Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Künstlerische Therapien (anstatt „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 Ergotherapie sowie der Künstlerischen Therapien	DKG: Kenntnisnahme. Dies ist nicht Gegenstand des Beschlussentwurfes. Eine Überprüfung wird im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie erfolgen.
1.11	WFKT	Anlage 4, S. 91 (rot – inhaltliche Änderung/ Ergänzungsvorschlag) **Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Kinder- und Jugendpsychiatrie**	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV wird diese Änderungsvorschläge in die nächste Prüfung und Anpassung der Richtlinie der Richtlinie einbringen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		e. <u>Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten gemäß § 5</u> 1. Grundversorgung − Mitwirkung bei Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung − Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung - Beeinflussung emotionaler Probleme mittels kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich Künstlerische Therapien (anstatt „einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie“) - Funktionelle Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training, neurophysiologisch orientierte Behandlung von Leistungsdefiziten - Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung 3. Gruppenbezogene Behandlung - − Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Künstlerische Therapien (anstatt „einschließlich Musiktherapie und 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 Ergotherapie	DKG: Kenntnisnahme. Dies ist nicht Gegenstand des Beschlussentwurfes. Eine Überprüfung wird im Rahmen der Weiterentwicklung der Richtlinie erfolgen.
1.12	WFKT	<u>Anlage 4, S. 94</u>	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
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		(rot – inhaltliche Änderung/ Ergänzungsvorschlag) **Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik** **d. <u>Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten</u>** <u>Spalte DKG</u> (S. 94) - Künstlerische Therapien (u.a. Kunst-, Musiktherapie) in Einzel- und Gruppenbehandlung (anstatt „nur“ Musiktherapie) <u>GKV-SV</u> (S. 94-96) 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 Künstlerische Therapien (anstatt „einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie“) und konzentrative Bewegungstherapie − Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung − Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung 3. Gruppenbezogene Behandlung − Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Künstlerische Therapien (anstatt „einschließlich Musiktherapie und Gestaltungstherapie“) und konzentrative Bewegungstherapie − Lebenspraktisch orientierte Therapie − Arbeitstherapie und Belastungserprobung − Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen − Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten − Vor- und Nachbereitung	DKG: Bei dem Vorschlag der DKG handelt es sich um die Regelaufgaben aus der Erstfassung der PPP-RL. Bei der Festlegung der Mindestvorgaben und der Regelaufgaben wurden die Personalanhaltszahlen von Heuft zu Grunde gelegt. Bei der Weiterentwicklung der Richtlinie wird eine Überprüfung der Regelaufgaben und in diesem Zusammenhang auch des Hinweises der WFKT erfolgen.

		− Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team − Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision − Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben − Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie sowie der Künstlerischen Therapien	
	WFKT	**Abschließende Anmerkung** Aus der Sicht der WFKT halten wir es für die weiteren Änderungsvorgänge für sehr wichtig, dass Angehörige der Künstlerischen Therapien in das Verfahren der Qualitätssicherung eingebunden werden, um eine adäquate Abbildung dieser Berufsgruppe in der neuen Richtlinie begründet zu verankern!	

III. Unaufgefordert eingegangene Stellungnahmen

Von folgenden Organisationen wurden unaufgefordert Stellungnahmen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
1.	Fachgruppe Psychiatrischer Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD)	28. August 2020	Stellungnahme
2.	Bayerischer Landesverband Psychiatrie Erfahrener e.V. (BayPE)	2. September 2020	Stellungnahme
3.	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)	7. September 2020	Stellungnahme
4.	Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD)	7. September 2020	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Zusammenfassung und Auswertung der unaufgefordert eingegangenen Stellungnahmen

Die Arbeitsgruppe hat die unaufgefordert eingegangenen Stellungnahmen in ihrer Arbeitsgruppen-Sitzung am 17. September 2020 zur Kenntnis genommen. Eine Auswertung erfolgt grundsätzlich nicht.

Lfd. Zeilen-nr.	Stellung-nehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme
1.	**Fachgruppe Psychiatrischer Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD), 28. August 2020**	
	VKD	Die Neuregelungen sind noch in wesentlichen Plausibilisierungspunkten strittig, es zeichnen sich jedoch aus den Vorschlägen der Selbstverwaltungspartner Regelungsinhalte ab, die gravierende Fehlentwicklungen für die psychiatrische und psychosomatische Krankenhausversorgung befürchten lassen. Zu anderen, unbedingt der Nachbesserung bedürfenden Punkten, finden sich keine Änderungsvorschläge. Die Fachgruppe psychiatrischer Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. (VKD) sieht sich deshalb auch ohne Aufforderung in der Pflicht auf die direkt versorgungsgefährdenden Inhalte der Richtlinie respektive ihrer geplanten Weiterentwicklung hinzuweisen.
1.1	VKD	**Krisenerschüttertes Krankenhaussystem noch nicht zur „Scharfschaltung" bereit** In diesem Jahr waren die Krankenhäuser mit einer nie dagewesenen Ausnahmesituation konfrontiert. Innerhalb weniger Tage und Wochen mussten Einrichtungen aufgrund der COVID-19-Pandemie die Behandlung neu organisieren, Infektionsschutzbereiche einrichten, geplante Behandlung verschieben und die Teilnahme an der Krisenvorsorge sicherstellen. Gleichzeitig war der Personalbestand wegen Erkrankung oder Schutzmaßnahmen dezimiert, der Versorgungsauftrag musste unter stark erschwerten Bedingungen erfüllt werden. Genauso wenig wie die Pandemie vorüber ist, herrscht in den Krankenhäusern schon wieder Normalität. Dennoch sehen die Vorschläge von GKV-SV und Patientenvertretung vor, dass der ursprüngliche Zeitplan eingehalten wird und damit die sanktionsbehaftete Nachweispflicht ab dem kommenden Jahr gilt. Ungeachtet der unbrauchbaren Datengrundlage des Jahres 2020, der

		weiterhin unvorhersehbaren Krisenentwicklung und des Corona-bedingt fehlendenden Übergangsjahr zur Einrichtung der notwendigen Nachweisstrukturen wird hier entgegen der politischen Entlastungsvorgabe der erbetene Aufschub verwehrt. Die Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD sieht hierin eine gefährliche Zusatzbelastung der Krankenhäuser in Krisenzeiten.
1.2	VKD	**Sanktionsregelungen des GKV-SV führen bewusst in die Zahlungsunfähigkeit** Mit größter Sorge wird der Vorschlag des GKV-SV sowie der Patientenvertreter zur Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs zur Kenntnis genommen. Die Notwendigkeit von wirksamen und anreizstarken Durchsetzungsmaßnahmen wird vor dem Hintergrund der Qualitätsziele der Richtlinie anerkannt, jedoch verfehlt das hier vorgeschlagene Sanktionssystem diese Zielsetzung völlig. Schlimmer noch, setzt es durch drakonisches Übermaß und gänzliches Fehlen von Verhältnismäßigkeit die wirtschaftliche Existenz von Einrichtungen aufs Spiel. Abseits der Übergangsregelungen wird der Vergütungswegfall pauschal als der prozentuale Anteil der Berufsgruppen mit Erfüllungsgrad unter 100% an den Mindestpersonalvorgaben aller Berufsgruppen festgelegt. Der Umfang der Unterschreitung innerhalb einer Berufsgruppe bleibt dabei gänzlich unberücksichtigt. In den größeren Berufsgruppen, wie etwa der Pflege, bedeutet das Fehlen nur einer Stunde (VKS-IST) im Nachweis den Wegfall von bis zu 70% aller Quartalserlöse - bereits wesentlich geringere Erlösverluste führen direkt in die Zahlungsunfähigkeit.
1.3	VKD	Dieses Sanktionssystem verfolgt nicht das Ziel der effektiven Durchsetzung der Qualitätsmindestanforderungen, sondern riskiert bewusst die Existenz von Einrichtungen. Es wird dabei derjenige mit nur geringster Unterschreitung genauso drakonisch bestraft, wie die Einrichtung mit besonders hoher Abweichung - Anreize das Maß der Unterschreitung möglichst gering zu halten, bestehen keine. Die Gründe für eine Unterschreitung bleiben gänzlich unhinterfragt, ein lösungsorientierter Austausch ist nicht vorgesehen. Allerdings stellt sich die Frage, wie eine psychiatrische Fachklinik oder eine große psychiatrische Abteilung in einem Maximalversorger auf die Akutaufnahmen (> 70 %) - die meisten als Notfall deklariert – Einfluss auf die Anzahl der Patient*innen pro Tag nehmen kann? Wie soll eine Dependance oder eine Tagesklinik verfahren, wenn sich plötzlich von den sieben ärztlich-therapeutischen und pflegerischen Mitarbeiter*innen zwei im Urlaub befinden und sich zwei weitere Mitarbeiter*innen krankmelden? Um einen wirtschaftlichen Verlust zu vermeiden, bleibt in diesem Fall nur die Schließung der Dependancen und Tageskliniken oder die Entlassung von Patient*innen, deren Behandlung noch nicht abgeschlossen ist, übrig. Allerdings steht Letzteres im Kontext zur Erfüllung des Versorgungsauftrages (§ 39 Abs. 1, § 107 Abs. 1 Nr. 2 und § 109 Abs. 4 SGB V). Gegen beispielsweise Zwangseinweisungen können sich die Versorgungsverpflichtung versehenden psychiatrischen Kliniken und Abteilungen nicht wehren, sondern müssen die Patient*innen aus rechtlichen Gründen aufnehmen. Wie ist es für eine psychiatrische Klinik oder Abteilung

		möglich, dementsprechend Personal- oder auch die Belegung zu steuern, um nicht durch sanktionsbehaftete Nachweispflichten benachteiligt zu werden?
1.4	VKD	Die Krankenkassenseite hat hier - nach unserer Auffassung - offensichtlich nicht nur das Patientenwohl im Blick, sondern bezweckt ein großes ·kurzfristiges Einsparpotenzial und eine langfristige Marktbereinigung. Treffen würde das schwerpunktmäßig Einrichtungen in strukturschwachen oder ländlichen · Regionen (Fachkräftemangel) sowie kleinere, dezentrale Einheiten, für die der Nachweis besonders kleinteilig wirkt. Wenn nicht Kommunen, Länder, Kirchen oder private Anteilseigner bereit sind für die Erlösverluste aufzukommen wäre moderne, wohnort- und patientenorientierte Krankenhausbehandlung gefährdet.
1.5	VKD	**Betriebswirtschaftliche Benachteiligung stationsübergreifender sowie dezentraler und wohnortnaher Versorgung** In den letzten Jahren haben sich die eingesetzten Berufsgruppen stark verändert. So wurden beispielsweise Medizinische Fachangestellte, Sekretariats- und Kodierfachkräfte eingestellt, um den steigenden Dokumentationsaufwand gerecht zu werden und das therapeutische Personal zu entlasten. Des Weiteren wird die Psychotherapie nicht ausschließlich von qualifizierten Psycholog*innen durchgeführt. Gerade bei sehr schwer psychisch erkrankten Menschen konnte während einer Akutbehandlung der Therapieerfolg durch Mediziner mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten gesteigert werden. Psychiatrische Behandlungen finden heutzutage stationsunabhängig und Setting übergreifend statt. Die traditionelle „Station" ist nicht mehr der Kulminationspunkt aller therapeutischen Interventionen. Die Kombination der unterschiedlichen Berufsgruppen aus Ärzt*innen, Psycholog*innen, psycholog. Psychotherapeut*innen und andere qualifizierte Berufsgruppen sowie die stationsübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht es, dass die Patient*innen eine Therapie erfolgreich abschließen und dauerhaft genesen können. Da fast nur das auf Station eingesetzte Personal nachweisfähig ist, drohen dadurch stationsunabhängigen Leistungen systematisch das Personal entzogen zu werden. Dies widerspricht modernen Versorgungskonzepten der Psychiatrie und Psychosomatik und setzt fatale Fehlanreize in der Personalallokation. Diese stationsübergreifende bzw. standortübergreifende Zusammenarbeit zur optimalen Patientenversorgung muss auch weiterhin nach Einführung der PPP-RL möglich sein!
1.6	VKD	Auch wenn der sanktionsbehaftete Nachweis dem Wortlaut der Richtlinie nach auf Einrichtungsebene erfolgen muss, so steckt die Gefahr hier in der Definition des Einrichtungsbegriffs. Die Einrichtung wird nicht als das gesamte Krankenhaus definiert. Neben der Unterscheidung nach den Subdisziplinen (Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen), wird zusätzlich jeder einzelne Standort als eigene Einrichtung gezählt und ist damit sanktionsbehaftet nachweispflichtig.

1.7	VKD	Im Zuge wichtiger Reformen der psychiatrischen Krankenhausbehandlung ist es eher die (erwünschte) Regel, dass Krankenhäuser dezentrale Einheiten an vielen Standorten vorhalten. Für jede einzelne dieser Einheiten muss das Krankenhaus nach aktueller Regelung das Personal für jedes Quartal und jede Berufsgruppe nachweisen oder droht anderenfalls scharf sanktioniert zu werden. Lassen sich an größeren Standorten noch Ausgleichseffekte nutzen, in deren Rahmen sich ein Mindestmaß an bedarfsorientierter Spezialisierung umsetzen lässt, sind kleinere Standorte qua Nachweisverpflichtung um jegliche Flexibilität in Personaleinsatz und -verteilung beraubt. Im Gegenteil entsprechen die Personalmindestvorgaben oftmals unbesetzbaren Bruchteilen von Vollkraftstellen und wären damit weit über dem eigentlichen Bedarf zu besetzen. Unvorhersehbare Ausfälle einzelner Mitarbeitender führen andernfalls unmittelbar in die Nichterfüllung. Die Bundespflegesatzverordnung kennt diesen Standortbezug nicht, weswegen von einer Refinanzierung dieses aus der Kleinteiligkeit des Nachweises entstehenden Mehrbedarfs nicht auszugehen ist. Dezentrale Standorte werden so betriebswirtschaftlich und organisatorisch unattraktiv. Die zu befürchtenden Rückschritte für die Versorgung und Behandlung psychisch Erkrankter sind gravierend.
1.8	VKD	**Keine Planbarkeit: Der Trugschluss der 2,5%-Regel** Besonders kritisch zeigen sich die benannten Regelungsinhalte angesichts der in der aktuellen Ausgestaltung der Richtlinie vollständig fehlenden Planbarkeit. Die Nachweishöhe eines Quartals ergibt sich zwar theoretisch aus den Stichtagen und der Belegung desselben Quartals im Vorjahr. Faktisch aufgehoben wird der Vorjahresbezug aber durch die 2,5%-Regel in § 6 Absatz 4 der Richtlinie, die besagt, dass sich bei entsprechender Abweichung die Mindestbesetzung erst rückwirkend für das aktuelle Quartal berechnet. Gänzlich ad. Absurdum geführt wird der Vorjahresjahresbezug dadurch, dass diese bereits bei Abweichung um 2,5% in nur einem Behandlungsbereich nach PPP-RL greift. Pro Fachabteilung gibt es bis zu 19 Behandlungsbereiche (A 1, A2, G9, etc.), auf die mittels zweiwöchentlicher Stichtagserhebung die Behandlungstage rechnerisch verteilt werden. Je seltener eine Einstufung ist, desto höhere prozentuale Abweichungen ergeben sich schon bei geringsten Veränderungen. Kommt es beispielsweise in Behandlungsbereichen mit weniger als 40 Behandlungstagen im Quartal (z.B. kurzzeitige Anschlussbehandlung TK auf Station) zu Abweichungen von nur einem Behandlungstag, greift bereits die Ausnahmeregelung für die gesamte Einrichtung und die sanktionsbehaftet einzuhaltenden Mindestvorgaben sind erst nach Quartalsende bekannt. Den Verfassern ist keine Einrichtung bekannt, in der in dieser Systematik der Regelfall, also die Planbarkeit durch den Vorjahresbezug, je eintreten würde. Minimale Veränderungen in einzelnen Behandlungsbereichen lösen den Ausnahmefall aus, der damit zur Regel wird.
1.9		**Hoher Dokumentationsaufwand: Belastung der therapeutischen Berufsgruppen**

		Der hohe Dokumentationsaufwand wurde in der PPP-RL weitgehend übernommen. Nach einer Erhebung, die die Arbeitsgemeinschaft Krankenhausleistung Psychiatrie (akp) im Jahre 2017 durchgeführt hat, werden schon jetzt ca. 39 % der ärztlichen Arbeitszeit für die Dokumentation verwendet. Eine Reduktion der Nachweispflichten und Dokumentationsarbeiten würde nicht nur Kosten sparen, sondern auch mehr Möglichkeiten zu Gunsten der Patient*innen bieten. Die Erhöhung der Dokumentationsaufwände hingegen, führt zu höheren Personalkosten. Demensprecht wird das Geld, was eigentlich für die Patierit*innen zur Behandlung von Erkrankungen zur Verfügung steht, für eine überbordende Bürokratie ausgegeben. Aufgrund dessen sollte der Umfang und Detailierungsgrad deutlich reduziert werden. Insbesondere die therapeutischen Berufsgruppen, deren patientenbezogene Verfügbarkeit die Richtlinie sicherstellen möchte, müssen von vermeidbaren Nachweispflichten (stationsbezogene Arbeitszeiterfassung, Anzahl der Stichtage, etc.) entlastet werden .
1.10	VKD	**Keine Möglichkeit Personalschwankungen auszugleichen** Um trotz bekannter und unvermeidbarer Schwankungen im Personalbestand und in der Belegung zwischen den Quartalen die Personalmindestvorgaben zu jeder Zeit erfüllen zu können, bedarf es eines gesicherten Refinanzierungsanspruchs, der mindestens 5-10 % über den Personalmindestvorgaben liegt. Dieser Refinanzierungsanspruch bezieht sich nur auf das nach PPP-RL nachzuweisende Personal (Regeldienst) - die zweckentsprechende Mittelverwendung ist nachzuweisen, mit Rückzahlungsverpflichtung im Falle einer Nichtverwendung.
1.11	VKD	In der aktuellen Budgetsystematik ist zu befürchten, dass die über die Budgets finanzierten Personalstellen sich nur an den in Vollkräften umgerechneten Minutenwerten der PPP-RL orientieren. Ein alternatives Personalbemessungssystem, das einen über die · Personalmindestvorgaben hinausgehenden Personalbedarf objektivieren könnte, steht für die Verhandlung auf Ortsebene noch nicht zur Verfügung. Deshalb braucht es übergangsweise einen pauschalen Refinanzierungsanspruch, der mind. 5-10 % über den Mindestvorgaben der PPP-RL liegt. Die Prozentwerte orientieren sich an den Schwankungskorridor in Personal und Belegung, den auch die PPP-RL noch nicht als Ausnahmetatbestand gern. § 10 Abs. 1 definiert (Personal ab 15 % Abweichung , Belegung ab 10 % Abweichung) .
1.12	VKD	Ansonsten wäre eine Unterschreitung der Mindestvorgaben schon alleine durch natürliche und unvermeidbare Schwankungen in Personal und Belegung zwischen den Quartalen nicht zu verhindern. Ein anschauliches Beispiel stellt das vierte Quartal eines jeden Jahres dar: Durch Erkrankungswellen, viele Feiertage und auch Urlaubs-/Ferienzeiten ist das anwesende Personal in der

		Regel geringer, als in anderen Quartalen (z.B. erstes und zweites Quartal). Gleichzeitig ist die Belegung in dieser Zeit traditionell besonders hoch. Nach der alten PsychPV-Systematik hat das Jahresmittel solche Effekte ausglichen. In der Quartalsbetrachtung ist ein Ausgleich nicht mehr möglich. Deswegen muss, um jederzeit die Mindestpersonalvorgaben erfüllen zu können, das für das gesamte Jahr zu vereinbarenden Personalbudget höher liegen als die Mindestgrenze.
1.13	VKD	Der Gesetzgeber hat bereits klargestellt, dass das für die leitliniengerechte Behandlung notwendige und damit die Mindestvorgaben übersteigende Personal zu finanzieren ist (§ 3 Abs. 3, S.3, Nr. 5 Bundespflegesatzverordnung). Hier fehlt es ·nur weiter an eindeutigen, quantifizierbaren und durchsetzbaren Ansprüchen für die Budgetverhandlung vor Ort. Nur über eine gesicherte Finanzierung können die psychiatrischen Krankenhäusern den hohen Ansprüchen an eine patientenbezogene Verfügbarkeit von Personal gerecht werden. Darin muss die Politik sie weitergehend unterstützen, damit die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie die Verbesserung und nicht den Wegfall der Krankenhausversorgung bewirkt.
1.14	VKD	**Nachbesserungen sind unbedingt erforderlich** Es besteht im aktuellen System faktisch keinerlei Planbarkeit hinsichtlich der zu erfüllenden Mindestvorgaben. Je kleiner und damit unvorhersehbarer die Nachweisbereiche werden, desto größer wird die Gefahr einer Sanktionspflicht und damit das existenzielle Risiko für Einrichtungen. Diese Wirkungsweise bedroht insbesondere regional und wohnortnah konzipierte Versorgungskonzepte sowie die Versorgung in Regionen, in denen der Fachkräftemangel am stärksten wirkt.
1.15	VKD	Die Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im VKD fordert deswegen die Entscheidungsträger im G-BA, die stellungnahmeberechtigten Organisationen. und notwendigenfalls auch die Politik auf, auf eine Veränderung der Richtlinie hinzuwirken, um fatale Auswirkungen für Krankenhausversorgung abzuwenden:
1.16	VKD	1. **Der Zeitplan ist um ein Jahr zu verschieben**, um schwere Nachteile für Krankenhäuser zu vermeiden, die krisenbedingt weder Möglichkeit noch Datengrundlage hatten, um sich auf den sanktionsbehafteten Nachweis vorzubereiten.

1.17	VKD	2. **Die Sanktionsmaßnahmen müssen maßvoll und verhältnismäßig** geregelt werden. Sanktionen sind an dem tatsächlichen Umfang der Nichterfüllung zu orientieren und die Ursachen der Nichterfüllung sind lösungsorientiert zu berücksichtigen. Die Zahlungsunfähigkeit von Einrichtungen ist kein legitimes Ziel einer Richtlinie, die Behandlungsqualität sichern möchte.
1.18	VKD	3. **Die Definition der Einrichtung als jeden Einzelstandort ist dringend zu verändern,** um dezentrale und wohnortnahe Einrichtungen nicht systematisch zu benachteiligen. Der Einrichtungsbegriff darf nicht enger definiert werden als der Fachbereich eines Krankenhauses um bedarfsorientierte Personaleinsatzeinsatzplanung auch an kleineren Standorten zu ermöglichen.
1.19	VKD	4. **Die 2,5%-Regel darf nicht für jeden Behandlungsbereich gelten,** um die Chance einer Planungsmöglichkeit zu erhalten. Als Bezug eignen sich aufgrund der Vielzahl an Einstufungsmöglichkeiten nur die Behandlungstage der gesamten Einrichtung.
1.20	VKD	5. **Der Umfang und Detailierungsgrad der Dokumentation** muss deutlich reduziert werden. Insbesondere die therapeutischen Berufsgruppen, deren patientenbezogene Verfügbarkeit die Richtlinie sicherstellen möchte, müssen von vermeidbaren Nachweispflichten (stationsbezogene Arbeitszeiterfassung, Anzahl der Stichtage, etc.) entlastet werden.
1.21	VKD	6. Um trotz bekannter und unvermeidbarer Schwankungen im Personalbestand und in der Belegung zwischen den Quartalen die Personalmindestvorgaben zu jeder Zeit erfüllen zu können, **bedarf es eines gesicherten Refinanzierungsanspruchs,** der mindestens 5-10 % über den Personalmindestvorgaben liegt.
2.	**Bayerischer Landesverband Psychiatrie Erfahrener e.V. (BayPE), 2. September 2020**	

2.1	BayPE	Wir begrüßen, dass die Berufsgruppe der Genesungsbegleiter bereits verankert ist und bekräftigen hiermit, dass eine „Kann" - Regelung nicht hilfreich ist, da es für die Krankenhäuser damit nicht verbindlich wird, Genesungsbegleiter einzustellen, sowie ihre Ausbildung und Anerkennung, wie z.B. bei der Pflege, zu unterstützen. Die positive Wirkung der Genesungsbegleiter auf die Gesundung der Patienten ist evident, also empirisch nachgewiesen und dem G-BA bekannt. Es gibt weder einen sachlichen noch fachlichen Grund, diese Forderung nicht umzusetzen. Im Gegenteil, sie ist fachlich zwingend.
		Wir fordern daher zugleich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als aufsichtführendes Bundesministerium auf, dafür zu sorgen, dass aus der G-BA „Kann-Regelung" eine Muss-Regel wird.
2.2	BayPE	Wir fordern die Festlegung einer Mindestausstattung mit Genesungsbegleiterinnen und -Genesungsbegleitern und dass diese mit einem verpflichtenden Termin ab 01.01.2022 zu belegen ist.
		Wir fordern die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie den Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) auf, uns darin zu unterstützen, dass Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter künftig flächendeckend verbindlich eingestellt und nicht nur mit einem Mindestlohn, sondern nach Tariflohn eingruppiert werden. **Wir unterstützen dabei auch die Position der PatV.** Für uns Betroffene, zu denen auch Angehörige und Menschen mit doppelten und dreifachen Erfahrungen (als Erkrankter, Angehörige und Profi) zählen, ist dies eine große Bereicherung, Hilfe und Erleichterung in der Kommunikation und in unserer Akzeptanz im psychiatrischen Krankenhaus auf diesem Weg zu erfahren. Dies wäre ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer gewaltfreien und zwanglosen Behandlung. Er könnte so flächendeckend auch ohne „Security" in den Kliniken erreicht werden. Dies fordern wir zugleich auch als Verpflichtung im Sinne der UN BRK. Das Personal einschließlich der Genesungsbegleiter muss regelmäßig verbindlich an deeskalierenden Maßnahmen per Fortbildung teilnehmen.
2.3	BayPE	Wir, der **Baype**, sprechen uns auch für genügend Personal, also mindestens 100% Fachkräfte in allen Berufsgruppen und an allen Standorten der Krankenhäuser aus, um eine gewaltfreie Behandlung sicher zu stellen. Wer dies aus welchen Gründen auch immer nicht erreicht, der kann eine qualifizierte Behandlung nicht sicherstellen. Als Psychiatrie-Erfahrene verlangen wir eine qualifizierte Behandlung mit 100% Fachpersonal. **Wir unterstützen dabei auch die Position der PatV.**

	BayPE	Wir, der **Baype**, sind gegen das Einsetzen von Sicherheitsdienst Personal. Die Haltung des Personals sollte nach den Grundsätzen der UN BRK ausgerichtet sein und nicht durch den Hilfsdienst eines Sicherheitsdienstes, der qualitativ nichts bringt und nur Angst und Schaden verbreitet. Daher muss es in allen Krankenhäusern etc. ausreichend qualifiziertes Personal zu allen Tages- und Nachtzeiten geben. Finanzielle Gewinne der Krankenhäuser auf dem Rücken von zu wenig qualifiziertem Personal und zu Lasten unzureichend behandelter Patientinnen und Patienten, darf es künftig nicht mehr geben.
2.4	BayPE	Wir sind auch dagegen, dass in großem Rahmen gering qualifizierte Hilfskräfte angerechnet werden. Hilfskräfte gehören nicht zur Richtlinie PPP und dürfen keine Aufgaben in der psychiatrischen Pflege übernehmen.
2.5	BayPE	<u>§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</u> Wir der Baype, vertreten bei Nichteinhaltung auf jeden Fall eine Kontrolle einzupflegen und die Prüfung einer evtl. Schließung vorübergehend bis zur Abschaffung der Nichteinhaltung. Wir glauben, dass ansonsten eine gefährliche Versorgung von Betroffenen stattfindet und die Einsetzung von Sicherheitspersonal mit Gewalt und Zwang und Angst oder Trauma Einzug hält. Die Einhaltung der Mindestvorgaben kann im Rahmen einer Qualitätskontrolle gemäß der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V (MDK-QK-RL) durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) kontrolliert werden. Wir, der **Baype**, sind der Ansicht, dass eine regelmäßige Qualitätskontrolle durch den MDK und der Besuchskommissionen unter Beteiligung der Betroffenen, Angehörigen usw. in unangemeldetem, unregelmäßigem Terminus zu erfolgen hat. Förderlich wäre auch eine bessere und verpflichtende Zusammenarbeit des G-BA mit den zuständigen Gesundheitslandesbehörden.
2.6	BayPE	<u>§14 Anpassung der Richtlinie</u> Die Regelaufgaben der Genesungsbegleiter fehlen in der Auflistung und müssen zeitnah ergänzt werden.
3.	**Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa), 7. September 2020**	
	ackpa	Die PPP-RL sollte u.a. das Ziel verfolgen, die Qualität der Behandlung durch die Festlegung von Mindestvorgaben der Personalausstattung in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sicherzustellen. Damit sollte eine Verbesserung der psychiatrisch-

		psychotherapeutischen Versorgung mit einer an den Patientenbedürfnissen und -bedarfen orientierten Behandlung verbunden sein. Dazu ist aus Sicht von ackpa auf folgende Aspekte ein besonderes Augenmerk zu richten: 1. Nachweispflichten 2. Sanktionen bei Unterschreitung der Personalvorgaben
3.1	ackpa	Ad 1: Die PPP-RL definiert Untergrenzen für die Personalausstattung in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. Ziel der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern muss es sein, eine Personalpräsenz in der Klinik vorzuhalten, die eine patientenorientierte Behandlung mit kontinuierlicher Beziehungsgestaltung ermöglicht und den Vorgaben der PPP-RL entspricht. Von großer Bedeutung ist dabei eine hohe klinikinterne Flexibilität des personellen Ressourceneinsatzes über alle Berufsgruppen und Bereiche (Settings) hinweg, um eine bedarfs-und beziehungsorientierte Patientenversorgung jederzeit zu gewährleisten. Dafür sollte die PPP-RL gezielte Anreize setzen und dies nicht durch starre berufsgruppen- und settingbezogene Regularien, die ausschließlich an der Institution und nicht an den Patientenbedarfen orientiert sind, behindern. Ein Nachweis der IST-Situation der Personalpräsenz ist vermutlich notwendig, um Abweichungen von den PPP-RL-Vorgaben darstellen und darauf reagieren zu können. Entscheidend ist, dass die Nachweispflichten so schlank wie möglich gehalten werden. Dabei gilt es einen hohen administrativen und in der Folge personellen Aufwand zu verhindern, um Fehlallokationen personeller Ressourcen, die mit patientenfernen Tätigkeiten einhergehen, unbedingt zu vermeiden. Aus den o.g. Gründen sollte der Nachweis der Personalausstattung daher ausschließlich quartals- und einrichtungsbezogen erfolgen. Unabhängig davon ist aus Sicht von ackpa der detaillierte Nachweis der zweckentsprechenden Verwendung der Mittel insbesondere für die Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern von hoher Bedeutung, um Querfinanzierungen anderer Bereiche des Krankenhauses nachhaltig zu vermeiden.
3.2	ackpa	Ad 2: Die PPP-RL sieht vor, dass bei Unterschreitung der Personalvorgaben Sanktionen zur Anwendung kommen. ackpa geht davon aus, dass die Maßnahmen nicht die „unreflektierte Bestrafung“ und Existenzbedrohung von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern zum Ziel haben, sondern der Sicherstellung der Mindestvorgaben der Personalausstattung dienen. ackpa ist der festen Überzeugung, dass die zugrundeliegende Intention aller in der PPP-RL definierten Maßnahmen die

		uneingeschränkte Gewährleistung der regionalen Versorgung und Verbesserung der Behandlungsqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist. Um diese Ziele nachhaltig zu unterstützen sollte der allgemeine Grundsatz nicht in der Anwendung destruktiver Strafmaßnahmen, sondern in der Festlegung konstruktiver Anreize liegen. Aus Sicht von ackpa ist es daher wichtig, dass die Durchsetzungsmaßnahmen in den jährlichen Budgetverhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern festgelegt werden. Neben einer Analyse der evtl. Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sollten im Rahmen eines gemeinsamen Dialogs primär die Hilfen und Möglichkeiten erörtert werden, die zukünftig zur Einhaltung der Personalausstattung nach PPP-RL führen. Dazu gehört auch eine Analyse der Ursachen für eine evtl. Unterschreitung der Untergrenze. Der Fokus dieser Dialoge sollte in der Beratung und Unterstützung liegen. Förderungsinstrumente sind zu überlegen und Anreize zu schaffen, die eine zukünftig PPP-RL-konforme Personalausstattung ermöglichen. In diesem Dialog sind aus Sicht von ackpa zwingend die für Patienten und Angehörige so bedeutsamen krankenhausindividuellen und regionalen Besonderheiten zu berücksichtigen.
3.3	ackpa	Erst in einem zweiten Schritt können weitere Maßnahmen überlegt werden, die aber in jedem Fall die Sicherstellung der Patientenbehandlung zu berücksichtigen haben. Dabei ist unbedingt das Ausmaß der Unterschreitung in den jeweiligen Berufsgruppen zu berücksichtigen, wobei eine geringfügige und kurzfristige Unterschreitung der PPP-RL-Vorgaben deutlich mildere Konsequenzen zur Folge haben sollte als die Durchsetzungsmaßnahmen bei erheblicher und andauernder Unterschreitung. Die Durchsetzungsmaßnahmen sollten angemessen und gestuft sein, auf die Verhältnismäßigkeit ist zu achten. Sanktionsfrei sollte in jedem Fall eine zeitlich befristete Unterschreitung der PPP-RL-Vorgaben bleiben, die durch einen Ausgleich im laufenden Quartal wieder vollständig kompensiert wird.
3.4	ackpa	Unangemessene Sanktionen im Sinne eines hochgradigen Leistungsausfalls oder vollständigen Vergütungswegfalls gefährden unweigerlich die Existenz von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern und damit die regionalisierte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Damit würde der Zusammenbruch einer gemeindeintegrierten Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in die somatische Medizin fest eingebunden ist, zumindest billigend in Kauf genommen bzw. bewusst riskiert werden. Sowohl die Behandlung wie auch die Sicherheit insbesondere schwer bzw. akut psychisch erkrankter Menschen wären dabei in einem hohen Maße gefährdet. Dies berührt insbesondere die Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, die im Rahmen der regionalen Versorgungsverpflichtung eine hohe Verantwortung für diese Patientengruppe übernehmen, die oft zusätzlich unter erheblichen körperlichen Erkrankungen leiden. Dieses Gefährdungsszenario kann nicht im Sinne der PPP-RL sein. In allen Festlegungen sollte der gesetzliche Auftrag nach § 136a Abs. 2 SGB V zugrunde gelegt werden,

		nach dem verbindliche Mindestvorgaben der Personalausstattung festzulegen sind, die evidenzbasiert sind und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Gemeinsames Ziel muss sein, eine moderne und zukunftsorientierte Systematik der Personalbemessung zu entwickeln, die den besonderen Bedarfen von Menschen gerecht wird, die unter psychischen Erkrankungen leiden.
3.5	ackpa	Kliniken, die nach einem Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen nach §64b SGB V arbeiten, sollten grundsätzlich von den Festlegungen der Mindestanforderungen ausgenommen werden. Sowohl die Finanzierungsstruktur wie auch die strukturellen und konzeptionellen Grundlagen der Kliniken nach Modellvorhaben 64b SGB V unterscheiden sich wesentlich von der konventionellen Systematik, so dass aus Sicht von ackpa dafür ein gesonderter Regelungsbedarf zu entwickeln ist.
	ackpa	Allgemeiner Hinweis ackpa geht davon aus, dass die PPP-RL in den nächsten Jahren noch erheblich weiterentwickelt werden muss, indem systematisch ausgewertete Erfahrungen in den weiteren Anpassungen der Richtlinie berücksichtigt werden. Um die flächendeckenden, versorgungsrelevanten Erfahrungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern im weiteren Richtlinienprozess angemessen zu berücksichtigen, darf ich abschließend darum bitten, ackpa in dem weiteren Richtlinienprozess der PPP-RL eine Stellungnahmemöglichkeit einzuräumen. ackpa erfüllt sämtliche Kriterien, die dafür erforderlich sind. Zugesichert ist, dass wir uns engagiert und konstruktiv in den Entscheidungsprozess einbringen und die gebündelte Expertise der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern zur Verfügung stellen werden.
4.	**Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD), 7. September 2020**	
	VPKD	*[...]* der Verband der psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland e.V. (VPKD) nimmt zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL, Stand 5.8.2020) nachfolgend Stellung und hofft auf deren Berücksichtigung. Wie zur Erstfassung der Richtlinie wird diese Stellungnahme in Abstimmung mit der Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) abgegeben. *Inhalt der Stellungnahme entspricht dann:* Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), 7. September 2020

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

IV. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 10. oder 20. August bzw. 11. September 2020 eingeladen bzw. im Unterausschuss Qualitätssicherung angehört:

Organisation	**Einladung zur Anhörung angenommen**	**An Anhörung teilgenommen:**
Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	25. August 2020	ja
Der Bundesbeauftragte für die Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	28. August 2020	nein
Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	28. August 2020	ja
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)	15. September 2020	ja
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)	nein	nein
Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)	14. September 2020	ja
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)	17. September 2020	ja
Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	9. September 2020	ja
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di	15. September 2020	ja
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	20. September 2020	ja

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	14. September 2020	ja
Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF)	16. September 2020	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	14. September 2020	ja
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	16. September 2020	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	16. September 2020	ja
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)	14. September 2020	ja
Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT)	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)	7. September 2020	ja
Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	14. September 2020	ja

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 21. September 2020 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-nr.	**Stellungnehmende Organisation**	**Inhalt der mündlichen Stellungnahme**	**Auswertung der Anhörung (Stand: 21. September 2020)** ***Empfehlung des Unterausschusses***

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			an das Plenum
1.	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
2.	Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
3.	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.
4.	Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5.	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
6.	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.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

7.	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
8.	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
9.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
10.	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
11.	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.
12.	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.
13.	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.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

14.	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.
15.	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
16.	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.

Anlage V der Tragenden Gründe

Wortprotokoll

Gemeinsamer Bundesausschuss

einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Vom 21. September 2020

Vorsitzende:	Frau Prof. Dr. Pott
Beginn:	10:34 Uhr
Ende:	14:15 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung e. V. (DGSGB):
Frau Dr. …

Bundesdirektorenkonferenz e. V. (BDK):
Frau Dr. …

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V. (DFPP)
Herr Prof. Dr. …

Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK):
Frau …

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE):
Frau …

Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK):
Herr Prof. …

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di):
Frau …
Frau …

Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. (DVGP):
Frau …

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP):
Herr Prof. Dr. …
Frau Prof. …

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF):
Herr Dr. …

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN):
Herr Prof. Dr. Dr. …

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e. V. (DMtG):
Frau …

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):
Herr Prof. Dr. …
Herr Prof. …

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP):
Frau …

Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e. V. (WFKT):
Frau Prof. Dr. …

Beginn der Anhörung: 10:34 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Einen schönen guten Morgen, meine Damen und Herren! Ich darf Sie alle herzlich begrüßen – sowohl die, die in unserem Sitzungsraum anwesend sind, als auch jene, die sich zugeschaltet haben und an den Monitoren sitzen. Es ist sehr nett, dass Sie sich bereitgefunden haben, nachdem Sie eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, heute an der Anhörung teilzunehmen. – Vielen Dank dafür!

Nach der Begrüßung darf ich Ihnen noch sagen, dass die Einladung sowie die Beratungsunterlagen ordnungsgemäß versandt worden sind. Die Feststellung der Beschlussfähigkeit hat ergeben, dass wir beschlussfähig sind. Die Vertraulichkeitspflichten sind gewahrt – jedenfalls einigermaßen, die Offenlegungspflichten gemäß VerfO und das Teilhaberecht gemäß § 19 Abs. 4 GO auch.

Bevor ich mit den Ausführungen zur Anhörung fortfahre, möchte ich Frau … (G-BA-Geschäftsstelle) zur Einweisung in die Technik das Wort geben. Ich bitte Sie genau zuzuhören, damit alle, die das unter Umständen heute zum ersten Mal machen oder bisher mit verschiedenen Systemen gemacht haben, genau wissen, was zu tun ist, damit wir Ihre Wortmeldungen sehen und Sie sich an die vorgegebene Zeit halten können. – Das wäre sehr nett; ich danke Ihnen herzlich.

Ich darf diejenigen extra begrüßen, die heute das erste Mal dabei sind. Das ist auf der Seite der DKG Herr …, der per E-Konferenz zugeschaltet ist. Guten Tag, Herr …! – Das ist vom BMG Frau ... Herzlich willkommen, Frau …!

Damit wäre der erste Teil der Begrüßung soweit erledigt. Frau … (G-BA), bitte sehr.

Frau … (G-BA-Geschäftsstelle): Guten Morgen, meine Damen und Herren! Ich möchte kurz denjenigen, die mit dem Konferenztool Webex nicht ganz vertraut sind, einige Hinweise geben. Zu Ihrem Wortbeitrag im Rahmen der Anhörung wird die Vorsitzende Sie jeweils aufrufen; nähere Hinweise erfolgen dazu von ihr im Anschluss. Bitte achten Sie darauf, dass Ihr Mikrofon grundsätzlich ausgestellt ist, weil ansonsten – auch für die anderen – erhebliche Störgeräusche entstehen. Die Bedienung der Mikrofonfunktion erfolgt durch Klicken auf das entsprechende Symbol am unteren Bildschirmrand, mittig. Bitte lassen Sie, wenn Sie keinen Wortbeitrag leisten, das Mikrofon ausgestellt.

Die Videofunktion kann ebenfalls durch Anklicken der entsprechenden Schaltfläche am unteren Rand Ihres Bildschirms bedient werden. Wir bitten Sie, bei Ihren Redebeiträgen die Videofunktion zu aktivieren, damit wir Sie nicht nur hören, sondern auch sehen können. Gern können Sie auch Ihre Videofunktion dauerhaft angestellt lassen. Bei technischen Problemen, die sich im Augenblick zum Glück noch nicht abzeichnen, müssten wir Sie gegebenenfalls bitten, das Video auszuschalten.

Während der Beratungen können Sie mittels elektronischer Handhebefunktion Ihren Wortbeitrag signalisieren. Dazu öffnen Sie, sofern das noch nicht erfolgt ist, bitte bereits jetzt die Teilnehmeransicht. Das erfolgt durch Klicken auf die Schaltfläche „Teilnehmer“, die Sie unten rechts an Ihrem Bildschirmrand sehen. Dann müsste sich eine Teilnehmerliste über die Länge des rechten Bildschirmrandes öffnen. Dort sehen Sie dann auch die Namen aller eingewählten Teilnehmer. Ihr eigener Name steht ganz oben auf der Liste. Neben Ihrem Namen sehen Sie

ein Handsymbol, das die Handhebefunktion symbolisiert, die Sie durch Anklicken aktivieren können. Leider können nicht alle sehen, wer sich gemeldet hat, wir in der Moderations- und Gastgeberfunktion können es aber sehen. Seien Sie also gewiss, dass wir dies wahrnehmen und der Vorsitzenden jeweils mitteilen. Die Redebeiträge werden dann bei der Diskussion der Reihe nach aufgerufen. Ich bitte Sie, nach Ihrem Wortbeitrag jeweils die Hand elektronisch zu senken, damit wir den Überblick behalten.

Abschließend weise ich noch darauf hin, dass wir die Chatfunktion nicht oder nur sehr eingeschränkt bedienen können. Es ist kein gutes Medium, um mit uns parallel zu kommunizieren. – Gibt es Fragen? – Ich sehe keine Fragen und hoffe daher, dass alles gut klappt. – Vielen Dank!

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Dann können wir mit der eigentlichen Anhörung beginnen. Wir haben insgesamt 17 Institutionen, die von ihrem Recht auf mündliche Stellungnahme Gebrauch machen möchten. Ich möchte Sie in der Reihenfolge des Eingangsdatums Ihrer Stellungnahmen aufrufen.

Erlauben Sie mir eingangs, wie im Einladungsschreiben schon dargelegt, noch einmal klarzustellen, dass die mündliche Darstellung nicht der Wiederholung Ihrer schriftlichen Stellungnahme dient. Gehen Sie davon aus, dass wir Ihre Stellungnahme bekommen haben und sie auch schon in der AG beraten worden ist. Sie haben heute hier Gelegenheit, ergänzende Informationen zu geben, die in der Stellungnahme nicht enthalten, die neu hinzugekommen sind oder wo Sie Aspekte sehen, die noch nicht angesprochen worden, aber wichtig sind.

Nachdem neun Institutionen vorgetragen haben, die nacheinander angehört werden, haben wir eine Stunde lang die Möglichkeit zum Austausch und für Fragen. Ich bitte, die Redezeit je Organisation auf höchstens drei Minuten zu beschränken, damit heute alle gleichermaßen Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten. Wie gesagt, findet nach dem Vortrag der ersten neun Organisationen eine Stunde inhaltlicher Austausch und eine Fragerunde statt. Dann folgen die weiteren acht Organisationen und ein erneuter Austausch im Unterausschuss mit Fragerunde. Zwischenzeitlich wird – je nachdem, wo wir dann stehen – eine Mittagspause eingelegt.

Ich weise an der Stelle noch einmal ausdrücklich darauf hin, dass sämtliche Beratungen und auch die Beratungsunterlagen bis auf Weiteres vertraulich zu behandeln sind.

Nennen Sie zu Beginn Ihres Wortbeitrags bitte Ihren Namen und die Institution, die Sie vertreten, weil von der Veranstaltung ein stenografisches Protokoll erstellt wird, das später im Internet veröffentlicht wird.

Die Unterausschussmitglieder möchte ich bei Wortmeldungen zudem bitten, jeweils zu benennen, an welche Organisation sich ihre Frage richtet.

Ich rufe als Erstes die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung e.V. auf, vertreten durch Frau Dr. … – Sie haben das Wort.

Frau Dr. … (DGSGB): Ich nehme Stellung zu dem aktuellen Verfahren zur PPP-RL-Konkretisierung und Überarbeitung der Regelung. Wir sind als Fachgesellschaft mit dem gegenwärtigen Überarbeitungsvorschlag unzufrieden und haben das auch in unserer schriftlichen Stellungnahme kundgetan. Es geht im Wesentlichen um die Berücksichtig der Behandlungsbereiche oder auch um den Einsatz von Äquivalenten, die dem erhöhten Zeitbedarf bei Menschen

mit Behinderungen gerecht werden, sowie um den Einsatz von Heilpädagoginnen, Heilerziehungspflegerinnen entsprechend der Regelung auch für die Kinder und Jugendlichen. – Ich habe dem gegenwärtig nichts weiter hinzuzufügen, danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Dr. … (DGSGB). – Als nächstes hat Frau Dr. … als Vertreterin der Bundesdirektorenkonferenz e.V. das Wort.

Frau Dr. … (BDK): Wir haben sowohl zur Richtlinie, die im letzten Jahr veröffentlicht wurde, als auch zur Konkretisierung und Überarbeitung der Richtlinie bereits Stellung genommen.

Unsere Kritik geht weiterhin dahin, dass für die psychiatrischen Krankenhäuser und die Abteilungen mit der Personal-Richtlinie so, wie sie jetzt vorliegt, und auch mit der Konkretisierung und Überarbeitung eine bedarfsgerechte patientenorientierte Versorgung der schwerstkranken Menschen nicht sichergestellt werden kann.

Wir haben darauf hingewiesen, dass wir schon jetzt einen Aufbau von Bürokratie durch die Nachweispflicht sehen, dass also Ressourcen, die von den Kostenträgern zur Verfügung gestellt werden, von den Patienten abgezogen werden und in die Bürokratie fließen. Das können wir nicht gutheißen. Wir sehen, dass die bedarfsgerechte Versorgung, die leitliniengerechte Versorgung nicht sichergestellt ist. Wir haben viele vulnerable Patienten, und wir brauchen Flexibilität, um die regionale Versorgungsverpflichtung, die wir haben, sicherzustellen.

Wir sehen ein großes Problem darin, dass Notfallbehandlungen in der Richtlinie gleichgesetzt werden mit der Unterbringung von Patienten. Das entspricht in keinster Weise dem, was die erforderliche qualitätssichernde Personalausstattung angeht, denn wir haben sehr viele Menschen, die als Notfall kommen, und versuchen, sie freiwillig bei uns zu behalten.

Wir wollen, dass der Stationsbezug weggeht, sodass eine stationsungebundene Versorgung gewährleistet werden kann. Das finden wir alles nicht in der Konkretisierung, und deswegen haben wir die Stellungnahme so, wie Sie Ihnen vorliegt, eingereicht.

Wir befürchten, dass es vermehrt Zwangsbehandlungen gibt, wenn wir diese Art von Personalallokation im stationären Bereich so nachweisen müssen. Wir finden, dass die Sanktionen nicht verhältnismäßig sind, und wir brauchen Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Wir brauchen ein gestuftes Programm. Und wir bleiben dabei – wie schon in unserer ersten Stellungnahme dargelegt –, dass wir nur dann das Personalbemessungsinstrument haben möchten, wenn es sich am Patientenbedarf orientiert.

Wir halten nach wie vor am Plattform-Modell fest und sehen darin wirklich eine bessere Abbildung dessen, was moderne Psychiatrie meint, so, wie sie auch unter Berücksichtig der UN-Behindertenrechtskonvention umgesetzt werden sollte.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau Dr. … (BDK), für Ihre Stellungnahme. – Jetzt darf ich die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V. aufrufen. Herr Dr. …, bitte.

Herr Prof. Dr. … (DFPP): Ich bin Präsidiumsmitglied der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege und möchte ergänzend zur schriftlichen Stellungnahme noch drei Aspekte in die Diskussion einbringen.

Die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege ist enttäuscht vom Weiterentwicklungsstand, der aus unserer Perspektive eher bürokratische Fragen diskutiert als die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Es sind keine Minuten angefasst worden – bis auf den Übertrag der Psychosomatik, der aber nur eine Anpassung oder Gleichschaltung einer anderen allgemeinpsychiatrischen Gruppe darstellt. Damit sind in keinster Weise evidenzbasierte Versorgungen möglich.

Die Minutenwerte basieren immer noch auf den Minutenwerten der Psych-PV, die vor über 30 Jahren entwickelt wurden. Das ist nicht mehr adäquat und gefährdet die Patientenversorgung. Die Minutenwerte entsprechen auch nicht weiteren und neuen gesetzlichen Normierungen – ob es, wie Frau … (BDK) schon angeführt hat, die UN-Behindertenrechtskonvention ist, ob es neue Urteile zum Thema Partizipation in Richtung Zwangsmaßnahmen angeht, deutliche *[Tonstörung]* von Zwangsmaßnahmen, Antrittsformen, die uns auch der Gesetzgeber mit auf den Weg gibt.

Wir sehen auch einen Aufwuchs der Bürokratie. Allerdings sehen wir Nachweise grundsätzlich als sinnvoll an. Sie müssen aber praktikabel sein, und hier hoffen wir, dass ein Weg zwischen DKG und GKV gefunden wird, denn wir sehen in beiden Vorschlägen nicht wirklich, dass dies hinterher zu einer besseren Patientenversorgung führt.

Die Berücksichtigung einer 24-Stunden-Versorgung ist in der Richtlinie auch noch ungenügend abgebildet. Gerade die psychiatrische Pflege ist nicht in einem 5-Tage-Rhythmus getaktet. Das heißt, die Therapie und Versorgung, die die Pflege quasi gewährleistet, funktioniert nicht über 40 Stunden in der Woche, sondern über 168 Stunden in der Woche, und dies ist aus unserer Perspektive noch ungenügend abgebildet.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr Dr. … (DFPP. – Wir hätten als nächstes eigentlich Herrn … auf der Liste. Ist er anwesend? – Wenn er sich nicht meldet, fahren wir mit Frau … fort. Sie vertritt den Deutschen Verband für Physiotherapie. – Bitte, Frau ...

Frau … (ZVK): Ich habe der Stellungnahme, die wir abgegeben haben, nichts hinzuzufügen. Ich möchte trotzdem die Gelegenheit nutzen, auf die Behandlungs- und Therapieeinheiten zu sprechen zu kommen. Da wäre noch einmal hinzuschauen, weil wir an einigen Stellen nur 29 Minuten pro Woche haben. Das wären pro Tag 5 Minuten in der Patientenbehandlung Physiotherapie. Das sehen wir als sehr kritisch; das wurde schon diskutiert.

Ansonsten gibt es nichts, was wir hinzuzufügen hätten, außer, dass der Bewegungstherapeut Bestandteil des Physiotherapeuten ist und es den Bewegungstherapeuten als Begrifflichkeit in dem Beruf nicht gibt.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (ZVK). – Damit kämen wir zu Frau .... Sie vertritt den Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V.

Frau … (DVE): Uns ist klar, dass im Moment viele Details, was die Umsetzung angeht, zu regeln sind – alles auch unter dem Stichwort Bürokratie. Für die Ergotherapie ist es uns aber wichtig, noch einmal auf Grundsätzliches hinzuweisen. Dass Ergotherapie ein zentraler Baustein in der psychiatrischen Versorgung ist, ist, glaube ich, nicht zu diskutieren; darum geht es auch nicht. Allerdings ist die Beschreibung der Regelaufgaben der Ergotherapie immer noch nicht gelöst, denn sie wird mit den künstlerischen Therapien zusammengefasst dargestellt. Und sie ist tatsächlich auf dem Stand von vor 30 Jahren; das ist erschreckend. Wir behandeln nicht mehr wie vor 30 Jahren; das wäre auch fahrlässig. Aber die Beschreibung der Regelaufgaben suggeriert genau das und schreibt das fest. Uns ist es wichtig, dass hier eine Veränderung stattfindet bzw. dass zumindest im § 14 eine Ergänzung erfolgt, dass eben genau das

Konstrukt der Spezialtherapeuten, der Begriff, aber auch die Regelaufgaben der Ergotherapeuten überprüft werden. Wir brauchen eine sachgerechte und zeitgemäße Beschreibung von Ergotherapie, damit auch sachgerecht Entscheidungen, zum Beispiel in Bezug auf Anrechnung von Berufsgruppen, von Hilfsgruppen oder auch in Bezug auf Minutenwerte getroffen werden. Wir haben dazu in der ersten Stellungnahme im letzten Jahr bereits einen Vorschlag eingereicht. Den reichen wir gern noch einmal ein.

Wir stellen unsere Expertise an dieser Stelle gern zur Verfügung, denn es geht uns darum, dass es wirklich eine zeitgerechte und sachgerechte Darstellung gibt, und die geht nur unter direkter Beteiligung der Professionen. Damit eben im Sinne und zum Wohle der Patienten behandelt und gehandelt werden kann, müssen sich diese Inhalte sachgerecht und zeitgerecht in der Psychiatrie-Richtlinie abbilden. Das ist das, was uns als Verband derzeit in erster Linie wichtig ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau …, das ist angekommen. Ich weiß jetzt nicht genau, was nicht übernommen worden ist. Wir kommen ja später in der Diskussion noch dazu, aber auf alle Fälle ist es gut, wenn Sie die Stellungnahme noch einmal einreichen.

Als Nächster erhält Herr Professor … das Wort. Er vertritt die Aktion Psychisch Kranke e. V.

Herr Prof. … (APK): Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Als stellvertretender Vorsitzender der Aktion Psychisch Kranke haben wir die PPP-RL grundsätzlich auch als Chance gesehen. Wir haben aber große Sorge insbesondere hinsichtlich der Ausführungsbestimmungen, die der GKV-Spitzenverband eingebracht hat. Ich will drei Punkte herausheben:

Der erste Aspekt ist die Anrechnung von Berufsgruppen, also § 8: Psychiatrie und Psychosomatik haben sich in den letzten zehn, zwanzig Jahren dramatisch verändert. Wir haben heute multiprofessionelle Teams, wir haben entsprechend bedarfsorientierte personenzentrierte trialogische und sektorenübergreifende Konzepte. In diesen Teams haben sich die Tätigkeitsprofile massiv verändert. Durch die starre Festschreibung, die die PPP-RL im Moment macht, und die extrem niedrigen Ausgleichswerte, die der GKV-Spitzenverband vorschreibt, wäre das moderne Arbeiten, das inzwischen längst Alltag ist, überhaupt nicht möglich. Wir brauchen da ganz andere Werte. Wir haben eben gesagt: 20 Prozent in der Allgemeinen, in der Erwachsenen-Psychiatrie, 30 Prozent in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Und wir wissen auch aus der Therapieforschung, wie wichtig die Beziehungskonstanz ist. Diese Beziehungskonstanz muss über die Sektoren hinweggehen. Wir müssen also vollstationär, ambulant, Tagesklinik, StäB aus einer Hand entsprechend gewährleisten, und das können wir nicht mit dem Korsett, das uns vorgegeben ist.

Zweiter Punkt ist § 11 – Nachweisverfahren: Es macht aus unserer Sicht überhaupt keinen Sinn, die Daten auf Corona zu beziehen. Die Daten von 2020 sind keine validen Daten. Niemand kann mit 2020 planen. Was hier in den Krankenhäusern passiert ist, taugt nicht als Fortschreibung für die nächsten Jahre. Wir müssen uns da ein Jahr Zeit geben.

Der dritte Punkt – das ist der Hauptpunkt – ist § 13 – Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben: Da wird aus unserer Sicht nicht adäquat bedacht, dass die Psychiatrien mit regionalen Versorgungsverpflichtungen arbeiten. Das ist auch in den entsprechenden Ländergesetzen verankert. Die Länderplanungen sind darauf bezogen, dass bestimmte Krankenhäuser bestimmte Regionen versorgen – Pflichtversorgung. Es geht nicht nur um die Untergebrach-

ten, sondern um die Fachbehandlung insgesamt. Es geht auch um die gemeindepsychiatrischen Verbünde. Anders als in der Somatik fehlen hier Redundanzen. Und wenn es hier Vorschläge gibt, dass 90 Prozent zu keiner Vergütung führt, dann würde die Qualität hier dramatisch wegbrechen, dann wäre die Versorgung nicht gut möglich.

Insgesamt vermissen wir in der Stellungnahme die Indikatoren zur Beurteilung von Struktur-, Prozess- wie auch Ergebnisqualität. Wir sehen da eher ein überschießendes Strafinstrument, was aus unserer Sicht die Verhältnismäßigkeit nicht wahrt.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Professor …. – Wir kommen zu Frau … oder Frau …; sie vertreten die Vereinte Dienstleistungsgesellschaft ver.di. Wer von Ihnen wird sprechen? – Frau …, bitte.

Frau … (ver.di): Ich möchte ergänzend zu unserer schriftlichen Stellungnahme einige grundsätzliche Anmerkungen machen.

Nicht erst seit der Corona-Pandemie ist deutlich geworden, dass die entscheidende Herausforderung in der psychiatrischen Versorgung die Personalausstattung ist und damit auch der Personalnotstand, der stellenweise vorhanden ist. Dieser enorme Handlungsbedarf hat sich auch an dem Versorgungsbarometer gezeigt, das wir für ver.di im September 2019 durchgeführt haben. Bereits da hatte sich gezeigt, dass sich drei Viertel der Beschäftigten in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung nicht vorstellen konnten, bei der Personalausstattung bis zur Rente in der Psychiatrie weiterzuarbeiten. Wir haben uns deshalb grundsätzlich für deutliche Verbesserungen der Psych-PV, die damals noch galt, eingesetzt – für eine Psych-PVplus.

Die PPP-Richtlinie ist deutlich hinter den Anforderungen zurückgeblieben. Sie gilt seit dem 1. Januar 2020. Wir halten Nachbesserungen für erforderlich und drängen deshalb auch auf einen kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess, wie er jetzt begonnen hat. Bezüglich der Details möchte ich auf unsere Stellungnahme verweisen.

Wir sehen in den Mindestanforderungen in der Richtlinie nicht die Voraussetzungen für eine leitliniengerechte Versorgung erfüllt. Die Anforderungen müssen deutlich über die Mindestforderungen hinausgehen. Ich möchte hier auch den Vergleich zum Mindestlohn ziehen. Der war notwendig, um eine rote Linie nach unten zu ziehen, die keineswegs unterschritten werden darf, damit Arbeit nicht arm macht. Doch das Niveau einer auskömmlichen und fairen Vergütung liegt deutlich darüber. Genauso verhält es sich mit der PPP-Richtlinie. Sie zieht die rote Linie nach unten.

Für eine bedarfsgerechte, den Leitlinien entsprechende Versorgung ist mehr Personal erforderlich, und dafür ist auch ein geeignetes Personalbemessungsinstrument erforderlich. Entscheidendes Kriterium ist die bedarfsgerechte Versorgung auf der Grundlage der medizinischen Leitlinien. Wir setzen uns dafür ein, dass es keine Verzögerungen über die bestehenden Übergangsregelungen hinaus gibt und das Ziel der Weiterentwicklung konsequent eingehalten wird. Wir setzen uns für eine konsequente Weiterentwicklung ein, damit die PPP-Richtlinie auch die Grundlagen für eine verbindlich abgesicherte, qualitativ hochwertige psychiatrische Versorgung bietet.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau … (ver.di), herzlichen Dank für Ihre Stellungnahme. – Da ist noch jemand zu begrüßen: Frau … vom Dachverband Gemeindepsychiatrie.

Sie war nicht auf der Liste, weil sie sich verspätet angemeldet hatte, und kommt jetzt hinzu. Die Gemeindepsychiatrie ist für uns auch sehr wichtig.

Frau … (DVGP): Ich vertrete den Dachverband Gemeindepsychiatrie und damit auch die Betroffenen. Wir haben eine Stellungnahme abgegeben. Was wir noch anfügen wollen, ist, immer zu beachten, dass die UN-Charta umgesetzt wird.

Was uns sehr Sorgen bereitet, ist die Bürokratie in der Pflege. Das Verhältnis zwischen bürokratischem Aufwand und Zeit für die Pflege ist sehr schlecht, das heißt, die Zeit für den bürokratischen Aufwand geht von der Zeit für den Patienten ab.

Worauf wir großen Wert legen, ist, dass die Genesungsbegleiter auf jeden Fall ein Muss sind und keine Kann-Bestimmung. Da fehlen im Übrigen – auch wenn es eine Kann-Bestimmung ist – noch die Regelaufgaben, also das, was sie zu tun haben: Es fehlt die komplette Stellenbeschreibung.

Worauf wir auch sehr großen Wert legen, ist, dass das ganze Konstrukt, das hier entwickelt worden ist, wenn es schon neu gemacht wird, menschlich und mit einer Beziehung stattfinden können sollte. Das heißt, wir sind darauf angewiesen, dass wir auch im stationären Bereich nicht dauernd neue Leute bekommen, sondern dass da Stabilität herrscht. Dazu vertreten wir den Standpunkt, dass 100 Prozent Personal wichtig ist.

Wir wollen, dass das Ganze auch wertschätzend abläuft. Die Zahlen, die da überall genannt werden, eignen sich leider nicht, den wertschätzenden Hintergrund zu stabilisieren.

Leitlinienkonform wäre auch schön, denn wenn schon etwas bundesweit festgeschrieben wird, kann es nicht sein, dass das andere dagegen arbeitet. Ich wäre also sehr dafür, dass das in diesem ganzen Teil auch berücksichtigt wird. – Ich hätte zwar noch mehr zu sagen, danke aber erst einmal.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau … (DVGP), ganz herzlichen Dank für Ihre Ausführungen. – Wir haben jetzt für jeden die drei Minuten gehabt und die ersten neun Statements gehört. Deswegen möchte ich jetzt eine Stunde Zeit geben für Fragen und Kommentare. Dabei bitte ich die Anwesenden aus dem Unterausschuss, noch einmal genau zu sagen, an wen sie die Fragen richten, damit das auch protokolliert werden kann. – Die Fragerunde ist eröffnet. – Frau ... *[DKG]* bitte.

DKG: Ich möchte zwei Fragen stellen, zunächst an die APK und an die BDK. Ich beginne mit einer Frage an die APK zum Thema der Anrechnung. Sie haben gerade ausgeführt, dass die Ihrer Auffassung nach modernen Behandlungskonzepte in der PPP-RL nicht ausreichend berücksichtigt werden, und haben das auch mit dem Thema der Anrechnung in Verbindung gebracht. Sie sprechen sich für Anrechnungsumfänge von mindestens 20 Prozent aus. Meine Frage wäre: Welche konkreten Auswirkungen hätte es aus Ihrer Sicht zur Folge, wenn man Anrechnungsumfänge von nur etwa fünf Prozent festlegen und damit deutlich unterhalb Ihres Vorschlags bleiben würde?

Sie haben auch Hilfskräfte angesprochen. Aus welchen Gründen ist aus Ihrer Sicht auch das Berücksichtigen von Hilfskräften hier essenziell? Das wäre die Frage an die APK.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau … *[DKG]*, wir würden erst die Antwort von der APK erbitten. Dann können Sie die zweite Frage stellen. – Würde jemand für die APK antworten?

Herr Prof. … (APK): Was die Personenzentrierung angeht, ist ein paradigmatisches Beispiel die Umsetzung der stationsäquivalenten Behandlung, StäB. Wir sehen da, wie die verschiedenen Berufsgruppen inzwischen sehr gut ineinandergreifen. Wir haben natürlich Kernkompetenzen bei den einzelnen Berufsgruppen; Sie haben das entsprechend hinterlegt. Wir sehen aber auch, dass beispielsweise Alltagsaktivierung oder Expositionsbehandlung oder der Gesprächskontakt von vielen Gruppen genannt werden kann. Uns hier ein strenges bürokratisches Korsett anzulegen, ist ein großes Hindernis, insbesondere auch unter dem Aspekt des zunehmenden Fachkräftemangels. Ich sitze in München, wir haben hier noch relativ gute Bedingungen. Ich habe aber lange in Sachsen-Anhalt gearbeitet und weiß, wie da die Situation ist. Wir müssen uns in der Hinsicht an den Nutzern orientieren und nicht an formalistischen Vorgaben, denn was die angeht, ist es nicht mehr wie in den 90-er Jahren, dass es da ganz klare Grenzen gibt. Natürlich gibt es bestimmte Tätigkeiten, die nur ein Arzt ausführen darf und die nur eine Psychotherapeutin durchführen kann und die nur die Pflege machen kann und die Ergotherapie und die Bewegungstherapie. Aber es gibt vieles, was auch überlappt, und da müssen wir die Möglichkeiten haben, das flexibel zu handhaben. Und das ändert sich auch über die Jahre dramatisch. Als ich angefangen habe, war das noch komplett anders als heute, und es wird in zehn Jahren noch einmal ganz anders sein.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke, Herr … (APK). – Frau ... *[DKG]*, Ihre zweite Frage bitte.

DKG: Meine zweite Frage, die ich gern an die BDK richten möchte, betrifft das Thema der finanziellen Sanktionierung. Sie haben sich in Ihrer Stellungnahme dafür ausgesprochen, dass bei den finanziellen Sanktionen grundsätzlich die Höhe der Unterschreitung berücksichtigt werden muss und es auch einen Dialog geben muss, in dem die Ursachen der Unterschreitung thematisiert und dann auch berücksichtigt werden. Können Sie verdeutlichen, warum diese beiden Aspekte aus Ihrer Sicht eine große Rolle spielen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke, Frau ... *[DKG]*. – Für die BDK antwortet Frau ....

Frau Dr. … (BDK): Gern führe ich dazu aus. Wir vertreten die Kliniken und die Abteilungen, die wirklich für die regionale Versorgungsverpflichtung zuständig sind. Unsere Hauptbefürchtung, was die Konkretisierung der Richtlinie angeht, ist, dass es ein Behandlungsverbot geben könnte und auch Erlösausfälle. Aber in erster Linie ist es das Behandlungsverbot, was wir uns nicht vorstellen können, da wir dann unserem Auftrag nicht gerecht werden können. Wir haben sehr viele Patienten, die in Notlagen zu uns kommen. Wir haben in den Kliniken 70 Prozent Notfallbehandlungen. Wenn diese Behandlungen nicht vorgenommen werden können, weil es Abweichungen von den Mindestvorgaben gibt, dann würde es ja theoretisch, wenn man das weiterdenkt, zu Verschickungen von Patienten in andere Kliniken, in andere Regionen kommen müssen, die letztendlich, wenn man einmal schaut, wie die Versorgung im Moment ist, überall einen hohen Andrang haben. Wir haben nicht so viele elektive Aufnahmen, dass wir das so steuern können. Deswegen ist es aus unserer Sicht ganz wichtig, dass es Mindestvorgaben gibt, dass es diese Mindestvorgaben in dem Sinne gibt, dass sie eine Qualitätssicherung darstellen, aber nicht dieses enge Korsett, das Behandlung verbietet. Wir sind nicht dagegen, dass es ausreichend Personal für die Patientenversorgung gibt, aber wir können mit diesem engen Korsett nicht die Notfallbehandlungen und die Pflichtversorgung aufrechterhalten. Es ist wirklich ein Widerspruch.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau Dr. … (BDK). – Frau ... *[DKG]*, war das okay? – Dann käme Herr ... *[PatV]*, bitte.

PatV: Ich hätte drei Fragen. Herr Professor …, vom Deutschen Verband Psychiatrische Pflege, Frau Dr. … (BDK), warum sind Sie der Meinung, dass durch Sanktionen und Vergütungsausschlüsse mehr Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie drohen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Herr Dr. ... (DFPP)? Oder Frau Dr. … (BDK)?

Herr Prof. … (DFPP): Ganz herzlichen Dank für die Frage. Das lässt sich relativ einfach erklären. In der Psychiatrie stehen wir in der Situation, dass wir aufgrund der regionalen Pflichtversorgung zu jeder Zeit in der Lage sein müssen, schwierigste Situationen gut, dem neuesten Stand des Wissens entsprechend und auch ethisch und moralisch gut zu handeln, das heißt mit so wenig Zwangsmaßnahmen wie möglich, mit so viel Partizipation wie möglich. Das erfordert aber nicht nur eine Mindestausstattung an Personal, sondern erfordert ein Maß an Personal, dass solche Situation gut bewältigen kann. Das sind 1:1-Betreuungen, die direkt über 24 Stunden mindestens eine Person erfordern; das sind enorme Personalaufwendungen.

Stellen Sie sich vor, Sie bekommen jetzt Sanktionen aufgrund von Minderbelegung – wegen Corona –, sodass Sie wegen der Personalreduktion nicht mehr in der Lage sind, diese Form der Behandlung zu betreiben, weil Ihnen dies wegen fehlender Belegung im nächsten Jahr nicht mehr ermöglicht werden soll. Das wäre so, als ob Sie die Feuerwehr nach Einsätzen bezahlen würden und nicht die Vorhalteleistungen, die sie erbringen muss. Ich möchte an der Stelle auch nicht von Mindestversorgung sprechen, sondern muss einfach sagen: Wir müssen hier das bestmögliche Ergebnis erzielen, damit wir auch Akutpsychiatrie so zwangsarm wie möglich gestalten können.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Ist Ihre Frage damit beantwortet, Herr ... *[PatV]*? – Ja. Danke. – Haben Sie eine weitere Frage?

PatV: Meine nächste Frage bezieht sich auf die Genesungsbegleiter und ist hauptsächlich an Frau … (Dachverband Gemeindepsychiatrie) gerichtet: Warum halten Sie Genesungsbegleiter für die adäquate psychiatrische Versorgung für wichtig? – Ich richte die Frage auch an die Verbände, die den Einsatz von Genesungsbegleitern schon befürwortet haben: Warum möchten Sie, dass das verpflichtend ist?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau … (DVGP) war angesprochen. Bitte.

Frau … (DVGP): Darauf antworte ich gern. – Wir hatten letztens eine Fachtagung; da haben wir darüber gesprochen. Es ist so, dass wohl die Meinung besteht, dass auch Hilfskräfte als Genesungsbegleiter eingesetzt werden könnten. Womöglich wären das einfach nur Hilfskräfte, die gar keinen Plan haben. Ein Genesungsbegleiter aber ist Experte für das Leiden, das ich als Betroffener habe. Wenn ich dem sage „Meine Stimmen plagen mich heute arg!“, dann weiß ich, dass ich nicht erst noch darüber diskutieren muss. Aber erzählen Sie das mal jemandem, der noch nie etwas mit Psychiatrie zu tun hatte oder sich nicht in einen Menschen hineindenken kann!

Ich glaube, dass ein Genesungsbegleiter qualifiziert genug ist, um ein multiprofessionelles Team adäquat zu unterstützen, sodass er für uns wertvoll ist. Außerdem ist es auch nachgewiesen, also vom fachlichen und sachlichen Grunde her alles schon belegt. Genesungsbegleiter dürfen nicht fehlen oder gar durch Sicherheitskräfte ersetzt werden. Ich bin ganz erschrocken, dass Hilfskräfte gefordert sind, wohingegen ich Genesungsbegleiter brauche. Da fehlt einfach die Stellungnahme seitens des G-BA, weil nicht bekannt ist, was die machen sollen. Das fehlt!

Ich halte es für wichtig, dass in der Psychiatrie endlich nicht die Zahlen im Vordergrund stehen. Natürlich muss alles bezahlt werden. Aber wenn ich höre, dass die Anwendung von Zwangsmaßnahmen erhöht wird, weil es weniger Personal gibt, dann kriege ich einen Föhn! Das ist erschreckend, da lasse ich mich doch nicht mehr stationär behandeln. Dagegen wehre ich mich mit Händen und Füßen! Das geht so nicht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (DVGP). – Frau … (BDK) hatte sich auch dazu gemeldet.

Frau Dr. … (BDK): Ich möchte etwas zu der Frage von Herrn ... sagen. Ganz praktisches Beispiel aus dem Alltag: Es ist ja so, dass wir unser Personal im Moment so steuern, wie der Bedarf ist. Das heißt, wenn ich Akutaufnahmen habe, die eine 1:1-Betreuung erfordern, kann ich das Personal dahin steuern, dass diese 1:1-Betreuung über 24 Stunden hinweg gewährleistet wird, und kann damit verhindern, dass eine Zwangsmaßnahme erforderlich wird.

Wenn ich aber den Vorgaben der PPP-Richtlinie folge, muss ich mein Personal so steuern, dass ich immer die Mindestvorgaben einhalte, und das heißt dann, dass das Personal nicht den Bedarfen der Patienten folgt, sondern den Vorgaben der Richtlinie, und das wird zu mehr Zwangsmaßnahmen führen. Das ist der einfache Grund, aus dem Herr … (DFPP) und ich das angeführt haben.

Zur Rolle der Genesungsbegleiter: Die Genesungsbegleiter machen in der Psychiatrie einen Job, den kein anderer machen kann. Die Patienten profitieren davon. Wir haben viele Genesungsbegleiter eingesetzt. Das ist einfach etwas, was zur modernen Psychiatrie gehört und deswegen auch in die Richtlinie aufgenommen und mit Minutenwerten hinterlegt werden muss.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (BDK). – Herr ... *[PatV]*, bitte Ihre dritte Frage.

PatV: Meine dritte Frage adressiere ich an Herrn Professor … (APK). Können Sie genauer ausführen, warum Sie der Meinung sind, dass die Sanktionen, Vergütungsausschlüsse die regionale Pflichtversorgung bedrohen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Professor … (APK), bitte.

Herr Prof. … (APK): Vielen Dank für die Frage. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt, ich glaube, auch aus der Sicht der Betroffenen, der Nutzer, denn Psychiatrie funktioniert anders als andere medizinische Fächer. Dessen muss sich auch der G-BA – oder die entsprechenden Beteiligten – bewusst sein.

Wir haben eben sehr stark die sektorenübergreifende Versorgung, weil die Menschen einfach kontinuierlich der Hilfe bedürfen und versorgt werden müssen. Das bedeutet eben: Ich habe

die Gemeinde als Grundstruktur der Versorgung, und die Hilfen sind immer auf diese Gemeinde bezogen. Die Hilfen sind nicht redundant. Wenn ich jetzt durch überschießende Sanktionsmechanismen beispielsweise eine Akutstation oder eine Tagesklinik quasi nicht mehr finanziert bekäme, gibt es da niemanden, der das übernehmen kann. Da ist kein zweites Krankenhaus vor Ort, sondern das ist eine Versorgungsregion, die auf sich bezogen ist und die natürlich auch eng vernetzt ist. Dann fehlt der Player in dem gemeindepsychiatrischen Verbund und in den entsprechenden anderen Steuerungsgremien. Das geht einfach nicht. Wo gingen die Menschen dann hin? Wo würden sie dann versorgt werden? Dieser Sanktionsmechanismus läuft quasi dem Grundprinzip der regionalen Versorgung zuwider.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. – Wir haben jetzt Frau ... *[GKV-SV]*, dann Herrn .... *[PatV]*, Herrn ... *[PatV]* sowie Herrn ... *[GKV-SV]*. Darf ich Sie in dieser Reihenfolge aufrufen? – Frau ... *[GKV-SV],* bitte.

GKV-SV: Ich habe drei Fragen, möchte aber zumindest noch etwas zu Frau … (DVGP) sagen: Glauben Sie nicht die Mär, dass es weniger Personal gibt! Wir haben in der Richtlinie 5 Prozent mehr Personal vereinbart. Das sind 3 700 Stellen. Das kostet die Kasse 250 Millionen Euro. Wir haben eher die Sorge, dass die Kliniken dieses Personal gar nicht so schnell an Bord bekommen, weil es ja auf dem Fachkräftemarkt anwesend sein muss. – Es gibt also mehr Personal und nicht weniger.

Ich möchte noch eine Frage an Frau … von ver.di richten, und zwar die Höchstgrenze betreffend bei den Anrechnungen von PPP-fremdem Personal. Hier möchte ich explizit darauf hinweisen, dass wir das PPP-fremde Personal in Absatz 5 haben. Ich habe das Gefühl, hier geht einiges durcheinander. Innerhalb der PPP-Richtlinie kann das Personal ohne Höchstgrenzen ausgetauscht werden, das heißt Pflegende mit Ergotherapeuten, Ärzte und Psychologen. Es geht hier nur um PPP-fremdes Personal. Dafür haben wir die Höchstgrenzen festgelegt. Frau … (ver.di), Sie hatten sich für eine möglichst niedrige Anrechnungsquote ausgesprochen und auch gesagt, dass Sie eine Mindestanrechnung von einer halben VKS ablehnen. Würden Sie das noch einmal begründen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke. – Frau … (ver.di), bitte.

Frau … (ver.di): Wir setzen uns generell dafür ein, dass die Mindeststandards für alle Berufsgruppen zu hundert Prozent von Fachkräften erfüllt werden, weil Fachkräfte eine hohe Fachlichkeit sichern – dies umso mehr, als zum Beispiel im Bereich der Spezial- und der Bewegungstherapeuten bisher im § 5 schon zum Teil auch recht unspezifische Berufsbezeichnungen, die eine Öffnung zu weiteren Berufen bedeuten könnten, verwendet werden.

Wenn es jetzt um die Anrechnung PPP-fremden Personals geht, sind wir dafür, dass Personal zusätzlich – Hilfspersonal vor allen Dingen –, soweit es erforderlich ist, eingesetzt und auch zusätzlich finanziert wird. Sollte gemäß den vorliegenden Vorschlägen nun eine Höchstgrenze beschlossen werden, so ist sie möglichst niedrig anzusetzen. Wir plädieren aus Gründen der Komplexitätsreduktion dafür, dass die anzurechnende Höchstgrenze auf maximal 3 Prozent vereinheitlicht und somit auch die Fachlichkeit sichergestellt wird.

Zum zweiten Teil Ihrer Frage: Eine Mindestanrechnung von einer halben Vollkraftstelle je Berufsgruppe lehnen wir deshalb ab, weil das gerade in kleinen Einrichtungen, zum Beispiel in Tageskliniken, dazu führen könnte, dass eine gesamte Berufsgruppe – oder zum Beispiel eine halbe Ärztinnenstelle – ersetzt wird oder auch eine gesamte Berufsgruppe, die nur mit einem

halben Stellenanteil in einer kleinen Einheit vertreten ist, zum Beispiel Spezialtherapeuten, vollständig durch eine andere Berufsgruppe ersetzt wird. Deshalb halten wir diesen Vorschlag für nicht sachgerecht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (ver.di). – Frau ... *[GKV-SV]*, bitte.

GKV-SV: Herr … (DFPP), meine zweite Frage richtet sich an Sie: Warum lehnen Sie die Mindestanforderung von einer halben Vollzeitstelle oder einem halben Vollzeitäquivalent ab?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr … (DFPP), bitte.

Prof. Dr. … (DFPP): Ein Stück weit aus den gleichen Gründen wie ver.di, nämlich, dass wir damit der genannten Gefahr unterliegen, gerade in kleinen Einheiten und Tageskliniken. Es sind die Minutenwerte übernommen worden, die vor 30 Jahren galten. Die Tageskliniken waren immer unterfinanziert, das heißt, das Personal ist immer ein Stück weit aus dem klinischen Bereich in die Tageskliniken geflossen, damit man sie überhaupt betreiben konnte. Und wenn sich jetzt quasi aufgrund dieser klitzekleinen Minutenwerte diese Anerkennungen da noch verschieben, ist das Risiko sehr groß, dass sich komplette Berufsgruppen dadurch nicht mehr im multiprofessionellen Team wiederfinden.

Ich möchte kurz noch etwas zu der generellen Anrechnungsfrage sagen: Das sehen wir tatsächlich kritisch. Sie müssen hier nämlich zwei Dimensionen betrachten. Sie haben vorhin gesagt, dass das doch innerhalb der Berufsgruppen grundsätzlich möglich sei. Das ist überhaupt nicht richtig, denn mit der PPP-RL ist ja quasi in die alte Psych-PV-Regelung – da hätte es gestimmt, dass wir innerhalb der Berufsgruppen hätten tauschen können – quasi eine Grenze eingezogen worden, nämlich zwischen Psychologen und Ärzten und zwischen allen anderen. Da gibt es nämlich schon einen Cut, und da ist ein Tausch schon nicht mehr sinnvoll, obwohl er in der Praxis, wie Frau … (BDK) dargestellt hat, durchaus Sinn ergeben kann.

Bei der Anerkennung von Hilfskräften sehen wir die Situation sehr kritisch, egal, ob wir da drei oder fünf Prozent hinschreiben – ich bin kein Freund von Relationen, weil Relationen immer etwas mit der Gesamtzahl dahinter zu tun haben. Die größte Berufsgruppe ist die der Pflege, und diese hat in der Vergangenheit schon dazu gedient, gewisse Unterstützungsleistungen, die auch patientenferner Natur sind, aus diesem Budget herauszuziehen. Drei Prozent aus der Pflege ergibt eine große Summe X. Drei Prozent aus dem ärztlichen Dienst ergibt eine kleine Summe X. Das heißt, da wäre ich sehr vorsichtig.

Sollten solche Regelungen kommen, müssten aus meiner Perspektive spezifische Nachweise erfolgen, die aus den einzelnen Säulen zu testieren sind, also im Sinne von Einverständniserklärungen. Aber das sollte man sich sehr genau anschauen. Wie gesagt, es sind zwei Dimensionen: Psych-PV bzw. Berufsgruppentausch – der ist nicht problemlos möglich. Und Hilfskräfte sehe ich ebenfalls sehr, sehr kritisch.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr … (DFPP). – Jetzt noch einmal Frau ... *[GKV-SV]*, bitte.

GKV-SV: Eine letzte kurze Frage an Frau … (ver.di): Sie haben in Ihrer Kommentierung zu § 11 – Nachweisverfahren – eine Veröffentlichung der Jahresberichte gefordert. Können Sie das noch einmal begründen? Gilt das auch für die Quartalsberichte in der Übergangszeit?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau … (ver.di), bitte.

Frau … (ver.di): Vielen Dank für die Frage. In der Tat ist es uns wichtig, dass die Jahresberichte veröffentlicht werden. Das ist bisher in § 11 Abs. 10 nicht vorgesehen. Das ist deshalb wichtig, weil die Veröffentlichung der Jahresberichte wesentlich ist für die Transparenz der psychiatrischen Versorgungsqualität. Wir sind auch dafür, in der Übergangszeit bis zum 1. Januar 2024 die Quartalsberichte zu veröffentlichen, weil sie wesentliche Grundlagen für die Weiterentwicklung der Richtlinie darstellen und auch ein Maß an Transparenz – das wäre durch die Veröffentlichung möglich – sichergestellt sein muss.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (ver.di). – Dann kämen als Nächste Herr ... *[PatV]* und dann Frau ... *[DKG]* und Herr ...*[PatV]*. Herr ... *[PatV]*, bitte.

PatV: Ich habe noch eine Frage an die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege und auch die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di zu der Thematik Anrechnung von Hilfskräften. Insbesondere das Pflegepersonal muss ja rund um die Uhr da sein. Beide setzen sich ja für eine strikte Begrenzung der Anrechnung von Hilfskräften bzw. wenn möglich für 100 Prozent Fachkraftquote ein. Diese Fachkraftquote sollte eingehalten werden, um einer Gefährdung der Patientenversorgung entgegenzutreten. Wir haben eben schon gehört, dass das Personal häufig nicht auf dem Pflegemarkt vorhanden ist, und ich frage jetzt: Welche Übergangsregelungen schlagen Sie vor, um die gewünschte Fachkraftquote zu erreichen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Herr Dr. … (DFPP).

Prof. Dr. … (DFPP): Herzlichen Dank für die Frage. Erst einmal wissen wir ja noch gar nicht, wie die Situation aussieht, weil wir noch keine PPP-RL-Daten haben und für 2020 auch erst einmal keine sachgerechten bekommen werden. Daher ist die Antwort auf die Frage, ob wir diese Mindestvorgaben besetzt bekommen oder nicht, immer noch ein bisschen im Dunst.

Ich sehe das etwas unkritischer. Natürlich haben wir einen Fachkräftemangel. Allerdings haben wir in den Psychiatrien auch Vorteile im Vergleich zu den somatischen Kliniken. Ich bin als Pflegedirektor tätig und profitiere ein Stück weit auch von den nicht sehr guten Arbeitsbedingungen in den somatischen Häusern. Ich mache mir da also nicht so viele Sorgen. Ob Übergangsregelungen notwendig sind, weiß ich allerdings nicht. Ich bin ja auch nicht ein kompletter Gegner dessen, quasi Hilfskraftanrechnungen vorzunehmen. Ich sehe nur ein absolutes Risiko darin, eine Hilfskraftquote bei einer Mindestpersonalbesetzung von 20 Prozent zu definieren. Das heißt, Sie gehen in eine Mindestpersonalbesetzung, wo Sie die Fachkräfte brauchen, gerade für die 1:1-Betreuung, um deeskalierend zu wirken. Von dieser Mindestpersonalbesetzung noch einmal 20 Prozent in eine Hilfskraftquote zu geben, sehe ich als absolut bedenklich an, weil Sie damit quasi die Mindestanforderungen aus den 80-er Jahren um noch einmal 20 Prozent reduzieren. Daher sind wir von der DFPP dort sehr skeptisch und sehen es eher in eine positive Zukunft gehend. Mit dem entsprechenden Personal, einem Mindeststandard und guten Arbeitsbedingungen in der Psychiatrie werden wir es, denke ich, auch hinbekommen, das zu halten. Wir müssten erst die Zahlen abwarten, und da wird uns 2021 sicherlich einen Weg zeigen. Heute ist es Glaskugelleserei, wie gut oder schlecht es möglich ist, diesen Mindeststandard zu halten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Dr. … (DFPP). – Frau … (ver.di), möchten Sie noch etwas dazu sagen?

Frau … (ver.di): Ich möchte gern antworten, weil wir uns einerseits natürlich für die Fachkraftquote, die vollständig erfüllt wird, einsetzen, andererseits aber auch sehen, dass es Übergangsregelungen braucht, denn wir brauchen Lösungen für Beschäftigte, die in vielen Betrieben schon seit vielen Jahren auf den psychiatrischen und psychosomatischen Stationen arbeiten und die entsprechende Erfahrungen mitbringen. Angesichts des Fachkräftebedarfs ist es auch erforderlich, dass sie bleiben können. Allerdings muss es möglich sein, wenn sie noch eine erhebliche Anzahl an Berufsjahren bis zur Rente haben, dass sie ihre Qualifikation nachholen, und dass das System durchlässig ist, sodass die Bedingungen geschaffen werden, dass sie sich fachlich weiterqualifizieren und dann für die Zeit der Qualifikation auch das entsprechende Entgelt erhalten. Beschäftigten, die kurz vor der Altersgrenze stehen, sollte es möglich sein, die verbleibenden Jahre in der jetzigen Position weiterzuarbeiten, sofern sie die entsprechende Berufserfahrung und auch die Befähigung mitbringen. Diese Übergangsregelungen, die aus unserer Sicht erforderlich sind, sind aber zeitlich und persönlich vom Geltungsbereich so abzugrenzen, dass keine neuen Hilfskräfte innerhalb der PPP-Richtlinie eingestellt und angerechnet werden. Da spreche ich mich wie Herr Dr. … (DFPP) dafür aus, das klar zu begrenzen, um die Fachlichkeit sicherzustellen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Frau ... *[DKG]*, bitte.

DKG: Ich möchte zwei weitere Fragen stellen. Die erste richte ich an die BDK, zum Thema der Anrechnung. Sie haben in Ihrer Stellungnahme noch zwei Aspekte genannt. Neben den Prozentwerten sind Sie darauf eingegangen, dass auch in der Berufsgruppe der Ärzte eine Anrechnung im geringen Umfang möglich sein sollte von nicht PPP-RL-Personal. Darüber hinaus sind Sie auch darauf eingegangen, dass es einen von den Prozentwerten unabhängigen Sockel von einer Vollkraftstelle geben sollte, der immer auf jede Berufsgruppe angerechnet werden kann. Bezüglich dieser beiden Aspekte würde ich mich über eine Erläuterung freuen, aus welchen Gründen dies für Sie wichtig ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Frau … (BDK), bitte.

Frau Dr. … (BDK): Vielen Dank, Frau ... *[DKG]*. – Zum ersten Teil Ihrer Frage: Wir sehen durchaus das, was in der Pflege ja auch geschildet wurde: Natürlich haben wir auch ein Fachkräftethema, und wir sehen, dass wir einen zunehmenden Teil von Ärzten haben, die nicht primär Deutsch als Muttersprache sprechen. Wir brauchen daher auch im ärztlichen Bereich Unterstützungspersonal, um das auszugleichen. Psychiatrie ist ein Fach, in dem es um die Sprache geht. Die Patienten müssen ihren Arzt verstehen – und umgekehrt.

Das andere ist, dass es einen Aufwuchs an bürokratischen Aufgaben, insbesondere durch das PEPP-System, gibt. Und wir müssen auch die Ärzte, die bereits im System sind, entlasten und unterstützen, damit ihre Leistung beim Patienten ankommt. Wir brauchen also auch Kräfte, was das Kodieren angeht, um dieses System zu bedienen.

Die andere Frage, die Sie angesprochen haben, bezieht sich insbesondere darauf: Wir haben viele kleine Einrichtungen. Wenn wir von gemeindenaher Versorgung sprechen, dann geht es um unsere Tageskliniken und darum, dass wir dort mit sehr kleinen Teams arbeiten. Wir brauchen dort – Herr … (APK) hat das ausgeführt – ein Höchstmaß an Flexibilität und Anrechenbarkeit. Deswegen haben wir uns in unserer Stellungnahme so ausgesprochen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (BDK). – Frau ... *[DKG]*, bitte, Sie hatten eine zweite Frage.

DKG: Meine zweite Frage richte ich an die APK zum Thema der Corona-Situation. Sie haben in Ihrer Stellungnahme auch darauf hingewiesen, dass Sie es für erforderlich halten, dass die Dokumentation nach der Anlage 3 der PPP-RL im Jahr 2020 ausgesetzt wird und auch keine Übermittlung der Nachweise des Jahres 2020 erfolgen sollte. Können Sie bitte in Anbetracht der aktuellen Situation erläutern, warum das erforderlich ist, und hierbei die aktuelle Situation darstellen, wie Sie sie aus den Kliniken mitbekommen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Prof. … (APK).

Herr Prof. … (APK): Sehr gern. Ich kenne meine Zahlen in der Hinsicht. Wir hatten viele Wochen hier in Bayern beispielsweise ein elektives Behandlungsverbot. Das heißt, wir haben in vielen Bereichen Dinge nicht betrieben, die wir sonst betrieben hätten, und haben Mengen an Personal und Ressourcen für Corona freigehalten. Wir waren teilweise Ablegestation für die Somatik. Das heißt, diese Zahlen, die da entstanden sind, haben nichts mit der normalen psychiatrischen Versorgung zu tun. Das ist eine Sondersituation, wie ich sie noch nie in meinem Berufsleben erlebt habe, und diese Kalkulationsgrundlage für irgendetwas zu nutzen, erscheint mir nahezu absurd.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke, Herr Professor … (APK). – Als nächstes käme Herr ... *[PatV]*. – Herr ... *[PatV]*, wir können Sie nicht hören; irgendetwas stimmt da nicht. – Wir gehen erst einmal zum nächsten Redner, und Sie können in der Zwischenzeit klären, was da los ist. – Jetzt käme Herr ... *[GKV-SV]*. Bitte!

GKV-SV: Ich habe eine Klarstellung, die die regionale Pflichtversorgung betrifft. In einigen Stellungnahmen wird der Eindruck erweckt, dass diese bisher nicht berücksichtigt sei. Aus unserer Sicht ist sie als landesrechtliche Verpflichtung zur Aufnahme bereits berücksichtigt in den Ausnahmetatbeständen und neben den bundesgesetzlichen BGB-Aufnahmen und den Landes-PsychKG-Aufnahmen auch als weiterer Ausnahmetatbestand berücksichtigt. Es hat Auswirkungen, dass oft gesagt wird, dass diese nicht berücksichtigt sei.

Ich habe die Frage an Frau Dr. … (BDK) und Herrn Professor … (APK), wie lange sie denn eine Behandlung von Notfällen mit weniger als 85 Prozent des Personals in einer ganzen Station für angemessen halten. Wie lange soll eine solche Situation in irgendwelchen Übergangszeiten vorgesehen werden? Wir haben ja über die bisherigen Einführungsphasen in diesem und im nächsten Jahr auch noch einmal abgesenkte Niveaus. Wie lange kann dann eine Behandlung mit einem Personalbestand von weniger als 85 Prozent erfolgen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr ... *[GKV-SV]*. – Frau Dr. … (BDK) bitte.

Frau Dr. … (BDK): Ich wollte ohnehin etwas dazu sagen: Herr ..., ich glaube, wir haben eine grundsätzlich unterschiedliche Haltung an der Stelle, denn wir machen ja die Pflichtversorgung auch jetzt schon die ganze Zeit, und wir werden die auch weiterhin machen. Das, was aber in der PPP-Richtlinie beschrieben ist, suggeriert, dass es möglich ist, die Belegung der Krankenhäuser auf die Patienten zu reduzieren, die nach PsychKG oder BTG untergebracht sind. Da

sind wir grundsätzlich anderer Meinung, denn es ist für uns auch im Sinne der Patientenversorgung von essentieller Bedeutung, dass wir versuchen, eine freiwillige Behandlung zu erwirken, denn nur dadurch können wir nachhaltig auch eine Verbesserung erzielen. Deswegen werden wir niemals anerkennen, dass Notfallbehandlung gleichzusetzen ist mit untergebrachten Patienten. Notfallbehandlung ist etwas Anderes, geht weit darüber hinaus, was die untergebrachten Patienten umfasst.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (BDK). – Herr ... *[GKV-SV]*, wollten Sie noch etwas anfügen?

GKV-SV: Die Frage war sozusagen, wie lange denn die Behandlung erfolgen kann, wenn dann ein Niveau von unter 85 Prozent des Personals vorhanden ist. Wenn man sagt, die Pflichtversorgung muss auch in diesen Fällen immer gewährleistet sein, dann würde das ja auch bedeuten, dass eine reguläre Behandlung erfolgen kann, wenn beispielsweise nur 80 Prozent des Personals vorhanden wären. Wie lange halten Sie eine solche Ausnahme für angemessen oder sehen Sie das aus fachlicher Sicht als möglich an?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau … (BDK) noch einmal.

Frau Dr. … (BDK): Herr ... *[GKV-SV]*, wir sprechen uns ja dafür aus, dass wir nicht diese kleinteilige Nachweispflicht haben. Es geht nicht darum, Menschen über einen längeren Zeitraum mit zu wenig Personal zu versorgen. Selbstverständlich versuchen wir Belegungsspitzen abzufangen, Belegung zu steuern, sodass Personal und Patienten in einem ausreichenden Verhältnis vorhanden sind. Aber wir sprechen uns dagegen aus, dass wir diese Flexibilität nicht haben und das nicht abpuffern können. Und dazu muss der Standortbezug raus und dazu muss der Stationsbezug raus und dazu muss der Monatsbezug raus. Dann können wir diese Dinge abpuffern, können wir die Belegung steuern, können den Personaleinsatz steuern, sodass wir dann die Pflichtversorgung aufrechterhalten können. Das ist der Weg aus unserer Sicht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr ... *[GKV-SV]*, ich sehe, Sie nicken; das heißt, Sie sind mit der Antwort soweit zufrieden?

GKV-SV: Ich hatte auch Herrn Professor … (APK) gefragt und bitte um eine kurze Rückmeldung.

Herr Prof. … (APK): Sehr gern. Ich kann Frau … (BDK) in beiden Punkten nur zustimmen. Einmal: Ich glaube, es gibt ein Missverständnis bezüglich des Begriffs „regionale Versorgungsverpflichtung“. Es geht eben nicht um die Untergebrachten, sondern es geht um die Versorgung insgesamt. Das ist ein Gesamtpaket der Versorgung, und die Untergebrachten sollten dabei möglichst wenig sein, egal, ob sie zivilrechtlich oder öffentlich-rechtlich untergebracht werden.

Die Frage, die Sie stellen, lässt sich aus meiner Sicht gar nicht sinnvoll beantworten, denn dieser Alles-oder-Nichts-Mechanismus, den Sie einbauen, führt ja dazu: Wenn ich quasi eine Belegungsspitze habe, die ich nicht planen kann, und plötzlich habe ich 110 Belegungen, dann müsste ich quasi ja das Personal sofort nachsteuern und müsste dann die Flexibilität haben, die in dieser Kleinteiligkeit, die mir das System vorgibt, gar nicht richtig funktioniert. Das heißt, natürlich ist es gut, Personal zu haben, und natürlich sollen auch Qualitätskriterien angelegt

werden, und wenn diese nicht erfüllt werden, soll es auch eine Mindervergütung geben. Das bestreiten wir doch gar nicht, das ist doch überhaupt keine Frage. Aber dieser Mechanismus, dass man quasi auf dünnem Eis wandelt, und plötzlich bricht man ein und dann kriegt man gar nichts mehr – das kommt mir gar nicht mehr rechtsstaatlich vor. So ein Mechanismus ist doch extrem weitreichend. Dann habe ich vielleicht in einem Quartal auf allen Stationen 90 Prozent der Personalkosten ausgegeben und kriege dafür Null Euro Vergütung! Wie soll ich dann dieses Quartal überleben?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr ... *[GKV-SV]*, wollten Sie noch etwas sagen?

GKV-SV: Eine abschließende Kommentierung von meiner Seite: dass hier ja keine kleinteiligen Festlegungen getroffen werden, sondern wir die Vorgaben für ein gesamtes Quartal und für eine gesamte Fachabteilung – also die Allgemeine Psychiatrie oder die Psychosomatik oder die Kinder-und-Jugendpsychiatrie – zusammen festlegen. Aus unserer Sicht ist das keine kleinteilige Festlegung.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Ist Herr ... *[PatV]* inzwischen zu hören? – Ja.

PatV: Ich habe eine Frage an die Vertreterin von ver.di. Wir beobachten, dass nicht selten eine Gleichsetzung erfolgt von richtlinienbezogener Mindestanforderung und leitliniengerechter Personalbemessung. Ist das ein Missverständnis, das auch Sie sehr häufig beobachten, und falls ja: Welche der folgenden Optionen wären aus Ihrer Sicht für den G-BA geeignet, diesem Missverständnis entgegenzuwirken? Eine Möglichkeit wäre, eine klarstellende oder appellierende Passage in den Richtlinientext oder eine Erläuterung in den Tragenden Gründen einzufügen oder dies durch eine Mitteilung des G-BA, zum Beispiel im Rahmen einer Pressemitteilung, klarzustellen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Frau … (ver.di), bitte.

Frau … (ver.di): Vielen Dank, Herr ... *[PatV]*, für die Frage. Ja, auch wir sehen, dass es Missverständnisse bei den Begrifflichkeiten gibt. Ich hatte das in meinem Eingangsstatement auch deutlich gemacht.

Wir sind der Überzeugung, dass der Charakter der Mindestvorgaben im Text der Richtlinie noch einmal deutlich klarzustellen und darüber hinaus auch herauszustellen ist, dass für eine leitliniengerechte Versorgung über die Mindestvorgaben hinaus mehr Personal erforderlich ist. Erläuterungen dazu in den Tragenden Gründen halten wir für sachgerecht. Und auch die dritte Option, die Sie angeführt haben – eine klarstellende und auch durchaus Appellative Adressierung an die Fachöffentlichkeit, zum Beispiel im Rahmen einer Pressemitteilung des Gemeinsamen Bundesausschusses –, kann helfen, hier auch den notwendigen politischen Handlungsbedarf aufzuzeigen und herauszustellen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (ver.di). – Ich habe noch Wortmeldungen von Herrn ... *[PatV]*, Herrn ... *[BÄK]*, Frau ... *[GKV-SV]* und Frau ... *[GKV-SV]*. Damit möchte ich dann die Rednerliste schließen, weil wir dann eine Stunde reichlich genutzt haben. – Der Nächste wäre Herr ... *[PatV]*. – Herr ... *[PatV]*, wir haben den Verdacht, dass Sie sich aus dem Programm entfernt haben. Wir hätten Sie jetzt gern drangenommen, aber da Sie

nicht da sind, können Sie nicht sprechen. Sollten Sie wiederkommen, melden Sie sich bitte. – Dann hat als nächstes Herr ... *[BÄK]* das Wort. Bitte.

BÄK: Ich habe zwei Fragen. Ich würde gern zuerst Frau … (DVGP) fragen, und zwar haben wir schon mehrfach darüber gesprochen, wie das mit der gemeindenahen Versorgung ist.

Angenommen, eine Klinik muss, um die Mindestpersonalgrenze nicht zu reißen, Leistungen reduzieren oder im schlimmsten Fall sogar einstellen: Was würde das für die Patienten in der Region bedeuten? Man könnte ja sagen, die können – es gibt ja noch andere Krankenhäuser – in eine Nachbarregion gehen. – Würden die das tun? Und was würde das für die notwendige Behandlungskonstanz, Beziehungskonstanz und auch für die Sicherheit der Patienten bedeuten?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Frau … (DVGP), bitte.

Frau … (DVGP): Das sind viele Fragen. Ich versuche, sie gut zu beantworten.

Die gemeindenahe Versorgung ist ausgesprochen wichtig, da es sinnvoll ist, wenn man im Krankenhaus ist, dann die ambulante Versorgung in einer gemeindenahen Anbindung zu haben. Das ist wichtig, damit man da, wo man wohnt, gut versorgt ist. Das bietet also gleichzeitig Sicherheit. Die Leute kennen mich, ich kenne die Leute; das ist für mich auch eine wichtige soziale Anbindung, die gewährleistet bleibt, wenn ich mich nicht an einen kilometerweit entfernten Ort begeben muss.

Natürlich wäre es eine Unterversorgung. Die haben wir jetzt gerade in Bayern in einer Region. 2000 Menschen werden dort ambulant derzeit gar nicht versorgt, weder ambulant und unter Umständen auch nicht stationär. Das ist eine Katastrophe! Das ist für Betroffene eine absolute Katastrophe. Der Arzt, der bis jetzt da war, ist weggefallen. – Das Krankenhaus könnte mich in dem Fall vielleicht nicht sofort aufnehmen. Das hat nichts mit Stabilität, mit Konstanz, mit Sicherheit zu tun. Das ist eine Versorgung wie von 1901: Wir schauen mal, dass du deine Medizin nimmst, und das war es dann, denn mehr schaffen wir nicht. – Das wäre ein Rückschritt.

Viele der Betroffenen, die ich kenne, stöhnen und ächzen jetzt schon unter der Versorgung. Wir hatten am Jahresanfang Corona – na, gut, das mag etwas Besonderes sein. Die Menschen sind einfach entlassen worden, sehr viel frühzeitiger, als es eigentlich möglich gewesen wäre – weil es halt so angeordnet wurde. Wenn die sich dann nicht untereinander koordinieren und sich miteinander verständigen, dann rutschen sie endgültig ab. Da verstehe ich die ganze Diskussion drumherum nicht.

Es ist wichtig, dass eine gemeindenahe Versorgung vorhanden ist. Es ist wichtig, dass mich die Leute kennen. Es ist wichtig, dass ich beim Bäcker sagen kann „Ich habe heute keine Lust, freundlich zu sein, sondern möchte einfach nur meine zehn Brötchen, die ich jeden Tag hole“ und der das versteht, weil er mich kennt und das respektiert. – Ich hoffe, dass ich jetzt nicht daran vorbeigeredet habe. Es macht keinen Sinn, Leute von Berlin nach München zu verlegen.

(Herr ... *[PatV]*: Ich hatte heute ein technisches Problem, möchte aber meine beiden Fragen vortragen!)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Sie werden in Vertretung von Herrn ... *[PatV]* gleich aufgerufen, wenn Herr ... *[PatV]* nicht kann. Aber jetzt ist noch Frau … (DVGP) an der Reihe. Bitte.

Frau … (DVGP): Ich hoffe, dass ich mich einigermaßen verständlich ausgedrückt habe. Es macht keinen Sinn, Leute in Nachbarkrankenhäuser oder in Nachbarregionen oder gar in ein anderes Bundesland zu schicken. Da fällt die Familie weg, fällt das Soziale weg, da fängt man wieder bei Adam und Eva an, ist erst einmal wieder bei null und kann nicht da andocken, wo es wichtig wäre.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, wir haben Ihr Anliegen sehr gut verstanden. Es ist alles rübergekommen, was Sie sagen wollten. – Ich würde jetzt gern Herrn ... *[PatV]* das Wort geben. – Das scheint wegen technischer Schwierigkeiten nicht zu funktionieren; dann möchte ich Herrn ... *[PatV]* bitten, die Frage an seiner Stelle zu stellen.

PatV: Ich springe also für Herrn ... *[PatV]* ein. Er hat eine Frage an ver.di und auch eine zweite Frage:

Ver.di setzt sich ja für die Beibehaltung des Zeitplans bei den Übergangsregelungen nach § 16 der Richtlinie ein und begründet diese Notwendigkeit auch damit, dass die Erfahrungen der Corona-Krise gezeigt haben, dass die Mindestanforderungen an die Personalausstattung zügig umzusetzen sind. Ich möchte Frau … (ver.di) fragen, welche Erfahrungen das konkret sind.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr ... *[PatV]*. – Frau … (ver.di), bitte.

Frau … (ver.di): Vielen Dank für die Frage. Wir haben während der Pandemie die Erfahrung gemacht, dass uns Beschäftigte auch positiv berichtet haben, dass sie durch die Reduzierung der Belegung und den damit verbundenen besseren Personalschlüssel endlich einmal unter guten Bedingungen psychiatrisch richtig arbeiten konnten und Zeit für die Beziehungsarbeit hatten. Das weist darauf hin, dass die Personalausstattung eine entscheidende Komponente bei der Qualität der Behandlung ist. Darüber hinaus ist noch einmal deutlich geworden, dass eine Belegungssteuerung auch machbar und umsetzbar ist. Sollte das Personal fehlen, kann dies genutzt werden, um die Personalmindeststandards umzusetzen. Auch das ist eine wichtige Erfahrung aus der Pandemie.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (ver.di). – Jetzt käme noch Frau ... *[GKV-SV]*, dann Frau ... *[DKG]*, und dann wäre die Rednerliste geschlossen. – Frau ... *[GKV-SV]*, bitte.

GKV-SV: Ich habe drei Fragen, eine ganz kurze an den Deutschen Verband der Ergotherapeuten, Frau … (DVE). Frau ..., (DVE), wir haben sehr wohl gehört, dass Sie dafür plädieren, den Begriff der Spezialtherapeuten und auch die Regelaufgaben noch einmal genau unter die Lupe zu nehmen. Das werden wir auf alle Fälle in die Weiterentwicklung der Richtlinie im nächsten Jahr einbringen. Dieses Jahr beschäftigen wir uns mit den Anrechnungen, Höchstgrenzen, und dazu wollte ich Sie noch einmal befragen. Sie plädieren in Ihrer Stellungnahme dafür, gar keine weiteren Anrechnungen auf die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten vorzunehmen. Können Sie das begründen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau … (DVE), bitte. *[Tonstörung]* Frau … (DVE), wir konnten Sie nicht verstehen. – Damit können wir jetzt nicht weitermachen, weil wir das nicht verstanden haben. – Ich würde Sie bitten, Frau .... *[GKV-SV]*, Ihre nächste Frage zu stellen. Wir würden es später noch einmal versuchen.

GKV-SV: Meine nächste Frage richtet sich an Frau … (ver.di). Sie hatten in Ihrer Stellungnahme gesagt, dass Sie über den sogenannte Covid-19-Beschluss hinaus, der die Nachweispflichten für 2020 aussetzt, keine weiteren Aussetzungen befürworten wie etwa bezüglich der Dokumentation, die Verschiebung von Berichten um ein Jahr etc. Können Sie dazu noch etwas sagen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Bitte, Frau … (ver.di).

Frau … (ver.di): Vielen Dank für die Frage, Frau ... *[GKV-SV]*. – Ja, wir lehnen die Verschiebung der geplanten ersten Anpassung der Richtlinie auf 2022 ab, weil pandemiebedingt lediglich die Nachweisführung mit der G-BA-Beschlussfassung vom März dieses Jahres ausgesetzt wurde. Die Dokumentationspflichten bleiben bestehen. Und aus der Corona-Krise ist eben deutlich geworden, dass die Mindestanforderungen an die Personalausstattung zügig umzusetzen sind, um auch die höheren Anforderungen an den Infektionsschutz für Patienten und auch für die Beschäftigten zu gewährleisten. Das ist ein weiterer Aspekt.

Die Beschäftigten berichten auch von den äußerst positiven Erfahrungen aufgrund der geringeren Belegung; das sagte ich eben. Wir setzen uns deshalb für die Beibehaltung des bestehenden Zeitplans ein.

Um für die Weiterentwicklung der PPP-Richtlinie die im Jahre 2020 erhobenen Daten auch zu nutzen, ist die Übermittlung bis zum 30. April 2021 erforderlich. Sollte die Auswertung dann tatsächlich ergeben, dass die Daten teilweise aufgrund der Covid-19-Pandemie nicht repräsentativ sein sollten, ist eine Anpassung der Datengrundlage für die Weiterentwicklung vorzunehmen. Aber sicherlich fallen nicht alle Monate aus der Datengrundlage für das 2020 heraus, sondern kann man mit den Daten, die repräsentativ sind, dann auch die Weiterentwicklung vorantreiben.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (ver.di). – Frau ... *[GKV-SV]* hat noch eine Frage.

GKV-SV: Meine letzte Frage betrifft auch ver.di. Frau … (ver.di), Sie hatten angemahnt, dass in Anlage 3 – das sind die Nachweise – in Tabelle A2 zur Organisationsstruktur des Standortes die Stationen typisiert werden sollten. Könnten Sie dazu noch ausführen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Bitte, Frau … (ver.di).

Frau … (ver.di): Ja. Wir meinen, dass es wichtig ist, dass nicht nur nach der Stationsbezeichnung in der Anlage 3 des Nachweises gefragt wird, sondern auch die Stationstypisierung spezifisch vorgegeben wird. Diese Grundlage ist wichtig für eine differenzierte Auswertung und dann auch für die Weiterentwicklung der Richtlinie. Daher ist statt der Bezeichnung oder auch zusätzlich aufzunehmen, um welche Art der Station es sich handelt, zum Beispiel eine allgemeinpsychiatrische Station, eine Suchtstation oder eine gerontopsychiatrische Station, gegebenenfalls auch Mischungen oder eine anderweitige therapeutische Einheit, die entsprechend einzutragen ist. Fehlt diese Ergänzung in der Anlage, könnten allein klinikinterne Stationsbezeichnungen dokumentiert werden, die allerdings dann für die Auswertung und die Weiterentwicklung der Richtlinie nicht zu verwenden wären.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (ver.di). – Jetzt hat sich Frau … (DVE) zuschalten können. Frau … (DVE), wären Sie so nett, die erste Frage von Frau ...

[GKV-SV] zu beantworten? – Frau … (DVE), Ihr Mikrofon scheint nicht zu funktionieren. – Ich glaube, das hat keinen Zweck; wir gehen jetzt einfach weiter. – Frau … (DVE), vielleicht sagen Sie später noch etwas; im Moment scheint das nicht zu funktionieren. – Frau ... *[DKG]*, Sie waren an der Reihe.

(Frau .... *[DKG]*: Ich würde an Frau .... *[DKG]* übergeben.)

Frau ... *[DKG]*, bitte.

DKG: Wir hatten vorhin schon kurz über die Auswirkungen von Covid-19 gesprochen und auch thematisiert, inwieweit die Daten von diesem Jahr als Datengrundlage für die Weiterentwicklung der Richtlinie dienen können. Eben hatten wir gerade kurz angesprochen, was den Covid-19-Beschluss, die Auswirkungen der Nachweispflichten bedeutet.

Im Wesentlichen ist es ja so, dass aus unserer Sicht der Beschluss mehr oder weniger ins Leere läuft, weil alle Nachweispflichten bis auf die Meldung bei Nichterfüllung weiter aufrechterhalten werden, sodass die Krankenhäuser nach wie vor dieses Jahr *[Tonstörung]* müssen und im Jahr 2021 die Daten für 2020 übermitteln müssen. Hierzu hätte ich eine Nachfrage, denn es ist in einigen Stellungnahmen darauf Bezug genommen worden, dass sie hier unsere Auffassung unterstützen, dass auch konkret geregelt werden sollte, dass die Nachweispflichten für 2020 auch für die Datenübermittlung im Jahr 2021 gelten sollten. Insbesondere möchte ich hier noch einmal Frau … (BDK) fragen, wie sich denn die Situation diesbezüglich in den Kliniken darstellt, warum es so wichtig ist, die Nachweispflichten für das Jahr 2020 auszusetzen und jetzt erst einmal als Grundlage für die Weiterentwicklung wegzulassen, sondern das konkret bezogen werden soll auf die Datenübermittlung Anfang 2021 für die Daten 2020.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank für die Frage. – Frau … (BDK), bitte.

Frau Dr. … (BDK): Wir haben das vorhin schon kurz aufgegriffen. Das, was wir im Jahr 2020 erlebt haben, ist etwas, was vorher nie gekannt war. Wir haben ja die Kliniken wirklich umstrukturiert, wir haben Stationen geschlossen, wir haben Tageskliniken geschlossen, wir haben andere Stationen aufgemacht. Das hat überhaupt nicht mehr abgebildet, wie wir sonst die psychiatrische Versorgung in unseren Kliniken und auch sektorübergreifend in der gemeindenahen Versorgung aufstellen. Wenn wir das jetzt als Grundlage nehmen würden? – Aus meiner Sicht ist das nicht nachvollziehbar, denn ich glaube, dass wir damit wirklich keine verlässliche Basis haben. In diesem Jahr waren die Kliniken beschäftigt mit der Patientenversorgung, mit der Absicherung aus hygienischer Sicht, mit der Umstrukturierung der Prozesse. Wir können diese Nachweise nicht verwenden, denn die Klinikstrukturen waren völlig anders als wir das im Regelbetrieb haben. Das ist auch jetzt noch so, und es macht keinen Sinn, die Angaben – egal, welches Quartal – aus diesem Jahr zu nutzen. Wir müssen das abhaken und sagen: Wir brauchen erst wieder Normalbetrieb, damit wir da eine solide Grundlage haben.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Damit wären wir mit der Diskussion und der Fragerunde fertig und haben uns auch an die Zeit gehalten, was ich angesichts dessen, dass manche nach Ende der heutigen Veranstaltung sehr pünktlich gehen wollen, sehr schön finde. Deshalb herzlichen Dank Ihnen allen, Sie haben sich Ihre Mittagspause redlich verdient. Sie findet jetzt statt. Dafür haben wir eine halbe Stunde Zeit. Bis gleich!

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich darf jetzt für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Herrn Professor Dr. … und Frau Professor … aufrufen.

Herr Prof. Dr. … (DGKJP): Ich bin da und hoffe, Sie hören mich.

Wir hören Sie gut. Sie können dann bitte anfangen.

Herr Prof. Dr. … (DGKJP): Frau … und ich werden nachher, falls gewünscht, die Fragen gemeinsam beantworten. – Vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Unsere schriftliche Stellungnahme gilt. Ich möchte heute eher noch einmal auf allgemeinere Punkte eingehen.

Die PPP-RL legt eine Mindestausstattung für Menschen, die am Bett – wie das immer so schön heißt – oder in der Tagesklinik arbeiten, fest. Es ist nicht unbedingt eine notwendige oder sinnvolle Personalausstattung, sondern eine Mindestausstattung. Wir befürchten, dass mit den Nachweisen letztendlich ein immenser Bürokratieaufbau stattfindet. Ich verweise hier auf den PEPP-Bericht, den das InEK veröffentlicht hatte, wo auch das Missverständnis deutlich wurde, dass sich in der Psychiatrie gar nicht so viel durch äußere Rahmenbedingungen verändert; die Patienten kommen und die Patienten müssen behandelt werden.

Hierzu noch einmal für die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Wir haben kleine Einheiten, wenn Sie von prozentualen Unterschreitungen sprechen; eine kleine Tagesklinik mit zehn Plätzen beispielsweise hat sieben Menschen im Pflege- und Erziehungsdienst. Wenn davon einer weg ist, haben Sie eine 15-prozentige Unterschreitung. Also wir müssen schauen, was wirklich händelbar und machbar ist.

Wir haben schon immer gesagt, dass wir den Stationsbezug sehr problematisch finden, weil wir – was auch vorher schon die APK gesagt hatte – einen patientenbezogenen Bezug haben. Das heißt, Patienten können auf der Station beispielsweise auch tagesklinisch behandelt werden. Wir haben dort Fluktuationen; wir haben auch anders als die Erwachsenenpsychiatrie keine Aufnahmestationen oder ähnliches. Vielleicht noch als Anmerkung zur Typisierung: Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat auch nicht in der Breite Spezialstationen oder ähnliches.

Was wir uns beispielsweise fragen, ist: Wenn wir diese sehr detaillierten Nachweispflichten haben – wir wollen Personal und ich denke, das ist auch hochgradig sinnvoll und notwendig, dass es nachgewiesen wird, das ist gar keine Frage – und uns anschauen, was vorgeschlagen wird, dann wissen wir auch, dass es letztendlich Tools geben wird, die irgendwo die Belegung steuern. Wir kennen das aus der Somatik. Was kann das für die Patienten bedeuten? Das heißt: Ich muss schauen, ob ich heruntergehe, weil ich vielleicht zwei Aufnahmen in der Nacht gehabt habe, und dafür dann jemanden, der eigentlich von der Behandlungsplanung – ein Kind oder Jugendlicher –, der noch länger da ist, früher entlassen, damit ich sie nicht unterschreite? Das sind alles Gefährdungsmomente, die durch solche sehr fein granulierten Regelungen entstehen können.

Zum Jahr 2020: Hier schließe ich mich letztendlich den Vorrednern an. Es ist ein völlig irreales Jahr, was die Daten angeht. Wir hatten landesrechtliche Vorgaben, was die Behandlung betrifft, die in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich waren. Wie hier eine Vergleichbarkeit oder gar der Normalbetrieb abgebildet werden soll, ist mir völlig unverständlich.

Worauf wir sehr Wert legen, ist, dass Einrichtungsbezug tatsächlich auch Fachabteilungs- bzw. Bereichsbezug bedeutet. Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, dass wir beispielsweise bei den Logopäden noch eine Tätigkeitsbeschreibung haben, die überhaupt nicht mehr

dem entspricht. Da der G-BA eine Entscheidung wirklich von der Austauschbarkeit § 8 Abs. 3 finden muss, heißt „nicht besetzte Stelle“ dann automatisch „Unterschreitung“ oder gibt es eine Austauschbarkeit? – Das sei an der Stelle einfach angemerkt. Damit danke ich erst einmal.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank für Ihr Statement, Herr … (DGKJP). Wenn Sie noch mehr sagen möchten – den Eindruck hatte ich –, dann haben Sie wahrscheinlich noch einmal in der Fragerunde die Möglichkeit dazu. Danke schön.

Jetzt hat für das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung Herr Dr. … das Wort. – Sie können jetzt Ihr Statement abgeben, Herr Dr. ....

Herr Dr. … (DNVF): Vielen Dank! – Zu unserem Statement, was weiterhin auch gilt, möchte ich nur einen Punkt hinzufügen.

Aus Sicht der Versorgungsforschung hat die Erfahrung mit der Evaluation der sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgung nach § 64b gezeigt, dass dieser klinik- und bereichsübergreifende Personaleinsatz positive Effekte auf die Behandlungskontinuität und auch auf die Patientenorientierung zeigt. Das ist letztlich auch aus Kostenträgersicht wichtig, weil dadurch weniger stationäre Behandlungs- und Arbeitsunfähigkeitstage entstehen. Das hat jetzt ganz aktuell noch einmal die gesetzlich verpflichtende Evaluation EVA 64 gezeigt sowie Publikationen, die in diesem Jahr erschienen sind. Auch die noch ausstehenden Ergebnisse weisen dort auf eine Kosteneffizienz hin.

Warum sage ich das hier an der Stelle? Ganz einfach: Weil wir dafür sind, den Standortbezug aus diesem Grund zu streichen, um flexible standort- und klinikbereichsübergreifende Bemessungen des Personal zu ermöglichen. – Das ist eigentlich unser wichtigster Punkt, den ich hier anmerken wollte. Die anderen Punkte der Stellungnahme gelten weiterhin. Vielen Dank!

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr … (DNVF)! – Ich bitte jetzt für die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde Herrn Professor Dr. … um sein Statement.

Herr Prof. Dr. Dr. … (DGPPN): Vielen Dank! – Vieles ist gesagt worden. Ich möchte fünf Punkte noch einmal unterstreichen.

Erster Punkt: Die DGPPN schließt sich mit Bezug auf die Frage der Sanktionen der DKG an. Das heißt, für uns gehen Unterstützungsmaßnahmen und Dialog vor Sanktionen. Aus dem einfachen Grund, der mehrfach genannt worden ist, weil es eine regionale Zuständigkeit gibt. Die gestufte, prozentuale Sichtung der Sanktionen durch die DKG erscheint uns auch angemessener als das komplette Streichen einer Berufsgruppe wie es von der GKV vorgeschlagen worden ist, wenn die Mindestvorgabe unterschritten wird.

Zweiter Punkt: Ich schließe mich vielen Vorrednern an: Durch die besondere Situation in diesem Jahr sollten dieses Jahr keine Nachweispflichten erfolgen. Auch bei uns in der Klinik ist es so, dass wir über Monate eine ganze Station gesperrt hatten. Wir haben jetzt immer noch wenig Betten, weil Betten für Covid-Patienten reserviert sind. Also das ist eine ganze andere Situation als in den Vorjahren.

Dritter Punkt: Wir unterstützen die flexible Anerkennung von Berufsgruppen gegenseitig und die Flexibilisierung der Tauschmöglichkeiten – wieder ähnlich, wie es von der DKG gesagt worden ist.

Als vierten Punkt haben wir noch einen Aspekt, der bisher wenig angesprochen worden ist: Es gibt jetzt eine neue Kategorie P4 „Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“. Das ist sinnvoll, sollte aber auch unter Leitung eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Facharztes möglich sein. Deshalb wäre dann in der entsprechenden Systematik offenbar A8 „Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär“ für uns hoch relevant. Denken Sie an Patienten mit Suchterkrankungen, mit beispielsweise Begleiterkrankungen des zentralen Nervensystems oder der Leber, oder ältere Patienten mit Depression und Komorbidität.

Letztlich als Ausblick sehen wir es auch so, dass wir eigentlich ein zukunftsweisenderes Entgeltsystem bräuchten, wie es beispielsweise vom Plattform-Modell vorgeschlagen worden ist. Und wir möchten die Psychiatriereformdebatte weiter offenhalten und voranbringen. – Vielen Dank!

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Professor … (DGPPN). – Als nächstes hat für die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft Frau … das Wort.

Frau … (DMtG): Guten Tag, Frau … und in die Runde! – Ich äußere mich heute zur Stellungnahme der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft und bin dazu auch in Abstimmung mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien, denn Musiktherapie ist eine der Künstlerischen Therapien. Entsprechend haben wir uns auch zu Textstellen geäußert, die sich auf Künstlerische Therapien beziehen *[Tonstörung]* durch den Regelungsbedarf, der jetzt ganz aktuell *[Tonstörung]* übergeordneten Themen. Ich möchte jetzt aber einfach noch einmal auf die, die direkt musiktherapierelevant sind, eingehen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Entschuldigen Sie bitte, Frau … (DMtG). Können Sie bitte immer ins Mikrofon sprechen, sonst können wir Sie nicht verstehen und haben Lücken im Text. Das wäre sehr nett. – Danke!

Frau … (DMtG): Okay. – Ich wollte mich hier gerne zu drei Punkten noch einmal äußern. Der erste davon ist redaktioneller Art: Für die Künstlerischen Therapien bitten wir darum, dass dieser Begriff immer in der korrekten Rechtschreibung mit großem K und im Plural im Text erscheint. Das ist in den Leitlinien und im OPS usw. so eingeführt und sollte auch in der Richtlinie so enthalten sein. Das wäre schon unser erster Punkt, auf den ich noch einmal hinweisen möchte. Das ist durchgängig beispielsweise auch bei der [Tonstörung] zu finden.

Dazu haben wir noch einmal [Tonstörung], was wir auch schon vorgeschlagen hatten, dass Spezialtherapien so nicht gut funktionieren in der Zusammenführung von Künstlerischen Therapien und Ergotherapie. Dazu sind wir auch in enger Abstimmung mit dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten. Wir sehen, dass die Künstlerischen Therapien in der Psych-PV am Anfang noch gar nicht in der Form wie jetzt existierten, obwohl seit den 70-er Jahren akademisch ausgebildet wird. Damals gab es natürlich nur sehr wenige Kräfte. Jetzt gibt es genügend ausgebildetes Personal. Deshalb sollte es eine eigene Rubrik für Künstlerische Therapien geben.

Als drittes möchten wir darauf hinweisen, dass uns die Expertise dieser Berufsgruppen wichtig erscheint. Damit meine ich, dass Fachtherapeuten insgesamt und auch Sozialdienste in den Änderungsprozess der Richtlinie einbezogen werden sollten. Es scheint uns bisher zu wenig

von dieser Expertise in Anspruch genommen. Wir sind sehr gerne bereit, das irgendwie zu unterstützen. – Danke schön!

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (DMtG). – Für die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie sind Herr Professor Dr. … und Herr Professor Dr. … angemeldet. – Wer von Ihnen beiden wird hier sprechen?

Herr Prof. Dr. … (DGPM): Ich werde für die DGPM sprechen. – Können Sie mich gut hören?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ja, wir können Sie hören. – Bitte schön, Herr … (DGPM).

Herr Prof. Dr. … (DGPM): Sehr geehrte Frau …! Sehr geehrte Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses! – Auch die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie dankt für die Möglichkeit, ergänzend Stellung nehmen zu können.

Die DGPM begrüßt die Festlegung von zwei neuen tagesklinischen Behandlungsbereichen. Die Festlegung der Minutenwerte basierend auf der A6 für die P3 ist jedoch inhaltlich nicht nachvollziehbar und abzulehnen. Die psychosomatische Medizin unterscheidet sich grundlegend in ihren Behandlungsstrukturen von der Psychiatrie. Der Personalaufwand wird in erster Linie durch die Behandlungsstrukturen und Behandlungsprogramme festgelegt und nicht primär durch die Diagnose. In der Hauptdiagnose begründen vor allem die behandlungsrelevanten Komorbiditäten, Persönlichkeitsfaktoren, das soziale Umfeld, die Behandlungsziele und das erforderliche Setting die Behandlungsaufwände.

Von der PPP-RL geht bereits jetzt eine starke Signalwirkung für die Kliniken aus, auch wenn ihre Wirksamkeit für die Psychosomatische Medizin ein weiteres Jahr ausgesetzt wird. Für diese normative Wirkung in der Psychosomatik gibt es keine medizinische Rechtfertigung und muss gestoppt werden. Deshalb fordert die DGPM, auf eine Festlegung der Minutenwerte für die beiden neuen tagesklinischen Behandlungsbereiche zu verzichten.

In der psychosomatischen Medizin liegt im Vergleich zur Psychiatrie keine ausreichende empirische Datengrundlage zur Personalausstattung vor, sodass für die Erarbeitung der Grundlagen für passende Mindestvorgaben dringend mehr Zeit benötigt wird. Ein realistischer neuer Zeitplan sollte vereinbart werden. Dieser hat die pandemiebedingten Einschränkungen, die keine repräsentative Datenerhebung ermöglichen, zu berücksichtigen. Es ist nicht akzeptabel, dass es in Ermangelung einer angemessenen Datengrundlage zur Personalausstattung zu Verwerfungen in der Versorgung von psychisch Erkrankten kommt. Ein Testlauf der psychosomatischen Verbände zur PPP-RL hat gezeigt, dass von einer unzureichenden Differenzierung und Passung der PPP-RL mit lediglich zwei Behandlungsbereichen P1 und P2 für die Psychosomatik ausgegangen werden muss.

Die aktuellen Mindestvorgaben würden sowohl zu einem Vergütungsausschluss als auch zu Einschränkungen im medizinisch erforderlichen Leistungsangebot und in psychosomatischen Einrichtungen führen. Die aktuellen Behandlungsbereiche müssen daher dringend weiter ausdifferenziert werden. Solange die Ausdifferenzierung der P-Bereiche noch nicht stattgefunden hat, braucht es für die gegenseitige Anrechenbarkeit von Spezialtherapien, Physiotherapeut und Sozialarbeiter eine höhere Flexibilität, sonst werden Therapiekonzepte zu stark durch Personalvorgaben determiniert.

Ein vollständiges Bild für die weitere Ausdifferenzierung der P-Behandlungsbereiche lässt sich nur erreichen, wenn die Mindestvorgaben in eine Beziehung zum Leistungsangebot gesetzt werden. Deshalb ist zusätzliche Transparenz in der Leistungserfassung erforderlich. Die psychosomatischen Verbände sind bereit, konstruktiv an der notwendigen Transparenz mitzuarbeiten, um die Behandlungsbereiche auszudifferenzieren. Der Innovationsfondsantrag zum Plattform-Modell würde hierfür eine gute Grundlage bilden. – Vielen Dank!

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr … (DGPM)! – Als nächstes rufe ich jetzt das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin, vertreten durch Herrn Professor Dr. … und Herrn Professor …, auf.

Herr Prof. … (DKPM): Sehr geehrte Damen und Herren! – Ich rede für das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Für die Fragen stehen Professor … und ich dann gemeinsam zur Verfügung. Ich habe als Autor der Anhaltszahlen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie damals vor mehr als zwanzig Jahren unter Qualitätsgesichtspunkten das Anliegen formuliert, dass vor allen Dingen die Abteilungen und Universitätsklinika sich entsprechend festlegen, was sie an Personalausstattung brauchen.

Was heute Morgen für den Bereich der Psychiatrie schon gesagt worden ist, gilt natürlich auch für die Psychosomatik und Psychotherapie. In diesen zwanzig Jahren hat es eine unglaubliche Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der Behandlungsangebote gegeben, für die wir leider Gottes bis heute keine bundesweit gültige empirische Abbildung haben.

Viele im G-BA wissen, welche Versuche es gegeben hat, die leider Gottes bis jetzt nicht zum Ergebnis geführt haben. Wir haben uns immer für Transparenz eingesetzt. Ein Beispiel dafür sei erwähnt: Seit zwei Jahren versuchen wir beim DIMDI – ich spreche insbesondere die Anwesenden des BMG mit an –, dass wenigstens für die Psychosomatik und Psychotherapie die Therapieeinheiten für die Spezialtherapeuten wieder erfasst werden. Dann hätten wir auch eine Datengrundlage für Therapieeinheiten, die tatsächlich appliziert werden, und die wir dann auch zu den Personalbedarfen und den Minutenwerten wieder in Bezug setzen könnten. Da sie nicht vorliegen, halten wir derzeit eine weitere Differenzierung der Spezialtherapeuten im Moment nicht für zielführend, weil es je nach den einzelnen Patientengruppen derart differenzierte Angebote gibt, dass es zu willkürlichen Festlegungen kommt.

Ich habe noch einen Hinweis zu den Diagnosegruppen. Die Diagnosegruppen gehören niemanden. Beispielsweise eine Anorexie: Wir haben derzeit eine Patientin mit einem Body-Mass-Index 10,5 auf der Station. Sie kann im nächsten Moment auf der Intensivstation sein; kann bei einer zusätzlichen Suizidalität geschützt, geschlossen in der psychiatrischen Klinik sein; braucht eventuell ein psychosomatisches spezialisiertes Essstörungssetting. Das heißt, der Diagnosebezug ist das eine, aber was die Patienten dann jeweils brauchen, legt das Behandlungskonzept zusätzlich fest. Außerdem kommen noch die Komorbiditätsfragen hinzu.

Um in diesem komplexen Behandlungsgeschehen empirische Daten zu bekommen, die dann auch eine verantwortbare Grundlage für die Personalplanung, Minutenwerte etc. mit Sanktionsbelegung gewährleisten, brauchen wir ein Stück mehr Zeit. Es geht nicht darum, dass das DKPM oder auch die DGPM – die psychosomatische Welt sozusagen – das immer weiter nach dem Motto aufschieben will: Wir wollen uns nicht in die Karten schauen lassen. Das Gegenteil ist der Fall.

Aber wir wollen uns gegenüber den Patienten auch von der Personalausstattung her verantwortlich aufstellen, damit wir nicht im Vorhinein schon mit Mindestvorgaben hantieren, die bei

manchen der Universitätsklinika den Schweiß auf die Stirn treiben, weil sie damit überhaupt nicht ihre Stellen besetzen können oder finanziert bekommen. Man denkt dann, das sind die Mindestvorgaben; das ist aber auch das Soll. Andere Kliniken beispielsweise haben so hohe Mindestvorgaben, die sie an der Stelle gar nicht brauchen. Sodass wir in diesem Spagat erst einmal noch eine empirische Atempause brauchen. – Danke schön!

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Professor … (DKPM). – Nun kommen wir zur Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Frau …, Sie haben das Wort.

Frau … (DGGPP): Vielen Dank! – Ich spreche für die DGGPP und möchte zusätzlich zu unserer Stellungnahme noch ein paar Punkte hervorheben – auch in Bezug auf das, was heute hier schon gesagt worden ist.

Niemand, denke ich, hat etwas gegen mehr Personal in der Psychiatrie. Wir alle denken, dass das notwendig ist. Es muss aber auffindbar, einstellbar sein und refinanziert werden. Wenn ich höre, dass die Corona-Triagezeiten als Maßstab genommen werden sollen, dann muss ich sagen und zwar auch als Maßstab für die Zukunft, so wie Frau … (ver.di) das zweimal angesprochen hat: Wer soll denn unter Nicht-Corona-Bedingungen die Patienten auswählen, die dann keine Behandlung bekommen können? Natürlich wollen wir alle angemessen, mit ausreichend Personal, leitliniengerecht behandeln. Aber wir haben jetzt gezwungenermaßen Patienten aussortieren müssen, die nicht akut gefährdet waren, obwohl sie behandlungsbedürftig waren. Ich denke, das ist etwas, was man nur dann machen kann, wenn gleichzeitig eine Pandemiegefährdung besteht.

Anmerken möchte ich auch noch den extrem hohen Bürokratieaufwand, der durch die PPP-RL entsteht und zusätzliche Stellen bindet – auch das haben andere schon angesprochen – und das fehlende Personalbemessungssystem für die Psychiatrie. Auch hier möchte ich noch einmal auf das Plattform-Modell hinweisen. Unser allergrößtes Anliegen ist, dass für eine Patientengruppe, die als ältere Patienten (häufig mit Multimorbidität) definiert sind, weniger Arzt- und Therapeutenzeit vorgesehen ist als für jüngere Patienten. Wir haben schon in unserer ersten Stellungnahme und jetzt wieder deutlich gemacht, dass mindestens eine Anpassung dieser Berufsgruppenzeiten an die Allgemeinpsychiatrie erforderlich ist. Weil eigentlich brauchen gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten mehr Arztzeit.

Ein weiteres Problem mit der PPP-RL ist, dass sie Behandlungskonzepte, Klinikorganisationskonzepte des letzten Jahrhunderts festschreibt. Auch das ist eigentlich nicht akzeptabel. – Vielen Dank!

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (DGGPP). – Jetzt darf ich die Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien um ihre Stellungnahme bitten. Frau Professor Dr. …, bitte sehr.

Frau Prof. Dr. … (WFKT): Ich spreche für die Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien. Wir sind eine vergleichsweise noch junge wissenschaftliche Fachgesellschaft. Das spiegelt aber die hohe Dynamik in der Forschung, in der Evidenzforschung vor allen Dingen, ganz stark wieder. Seit 2016 sind wir hoch aktiv.

Ich möchte eigentlich nur Grundsätzliches sagen, weil in unserer Stellungnahme ist das sehr klar formuliert. Es ist auch schon von der Musiktherapie genannt worden: Uns ist es sehr wichtig, auch gerade in diesem Entwicklungsprozess, dass wir einheitlich Künstlerische Therapien sind. So werden wir auch in den OPS, in den Leitlinien geführt und zwar das K großgeschrieben in „Künstlerische Therapien“ und das auch explizit. Oftmals haben wir damit zu tun und finden das auch in den Papieren wieder, dass wir mal Kreativtherapien, mal Künstlerische Therapien genannt werden, mal „künstlerische“ kleingeschrieben wird. Das widerspricht dem aktuellen Evidenzstand.

Ein zweiter wichtiger Punkt, der für uns sehr, sehr entscheidend ist: Genauer hinzuschauen – Sie hatten vorhin auch erwähnt, das steht noch an –, aber doch hinzuweisen, was die Regelaufgaben der Spezialtherapien sind. Das erscheint uns auch sehr überholungsnotwendig. Die Künstlerischen Therapien sind inhaltlich von den Minutenwerten schwer zu greifen und sind vor allen Dingen auch zu spezifizieren. Die Differenzierung zwischen Ergotherapie und Künstlerische Therapien halten wir für sehr, sehr wichtig, was auch Studien belegen.

Wir bieten uns als wissenschaftliche Fachgesellschaft sehr gern an, kompetent zu unterstützen, auch noch einmal an einigen Stellen des Papieres beratend zur Seite zu stehen, sowohl was die Nennung angeht, den Begriff, die Verwendung des Konstruktes Spezialtherapien als auch die evidenzbasierte Begründung der Künstlerischen Therapien, die übergreifend in der Psychiatrie und Psychosomatik notwendig ist und sich nur schwer indikationsspezifisch an einigen Stellen wiederfindet. So sehen wir auch das Fach ganz wesentlich vertreten, sehr wichtig, was Studien zeigen, ganz besonders in der Psychosomatik in der Komplexbehandlung. – Vielen Dank!

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (WFKT). – Damit wurden alle mündlichen Stellungnahmen von den hier anwesenden Anzuhörenden vorgetragen.

Wir kommen nun noch einmal zu einer Frage- und Kommentierungsrunde. Es gibt bereits eine Wortmeldung von Frau … *[DKG]*. Bitte, Frau ... *[DKG]*.

DKG: Ich möchte drei Fragen stellen. Die erste Frage geht an die DGPM zum Thema der Anrechnung. Sie haben in Ihrer Stellungnahme sehr deutlich dafür appelliert, dass es nicht zu niedrige Anrechnungsumfänge von Nicht-PPP-RL-Personal geben sollte. Vor diesem Hintergrund würde mich interessieren, wie Sie das aus der klinischen Praxis einschätzen. Werden vor allem Hilfskräfte eingesetzt oder sind es gerade auch Berufsgruppen, die weder bei der Psych-PV noch bei der PPP-RL bisher berücksichtigt werden, also auch andere Fachkräfte? Also welche Berufsgruppen konkret werden Ihrer Einschätzung nach hier zur Anrechnung gebracht? Für welche ist das relevant? Häufig wird die Sorge geschildert, dass über diesen Paragrafen weniger qualifiziertes Personal hier zur Anrechnung gebracht wird. Wie würden Sie dieser Sorge aus der Praxis begegnen? Wie schätzen Sie dies ein? Und welche Aufgaben werden im Rahmen der Anrechnung aus Ihrer Sicht hier dann übernommen werden?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Wer wird antworten? Herr Professor … (DGPM) oder Herr Professor … (DGPM)?

Herr Prof. Dr. … (DGPM): Ich würde beginnen und Herr … ergänzt gegebenenfalls.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Bitte, Herr …

Herr Prof. Dr. … (DGPM): Ich glaube, es ist nicht sinnvoll, zum jetzigen Zeitpunkt die Anrechenbarkeit von nicht-medizinischem Personal im Detail festzulegen, einfach vor dem Hintergrund – das hatte ich in der kurzen Stellungnahme ausgeführt –, dass es für die psychosomatische Medizin entscheidend ist, jetzt erst einmal eine empirische Datengrundlage zu erhalten.

Was die Berufsgruppen Spezialtherapie, Physiotherapie, Sozialarbeit betrifft, glauben wir, dass es dringend notwendig ist, jetzt mit derzeit aktuell zwei Behandlungsbereichen eine gewisse Flexibilisierung zu haben. Eine Anorexie-Patientin braucht auch ganz andere Berufsgruppen – die Ernährungstherapie usw. – als beispielsweise ein Patient, der eine Panikstörung hat, eine Persönlichkeitsstörung hat und sozial nicht gut integriert ist. Das heißt, der Bedarf an der Sozialarbeit ist bei diesem Patienten viel höher. Um diese Unterschiede auch angemessen mit Personal abbilden zu können, ist es in unseren Augen ganz entscheidend, dass man eine gegenseitige Anrechenbarkeit ermöglicht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Frau ... *[DKG]*?

DKG: Vielen Dank. – Meine nächsten beiden Fragen betreffen das Thema der Sanktionen, deshalb würde ich vorschlagen, diese Fragen jetzt zusammenzustellen.

Die erste Frage geht noch einmal an die DGPM und an die DGGPP. Sie haben sich beide in Ihren Stellungnahmen dafür ausgesprochen, dass bei der Sanktionierung einmal auch die Höhe der Unterschreitung der essenzielle Punkt sein muss für die Höhe der Sanktion, aber auch ein Dialog zu den Ursachen, die zu einer Unterschreitung geführt haben, stattfinden muss. Ich würde mich freuen, wenn Sie erläutern könnten, warum diese beiden Aspekte, also die Höhe der Unterschreitung und auch die Ursachen, relevant sind.

Ich habe noch ergänzend eine Frage an die DGPM. Sie haben in Ihrer Stellungnahme auch noch einmal explizit darauf hingewiesen, dass Sie eine Umsetzung der Sanktionen über einzelne Abrechnungen für kritisch halten und dies begleitend zu den Budgetverhandlungen stattfinden sollte. Was sind Ihre Bedenken bei einem Vorgehen der Sanktionierung über das Abrechnungsgeschehen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Für die DGPM, Herr … noch einmal?

Herr Prof. Dr. … (DGPM): Ja, vielleicht beginne ich zunächst mit der Sanktionierung. – Das Ziel muss ja sein, eine patientenorientierte Versorgung auch in Phasen, wo es für Kliniken schwierig ist, das Personal in ausreichendem Maße kontinuierlich zur Verfügung zu stellen, aufrechtzuerhalten. Deshalb ist wichtig, gemeinsam im Dialog zu sein und auch die Ursachen zu identifizieren und an denen zu arbeiten.

Ferner vertreten wir, dass die Strafzahlung letztlich angemessen sein muss zur Höhe des Vergütungsausfalls. Also es sollte nicht nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip erfolgen. Das heißt, wenn für eine Berufsgruppe die Latte gerissen ist, dass dann die Finanzierung für die gesamte Berufsgruppe ausfällt. Das heißt, auch wenn prozentual nur ein geringer Teil fehlt, würde dann die Vergütung für die gesamte Berufsgruppe ausfallen. Deshalb unterstützen wir sehr stark den Vorschlag der DKG und BÄK, dass man den Bezug zu den nicht erfüllten Stunden vornimmt und tatsächlich auch nur das in Rechnung und Strafe stellt, was an therapeutischer Leistung nicht erbracht worden ist und auch das Personal, das nicht vorgehalten wurde.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr ... (DGPM). – Herr … (DGPM) bitte.

Herr Prof. Dr. … (DGPM): Der Dialog ist meines Erachtens wichtig, weil es Ziel sein sollte, eine qualitativ hochwertige Versorgung weiter aufrechtzuerhalten. Mit einfachen Sanktionsmaßnahmen und dem Druck, der daraus entsteht, erwächst nicht unbedingt schon wieder eine konstruktive neue Lösung. Es hat sich ja in einigen Bereichen als sehr hilfreich erwiesen, in den Dialog zu gehen und im Rahmen des Dialoges Wege zu finden, wie diese unterschiedlich bedingten Unterschreitungen dann entsprechend ausgeglichen werden können.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Frau … von der DGGPP, bitte.

Herr Prof. … (DKPM): Ich hatte auch die Hand gehoben.

Frau … (DGGPP): Ich schließe mich den Vorrednern an. Ich bin ja direkt gefragt worden, deshalb antworte ich auch. Ich will das jetzt nicht wiederholen.

Ich möchte aber noch einmal ein etwas zu den Ursachen sagen. Es gibt ja die Ausnahmetatbestände, die sind auch wichtig und richtig. Trotzdem kann man als Haus mit einem Prozentsatz an offenen Stellen, die man gerne besetzen würde, aber die Leute nicht bekommt, mit einem zusätzlichen Krankenstand beispielsweise innerhalb der normalen Ausfallzeiten temporär unter die Grenzen rutschen. Das wären beispielsweise Ursachen, die vom Haus selbst so jetzt gar nicht unbedingt zu verantworten sind. Das heißt, es wäre schon wichtig, dass man sich dann auch mit den Ursachen beschäftigt. Es geht ja nicht immer darum, die Profite zu erhöhen. Sondern, wie ich vorhin in meiner Stellungnahme auch gesagt habe: Eigentlich würden wir uns alle Wünschen, dass wir ausreichend viel Personal für die Behandlung haben.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (DGGPP). – Herr … (DKPM), es tut mir leid, aber Sie wurden ja nicht gefragt. Deshalb habe ich Sie auch nicht aufgerufen.

Herr Prof. … (DKPM): Ach so, dann darf ich auch keine Hand heben? Okay.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Sie können natürlich irgendwann die Hand heben. Sie wurden aber nicht um eine Antwort auf diese Frage gebeten. Sie kommen aber auf die Rednerliste. Ist das okay?

Herr Prof. … (DKPM): Danke, ja!

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Waren Sie jetzt fertig, Frau … *[DKG]*?

DKG: Zu meiner zweiten Frage zum Thema Sanktionen wollte ich noch um eine Rückmeldung bitten. Das war die Frage, die ich auch der DGPM gestellt hatte, was die Bedenken sind bei einer Umsetzung der Sanktionen über einzelne Abrechnungen, anstelle das begleitend im Rahmen der Budgetverhandlungen zu machen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr … (DGPM), bitte.

Herr Prof. Dr. … (DGPM): …, möchtest du dazu etwas sagen?

Herr Prof. Dr. … (DGPM): Die Befürchtungen sind, dass dann bei der Nichtpassung der augenblicklichen Situation, Kliniken vom Netz gehen müssen, obwohl sie ein hervorragendes Angebot haben.

Wir haben folgende Situation: Wir haben 262 Abteilungen für psychosomatische Medizin und nur zwei P-Kategorien im stationären Bereich. Das heißt, die Passung ist hier extrem schwierig. Vor diesem Hintergrund, wenn die Sanktionsmaßnahmen sehr eng und zeitnah kommen und ein Automatismus besteht, dass wir dann in dieser Situation gefährdet sind, dass entweder, weil beispielsweise im Bereich der Pflege die Zahlen in bestimmten Kliniken deutlich niedriger sind, auch vom Konzept her deutlich niedriger sind, wir Kliniken vom Netz nehmen müssen, die aber ein qualitativ hervorragendes Angebot machen, oder aber im Rahmen der Budgetverhandlung wird deutlich, weil meinetwegen die Zahlen bei Ärzten, Psychologen oder Pflege im intensivstationären Bereichen zu niedrig sind, dass dann die Stellen nicht finanziert werden.

Aber das Problem ist, dass durch diese erheblichen Sanktionierungen die Gefahr groß ist, dass qualitativ sehr gut arbeitende Kliniken durch den anderen Personal-Mix dann in bestimmten Bereichen etwas unterschreiten und damit quasi automatisiert vom Netz gehen müssen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr … (DGPM). Frau ... *[DKG]* ist Ihre Frage beantwortet? Okay. – Es hat sich als nächstes Frau ... *[GKVK-SV]* zu Wort gemeldet.

GKV-SV: Ich habe eine Frage an Frau … (DMtG) und an Frau … (WFKT). Insgesamt habe ich drei Fragen. Aber ich möchte Sie beide fragen, inwiefern Sie die Anrechnung von Hilfskräften ausschließen und was für Grundvoraussetzungen Sie fachlicherseits für gegeben halten, damit jemand als Spezialtherapeut angerechnet werden kann.

Frau … (DMtG): Wir haben jetzt schon eine sehr große Öffnung in diesem Begriff Spezialtherapien. Wenn ich das richtig verstanden habe, soll im nächsten Jahr an diesem Begriff irgendwie weitergearbeitet werden. Damit wäre natürlich schon ein wichtiges Ziel unserer Stellungnahme erreicht und dann kann sich das später eventuell auch relativieren. Aber im Moment besteht ja schon die Möglichkeit, so viele verschiedene Berufsgruppen unter diesem Oberbegriff Spezialtherapien mit ins Boot zu holen, dass eigentlich aus unserer Sicht Hilfskräfte überhaupt gar nicht notwendig wären. Das war der Hauptgrund, weshalb wir auch in Absprache mit dem DVE, die das für die Ergotherapie auch so sehen, gesagt haben: So wie die Situation im Moment ist, ist das keine notwendige Option.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Frau … (WFKT), bitte.

Frau Prof. Dr. … (WFKT): Ich würde das noch einmal unterstreichen, was Frau … (DMtG) gerade gesagt hat. Aus unserer Sicht sehen wir zunächst keinen Bedarf, von denen, die innerhalb der Spezialtherapeuten geführt werden.

Ich würde aber noch gerne ergänzen: Die Künstlerischen Therapien – ich spreche aus diesem Bereich heraus – ist ein Berufsbild mit einer akademischen Ausbildung, was vor allen Dingen auch therapeutisches, grundständiges, diagnostisches Wissen führt. Das sehen wir für diesen Bereich als notwendig. Wir grenzen uns davon ab und damit mit anderen Berufen, die nicht diese Qualifikationen haben, gleichgesetzt zu werden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Frau ... *[GKV-SV]*, bitte.

GKV-SV: Ich habe noch eine Frage an die DGKJP. Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass Sie einer Anrechnung von Hilfskräften sehr kritisch gegenüberstehen. Gleichzeitig haben Sie geschrieben, dass Sie sich das bis zu einer Höchstgrenze von zehn Prozent durchaus vorstellen können und zusätzlich, dass auch PPP-fremde Berufsgruppen dann zusätzlich auch angerechnet werden dürften, die dann über zehn Prozent liegen. Also, wenn ich das alles so richtig verstanden habe, kämen wir auf über 20 Prozent Ersetzungen von PPP-Richtlinien-Personal. Das erscheint mir vor dem Hintergrund, dass wir eine Mindestanforderung machen oder hier doch geregelt haben, extrem hoch. Mir scheint, dass eine Mindestanforderung regelrecht zu konterkarieren. Deshalb möchte ich Sie fragen, ob ich Sie richtig verstanden habe.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Frau Professor … (DGKJP), bitte.

Frau Prof. … (DGKJP): Das ist ein Missverständnis. – Wir haben uns gewundert, dass in der PPP-Richtlinie nicht die Vorgabe der alten Psych-PV steht: Hilfskräfte sind nur in Ausnahmefällen, wenn man am Markt die Kräfte nicht bekommen kann, vorübergehend zulässig.

Wir sehen das in der Kinder- und Jugendpsychiatrie prinzipiell kritisch. Das ist richtig. Es gibt dennoch in manchen Bereichen – Sie müssen sehen, wir haben insgesamt auch zusätzlich fünf Prozent an Personal jetzt aufzustocken gehabt – noch einen Nachholbedarf, vor allen Dingen in Kliniken in den neuen Bundesländern, sodass wir mehr Berufsgruppen einbeziehen wollen gegenüber den alten Berufsgruppen. Gerade im pädagogischen Bereich ist eine unglaubliche Fülle an neuen Qualifikationen entstanden. Demgegenüber brauchen wir die Logopäden eigentlich gar nicht mehr. Das haben wir schon ausgeführt.

Das bedeutet: Wir müssen sehr viel flexibler innerhalb der multiprofessionellen Teams Berufsgruppen auch neuerer Art, neuer wissenschaftlich fundierter Art, einbeziehen können, gerade in den Fachtherapien, und schleppen aber Altlasten wie in der Logopädie mit uns. Das kommt dann zu einer, ich sage mal fiktiven Hochrechnung, wie Sie sie angestellt haben.

Unterm Strich bleibt: Wir hätten gerne lauter moderne aufgearbeitete Berufsgruppen mit neuen Tätigkeitsmerkmalen in der PPP-RL, was bisher nicht erfolgt ist. Für eine Übergangszeit brauchen wir mehr Flexibilität und unter anderem auch Hilfskräfte. Aber nur als Ausnahme und Notfall.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Frau ... *[GKV-SV]* ist Ihre Frage beantwortet?

GKV-SV: Ja. Aber ich habe noch eine dritte Frage und zwar an Herrn Professor … von der DGPPN. – Sie fordern in Ihrer Stellungnahme, dass die Sanktionen als einen Abschlag in der in der Höhe des Personal, das nicht vorhanden ist auf den Stationen, stattfinden soll.

Wie ist dann Ihre Regelung, wenn es zu einer dauerhaften Unterschreitung kommt? Wir können uns bei einer dauerhaften Unterschreitung nicht vorstellen, dass die Sanktion bedeutet, dass man einfach nur das Personal, dass nicht vorhanden ist, nicht bezahlt. Daran haben wir kein Interesse. Meine Frage an Sie: Was machen wir bei einer dauerhaften Unterschreitung, und wie sollen wir mit dem vom BMG geforderten Vergütungsausschluss bei Nichterfüllung von Mindestanforderungen umgehen? Wie würden Sie das umsetzen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Professor … (DGPPN), bitte.

Herr Prof. Dr. Dr. … (DGPPN): Ich glaube, es ist im Augenblick schwierig, die dauerhafte Unterschreitung festzuschreiben. Wir sind deswegen auf die Prozentuale gegangen, weil das GKV-Modell festlegen würde, wenn die betroffene Berufsgruppe unterschritten ist, und sei es auch nur geringfügig, dass das eine kompletten Wegfall dieser Berufsgruppe ergibt. Das sehen wir als schwierig an. Deswegen diese Vorstellung, erst in den Dialog zu gehen.

Es ist richtig, dass das keine strukturelle Dauerlösung sein kann. Wir sehen aber einerseits die Schwierigkeit, das Führen eines gewinnorientierten Krankenhauses zu unterbinden und andererseits eine Klinik in einer strukturschwachen Region, die dauerhaft Schwierigkeiten hat, bestimmte Fachgruppen zu rekrutieren, was leider oft der Fall ist – da müssen Sie hier nur in Brandenburg aufs Land gehen –, vor der Schließung zu bewahren. Deswegen ist unsere Vorstellung: Keine grundsätzliche Änderung für eine längerfristige Unterschreitung.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Ich frage Herrn .... *[PatV]:* Haben Sie aus Versehen noch Ihre Hand oben oder wollten Sie sich melden? Die Hand ist jetzt unten, Danke Herr … *[PatV]*. – Dann hat jetzt Herr ... *[PatV]* das Wort

PatV: Ich habe zwei Fragen und zwar erst einmal an die Vertreter von zwei psychosomatischen Gesellschaften, DGPM und DKPM. Allgemein haben Sie gesagt, dass man mit der Ermittlung der Personalzahlen noch warten soll. Wie bewerten Sie die jetzige durchschnittliche Personalausstattung bei der Psychosomatik, finden Sie die ausreichend? Oder gibt es auch Mängel, vielleicht auch in Verbindung mit der Covid-19-Pandemie?

Herr Prof. Dr. … (DGPM): Vielen Dank für die Frage, zu der ich gerne Stellung nehme. – Es besteht kein Mangel, aber wir sind in einer Situation, dass wir das Spektrum an Versorgung, was wir haben, durch zwei Behandlungsbereiche nicht angemessen abbilden können. Das heißt, für manche Kliniken würde es zum Vergütungsausschluss kommen, weil sie die Personalmindestvorgaben nicht einhalten können, während es in anderen Kliniken zu Leistungsminderung kommt, weil das Personal, was erforderlich ist, um das Behandlungsprogramm zu erbringen, nicht gegeben ist. Vor diesem Hintergrund ist es ganz entscheidend, dass wir die Möglichkeit haben, eine Datengrundlage zu schaffen, auf deren Basis wir dann eine weitere Ausgestaltung vornehmen können.

Wenn man das vergleicht mit der Psych-PV, die sich ja über viele Jahre entwickelt hat, ist es für die Psychosomatik eine enorme Herausforderung, jetzt in der kurzen Zeit Personalmindestvorgaben zu definieren, die dann auch in der Versorgungspraxis sinnvoll nutzbar sind. Wir haben die Situation, dass wir die heutigen Anhaltszahlen haben, die erst einmal eine gute Orientierung bieten. Aber sie sind in der Versorgungspraxis bisher nicht erprobt worden. Sie sind auch nicht über die Krankenkassen abgerechnet worden. Vor dem Hintergrund ist es uns ein großes Anliegen – und wir sind auch bereit, daran intensiv mitzuwirken –, eine bessere Datengrundlage zu schaffen.

Das Problem mit dem Jahr 2020 ist – ich glaube, darauf brauchen wir nicht noch einmal näher eingehen –, dass in dieser Zeit die Berichterstattung zu den Personalzahlen nicht möglich ist und vor dem Hintergrund ausgesetzt werden sollte.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr … (DGPM). – Es hat sich noch einmal das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin gemeldet. Wer wird antworten: Herr Professor … oder Herr Professor …?

Herr Prof. … (DKPM): Ich werde antworten. Ich kann dann mit der Frage, die jetzt im Raum steht, gleichzeitig auch meine Meldung von vorhin mit bearbeiten. – Ich glaube, allen Anwesenden ist klar, die Covid-Situation hat dazu geführt, auch wenn wir Stationen weiterführen konnten, sie aber in der Belegung verkleinern mussten, um beispielsweise die Abstandsregelung in der Gruppentherapie oder in den Essräumen sicherzustellen, je nach Vorgaben der Bundesministerien oder Landesministerien, dass die Zahlen von 2020 nicht brauchbar sind. Wir haben also eine völlig verzerrte Situation, ich glaube in allen Psych-Kliniken. Insofern ist das Covid-Jahr leider Gottes keine gute Grundlage für irgendeine Berechnung.

Was die Anrechenbarkeit beispielsweise der Spezialtherapeuten betrifft: Wir bitten das BMG, auf das DIMDI einzuwirken, damit wir dieses Jahr für 2021 eine Entscheidung bekommen, dass wir die Spezialtherapeuten wieder mit in Therapieeinheiten erheben können. Was die Anrechenbarkeit anbelangt, geht es den psychosomatischen Fachverbänden auf keinen Fall darum, irgendwelche Hilfskräfte einzuschleusen oder unterzupflügen, sodass man das nicht merkt. Sondern es geht nur darum, wie schon Herr … (DGPM) auch ausgeführt hat – ich brauche an der einen Stelle beispielsweise mehr Sozialarbeit; an der anderen Stelle brauche ich mehr Ernährungsberatung etc.; je nach den Konzepten brauche ich unterschiedliche Berufsgruppen –, dass man die nicht von vornherein derart festlegt, dass, wenn Unterschreitungen zu kleinteilig nachgewiesen werden, man dadurch in diese Kalamitäten kommt, bevor man überhaupt eine empirische Erhebung gemacht hat, beispielsweise, was ein Spezialsetting für Essstörungspatienten eigentlich durchschnittlich in Deutschland hat und braucht.

Wenn die Rede davon ist, dass manche Kliniken das nicht erfüllen können in Bezug auf die Mindestvorgabe, heißt es nicht, dass sie unfähig sind, sondern, dass deren Konzept möglicherweise sehr gut funktioniert, aber die Mindestvorgabe an der Stelle falsch ist oder falsch wäre, suggeriert, das wäre richtig. Und wir haben auch gar keine Grundlage. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Professor … (DKPM). – Dann hatte sich jetzt Herr ... von der Patientenvertretung gemeldet.

PatV: Meine zweite Frage richtet sich an Frau … von der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. – Sie haben auch von Minutenwerten in der Gerontopsychiatrie gesprochen, die gesetzlich zu niedrig sind, weil die gerontopsychiatrischen Patienten oft multimorbide sind. In diesem Zusammenhang wollte ich fragen, ob darin nicht auch eine große Gefahr besteht, dass Zwangsmaßnahmen, Zwangsfixierungen angewendet werden, weil die Menschen oft unruhig, verwirrt sind und keine begleiteten Spaziergänge stattfinden. Wäre es nicht irgendwie sinnvoll, auch in dem Bereich stationsäquivalente Behandlungen zu erweitern, damit diese Menschen äquivalent behandelt werden könnten, sowohl zu Hause mit Einbeziehung von ihren Pflegediensten, wie auch in Altenpflegeheimen mit Einbeziehung des Pflegepersonals? Sie wären dann immerhin in ihrer vertrauten Umgebung.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Frau … (DGGPP), bitte.

Frau … (DGGPP): Vielen Dank für die Frage oder für die vielen Fragen, denn es sind ja mehrere. – Arzt- und Therapeutenzeiten, das Problem, das ich angesprochen hatte für die Gerontopsychiatrie: Es ist sicherlich im Einzelfall auch einmal vorstellbar, dass eine Unterbesetzung zu mehr Zwangsmaßnahmen führt. Das ist aber eigentlich aus unserer Sicht nicht das wesentliche Problem.

Das wesentliche Problem ist, dass es über die vielen Jahre der Psych-PV oft Umverteilungen nach Bedarf in den Kliniken gegeben hat, die dazu geführt haben, dass die Gerontopsychiatrie doch ein wenig besser ausgestattet war als die knappen Psych-PV-Zahlen zugelassen hätten. Das wiederum führt auch nicht nur zur Mehrbesetzung in der Pflege, die notwendig ist in der Gerontopsychiatrie. Sondern dass führt auch dazu, dass im PEPP-System gerontopsychiatrische Patienten oder hirnorganisch kranke Patienten besonders hoch bewertet werden, also sowohl alte aus anderen Krankheitsgruppen als auch die hirnorganischen Patienten.

Unsere ist Befürchtung eher, wenn nicht die Arztzeiten und die Therapeutenzeiten, insbesondere Sozialarbeit, Ergotherapie angepasst werden, dass mit der Zeit immer mehr Patienten nicht aufgenommen und behandelt werden können. Also nicht so sehr Zwangsmaßnahmen, sondern eher Abweisung.

Der andere Themenkomplex zur stationsäquivalenten Behandlung: Ja, auf jeden Fall! Im Grunde genommen gilt das genauso wie für Patientengruppen in der Allgemeinpsychiatrie, also beispielsweise chronisch depressive Patienten, persönlichkeitsgestörte Patienten, psychiatrische Patienten, wo das im Einzelfall ein sehr wertvolles Behandlungsinstrument ist, aber auch in der Gerontopsychiatrie speziell für Demenzkranke, die in Krisen ins Krankenhaus kommen und dann länger behandelt werden müssen, um die Folgen der Krankenhausaufnahme wieder abzufangen. Also von daher – es gibt ja Konzepte und es gibt auch Kliniken, die das schon umsetzen – ist natürlich auch eine stationsäquivalente Behandlung im Heim oder in der Wohnung von gerontopsychiatrischen Patienten eine gute Sache. – Habe ich die Fragen alle beantwortet oder fehlt noch etwas?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr ... *[PatV]* sind sie zufrieden?

(Zustimmung von Herrn … *[PatV]*.)

Ja. Danke, Frau ... (DGGPP). – Jetzt hatte sich Herr ... *[GKV-SV]* gemeldet.

GKV-SV: Ich habe eine Frage an Herrn Professor … von der DGPPN, und zwar noch einmal zu den Ausnahmetatbeständen der regionalen Pflichtversorgung. Vorweg ein kurzes Statement: Aus unserer Sicht kann ja die regionale Pflichtversorgung keine grundsätzliche Ausnahme sein. Aber sie kann sehr wohl ein Ausnahmetatbestand sein.

Hier ist noch einmal die Frage, ob Sie Klarstellungsbedarf sehen, dass die regionale Pflichtversorgung ein Element der landesrechtlichen Verpflichtung zur Aufnahme ist, so wie wir es ja jetzt schon in der Richtlinie formuliert haben und eigentlich auch in den Gründen erläutert haben, dass das die Pflichtversorgung umfasst. Aber das scheint mir bei Ihnen noch nicht so verstanden zu werden.

Herr Prof. Dr. Dr. … (DGPPN): Wir sind uns sicher einig, dass die regionale Pflichtversorgung ein ganz entscheidender Baustein der Pflichtversorgung ist. Die rechtliche Definition ist absolut notwendig, damit unterschieden werden kann zwischen Kliniken, die in Anführungszeichen „Rosinenpickerei“ betreiben und solchen, die wirklich Notfallpatienten aufnehmen müssen.

Wir haben die Sorge, dass es aus letzterer Verpflichtung immer wieder zu Schwankungen in den Belegungen kommen kann, die dann, wenn man eine starre Untergrenze hat – wir wollten ja immer eine Soll-Bestimmung, die oberhalb dieser Untergrenze liegt – in Konflikt gerät und damit letztendlich die regionale Pflichtversorgung unmöglich werden könnte und das würde wieder in größeren Kliniken münden, die dann zwar einerseits das Personal haben, um vorzuhalten, aber andererseits weiter weg vom Heimatort sind.

Von daher, glaube ich, sind wir uns bei der Ausrichtung auf die regionale Pflichtversorgung, die Sie angesprochen haben, sehr einig. Wir sehen deshalb auch eine Notwendigkeit, jetzt bei der Untergrenze sehr vorsichtig zu sein und die Beratungen und die Diskussionen, ob die Mittel zweckentfremdet worden sind, an erster Stelle zu stellen, bevor es in die Sanktionen geht, die dann gegebenenfalls einen Standort auch zur Schließung bringen könnten.

GKV-SV: Vielen Dank! Ich habe noch eine zweite Frage. – Es geht um die tatsächliche Personalausstattung 2020. Aus unserer Sicht sind die Besonderheiten in 2020 ein Faktum. Mit diesem Faktum kann man nur dann gut umgehen, wenn es mehr Daten gibt und nicht weniger oder keine Daten. Deswegen noch einmal die Bitte an Herrn Professor … von der DGPPN, Herrn Professor … von der DGKJP und Frau … von der DGGPP. Welche Besonderheiten sind bei der Erhebung für 2020 zu berücksichtigen, um diese geänderte Versorgung zu beschreiben?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Professor … (DGPPN) noch einmal, bitte.

Herr Prof. Dr. Dr. … (DGPPN): Ganz konkret sind in vielen Kliniken Stationen geschlossen worden und Personal ist zum Teil sehr hektisch auf anderen Stationen eingesetzt worden. Beispielsweise bei uns sind über 20 Betten gesperrt worden, eine ganze Station musste teilweise umziehen oder hat dichtgemacht. In den Tageskliniken ist, soweit es möglich war, heruntergefahren worden. In den Institutsambulanzen haben wir versucht, auf Videokonferenzen umzustellen. Bei einer Obdachlosenquote in Berlin-Mitte von bis zu 30 Prozent, die wir auf Akutstationen versorgen, ist das aber fast nicht möglich.

Das heißt, es hat eine Improvisation im Personal gegeben. Es hat eine sehr flexible gegenseitige Hilfe gegeben auch mit intensiverfahrenen Kolleginnen und Kollegen, die auf andere Stationen gegangen sind, mit dem Rückruf von Menschen aus der Forschungsfinanzierung mit Genehmigung der Charité beispielsweise, damit sie dafür auf Stationen aushelfen. All das ist absolut irregulär.

Die Versorgung beispielsweise von Patienten auf Stationen durch Menschen, die in Clinician Scientist finanziert über BIH sind, ist humanitär absolut sinnvoll, aber sie würde jegliche Kalkulation absolut unbrauchbar verwirren. Und wenn man daraus dann Sollvorgaben für das nächste Jahr ableitet oder Vorgaben, dann wäre das leider in dem Fall wirklich nicht hilfreich, sondern nur ein zusätzlicher Bürokratieaufwand, der dann auch noch zu Fehlschlüssen führen würde.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr … (DGPPN). – Herr … (DGKJP), bitte.

Herr Prof. Dr. … (DGKJP): Ich möchte mich Herrn … (DGPPN) anschließen. – Wir müssen auch sehen, dass es regional extreme Unterschiede gibt. Wir hatten Situationen in Würzburg, wo die gesamte Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik auf ein Minimum heruntergefahren wurde. Es gab Regionen, wo weiterhin eine Versorgung stattgefunden hat, einfach aufgrund der Infektionszahlen. Wir hatten – das hat Herr Professor … (DGPPN) schon gesagt – Verschiebungen in die Somatik von Schwestern und ähnliches, die in der Somatik ausgeholfen haben.

Gerade am Anfang hatten wir umgekehrt Maßgaben, dass Alturlaube und ähnliches natürlich auch für die Bereiche, wo es nicht ist, heruntergefahren werden. Wir hatten in jedem Bundesland und auch je nach der Baulichkeit sehr unterschiedliche Hygienevorgaben, wie viele Patienten denn überhaupt auf einer Station sein dürfen. Das ist gerade für die Kinderpsychiatrie extrem problematisch, also Familienpsychiatrie mit Einbezug der Eltern. Wir hatten unterschiedlichste Maßgaben, ob Eltern zu Besuch kommen dürfen oder nicht zu Besuch kommen dürfen. Das heißt, es war in jedem Bundesland, zum Teil in jeder Stadt unterschiedlich.

Ich habe überhaupt nichts dagegen, die Daten zu sammeln. Das ist ein schönes Forschungsprojekt: Wie hat sich die Psychiatrie verhalten während Covid-19? Da hätte ich gar nicht dagegen. Nur das als Anhaltspunkt für etwas Übergeordnetes zu nehmen, was vor 2019, letztendlich seit 2020 entwickelt worden ist, dafür würde es einfach nicht taugen. Das darf ich auch als Wissenschaftler sagen.

Das war nicht nur ein Quartal – das kommt ja auch aus dem GKV-Vorschlag – es war nicht das zweite Quartal, sondern wir haben das bis heute, gerade jetzt in der zweiten Welle wieder in unterschiedlichsten Krankenhäusern. Und die Abstandsregeln, wie das umgesetzt werden soll in der Psychiatrie, in den Tageskliniken, können von heute auf morgen wieder sein. Bei uns gehen die Kinder in die Schulen; es ist in ganz vielen Kliniken ein Problem, dass über die Klinikschulen dann plötzlich Quarantänemaßnahmen kommen, weil Lehrer erkrankt sind. – Es ist völlig unabsehbar.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Jetzt kommt Frau … (DGGPP).

Frau … (DGGPP): Ich möchte ergänzen: Wir haben in vielen Kliniken die Tageskliniken schließen müssen, einfach, um das Risiko zu minimieren, dass über das tägliche Nachhause- und wieder Hinfahren Corona-Viren ins Krankenhaus eingeschleppt werden. Wir haben andere Raumkonzepte machen müssen. Das heißt, die geschlossenen Tageskliniken wurden dann genutzt, um kleine Stationsgruppen überhaupt therapeutisch betreuen zu können. Zimmer wurden nicht vollständig belegt. Frau … (ver.di) hatte ja schon angesprochen, wie angenehm das Personal es empfand, dass es weniger Patienten auf der Station gab; aber es war eben nicht angenehm für die Patientinnen und Patienten, die deswegen nicht aufgenommen und behandelt werden konnten.

Das ist eine ganz, ganz schwierige Situation, das möchte ich auch noch einmal anmerken für diejenigen, die darüber zu entscheiden haben, dass man jemanden, der schwerkrank und behandlungsbedürftig ist, sagt: Wir können Sie im Moment nur aufnehmen, wenn Sie akut suizidal sind. Ansonsten kommen Sie in vier Wochen wieder, vielleicht hat sich dann die Infektionssituation in der Versorgungsregion geändert. – Das ist ein ganz großes Problem, und davon kann man nicht als Dauereinrichtung ausgehen und worauf Zahlen basieren.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (DGGPP). – Jetzt hatte sich Frau … *[DKG]* gemeldet

DKG: Vielen Dank! Ich habe noch einmal zwei Fragen. Die erste auch noch einmal an Frau …, DGGPP, zum Thema der Anrechnung. – Auch Sie haben sich in der Stellungnahme dafür ausgesprochen, dass auf die Berufsgruppe der Ärzte auch in einem geringen Umfang eine Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Personal möglich sein sollte und auch dafür, dass es einen Sockelbetrag unabhängig von den Prozentwerten gibt. Das ist im DKG-Vorschlag ein halbes

Vollzeitäquivalent. Zu diesen beiden Punkten würde ich mich über eine Erläuterung freuen, aus welchen Gründen Sie diese Ergänzung für erforderlich halten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … *[DKG]*. – Frau … (DGGPP), bitte.

Frau … (DGGPP): Wir brauchen mehr Flexibilität, wie immer man das jetzt formuliert. Der DKG-Vorschlag wirkte einfach besser in Richtung auf mehr Flexibilität, deswegen haben wir dem zugestimmt und nicht noch einmal einen eigenen formuliert. Aber der Hintergrund ist, dass wir die Flexibilität aus ganz verschiedenen Gründen brauchen. Unterschiedliche Behandlungskonzepte sind ein inhaltlicher Grund. Das ist ja das, was die psychosomatischen Kollegen immer wieder ansprechen. Das gilt auch für die Psychiatrie.

Ein weiterer Grund sind einfach auch regionale Notwendigkeiten, Arztstellen besetzen zu können, Psychologenstellen besetzen zu können, Spezialtherapeutenstellen besetzen zu können, Pflegestellen besetzen zu können. Das ist je nach Region ganz unterschiedlich, ob das geht. Letztendes kann eine eingearbeitete Kraft, mit welcher Ausbildung auch immer, die in der Lage ist, mit psychiatrischen, gerade mit gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten zu kommunizieren, besser sein als ein Arzt, der kein Deutsch spricht und den man aber einstellt, um irgendwelche Mindestzahlen erfüllen zu können. – Ich weiß nicht, ob das die Frage ausreichend beantwortet hat.

DKG: Ja, vielen Dank! – Die zweite Frage geht an die Psychosomatik, also an die DGPM und an die DKPM. Sie gehen in Ihrer Stellungnahme auch darauf ein, dass in der Psychosomatik die Bewegungstherapeuten nicht als einzelne Berufsgruppe ausgewiesen werden sollten und nicht als einzelne Berufsgruppe mit Mindestvorgaben belegt sein sollten. Stattdessen sollten die Minutenwerte den Spezialtherapeuten zugeschrieben werden, die neben den Bewegungstherapeuten jetzt einzeln ausgewiesen werden. Können Sie erläutern, warum diese Änderung für Sie relevant ist; warum die Minutenwerte den Bewegungstherapeuten, den Spezialtherapeuten zugeschrieben werden sollten?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Wer würde hier von der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin antworten, Herr … oder Herr …?

(Zwischenruf: Ich glaube, Herr …, würde dazu Stellung nehmen.)

Herr Prof. … (DKPM): Ich kann den Anfang machen. Die Kollegen können ja vielleicht dann noch ergänzen, wenn ich etwas übersehen haben sollte. – Also die Bewegungstherapeuten sind in sich wieder von den Herkunftsberufen her eine sehr heterogene Gruppe. Das sind Physiotherapeuten, die dann eine Zusatzqualifikation beispielsweise in konzentrativer Bewegungstherapie haben. Es gibt noch andere Wege über Sporttherapie, auch Sporttherapie-Studien, Mototherapie-Studien etc. Es gibt also einen breiten Zugang und je nachdem, was die Patienten wiederum brauchen, ob man den Schwerpunkt in der Schmerztherapie hat, also bei somatoformen Schmerzstörungen oder andere Patientengruppen, die man schwerpunktmäßig versorgt, oder auf einer speziellen Station versorgt, hat man dann unterschiedliche Anteile von Bewegungs- bis Physiotherapie bis hin zu Krankengymnastik, Feldenkrais oder ähnliche Methoden, die dann eingesetzt werden.

Auch da wissen wir bundesweit nicht, was bisher realisiert wird. Wir haben den Vorschlag auch mit gutem Grund deswegen gemacht, weil auf der Ebene der OPS die InEK-Logik die Berechnung von der Finanzierung dieser Stellen eher von einem relativen Durchschnittswert ausgehen kann, der dann diese Austauschbarkeit wieder nicht im Sinne von Hilfspersonen, sondern die Austauschbarkeit im Sinne dieser verschiedenen Qualifikationen erlaubt, ohne dass man jetzt gewinnorientiert irgendetwas manipuliert. Deswegen scheint uns das gerechtfertigt, dass wir erst einmal die Spezialtherapeuten als Gesamtgruppe ansprechen. – Ich weiß nicht, ob die Kollegen noch ergänzen wollen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr … (DGPM) möchte noch ergänzen.

Herr Prof. Dr. … (DGPM): Die Situation ist im Augenblick ja die, dass wir einfach mit den zwei P-Kategorien bei ungefähr 260 Kliniken mit unterschiedlichen Bedarfen in der Therapie und den unterschiedlich dann notwendigen Therapiekonzepten keine Möglichkeit haben, gut zu differenzieren. Das heißt, die Bewegungstherapie ist beispielsweise bei den Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen essenziell. Sie kann aber bei anderen Patientengruppen ein Stück in den Hintergrund treten, da bräuchte man mehr Musik- und Kunsttherapie. Damit wir ausreichend flexibel sind bei zwei Kategorien, die wir im Augenblick haben, wäre es wichtig hier den Kliniken nicht etwas vorzuschreiben, man würde dann inhaltlich das Therapiekonzept durch die Personalvorgaben prägen und würde es viel schwieriger machen, dieses Therapiekonzept anzupassen an die Notwendigkeiten der Behandlungsgruppen.

Etwas Anderes ist, wenn wir eine höhere Differenzierung in den P-Kategorien haben. Man muss sagen: Wir haben ungefähr 30 Prozent der Kliniken, aber nur zwei Kategorien von, ich glaube, insgesamt 27. Wenn wir dort eine größere Differenzierung hinbekommen, wäre es auch wieder möglich, hier eine stärkere Differenzierung beispielsweise bei Bewegungstherapien, Kreativtherapien hinzubekommen, weil es zielgenauer auf die jeweilige Behandlungs- und Patientengruppe zugeschnitten sein könnte.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr … (DGPM). Frau ... *[DKG]* sind damit Ihre Fragen beantwortet?

DKG: Ja, vielen Dank!

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Dann hat jetzt Frau ... *[GKV-SV]* das Wort.

GKV-SV: Noch einmal ganz kurz zu Herrn ... (DGPM): Auch ich glaube, wir alle, die wir hier sitzen, wollen überhaupt nicht irgendwie in Behandlungskonzepte der Kliniken eingreifen. Aber es ist für uns auch, zumindest als GKV kann ich das hier sagen, schwer verständlich, dass einerseits immer eine leitliniengerechte Behandlung bzw. das Personal für eine leitliniengerechte Behandlung gefordert wird, und die ist ja nun meist in den S3-Leitlinien diagnoseorientiert, andererseits wird gleichzeitig gesagt: Nicht die Diagnose entscheidet über die Behandlung, sondern die Behandlungskonzepte, also das Setting. Das ist für uns auf der anderen Seite des Schreibtisches wirklich eine Schwierigkeit. Wir möchten natürlich nicht, dass unsere Versicherten je nachdem, durch welche Tür sie laufen, ob durch eine psychosomatische oder eine psychiatrische Tür, bei der gleichen Diagnose eine andere Behandlung erfahren. – Das einfach nur noch einmal als Kommentar, weil Sie jetzt lange darüber geredet haben.

Aber eigentlich geht meine Frage an Herrn Dr. …, Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung. Sie haben dafür plädiert, den nicht zeitgemäßen Stationsbezug zu streichen, auch

standortbezogene Vorgaben zur Ermöglichung des Personaleinsatzes über alle Standorte hinweg zu streichen, Gestaltungsmöglichkeiten bei der Bildung im Klinikbereich übergreifender Teams zu geben. Das ist insgesamt eine Kritik, die wir seit bestimmt einem dreiviertel Jahr oder einem Jahr hören und die ficht uns als GKV-SV auch tatsächlich an, weil wir natürlich nicht dafür stehen wollen, hier irgendwelche altmodischen Behandlungskonzepte zu tradieren. Sondern wir sehen uns eigentlich durchaus auch in der Situation, dass wir sektorenübergreifende Behandlungskonzepte, bereichsübergreifende Behandlungskonzepte fördern möchten.

Insofern möchte ich erst einmal feststellen, dass der Stationsbezug allein das Ziel hat, die Patienten zu schützen. Diesen Stationsbezug, den gibt es ja nur im Nachweis, nicht bei der Frage, wie hoch die Mindestanforderung ist. Das wird einrichtungsbezogen festgestellt. Der Stationsbezug im Nachweis soll einfach nur gewährleisten, dass dort, wo möglicherweise vulnerable Patienten auf bestimmten Stationen sind, auch das Personal ankommt.

Lange Rede, kurzer Sinn, ich würde Sie noch einmal fragen wollen: Wie viele Kliniken, glauben Sie, haben solche modernen therapeutischen Einheiten? Wie viele Patienten betrifft es, die nicht auf Stationen untergebracht sind? Und können Sie diese Modelle möglicherweise typisieren, indem Sie sagen: Es gibt die und die therapeutischen Einheiten, das sind moderne therapeutische Einheiten, die müssten Sie noch in Ihrer Richtlinie aufnehmen.

Frau … (G-BA-Geschäftsstelle): Frau ... *[GKV-SV]*, Herr … (DNVF) hat sich vor ungefähr zehn Minuten verabschiedet. – Ich bin jetzt nicht mehr dazu gekommen, um Ihnen das mitzuteilen. – Vielleicht können Sie jemand anderem mit Ihrer Frage adressieren.

GKV-SV: Das ist schade, weil der Stationsbezug ja sein Hauptpunkt war. Jetzt weiß ich gar nicht, wen ich das fragen soll. Herrn … (DGPPN) nehme ich dann doch mal.

Herr Prof. Dr. Dr. … (DGPPN): Ja, gern. – Also es ist unterschiedlich. Ich glaube, es gibt keine Klinik mehr, die nicht über die Stationen hinweg beispielsweise gemeinsame psychotherapeutische Gruppen anbietet oder Ergotherapie oder Kunsttherapie oder Musiktherapie. Wir machen das derzeit auch, weil wir es auch durchaus richtig finden, dass es eine Minimalbesetzung auf den Stationen gibt, und keineswegs wollen, dass beispielsweise psychologische Psychotherapeuten auf einer Privatstation gepoolt werden und woanders nicht mehr anzutreffen sind.

Es ist ein Balanceakt, aber ich glaube, es ist ausgesprochen weitverbreitet, dass Teams stationsübergreifende Settings haben. Gerade für solche spezialisierten Therapeuten – bei uns gibt es leider bei der Größe in der ganzen Klinik nur 0,8 Musiktherapeut und 0,75 Kunsttherapeut. Das macht wirklich nicht viel Sinn, das stationär herunterzubrechen, obwohl wir das derzeit tun müssen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Frau ... *[GKV-SV],* haben Sie noch eine Nachfrage?

GKV-SV: Ja, danke schön. – Unseres Erachtens ist ja der Personaleinsatz über die Stationen und Standorte hinweg in der Richtlinie überhaupt nicht ausgeschlossen. Also wir verlangen ja nicht, dass das Personal allein stationär tätig sein muss. Sie können natürlich auch eine stationsübergreifende Einheit von Ergotherapeuten auf die einzelnen Stationen herunterbrechen.

Mir ging es vor allen Dingen in dieser Frage auch darum: Gibt es noch irgendwelche anderen ganz moderne Behandlungskonzepte, die wir in dieser Richtlinie nicht berücksichtigt haben,

die unbedingt noch hineinmüssen, beispielsweise bei der Stationstypisierung oder bei der Frage der Organisation des Standortes?

Herr Prof. Dr. Dr. … (DGPPN): Ich kann noch einmal nachlegen, falls das jetzt zu wenig innovativ klang: Es gibt Kliniken, die quasi – das machen wir nicht, aber andere tun das – eine Rotation mit der Institutsambulanz haben. Also ein Patient wird immer vom selben Facharzt versorgt, und der arbeitet dann als eine Art Belegarzt auf Station. Es gibt Kliniken, die das auch im psychotherapeutischen Bereich so handhaben.

Es gibt Kliniken, die weitgehend auf flexible Spätteams setzen, die dann auch wieder flexibel stundenweise auf Stationen aktiv sind, aber auch diese Stationen wechseln. Also es gibt eine ganz ausgeprägte Flexibilität, falls das nicht deutlich genug geworden ist, was ich Ihnen genannt habe, sind mehr Alltagsbeispiele, die werden Sie in fast jeder Klinik finden.

Wir müssen ja patientenbezogen das Personal nachweisen. Das ist verständlich. Wir sind uns da, glaube ich, auch einig, dass so etwas grundsätzlich erfolgen muss. Aber es ist oft zu kleinteilig.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr .. (DGPPN). – Frau … (BDK), hatten Sie sich zur selben Fragen gemeldet?

Frau Dr. … (BDK): Ja, ich würde gerne noch einmal etwas dazu sagen, weil ich finde, dass das eine ganz wichtige Frage von Frau ... *[GKV-SV]* ist. – Die Behandlungen, die Verweildauern auf den Stationen sind ja sehr kurz geworden. Das ist in erster Linie auch dadurch gelungen, dass wir wirklich die Patienten so rasch wie möglich auch zu Hause versorgen. Und genau das, was Herr … (DGPPN) geschildert hat, dass Mitarbeiter auch aufgeteilt sind; einen Teil ihrer Arbeitszeit nicht auf der Station am Bett verbringen, sondern mit den Patienten zu Hause in der Suchtmedizin, begleitete Heimfahrten, soziotherapeutische Interventionen im häuslichen Umfeld, aber auch in der ärztlichen Versorgung zu Hause durch Ärzte, die eigentlich im Sinne der Behandlerkontinuität Stationen zugeordnet sind. Das machen sehr viele Kliniken, also von den Fachkliniken und den Abteilungspsychiatrien macht das ein Großteil der Kliniken. StäB hat das natürlich auch gefördert, dass wir selbst bei Patienten, die jetzt nicht eine reine klassische stationsäquivalente Behandlung haben, aber vor- und nachstationär soweit wie möglich settingübergreifend arbeiten. – Das wollte ich nur noch einmal erläuternd anfügen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau ... *[GKV-SV]*, damit sind Ihre Fragen beantwortet, nicht wahr? – Als nächstes hat sich Frau … (DMtG) zu Wort gemeldet.

Frau … (DMtG): Ich hatte schon vorher versucht, mich in diese Diskussion um die Bewegungstherapie in der Psychosomatik einzuschalten, um auch noch einmal darauf hinzuweisen, dass das auch die Stellen der Spezialtherapie betrifft und vielleicht, wenn tatsächlich für das nächste Jahr irgendwelche Arbeitsvorgänge geplant sind, man dieses Thema einbeziehen könnte.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön! – Herr … *[PatV]*, bitte.

PatV: Ich habe noch eine Frage an Herrn Professor … (DGPPN). – Sie haben sich ja gegen Sanktionen und für Dialog und Unterstützung ausgesprochen. Sie wissen aber auch, dass der

Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien aufgrund der gesetzlichen Vorgaben tätig wird und der Gesetzgeber gibt im SGB V den Vergütungswegfall vor. Welche Möglichkeiten sehen Sie unter diesem Aspekt, Ihren Vorschlag in der Richtlinie umzusetzen, oder wird hier eine Gesetzesänderung gebraucht?

Herr Prof. Dr. Dr. … (DGPPN): Nein, um Gottes willen! Es geht ja um ein gestuftes Vorgehen. Also die Frage, die sicher immer richtig ist, dass man zwischen Kassen und Krankenhausträgern sich zusammensetzt und schaut, wo das Problem ist, und wo die Gelder geblieben sind. Wir sprechen uns aber bezüglich Sanktionen für den DKG-Vorschlag aus, der durchaus Sanktionen vorsieht, auch mit einem Straffaktor belegt, also nicht nur eine prozentuale Reduzierung, wenn prozentual Personal fehlt, sondern das Ganze auch mit einem Straffaktor multipliziert.

Also die Sanktionen sind bei uns absolut im Visier. Wenn Sie an Kliniken denken, wie ich es hier im Umland immer wieder erlebe, die uns zum Teil verzweifelt bitten, doch Ärzte auszuleihen oder kreative Möglichkeiten vorschlagen, um die medizinische Versorgung sicherzustellen, sehe ich tatsächlich den Druck gerade auf die kleinen, regionalen und kommunalen Träger. Diese Kliniken brauchen in den ersten Schritten, die jetzt gegangen werden müssen, eine Diskussion und Unterstützung. Ich denke, das geht im Dialog gut. Man kann dann auch von solchen Trägern differenzieren, die aus Gründen der Gewinnmaximierung und einer Zielvorgabe Personal einsparen.

Sie wissen, in Berlin hat es so etwas gegeben, dass einem Chefarzt gekündigt wurde, nachdem er sich weigerte, mit zwei Ärzten weniger zu arbeiten, weil das jetzt laut Krankenhausträger im Rahmen der Untergrenzen möglich wäre.

Wir sind also durchaus dafür, dass den Krankenhausträgern hier nicht freie Hand gelassen wird, aber dass differenziert wird, ob es eine wirkliche strukturelle Notlage ist eines nicht gewinnorientierten Trägers oder ob das aus anderen sachfremden Gründen auf Kosten der Patienten umgesetzt werden soll.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Herr ... *[PatV]*, haben Sie noch eine Nachfrage?

PatV: Herr Dr. … (DGPPN), ich darf noch einmal nachfragen. Ich hatte ausdrücklich danach gefragt, weil der Vergütungswegfall als gesetzliche Vorgabe vorgeschrieben ist; der Dialog ist nicht vorgegeben.

Herr Prof. Dr. Dr. … (DGPPN): Ja. Und ich habe Ihnen auch versucht zu antworten, dass wir für den Vergütungswegfall durchaus ein Modell haben, allerdings nicht das der GKV.

Zum Dialog: Es ist ja nicht alles, was gesetzlich nicht vorgegeben ist, deswegen verboten. Wir würden doch sehr anregen, dass das tatsächlich vor Ort im Interesse einer Regionalversorgung geprüft wird. Ich glaube, es ist in niemandes Interesse, wenn wir das haben, wie es früher einmal in Berlin war. – Ich habe 1980 mein erstes Praktikum gemacht und noch erlebt wie aus Berlin-Mitte oder damals West-Berlin, alle Patienten nach Spandau oder in die KBoN verfrachtet wurden. – Auch in Brandenburg gibt es die Möglichkeit, diese zum Teil regionalisierter auftretenden Kliniken zu konzentrieren. Ich glaube, um die Sorge geht es uns und diesbezüglich um die konstruktive Diskussion miteinander.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Herr ... *[PatV]*, Ihre Frage ist beantwortet? – Als nächstes hat sich jetzt Herr … (DKPM) zu Wort gemeldet.

Herr Prof. … (DKPM): Vielen Dank, dass ich noch einmal für das DKPM die Möglichkeit habe, kurz auf Frau ... *[GKV-SV]* zu antworten mit ihrem Türsymbol oder ihrem Türbild, welcher Patient durch welche Tür geht: Das bestimmt dann auch die Behandlungsdosis.

So wie Sie es sagen, klingt es so, als wenn da ein Fehler passieren würde. Aber es ist doch, wenn wir bei dem Anorexiebeispiel, was ich vorhin erwähnt habe, noch einmal bleiben, ein Ausdruck von Qualität unserer Versorgung in Deutschland, dass eine Anorexiepatientin mit der nächsten Anorexiepatientin im Hinblick auf die Therapieziele – und das ist doch das Entscheidende – nicht über einen Kamm geschoren wird. Also wir haben die Diagnose und wir haben die Therapieziele: Was will ich mit dem Patienten erreichen?

Wie ich vorhin gesagt habe: Wenn diese Patientin gleichzeitig hoch suizidal ist, dann braucht es eine geschützte geschlossene Aufnahmestation, die auch entsprechend ausgestattet ist und was die psychiatrischen Kollegen gesagt haben, auch mit der Möglichkeit Vorhaltekosten mit in Anschlag zu bringen. Das ist an der Stelle auch für diese Patientin richtig, dass sie eben entsprechend behandelt wird. Und wenn sie dann ein leitliniengestütztes Essstörungssetting braucht, dann ist das eben richtig. Und wenn sie eine Intensivstation braucht der Inneren Medizin, weil sie eine Hypokaliämie hat von 2,8 und Herzrhythmusstörungen, dann ist das richtig. Das heißt, wir machen dadurch ja nichts schlecht, nichts falsch und nichts qualitätsungesichert, wenn wir für eine differenzierte Versorgung in Deutschland eintreten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Jetzt haben sich noch einmal Frau … (BDK) und Herr … (APK) gemeldet. – Frau … (BDK), bitte.

Frau Dr. … (BDK): Ich habe meinen Beitrag schon gebracht. Der bezog sich auf Frau ... *[GKV-SV]*. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank! – Dann hat noch einmal Herr … (APK) das Wort.

Herr Prof. … (APK): Ich wollte auch noch einmal an etwas anknüpfen, was Frau ... *[GKV-SV]* gefragt hatte, und Frau … (BDK) und Herr … (DGPPN) ein Stück weit beantwortet haben. – Es gibt aber noch Konzepte, die gehen darüber hinaus. Es gibt beispielsweise Kliniken – …ist auch hier in der Schaltung bei uns –, wo wir den Stationsbezug auflösen, wo es Betten gibt, tagesklinische Plätze und eine Ambulanz, und das wird von einem Team versorgt. Der Stationsbezug ist noch ein Stück weit da, aber es ist insgesamt eine Behandlungsstruktur, die wirklich sektorübergreifend arbeitet. Das bewährt sich extrem sowohl für die Mitarbeiterzufriedenheit als auch vor allem für die Behandlungsqualität. Ich glaube, das sind die neuen Behandlungsansätze, nach denen Frau … *[GKV-SV]* auch gefragt hatte.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr … (APK). – Jetzt noch einmal Frau … (DGGPP) und damit ist die Rednerliste geschlossen.

Frau … (DGGPP): Danke! Zum selben Thema, deshalb ich mich auch noch einmal gemeldet. – Frau ... *[GKV-SV]* könnte jetzt einwenden: Das lässt sich ja auch alles anteilig verteilen. Womit sie auch Recht hat und was für auch tun müssen für die PPP-RL. Aber das ist ein unglaub-

lich bürokratischer Aufwand, weil wir ja nicht nur einfach sagen können: Okay, die zwei Stunden Psychologenzeit gehören jetzt hier hin, die Stunde Sozialarbeit gehört jetzt doch in den Ambulanzbereich und nicht auf die Station. Sondern es muss dann akribisch mit der Dokumentation abgeglichen werden, weil das dann auch wieder prüfsicher sein muss durch den Medizinische Dienst. Insgesamt macht die PPP-RL, wenn man nicht in diese Vorstellung passt, wie psychiatrische Behandlung abzulaufen hat – und das sind Vorstellungen, die einfach aus dem letzten Jahrhundert stammen und überholt sind –, einen Wahnsinnsaufwand. Und das wiederum ist Zeit, die den Patienten verlorengeht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau … (DGGPP). – Damit sind wir jetzt am Ende der Anhörung.

Da es keine weiteren Fragen gibt, möchte ich mich bei allen herzlich bedanken, die hier mitgewirkt haben sowohl durch ihre schriftlichen Stellungnahmen als auch durch ihre Anwesenheit, ihre Mitdiskussion und Abgabe von Statements in der Anhörung. – Vielen Dank und auf Wiedersehen!

Schluss der Anhörung: 14:15 Uhr