

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und
Psychosomatik-Richtlinie:
Erste Anpassung gemäß § 1 Absatz 3

Vom 15. September 2022

Inhalt

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1. | Rechtsgrundlage..... | 2 |
| 2. | Eckpunkte der Entscheidung..... | 2 |
| 2.1 | Zum Paragraphenteil..... | 3 |
| 2.2 | Zu Anlage 1..... | 23 |
| 2.3 | Zu Anlage 2..... | 23 |
| 2.4 | Zu Anlage 3..... | 24 |
| 2.5 | Zu Anlage 5 (neu)..... | 30 |
| 3. | Bürokratiekostenermittlung..... | 31 |
| 4. | Verfahrensablauf..... | 31 |
| 5. | Fazit..... | 32 |
| 6. | Literaturverzeichnis..... | 32 |
| 7. | Zusammenfassende Dokumentation..... | 33 |

1. Rechtsgrundlage

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

Die PPP-RL wird vorliegend geändert.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit der vorliegenden Änderung der PPP-RL kommt der G-BA insbesondere seiner in den § 1 Absatz 3 i.V.m. § 14 PPP-RL festgelegten Aufgabe zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie nach. Weitere Anlässe zur Überarbeitung einzelner Regelungen ergaben sich aus Hinweisen der Fachöffentlichkeit auf Konkretisierungsbedarf. Darüber hinaus werden Hinweise des Bundesministeriums für Gesundheit aus seiner Nichtbeanstandung zum Beschluss vom 19. September 2019 berücksichtigt.

Folgende Eckpunkte werden in der vorliegenden Änderung der Richtlinie umgesetzt:

- Mindestvorgaben für die pflegerischen Nachtdienste,
- befristete Ausnahmeregelungen für Stand-alone-Tageskliniken,
- Anpassung der Behandlungsbereiche,
- Ersetzung der stichtagsbezogenen Einstufung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche durch die Nutzung von Routinedaten ab dem Jahr 2024,
- Anwendung der stations- und monatsbezogenen Nachweise nur für eine repräsentative, jährlich wechselnde Stichprobe von fünf Prozent der Einrichtungen für die nächsten drei Jahre,
- Erfassung von Regelaufgaben durch Routinedaten ab dem Jahr 2024,
- zweistufiges Evaluationsverfahren,
- Aufnahme von Kernaufgaben für die Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter.

Die vorliegenden Änderungen der PPP-RL tragen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung bei. Insbesondere die erstmals festgelegten Mindestvorgaben für die pflegerischen Nachtdienste in der Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie sind hierbei hervorzuheben. Sie berücksichtigen die Besonderheiten von Patientinnen und Patienten mit intensivem Behandlungsbedarf.

Des Weiteren sind die Änderungen der stationsbezogenen Dokumentation hervorzuheben. Für den Zeitraum vom 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2025 müssen lediglich die Einrichtungen stations- und monatsbezogen dokumentieren, die Teil einer repräsentativen

Stichprobe von fünf Prozent sind. Damit wird ein Großteil der Einrichtungen von der stations- und monatsbezogenen Dokumentation nach Anlage 3 Teil B der PPP-RL entlastet.

2.1 Zum Paragraphenteil

Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich:

Zu Absatz 3:

Der G-BA ist zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der PPP-RL verpflichtet. Durch die Ergänzung in Absatz 3 wird klargestellt, dass eine weitere Anpassung der PPP-RL bis zum 31. Dezember 2025 unter Berücksichtigung der Auswertung der Datenlieferungen der Krankenhäuser und der Ergebnisse der in der Wissenschaft entwickelten und von den Fachgesellschaften diskutierten Personalbemessungsmodellen zu erfolgen hat. Die weiteren Anpassungen der PPP-RL sollen dann im Ergebnis auch zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen.

Im Rahmen der bereits bisher vorgenommenen schrittweisen Weiterentwicklung der PPP-RL wurde zur Sicherstellung einer angemessenen Behandlung – auch mit psychotherapeutischen Verfahren – die aus der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) übernommenen Minutenwerte des psychotherapeutischen und ärztlichen Personals erhöht. Als Beispiel für eine konkrete Weiterentwicklung kann auf den im Jahr 2020 in die *Allgemeine Psychiatrie* neu eingeführten Behandlungsbereich A7 der psychosomatisch- psychotherapeutischen und psychotherapeutischen Komplexbehandlung verwiesen werden. Dieser sieht mindestens drei Therapieeinheiten in der Woche für die einzelne Patientin bzw. den einzelnen Patienten vor. Entsprechend sieht der Behandlungsbereich A7

1. 265 Minuten für Ärztinnen oder Ärzte bzw. ärztliche Psychotherapeutinnen oder -therapeuten pro Woche und Patientin/Patient vor – im Gegensatz zu 207 Minuten in der Regelbehandlung (A1) und 257 Minuten in der Intensivbehandlung (A2)
2. 132 Minuten für die nichtärztliche psychotherapeutische oder psychologische Berufsgruppe pro Woche und Patientin/Patient vor – im Gegensatz zu 49 Minuten in der Regelbehandlung (A1) und 35 Minuten in der Intensivbehandlung (A2).

Eine angemessene Behandlung mit psychotherapeutischen Verfahren ist somit möglich. Die Anpassung der Minutenwerte wird bei der zukünftigen Weiterentwicklung geprüft.

Zu § 2 Grundsätze:

Zu Absatz 3:

Mit der Ergänzung in Satz 1 wird klargestellt, dass die in der PPP-RL bisher nur für den Regeldienst am Tag geregelten Mindestvorgaben um solche für den Nachtdienst ergänzt werden.

Zu Absatz 5:

Mit der Ergänzung in Satz 3 wird klargestellt, dass sich die hier normierte Regelung zur quartalsdurchschnittlich auf Einrichtungsebene einzuhaltenden Mindestvorgaben allein auf den Regeldienst am Tag bezieht.

Zu Absatz 10:

Wie bei den Mindestvorgaben für den Tagdienst bedarf es auch für den pflegerischen Nachtdienst einer Konkretisierung, welche Zeiten (Tätigkeiten, Ausfallzeiten und Besonderheiten) in den Mindestvorgaben der PPP-RL nicht berücksichtigt sind. Folglich wird der bisher nur auf den Tagdienst Bezug nehmende Absatz um den pflegerischen Nachtdienst ergänzt.

Die aufgeführten Sachverhalte im Zusammenhang mit pflegerischen Nachtdiensten sind zusätzlich in den Budgetvereinbarungen zu berücksichtigen. Dazu gehören ebenso wie im Tagdienst die Ausfallzeiten und die Besonderheiten der strukturellen und organisatorischen Situation, wie z. B. räumlicher Abstand zwischen den Behandlungseinheiten (Pavillonbauweise) und die konkrete Ausgestaltung der Behandlungseinheiten. Dazu können auch besondere Betreuungs- und Begleitungsaufwände spezifischer Behandlungsbereiche, wie z. B. die Einrichtung eines Nachtcafés, gehören. Auch organisatorische Besonderheiten in der Nachtdienstorganisation, wie ergänzende pflegerische (Ruf-)Bereitschaftsdienste, müssen berücksichtigt werden. Gleiches gilt für Besonderheiten der durch den Nachtdienst zu begleitenden Patientinnen und Patienten, die durch die Intensivkomponente noch nicht oder noch nicht ausreichend berücksichtigt wurden, z. B. Sitzwachen, 1:1-Betreuungen, besondere Kriseninterventionsbereitschaft, Betreuung bei besonderer Fremd- oder Selbstgefährdung, somatische Überwachungsnotwendigkeit, Betreuung bei Hinlauftendenz und Delirprophylaxe.

Da die für den Nachtdienst festgelegten Mindestvorgaben nicht über die Minutenwerte der Anlage 1 der PPP-RL definiert werden, wird der bisher im Zusammenhang mit dem Tagdienst verwendete Begriff „Minutenwerte“ durch den nunmehr auch auf den Nachtdienst bezogenen Begriff „Mindestvorgaben“ ersetzt.

Zu Absatz 11 (neu):

Die Definition des Stationsbegriffs im Sinne dieser Richtlinie ist notwendig, da im Nachweis (Anlage 3) bisher keine allgemeingültige Definition des Begriffes existiert. Die im § 2 Absatz 12 PPP-RL getroffene Definition ist angelehnt an die Stationsdefinition in § 2 Absatz 4 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung.

Durch die Definition der Station ist eine weitere Verbesserung der Nachweisdaten zu erwarten, denn die bisherigen Auswertungen zeigen, dass ein Anteil der Einrichtungen nicht stationsbezogen dokumentiert.

Der Nachweis der Personalausstattung auf der Station als eine therapeutische Einheit ist jedoch wichtig, um Transparenz über den Einsatz des Personals zu erhalten, die Qualität auf den Stationen zu sichern und Daten für die Weiterentwicklung der Richtlinie zu erhalten. Dadurch wird sichergestellt, dass die einrichtungsbezogene Messung der Personalausstattung nicht dazu führt, dass besonders sensible Versorgungsbereiche, wie z. B. die Gerontopsychiatrie oder Intensivversorgungsbereiche, nicht dauerhaft personell unterversorgt werden [2].

Zu § 3 Behandlungsbereiche:

Zu Absatz 1 und 2:

Gemäß § 14 Absatz 3 PPP-RL ist eine schrittweise Weiterentwicklung der Richtlinie auf Grundlage der Auswertungen der im Rahmen des Nachweisverfahrens nach § 11 PPP-RL erhobenen Daten vorzunehmen. Vor diesem Hintergrund wurde geprüft, ob es Behandlungsbereiche gibt, die kaum genutzt werden und damit einen nur unwesentlichen Beitrag zur Aussagekraft der Nachweise liefern, aber einen vermeidbaren Dokumentationsaufwand verursachen.

- Behandlungsbereiche A4, S4, G4 und KJ5 *Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker*

Bei der Auswertung der Daten zeigte sich, dass der Anteil der Behandlungstage von Patientinnen und Patienten, die dem Behandlungsbereich A4 *Allgemeine Psychiatrie: Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker* zugeordnet wurden, einen sehr geringen Anteil an den Gesamtbehandlungstagen einnimmt. Dies ist fachlich zu begrüßen, da die Langzeitbehandlung von Schwer- und Mehrfacherkrankten in Krankenhäusern nach dem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquete [1]) nur die absolute Ausnahme darstellen soll und stattdessen die gesellschaftliche Teilhabe und die Integration in ein nicht durch professionelle Fachkräfte bestimmtes Leben gefördert werden soll.

Lediglich 86 von 748 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie wiesen Patientinnen oder Patienten des Behandlungsbereichs A4 nach. Insgesamt wurden über alle Einrichtungen nur 0,5 Prozent der Gesamtbehandlungstage in diesem Behandlungsbereich dokumentiert.

Der kaum genutzte Behandlungsbereich A4 wird ersatzlos gestrichen, da dieses Versorgungsangebot nicht mehr den aktuellen Behandlungsrealitäten entspricht.

Für die Behandlungsbereiche S4 *Abhängigkeitskranke: Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker* dokumentierten nur 78 von 748 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie Behandlungstage mit einem Anteil von 0,2 Prozent an den Gesamtbehandlungstagen über alle Einrichtungen, für den Behandlungsbereich G4 *Gerontopsychiatrie: Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker* waren es lediglich 61 von 748 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, die Behandlungstage mit einem Anteil von 0,2 Prozent an den Gesamtbehandlungstagen über alle Einrichtungen dokumentierten.

Deshalb werden analog zum Behandlungsbereich A4 auch die Behandlungsbereiche S4 und G4 ersatzlos gestrichen.

Im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird der Behandlungsbereich KJ5 *Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker* nur in 6 von 294 Einrichtungen dokumentiert. Der Anteil an den Gesamtbehandlungstagen beträgt 0,2 Prozent über alle Einrichtungen. Dieser Behandlungsbereich wird daher auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ersatzlos gestrichen.

- Behandlungsbereiche A5, S5, G5 *Psychotherapie stationär*

Bei der Auswertung der Daten zeigte sich, dass auch der Anteil der Behandlungstage der Patientinnen und Patienten, die in dem Behandlungsbereich A5 *Allgemeine Psychiatrie: Psychotherapie stationär* behandelt werden, einen sehr geringen Anteil an den Gesamtbehandlungstagen einnimmt.

Nur 111 von 748 Einrichtungen dokumentierten im Behandlungsbereich A5 behandelte Patientinnen oder Patienten. Insgesamt wurden über alle Einrichtungen nur 1,6 Prozent der Gesamtbehandlungstage in diesem Behandlungsbereich dokumentiert. Deshalb wird der Behandlungsbereich A5 gestrichen.

Eine noch geringere Nutzung zeigt sich bei der Betrachtung der Behandlungsbereiche S5 *Abhängigkeitskranke: Psychotherapie* und G5 *Gerontopsychiatrie: Psychotherapie*. Im Behandlungsbereich S5 wiesen 15 von 748 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie Behandlungstage mit einem Anteil von 0,02 Prozent an den Gesamtbehandlungstagen nach, im Behandlungsbereich G5 waren es 32 Einrichtungen mit einem Anteil von 0,1 Prozent an den Gesamtbehandlungstagen. Die Behandlungsbereiche S5 und G5 werden daher gestrichen.

Patientinnen und Patienten, die zuvor den nunmehr gestrichenen Behandlungsbereichen zugeordnet wurden, sind zukünftig in andere Behandlungsbereiche der Regel- und Komplexbehandlung aufzunehmen.

Zu § 5 Berufsgruppen:

Zu Absatz 2b:

Bei der Änderung handelt es sich um eine redaktionelle Anpassung an die seit 2004 geltenden Berufsbezeichnungen.

Zu § 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung:

Zu Absatz 1:

Mit den Ergänzungen in Satz 1 und 3 wird klargestellt, dass sich die in Absatz 1 normierten Regelungen zur Ermittlung der Mindestvorgaben allein auf den Regeldienst am Tag beziehen.

Zu Absatz 3:

Die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungsbereiche erfolgt zukünftig nicht mehr über die Durchführung einer Stichtagserhebung, sondern auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des Kapitels 9 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) in den Routinedaten. In den Eingruppierungsempfehlungen in Anlage 2 sind den einzelnen Behandlungsbereichen die entsprechenden OPS-Kodes sowie die Merkmale *Alter* (<14 Jahre und >=14 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie <= 65 Jahre und > 65 Jahre in der Erwachsenenpsychiatrie), *Hauptdiagnose* (Hauptdiagnose aus ICD F10-F19 und andere Hauptdiagnose in der Erwachsenenpsychiatrie) und *Aufnahmegrund* (vollstationär, teilstationär, stationsäquivalent) zugeordnet. Diese Merkmale – Alter, Hauptdiagnose und Aufnahmegrund – sind ein Bestandteil der Routinedaten. Die folgende Übersicht zeigt die Zuordnungen der Behandlungsbereiche der PPP-RL zu den Behandlungsarten des OPS mit den entsprechenden Merkmalen.

A Allgemeine Psychiatrie

A1 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung

A2 = 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung

A6 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung

A7 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung

A8 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung

A9 = Stationsäquivalente Behandlung

S Abhängigkeitskranke

S1 bis S9 = wie Bereich A + Hauptdiagnose aus ICD F10-F19

G Gerontopsychiatrie

G1 bis G9 = wie Bereich A + Alter > 65 Jahre

P Psychosomatik

P1 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene + 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung

P2 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung

P3 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene + 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung

P4 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung

KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie

KJ1 = bis 14 Jahre & 9-656 Regelbehandlung KJP + 9-672 Intensivbehandlung KJP & vollstationäre Behandlung

KJ2 = ab 14 Jahre & 9-656 Regelbehandlung KJP & vollstationäre Behandlung

KJ3 = ab 14 Jahre & 9-672 Intensivbehandlung KJP & vollstationäre Behandlung

KJ6 = 9-686 Eltern-Kind-Setting KJP & vollstationäre Behandlung

KJ7 = Tagesklinische Behandlung

KJ9 = Stationsäquivalente Behandlung

Die OPS-Kodes sind zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart in den Routinedaten anzugeben. Auf Grundlage der laufenden Kodierung der Behandlungsarten des OPS sowie weiterer Angaben in den Routinedaten kann die Anzahl der Behandlungstage gemäß § 3 PPP-RL direkt und vollständig ermittelt werden. Statt einer 14-tägigen Stichtagserhebung erfolgt die Ermittlung der Anzahl der Behandlungstage zukünftig durch eine Auswertung der Kodierung aus den Routinedaten. Für die Zählung der Behandlungstage gelten die bisher in Anlage 3 festgelegten Vorgaben, die im Absatz übernommen werden.

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.

Die Erhebung durch OPS hat daher folgende Vorteile gegenüber der Stichtagserhebung:

- Sie ist präziser und sieht eine laufende Einstufung vor.
- Sie zeigt den Beginn und Wechsel der Einstufung taggenau an.

Beispiel:

Es liegen die folgenden fallbezogenen OPS-Angaben für einen Patienten, der auf einer Station der Erwachsenenpsychiatrie vollstationär behandelt wird, vor:

| OPS-Datum | Prozedurenschlüssel (OPS-Kode) | Hinweis |
|------------|--|--|
| 12.01.2024 | 9-607 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen | Tag der Aufnahme |
| 16.01.2024 | 9-619 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen | Wechsel in die Intensivbehandlung mit den Merkmalen Anwendung von Sicherungsmaßnahmen, akute Fremdgefährdung und Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen |
| 24.01.2024 | 9-607 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen | Wechsel in die Regelbehandlung |
| 05.02.2024 | | Tag der Entlassung |

Die Regelbehandlung beginnt am 12.01.2024 und dauert 4 Tage bis einschließlich 15.01.2024. Anschließend erfolgt eine Intensivbehandlung von 8 Tagen, da im Zeitraum vom 16.01. bis 23.01.2024 drei Merkmale der Intensivbehandlung vorlagen. Nach Wegfall der Merkmale am 24.01.2024 erfolgt erneut eine Regelbehandlung vom 24.01.2024 bis zum Tag der Entlassung am 05.02.2024.

Für diesen Behandlungsfall sind 16 Behandlungstage A1 Regelbehandlung (12.01. bis einschließlich 15.01.2024 und 24.01. bis 04.02.2024) und 8 Behandlungstage Intensivbehandlung A2 (16.01. bis einschließlich 23.01.2024) zu zählen und stationsbezogen in Tabelle B1.3 (unter Beachtung der Regelungen in § 16 Absatz 8 PPP-RL) sowie im Fachgebiet Erwachsenenpsychiatrie in Tabelle A3.3 zu berücksichtigen. Der Entlassungstag ist nicht als Behandlungstag zu zählen.

Da die Kodierung der Behandlungsarten laufend zu erfolgen hat, kann unmittelbar nach Abschluss des Quartals eine Ermittlung der Behandlungstage anhand der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Kodierung erfolgen. Soweit die Behandlung über das Quartalsende hinaus fortgesetzt wird, sind ausschließlich die Kalendertage innerhalb des abgelaufenen Quartals zu berücksichtigen. Endet die vollstationäre Behandlung am letzten Kalendertag des Quartals oder beginnt eine über Mitternacht hinausgehende Abwesenheit, so ist dieser Tag nicht als Behandlungstag zu berücksichtigen.

Durch den Wegfall der Stichtagserhebung kann der Dokumentationsaufwand zur Umsetzung der Richtlinie reduziert werden. Bei den ca. 1.300 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Durchführung von insgesamt 34.000 Stichtagserhebungen mit ca. 1,9 Mio. Patientinnen und Patienten ersatzlos entfallen.

Die Änderungen in Absatz 3 treten erst am 1. Januar 2024 in Kraft, um den Einrichtungen Zeit zu geben, sich auf die grundsätzliche Anpassung der Systematik einzustellen und entsprechende Vorbereitungen für die technische und organisatorische Umsetzung zu treffen.

Zu Absatz 7 und 8 (neu):

Gemäß § 14 Absatz 2 PPP-RL hat sich der G-BA dazu verpflichtet, eine Mindestvorgabe auch für die Besetzung des pflegerischen Nachtdienstes zu beschließen. Hierzu bedarf es eines

Ansatzes, der eine ausreichende Personalausstattung in der Nacht sicherstellt und dabei die verschiedenen patientenbezogenen Betreuungs- und Überwachungsbedarfe in der Nacht berücksichtigt, so dass eine bedarfsgerechte Verteilung der Nachtdienste innerhalb der Einrichtung ermöglicht wird. Der hier gewählte Ansatz berücksichtigt diese Aspekte.

Die Festlegungen der Mindestvorgaben für den Nachtdienst werden unter Berücksichtigung von Erfahrungswerten aus den Budgetverhandlungen, normativen Überlegungen zur notwendigen Höhe und empirischen Auswertungen der Daten zur tatsächlichen Personalausstattung getroffen.

Die fachliche Ableitung der Festlegung der Höhe der personellen Mindestausstattung erfolgt durch einen Perzentilansatz unter Berücksichtigung der aktuellen tatsächlichen Personalausstattung. Das Niveau der Mindestvorgabe orientiert sich dabei am Niveau einer Personalausstattung, das von lediglich 25 Prozent der Stationen bzw. Einrichtungen auf Basis der vorliegenden Auswertungen der Daten zur tatsächlichen Personalausstattung bisher nicht erfüllt wird. Dadurch wird in einem ersten Schritt eine rechnerische Vorgabe für die Höhe der Personalausstattung dieser Einrichtungen abgeleitet.

In den Nachweisen der Jahre 2020 und 2021 wurden bereits Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung im Nachtdienst von den Krankenhäusern dokumentiert und vom IQTIG ausgewertet. In der Personalausstattung wurden die geleisteten Arbeitsstunden in den 10 Stunden des Nachdienstes (gemäß § 4 Absatz 4) erhoben und in Bezug zur Anzahl der Patientinnen und Patienten gesetzt.

Die Festlegung der Mindestvorgabe erfolgt unter Berücksichtigung der Anzahl der in einer Einrichtung im Nachtdienst tätigen Pflegefachpersonen je empfohlener Stationsgröße. Die tatsächliche Personalausstattung wurde daher auf 18 Betten in der Erwachsenenpsychiatrie bzw. 12 Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie umgerechnet.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die mittlere Anzahl der Nachtdienstplätze je 18 Patientinnen oder Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie bzw. je 12 Patientinnen oder Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Deutlich zu sehen ist eine Zunahme an Nachtdienstplätzen abhängig vom Anteil der Patientinnen bzw. Patienten mit Intensivbehandlung. In der Erwachsenenpsychiatrie steigt die Anzahl der Nachtdienstplätze von durchschnittlich 1,02 bei einem Intensiv-Anteil bis 10 Prozent auf durchschnittlich 1,86 bei einem Intensiv-Anteil von über 40 Prozent. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie steigt die Anzahl der Nachtdienstplätze von durchschnittlich 1,39 bei einem Intensiv-Anteil bis 10 Prozent auf durchschnittlich 2,01 bei einem Intensiv-Anteil von über 40 Prozent.

Auch die Vertragsparteien vor Ort vereinbaren in den Budgetverhandlungen die personelle Ausstattung für den Nachtdienst in der Regel auf Grundlage der Anzahl von Nachtdienstplätzen in Abhängigkeit vom Schweregrad der behandelten Patientinnen und Patienten.

Die Spalte mit dem 25 %-Perzentil weist in der Tabelle das Niveau aus, das lediglich von einem Viertel der Stationen unterschritten wird. In der Erwachsenenpsychiatrie werden in einem Viertel der Stationen mit einem geringen Intensiv-Anteil ($\leq 10\%$) weniger als 0,93 Nachtdienstplätze je 18 Patientinnen oder Patienten eingesetzt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in dieser Teilgruppe weniger als 1,11 Nachtdienstplätze je 12 Patientinnen oder Patienten eingesetzt. In der Erwachsenenpsychiatrie werden in einem Viertel der Stationen mit einem besonders hohen Intensiv-Anteil ($>40\%$) weniger als 1,55 Nachtdienstplätze je 18 Patientinnen oder Patienten eingesetzt. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in dieser Teilgruppe weniger als 1,68 Nachtdienstplätze je 12 Patientinnen oder Patienten eingesetzt.

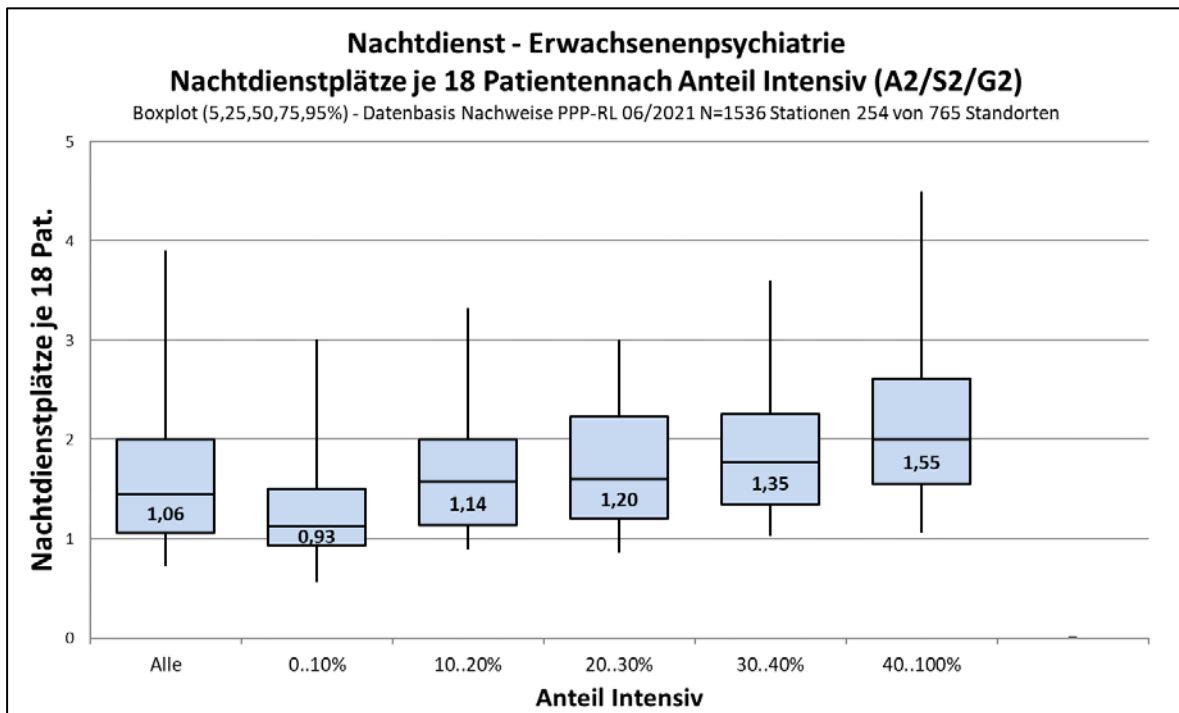
Anzahl Nachtdienstplätze je 18/12 Patientinnen bzw. Patienten auf den Stationen

| Mittlere Anzahl Nachtdienstplätze je 18/12 Patientinnen bzw. Patienten in den Stationen | | | | | | | |
|--|------------------|------------|---------------|----------------|--------|----------------|----------------|
| Anteil Intensiv ^a | Anzahl Stationen | Mittelwert | 5 %-Perzentil | 25 %-Perzentil | Median | 75 %-Perzentil | 95 %-Perzentil |
| Erwachsenenpsychiatrie | | | | | | | |
| Alle | 1.536 | 1,29 | 0,72 | 1,06 | 1,45 | 2,00 | 3,91 |
| 0 bis 10 % | 720 | 1,02 | 0,56 | 0,93 | 1,13 | 1,50 | 3,01 |
| >10-20 % | 161 | 1,47 | 0,89 | 1,14 | 1,58 | 2,00 | 3,32 |
| >20-30 % | 136 | 1,46 | 0,86 | 1,20 | 1,60 | 2,23 | 3,00 |
| >30-40 % | 92 | 1,67 | 1,02 | 1,35 | 1,77 | 2,25 | 3,60 |
| >40-100 % | 419 | 1,86 | 1,06 | 1,55 | 2,00 | 2,61 | 4,50 |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie | | | | | | | |
| Alle | 328 | 1,48 | 0,83 | 1,19 | 1,50 | 2,17 | 4,49 |
| 0 bis 10 % | 204 | 1,39 | 0,82 | 1,11 | 1,45 | 1,99 | 4,09 |
| >10-20 % | 34 | 1,38 | 0,82 | 1,17 | 1,47 | 1,71 | 3,06 |
| >20-30 % | 16 | 1,53 | 0,98 | 1,26 | 1,64 | 2,04 | 3,07 |
| >30-40 % | 16 | 2,16 | 1,26 | 1,48 | 2,18 | 2,82 | 74,30 |
| >40-100 % | 40 | 2,01 | 0,89 | 1,68 | 2,24 | 3,03 | 5,01 |
| a: Anteil Patientinnen bzw. Patienten mit Intensivbehandlung in der Erwachsenenpsychiatrie Einstufung in A2, S2, G2, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Einstufung in KJ3. | | | | | | | |

Quelle: Darstellung auf Basis der IQTIG-Auswertungen

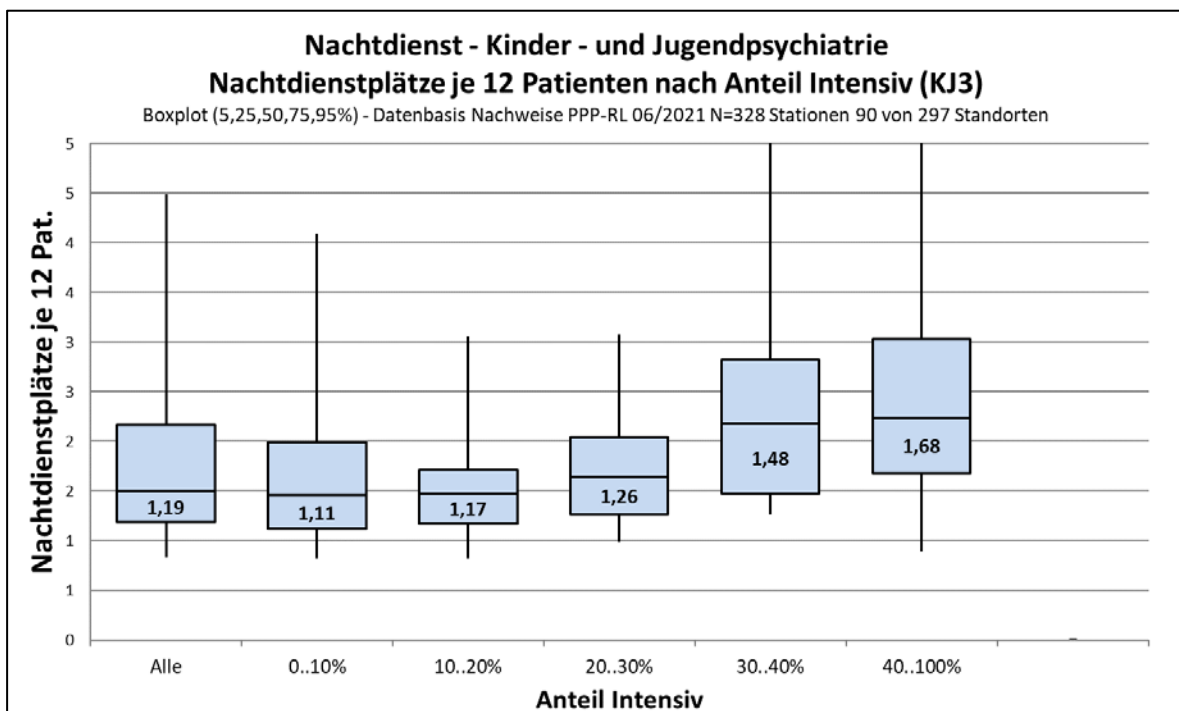
Die folgenden beiden Grafiken zeigen die Verteilung der Anzahl der Nachtdienstplätze in Abhängigkeit vom Anteil der Patientinnen und Patienten mit Intensivbehandlung. Die dargestellten Zahlenwerte entsprechen dem 25 %-Perzentil.

Anzahl Nachtdienstplätze je 18 Patientinnen bzw. Patienten auf den Stationen in der Erwachsenenpsychiatrie



Quelle: Darstellung auf Basis der IQTIG-Auswertungen

Anzahl Nachtdienstplätze je 12 Patientinnen bzw. Patienten auf den Stationen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie



Quelle: Darstellung auf Basis der IQTIG-Auswertungen

Die Festlegung der konkreten Mindestvorgaben erfolgte mit dem Ziel, einen einheitlichen Ansatz für unterschiedliche Stations- und Einrichtungsgrößen zu ermöglichen. Als Bezugsgröße werden die in § 9 Absatz 1 empfohlenen Stationsgrößen von 18 Betten in der Erwachsenenpsychiatrie und 12 Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verwendet. Eine einrichtungsbezogene Festlegung ermöglicht eine bedarfsgerechte Verteilung auch zwischen den einzelnen Stationen an einem Standort. Ein flexibler Einsatz über verschiedene Standorte eines Krankenhauses ist wegen der fehlenden räumlichen Nähe jedoch ausgeschlossen

Abweichungen zwischen der konkreten Höhe der Mindestvorgaben und den ermittelten Perzentilwerten resultieren aus dem Ziel eines in der Praxis umsetzbaren Ermittlungsverfahrens mit nur drei Bereichen für den Intensiv-Anteil (bis einschließlich 20 Prozent, 20 bis einschließlich 35 Prozent und über 35 Prozent). Beim Bereich mit einem geringen Intensiv-Anteil (bis einschließlich 20 Prozent) wurden außerdem Zuschläge berücksichtigt, um eine anteilige Mehrfachbesetzung (z.B. für Pausenvertretung) sicherzustellen.

Die Mindestvorgabe im Nachtdienst wird für Einrichtungen mit Intensivpatientinnen und Intensivpatienten ab dem 1. Januar 2024 daher für zwei Jahre auf folgendem Niveau festgelegt:

- 1,2 Nachtdienstplätze je Station für Stationen mit einem Anteil von Intensivpatientinnen bzw. Intensivpatienten von insgesamt über 0 Prozent bis einschließlich 20 Prozent,
- 1,4 Nachtdienstplätze je Station für Stationen mit einem Anteil von Intensivpatientinnen bzw. Intensivpatienten von insgesamt über 20 Prozent bis einschließlich 35 Prozent und
- 1,6 Nachtdienstplätze je Station für Stationen mit einem Anteil von Intensivpatientinnen bzw. Intensivpatienten von insgesamt über 35 Prozent.

Als Intensivpatientinnen und Intensivpatienten gelten Patientinnen und Patienten der Behandlungsbereiche A2, S2 und G2 in der Erwachsenenpsychiatrie sowie KJ1 und KJ3 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Mindestvorgaben für die Nachtdienste sind einrichtungsbezogen einzuhalten und für die gesamte Einrichtung in mehr als 90 Prozent der Nächte eines Quartals zu erfüllen. Sie gelten für die Nächte als erfüllt, in denen die tatsächlich geleisteten Vollkraftstunden größer oder gleich der Mindestvorgaben für die einzelne Nacht gemäß § 6 Absatz 8 sind. Da es beim Nachtdienst trotz sorgfältiger Personalplanung auch zu kurzfristigen ungeplanten Personalausfällen kommen kann, gilt die Mindestvorgabe auch dann als erfüllt, wenn die Anzahl der Vollkraftstunden in weniger als 10 Prozent der Nächte nicht eingehalten werden konnte.

Den besonderen Gegebenheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird durch den Bezug auf die empfohlene Stationsgröße von 12 Behandlungsplätzen Rechnung getragen. Außerdem wird auf die Differenzierung nach Regel- und Intensivpatientinnen oder -patienten bei den Kindern zugunsten einer höheren Anzahl von Nachtdienstplätzen verzichtet.

Mögliche weitere Zwischenstufen sollen auf der Grundlage weiterer Datenauswertungen festgelegt werden. Der G-BA verpflichtet sich daher, bis zum 30. Juni 2025 über weitergehende Vorgaben zum Nachtdienst ab dem 1. Januar 2026 zu entscheiden. Die differenzierten stations- und monatsbezogenen Nachweise (Tabelle B5 in Anlage 3 der PPP-RL) an das IQTIG zur tatsächlichen Personalausstattung finden gemäß § 16 Absatz 8 PPP-RL vom 1. Januar 2023 bis 31. Dezember 2025 nur für eine Stichprobe der Einrichtungen Anwendung. Sie sind notwendig für die zum 30. Juni 2025 vorgesehene Festlegung von Folgeregungen für den Nachtdienst.

Für die Einrichtungen der Psychosomatik werden zunächst keine Mindestvorgaben festgelegt, weil die Bandbreite der im Rahmen der Budgetverhandlungen vereinbarten Nachtdienstplätze aufgrund der sehr unterschiedlichen Behandlungskonzepte sehr groß ist und in den Einrichtungen keine Patientinnen und Patienten aus dem Behandlungsbereich der Intensivbehandlung versorgt werden.

Mit den neuen Mindestvorgaben soll unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Betreuungs- und Beobachtungsbedarfe der Patientinnen und Patienten eine ausreichende Personalausstattung in der Nacht sichergestellt werden.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Mindestvorgaben für die Anzahl der Nachtdienstplätze je 18 Patientinnen oder Patienten in Abhängigkeit vom Anteil der Intensivpatientinnen bzw. Intensivpatienten für die Erwachsenenpsychiatrie.

Mindestvorgabe für die Anzahl der Nachtdienstplätze je 18/12 Patientinnen oder Patienten in Abhängigkeit vom Anteil der Intensivpatientinnen bzw. Intensivpatienten

| | Anzahl Nachtdienstplätze je 18/12 Patientinnen bzw. Patienten | | | |
|-----------------|---|------------|------------|------------|
| Anteil Intensiv | 0 % | >0-20 % | >20-35 % | >35-100 % |
| Mindestvorgabe | Keine | 1,2 | 1,4 | 1,6 |

Berechnungsschritte zur Ermittlung der einrichtungsbezogenen Mindestvorgabe für den pflegerischen Nachtdienst

1.) Einstufung in die Behandlungsbereiche und Planbetten

Die Ermittlung der Mindestvorgabe für den pflegerischen Nachtdienst erfolgt jährlich auf Grundlage der Anzahl der vollstationären Planbetten und Einstufung in die Behandlungsbereiche im 1. bis 3. Quartal des Vorjahres.

Die Verwendung der Belegungsdaten des Vorjahres ermöglicht eine prospektive Ermittlung der Mindestvorgabe im letzten Quartal des Vorjahres. Da sich die Belegungsstruktur des 4. Quartals nicht wesentlich von den ersten drei Quartalen unterscheidet, wird bei der Ermittlung des Anteils der Intensivpatientinnen bzw. Intensivpatienten auf das 4. Quartal verzichtet.

Intensivpatientinnen und Intensivpatienten werden in der Erwachsenenpsychiatrie den Behandlungsbereichen A2, S2 oder G2 sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie den Behandlungsbereichen KJ1 oder KJ3 zugeordnet.

2.) Umrechnung von Behandlungsplätzen auf die empfohlene Stationsgröße

Da die Mindestvorgabe in einer Einrichtung im Nachtdienst tätigen Pflegefachpersonen für die jeweilige Anzahl von Behandlungsplätzen der empfohlenen Stationsgröße gemäß § 9 Absatz 1 festgelegt werden soll, müssen die Ergebnisse auf 18 Behandlungsplätze in der Erwachsenenpsychiatrie bzw. 12 Behandlungsplätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie umgerechnet werden.

Dazu wird die Anzahl der vollstationären Planbetten der Einrichtung durch 18 bzw. 12 dividiert.

3.) Beispiele für die konkrete Berechnung

Berechnungsbeispiel Erwachsenenpsychiatrie:

Ermittlung der Mindestvorgabe:

| | |
|--|-------|
| Anzahl der vollstationären Planbetten | 36 |
| Anzahl der empfohlenen Behandlungsplätze je Station (§ 9 Abs. 1) | 18 |
| Anzahl der Behandlungstage gesamt | 9.000 |
| Anzahl der Behandlungstage in den Bereichen A2, S2 und G2 | 1.800 |

Die Mindestvorgabe für den Nachtdienst wird ermittelt, indem in einem ersten Schritt die Anzahl der vollstationären Betten der Einrichtung durch 18 geteilt wird.

$$36 / 18 = 2$$

Der so berechnete Wert wird in einem zweiten Schritt in Abhängigkeit vom Anteil an Intensivpatientinnen und Intensivpatienten der Einrichtung mit dem entsprechenden Faktor nach Absatz 7 multipliziert.

$$2 \times (\text{Faktor nach Absatz 7})$$

Der Faktor nach Absatz 7 wird bestimmt, indem der jeweilige Anteil der Intensivpatientinnen und Intensivpatienten einer Einrichtung berechnet wird. Der Anteil an Intensivpatientinnen und Intensivpatienten einer Einrichtung der Erwachsenenpsychiatrie wird berechnet, indem die Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen A2, G2 und S2 durch die Anzahl der Behandlungstage in allen vollstationären Behandlungsbereichen geteilt und mit 100 multipliziert wird.

$$1.800 / 9.000 \times 100 = 20 \% \text{ Anteil an Intensivpatientinnen und Intensivpatienten}$$

Der Anteil an Intensivpatientinnen und Intensivpatienten der Einrichtung entspricht somit 20 Prozent. Nach § 6 Absatz 7 Satz 4 Nummer 3 sind Einrichtungen mit einem Anteil Intensivpatientinnen und Intensivpatienten von über 0 Prozent und bis einschließlich 20 Prozent mit mindestens 1,2 Nachtdienstplätzen je empfohlener Stationsgröße nach § 9 Absatz 1 zu besetzen. Demnach entspricht der Faktor nach Absatz 7 hier 1,2.

$$2 \times 1,2 = 2,4 \text{ (Nachtdienstplätze)}$$

Zur Ermittlung der Vollkraftstunden (VKS) für den Nachtdienst wird der so ermittelte Wert mit 10 multipliziert und damit in Stunden umgerechnet.

$$2,4 \times 10 = 24 \text{ VKS}$$

Demnach sind am Standort in der Erwachsenenpsychiatrie je Nacht mindestens 2,4 Nachtdienstplätze bzw. 24 VKS für den Nachtdienst vorzuhalten.

Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Einhaltung

| | |
|---|----|
| Anzahl Nächte im Quartal | 91 |
| Anzahl Nächte, in denen die Mindestvorgabe von 24 VKS erfüllt wurde | 89 |

Die Mindestvorgaben für den Nachtdienst sind einrichtungsbezogen in mehr als 90 Prozent der Nächte des Quartals einzuhalten. Um 90 Prozent der Nächte des Quartals zu berechnen, wird die Anzahl der Nächte des Quartals mit 90 multipliziert und durch 100 geteilt. Nächte gelten als eingehalten, wenn die tatsächlich geleisteten VKS größer oder gleich der Mindestvorgabe nach § 6 Absatz 8 sind.

$$91 \times 90 / 100 = 81,9 \text{ (Nächte)}$$

Damit sind die Mindestvorgaben für den Nachtdienst in Höhe von 24 VKS in mindestens 82 Nächten im Quartal einzuhalten. Da die Mindestvorgabe für den Nachtdienst von 24 VKS in 89 Nächten und damit in mehr als 82 Nächten eingehalten wurde, ist in diesem Berechnungsbeispiel die Mindestvorgabe erfüllt.

Berechnungsbeispiel Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Ermittlung der Mindestvorgabe:

| | |
|--|-------|
| Anzahl der vollstationären Planbetten | 36 |
| Anzahl der empfohlenen Behandlungsplätze je Station (§ 9 Abs. 1) | 12 |
| Anzahl der Behandlungstage gesamt | 9.000 |
| Anzahl der Behandlungstage in den Bereichen KJ1 und KJ3 | 1.800 |

Die Mindestvorgabe für den Nachtdienst wird ermittelt, indem in einem ersten Schritt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie die Anzahl der vollstationären Betten der Einrichtung durch 12 geteilt wird.

$$36 / 12 = 3$$

Der so berechnete Wert wird in einem zweiten Schritt in Abhängigkeit vom Anteil an Intensivpatientinnen und Intensivpatienten der Einrichtung mit dem entsprechenden Faktor nach Absatz 7 multipliziert.

$$3 \times (\text{Faktor nach Absatz 7})$$

Der Faktor nach Absatz 7 wird bestimmt, indem der jeweilige Anteil der Intensivpatientinnen und Intensivpatienten einer Einrichtung berechnet wird. Der Anteil an Intensivpatientinnen und Intensivpatienten einer Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird berechnet, indem die Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen KJ1 und KJ3 durch die Anzahl der Behandlungstage in allen vollstationären Behandlungsbereichen geteilt und mit 100 multipliziert wird.

$$1.800 / 9.000 \times 100 = 20 \% \text{ Anteil an Intensivpatientinnen und Intensivpatienten}$$

Der Anteil an Intensivpatientinnen und Intensivpatienten der Einrichtung entspricht somit 20 Prozent. Nach § 6 Absatz 7 Satz 4 Nummer 3 sind Einrichtungen mit einem Anteil Intensivpatientinnen und Intensivpatienten von über 0 Prozent und bis einschließlich 20 Prozent mit mindestens 1,2 Nachtdienstplätzen je empfohlener Stationsgröße nach § 9 Absatz 1 zu besetzen. Demnach entspricht der Faktor nach Absatz 7 hier 1,2.

$$3 \times 1,2 = 3,6 \text{ (Nachtdienstplätze)}$$

Zur Ermittlung der Vollkraftstunden (VKS) für den Nachtdienst wird der so ermittelte Wert mit 10 multipliziert und damit in Stunden umgerechnet.

$$3,6 \times 10 = 36 \text{ VKS}$$

Demnach sind am Standort in der Kinder- und Jugendpsychiatrie je Nacht mindestens 3,6 Nachtdienstplätze bzw. 36 VKS für den Nachtdienst vorzuhalten.

Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Einhaltung

| | |
|---|----|
| Anzahl Nächte im Quartal | 91 |
| Anzahl Nächte, in denen die Mindestvorgabe von 36 VKS erfüllt wurde | 89 |

Die Mindestvorgaben für den Nachtdienst sind einrichtungsbezogen in mehr als 90 Prozent der Nächte des Quartals einzuhalten. Um 90 Prozent der Nächte des Quartals zu berechnen, wird die Anzahl Nächte des Quartals mit 90 multipliziert und durch 100 geteilt. Nächte gelten als eingehalten, wenn die tatsächlich geleisteten VKS größer oder gleich der Mindestvorgabe nach § 6 Absatz 8 sind.

$91 \times 90 / 100 = 81,9$ (Nächte)

Damit sind die Mindestvorgaben für den Nachtdienst in Höhe von 36 VKS in mindestens 82 Nächten im Quartal einzuhalten. Da die Mindestvorgabe für den Nachtdienst von 36 VKS in 89 Nächten und damit in mehr als 82 Nächten eingehalten wurde, ist in diesem Berechnungsbeispiel die Mindestvorgabe erfüllt.

Zu § 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad:

Zu Absatz 1:

Mit der Ergänzung in Satz 1 wird klargestellt, dass sich die hier normierte Regelung zur einrichtungsbezogenen und nach Berufsgruppen gegliederten Ermittlung der Mindestvorgaben allein auf den Regeldienst am Tag bezieht.

Zu Absatz 2:

Mit der Ergänzung in Satz 2 wird klargestellt, dass sich der hier normierte Rechenweg zum Umsetzungsgrad der Mindestpersonalausstattung allein auf den Regeldienst am Tag bezieht.

Zu Absatz 4:

In Satz 1 erfolgt eine redaktionelle Klarstellung. Jede Berufsgruppe muss einen Umsetzungsgrad von mindestens 100 Prozent erreichen, damit die Mindestvorgaben erfüllt sind. Der berufsgruppenübergreifende Umsetzungsgrad der Einrichtung ist dafür nicht maßgeblich. Durch die Änderung wird dieser inhaltliche Bezug klargestellt.

Zu Absatz 5:

Die Mindestvorgaben für die Nachtdienste sind einrichtungsbezogen in mindestens 90 Prozent der Nächte eines Quartals einzuhalten. Die Festlegung erfolgt aufgrund der besonderen Situation im Nachtdienst gegenüber dem Tagdienst. In dieser Zeit sind im Gegensatz zum Tagdienst in der Regel nur sehr wenige Pflegefachpersonen für die Betreuung der Patientinnen und Patienten verantwortlich.

Die Festlegung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst erfolgt in einem erst Schritt für die Jahre 2024 und 2025. Mit Satz 3 wird klargestellt, dass die Einführungsstufen der Übergangsregelung in § 16 Absatz 1 bei den Vorgaben für den Nachtdienst keine Anwendung finden.

In den ersten beiden Jahren der Anwendung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst in den Jahren 2024 und 2025 werden keine Folgen bei Nichteinhaltung nach § 13 Absatz 1 bis 7 festgelegt.

Eine Anrechnung von Fach- und Hilfskräften aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen ist im Nachtdienst ausgeschlossen.

Eine Anrechnung von Fachkräften anderer in § 5 genannter Berufsgruppen sowie von Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus ist in Ausnahmefällen unter Berücksichtigung der entsprechenden Voraussetzungen in § 8 möglich.

Zu Absatz 6:

Die Anpassungen in Absatz 6 legen fest, welche Pflegefachpersonen gemäß § 5 für die Personalausstattung bei den Nachtdiensten zu berücksichtigen sind.

Zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen:

Zu Absatz 2:

Die Änderung ist redaktioneller Art.

Zu Absatz 3:

Zu Satz 4:

Die bisher bestehende befristete Regelung zu einer Anrechnungsmöglichkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen auf andere nichtärztliche Berufsgruppen in psychosomatischen Einrichtungen wird um ein Jahr bis zum 31. Dezember 2024 verlängert und auch den Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie ermöglicht.

Zu Satz 5:

Da die Anrechnungsregelung nach Satz 4 zum Jahresende 2024 auslaufen wird, ist auch Satz 5 anzupassen. Der G-BA hat die Regelung erneut zu prüfen und bis zum 30. September 2024 über ihre zukünftige Ausgestaltung zu entscheiden.

Zu Absatz 5:

Da dem G-BA noch keine hinreichenden Informationen zur Bewertung des Umfangs der personellen Anrechnungsmöglichkeiten in psychosomatischen Einrichtungen vorliegen, wird die Festlegung ihres Umfangs auf den 30. September 2024 verschoben.

Zu Absatz 6 (neu):

Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter erfüllen eigenständige Aufgaben. Sie nehmen keine Regelaufgaben von Berufsgruppen nach § 5 PPP-RL wahr. Daher ist eine Anrechnung nicht zulässig.

Zu § 9 Weitere Qualitätsempfehlungen:

Zu Absatz 2:

Mit der Aufnahme der Kernaufgaben in die PPP-RL wird das Ziel verfolgt, die Etablierung von qualifizierten Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung weiter voranzubringen.

Genesungsbegleitung wird in der S3-Leitlinie *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* mit einem Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen empfohlen.

Durch eine Einbindung von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern ist es möglich, die Behandlung der Patientinnen und Patienten stärker an den Bedürfnissen derselbigen zu orientieren. Gegenüber Angehörigen und professionell Helfenden können Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter die Perspektive der Patientinnen und Patienten aufgrund etwaiger eigener Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen und Therapieverfahren gut vermitteln. Zudem können sie aufgrund eventuell vorhandener eigener Therapieerfahrungen Betroffene vom Vorteil und Nutzen der Behandlungen überzeugen, Fragen klären und eventuell auftretende Ängste mindern. Dadurch kann eine größere Kooperationsbereitschaft der Betroffenen mit den Behandlungsmethoden erreicht werden, was wiederum einen wertvollen Beitrag zum Erfolg der Behandlungen leistet [3] [4] [5] [6] [7].

Wesentliche Kernaufgaben der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter werden in einer neuen Anlage 5 der PPP-RL formuliert.

Zu § 10 Ausnahmetatbestände:

Zu Absatz 1:

Gemäß § 14 Absatz 2 PPP-RL hat der G-BA den Auftrag, die Mindestvorgaben auch für dezentrale kleine Standorte wie z. B. sog. „Stand-alone-Tageskliniken“ zu überprüfen und ggf. anzupassen. Stand-alone-Tageskliniken als eigene Standorte sind in der Regel kleine Einrichtungen mit einer geringen Anzahl an Behandlungsplätzen. Aufgrund der räumlichen Entfernung von anderen Standorten bzw. dem Hauptstandort des Krankenhauses sind Stand-alone-Tageskliniken in ihren Möglichkeiten zur flexiblen Personalsteuerung eingeschränkt. Insbesondere bei den „kleineren“ Berufsgruppen stellt das die Einrichtungen vor besondere Herausforderungen. Es besteht die Gefahr, dass sich daraus auf lange Sicht eine Veränderung der Versorgung, insbesondere durch Schließung von Angeboten in Regionen, in denen oftmals keine Alternativen zur Verfügung stehen, ergibt. Um den Erhalt teilstationärer Einrichtungen als wichtige Versorgungsstruktur zu unterstützen, wird Standorten, die ausschließlich eine Tagesklinik umfassen, mit der neuen Regelung in Nummer 4 die Möglichkeit eingeräumt, die Mindestvorgaben in einem Quartal nicht einzuhalten, wenn die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder erreicht werden. Der Ausnahmetatbestand gilt befristet bis zum 31. Dezember 2025. Die Geltendmachung des Ausnahmetatbestandes ist im Nachweisverfahren darzulegen.

Zu § 11 Nachweisverfahren:

Zu Absatz 13 Nr. 4:

Die Änderung ermöglicht die Veröffentlichung der Quartalsberichte des IQTIG aus dem Nachweisverfahren ab dem zweiten Quartal des Erfassungsjahres 2021.

Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:

Zu Absatz 5 und 6:

Um den Einrichtungen mehr Zeit für die Umsetzung der Richtlinie zu geben, wird der Wegfall des Vergütungsanspruchs bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben um ein weiteres Jahr verschoben. Für das Jahr 2023 ergeben sich somit keine Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben. Die Frist für eine Entscheidung des G-BA über weitergehende Sanktionsregelungen wird auf den 31. Oktober 2025 verlängert.

Vor diesem Hintergrund und einer Anpassung der Fristen für eine Umsetzung der Mindestvorgaben in § 16 Absatz 1 ergeben sich weitere Anpassungen für die in § 13 PPP-RL vorgesehenen Berechnungen und Fristen für die Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben, die ab 2024 gelten.

Zu § 14 Anpassung der Richtlinie:

Zu Absatz 2:

Die Änderungen sind redaktioneller Art.

Zu § 15 Evaluation der Richtlinie:

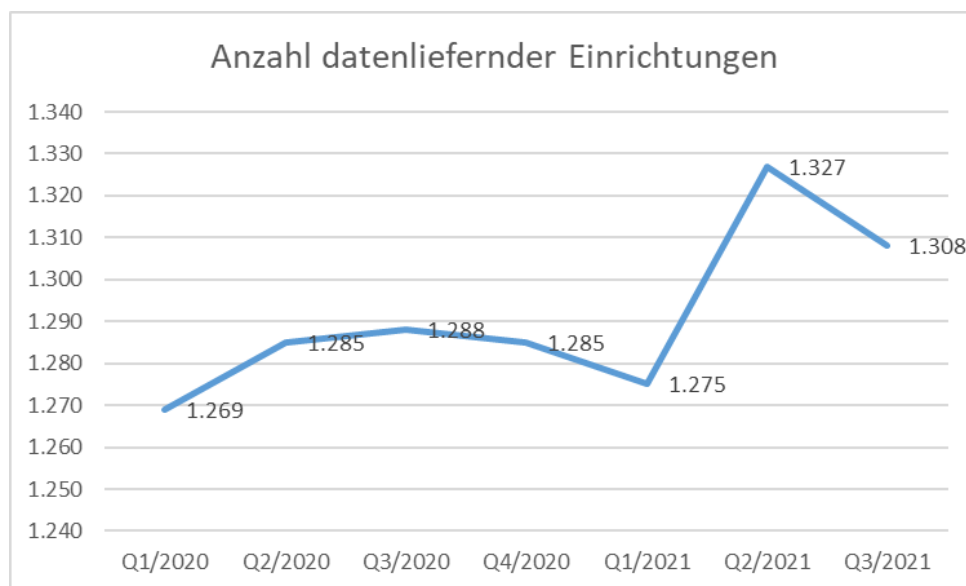
Zu Absatz 2:

Die Evaluation wird um drei Jahre verlängert. Ziel ist es, eine höhere Datenqualität zu erhalten. Damit dennoch bereits frühzeitig erste Ergebnisse der Evaluation bei der Weiterentwicklung der PPP-RL genutzt werden können, erfolgt die Evaluation in zwei Schritten. Es gibt einen ersten Evaluationsbericht bereits zum 31. Dezember 2024 und einen zweiten Evaluationsbericht zum 31. Dezember 2027. Beide Berichte beinhalten alle bis dahin zur Verfügung stehenden Auswertungen der Nachweisdaten durch das IQTIG, d. h. der zweite Evaluationsbericht beinhaltet auch Daten, die bereits im ersten Evaluationsbericht berücksichtigt wurden.

Perspektivisch ist über den weiteren Zeitverlauf eine kontinuierliche Qualitätssteigerung der zu erfassenden Daten zu erwarten (siehe nachfolgende Abbildungen und Tabelle). Zudem wird die Datenerhebung anhand der Servicedokumente nach § 16 Absatz 5 PPP-RL nicht vor dem Erfassungsjahr 2024 auf eine digitale Dokumentation inklusive umfassenderen Plausibilisierungsmöglichkeiten, umgestellt. Da unter Nutzung einer auf Grundlage der Spezifikation erstellten Softwarelösung von einer Steigerung der Vollständigkeit und Vollständigkeit der Daten ausgegangen wird, werden umfassend plausibilisierte Daten der

Leistungserbringer zur Verfügung stehen. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass die Belastungen der COVID-19-Pandemie langsam abklingen werden. Schon jetzt ist eine Annäherung der Behandlungstage an das Niveau vor der Pandemie zu beobachten (siehe Abbildung *Behandlungstage*). In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik haben die Behandlungstage sogar zugenommen.

Anzahl datenliefernder Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammengefasst)



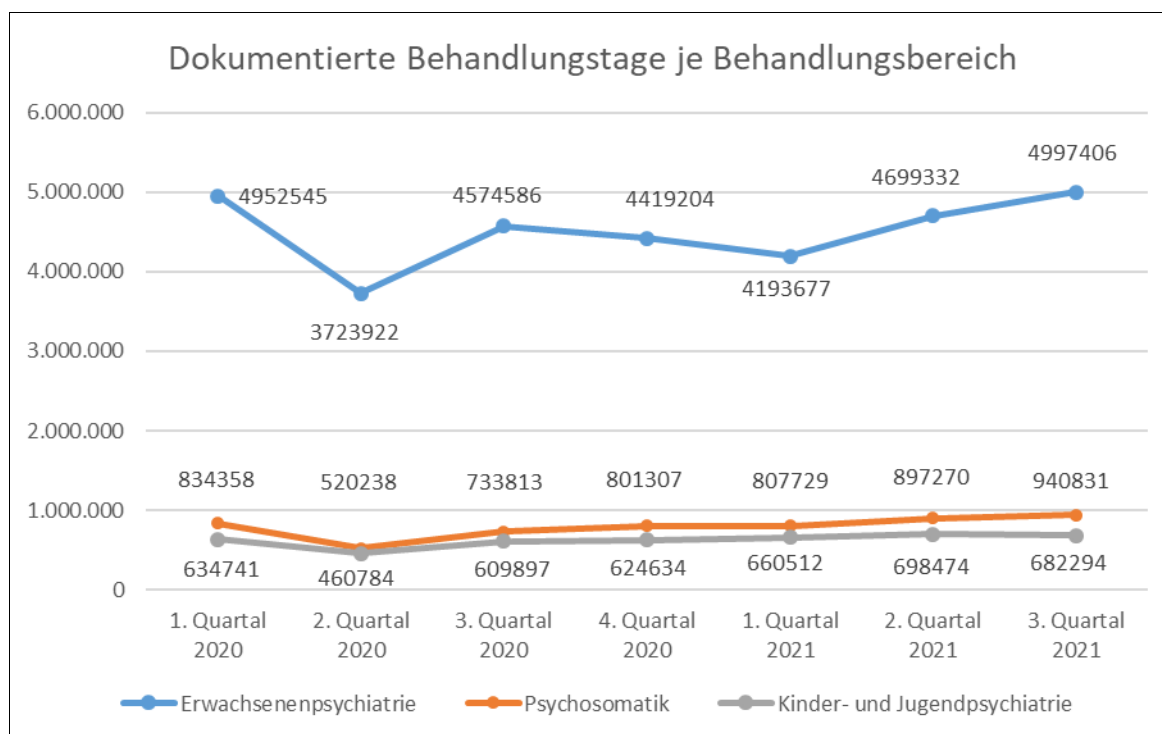
Quelle: Darstellung auf Basis der IQTIG-Auswertungen

Vollständigkeit der Datenlieferungen (Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammengefasst)

| Jahr | Quartal | Gesamtzahl datenliefernde Einrichtungen | unvollständig | vollständig |
|------|---------|---|----------------|--------------|
| 2020 | 1 | 1.269 | 1.162 (91,6 %) | 107 (8,4 %) |
| 2020 | 2 | 1.285 | 1.195 (93,0 %) | 89 (7,0 %) |
| 2020 | 3 | 1.288 | 1.172 (91,0 %) | 115 (9,0 %) |
| 2020 | 4 | 1.285 | 1.162 (90,4 %) | 123 (9,6 %) |
| 2021 | 1 | 1.275 | 1.012 (79,4 %) | 261 (20,6 %) |
| 2021 | 2 | 1.327 | 1.038 (78,2 %) | 289 (21,8 %) |
| 2021 | 3 | 1.308 | 512 (39,1 %) | 796 (60,9 %) |

Quelle: Darstellung auf Basis der IQTIG-Auswertungen

Anzahl der dokumentierten Behandlungstage je Behandlungsbereich



Abkürzungen: Q1/2020 = erstes Quartal 2020

Quelle: Darstellung auf Basis der IQTIG-Auswertungen

Zu § 16 Übergangsregelungen:

Zu Absatz 1 und 2:

Die Mindestvorgaben gemäß PPP-RL waren ab dem 1. Januar 2020 zu 85 Prozent zu erfüllen, ab dem 1. Januar 2022 sind sie zu 90 Prozent zu erfüllen. Bislang war vorgesehen, dass die Vorgaben ab 1. Januar 2024 zu 100 Prozent zu erfüllen sind. Den Einrichtungen gelang es bisher nur teilweise, den ggf. erforderlichen Personalaufbau vorzunehmen. Die bisher vorliegenden Daten aus den PPP-RL-Nachweisen zeigen insbesondere in der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte Defizite bei der Umsetzung der Mindestvorgaben. Dies betrifft die Erwachsenenpsychiatrie ebenso wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Etwa 20 Prozent der erwachsenenpsychiatrischen Einrichtungen haben im dritten Quartal 2021 den ab 1. Januar 2020 geforderten Umsetzungsgrad von 85 Prozent in der Berufsgruppe der Pflege nicht erreicht.

Aufgrund dieser Erkenntnisse aus den Daten der PPP-RL-Nachweise regelt der G-BA nun ein kombiniertes Vorgehen. Es erfolgt eine Verlängerung der Einführungsphase um zunächst zwei Jahre. Dazu wird eine weitere Zwischenstufe eingeführt: Ab dem 1. Januar 2024 müssen die Mindestvorgaben zu 95 Prozent und ab 2026 zu 100 Prozent erfüllt werden. Daraus ergeben sich zwei Jahre mehr Zeit für den notwendigen Personalaufbau. Außerdem werden die vorgesehenen Sanktionen bei Nichteinhaltung um ein weiteres Jahr verschoben. Die in § 13 PPP-RL vorgesehenen Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben, die ab 2024 gelten, betreffen die Einrichtungen, die unter der 95 Prozent-Grenze der Mindestpersonalausstattung liegen.

Die Übergangsregelungen bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten in § 16 Absatz 2 werden um ein weiteres Jahr verlängert. Weiterhin bestehen bleibt der Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 PPP-RL bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten. Vor dem Hintergrund der Anpassungen in § 16 Absatz 2 und der damit adressierten Umsetzung der Regelungen in § 13 Absatz 8 PPP-RL zu den Mitwirkungspflichten wird darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen als beteiligte Stellen nach § 13 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 PPP-RL immer nur dann tätig werden können, wenn ihnen von dem vorgesehenen Empfänger des Nachweises auch eine Information über eine Nichterfüllung der Mitwirkungspflichten unter Bezugnahme von § 13 Absatz 8 Satz 2 PPP-RL übermittelt wurde.

Zu Absatz 4:

Für die Einrichtungen der Psychosomatik erfolgt die Verschiebung der Anwendung der für sie geltenden Mindestvorgaben durch die Regelung in Satz 1 um ein weiteres Jahr. Damit erhalten diese Einrichtungen mehr Zeit für die Vorbereitung auf die Umsetzung der Mindestvorgaben.

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

Zu Absatz 5:

Eine Empfehlung zur Spezifikation wird ab dem 1. Januar 2023 nicht zur Verfügung stehen. Die Änderung in Satz 1 ermöglicht deshalb den Einsatz des Servicedokuments zur elektronischen Übermittlung der Nachweisdaten für ein weiteres Jahr.

Damit der G-BA für das Erfassungsjahr 2023 ein neues Servicedokument zur Verfügung stellen kann, hat er am 15. September 2022 eine Beauftragung des IQTIG mit der Erstellung des entsprechenden Dokuments beschlossen.

Zu Absatz 6:

Die Erfassung der Regelaufgaben wird bis 31. Dezember 2023 ausgesetzt. Ab dem Jahr 2024 erfolgt die Dokumentation der bei den behandelten Patientinnen und Patienten erbrachten Regelaufgaben gemäß Anlage 4 der PPP-RL durch die Übermittlung der OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98. Aufgrund der Verwendung von Routinedaten ist keine zusätzliche händische Dokumentation erforderlich. Die konkreten Inhalte sind in den Tabellen A9 bzw. B3 der Nachweise aufgeführt und erläutert. Die Übermittlung für das Erfassungsjahr 2024 erfolgt gemeinsam mit den anderen Nachweisdaten über ein Servicedokument ausschließlich an das IQTIG. Bei nicht vollständiger Übermittlung der Tabellen A9 bzw. B3 kann für die Jahre 2024 bis 2026 kein Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 erhoben werden.

Zu Absatz 8 (neu):

In Abwägung zwischen Aufwand und Nutzen für die stations- und monatsbezogene Dokumentation wird ein repräsentatives Stichprobenverfahren für drei Jahre erprobt. Die stations- und monatsbezogene Dokumentation findet nur für eine jährlich wechselnde Stichprobe von fünf Prozent der Einrichtungen Anwendung. Die Einrichtungen, die nicht in der jährlichen Stichprobe sind, sind bis Ende 2025 von der stations- und monatsbezogenen Dokumentation nach Anlage 3 Teil B freigestellt. Mit diesem Vorgehen wird erprobt, ob auch

die Daten einer repräsentativen Stichprobe von Einrichtungen für die Zwecke der Weiterentwicklung der PPP-RL geeignet sind.

Schließlich hat sich der G-BA die Aufgabe gesetzt, die Richtlinie kontinuierlich weiterzuentwickeln und anzupassen. Dazu gehört auch, dass moderne und fortschrittliche Konzepte in die Richtlinie einfließen sollen. Um Informationen zu den Qualifikationen des therapeutischen Personals auch von den Einrichtungen zu erhalten, die nicht in der jährlichen Stichprobe sind, erfolgt die Aufnahme einer entsprechenden Tabelle auch in den Teil A der Anlage 3 der PPP-RL, die ausschließlich an das IQTIG zu übermitteln ist.

2.2 Zu Anlage 1

Die Änderungen in den Minutenwertetabellen resultieren aus den Streichungen der Behandlungsbereiche A4, A5, S4, S5, G4, G5 und KJ5 in § 3 PPP-RL.

2.3 Zu Anlage 2

Fassung für das Erfassungsjahr 2023:

Die Änderungen in den Eingruppierungsempfehlungen resultieren aus den Streichungen der Behandlungsbereiche A4, A5, S4, S5, G4, G5 und KJ5 in § 3 PPP-RL.

Durch die Streichung dieser Behandlungsbereiche A4 *Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker*, A5 *Psychotherapie*, S4 *Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker* bei Abhängigkeitskranken S5 *Psychotherapie* bei Abhängigkeitskranken, G4 *Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker* in der Gerontopsychiatrie, G5 *Psychotherapie* in der Gerontopsychiatrie und KJ5 *Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker* in der Kinder- und Jugendpsychiatrie entfallen die entsprechenden Vorgaben in den Eingruppierungsempfehlungen.

Die bisher in diesen Behandlungsbereichen in sehr seltenen Einzelfällen eingruppierten Patientinnen und Patienten werden zukünftig einem der verbliebenen Behandlungsbereiche zugeordnet.

Fassung ab dem Erfassungsjahr 2024:

Die Änderungen in den Eingruppierungsempfehlungen resultieren aus den Änderungen bei den Behandlungsbereichen in § 3 und der Streichung der Stichtagserhebung in § 6 Absatz 3 PPP-RL (vgl. auch Erläuterungen zu § 3 und § 6 Absatz 3).

Die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungsbereiche erfolgt zukünftig nicht mehr über die Durchführung einer Stichtagserhebung, sondern auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des Kapitels 9 des OPS in den Routinedaten. In den Eingruppierungsempfehlungen sind den einzelnen Behandlungsbereichen die entsprechenden OPS-Kodes sowie die Merkmale *Alter* (< 14 Jahre und >= 14 in der KJP sowie <= 65 Jahr und > 65 Jahre in der Erwachsenenpsychiatrie), *Hauptdiagnose* (Hauptdiagnose aus ICD F10-F19 und andere Hauptdiagnose in der Erwachsenenpsychiatrie) und *Aufnahmegrund* (vollstationär, teilstationär, stationsäquivalent) zugeordnet.

Die folgende Übersicht zeigt die Zuordnungen:

A Allgemeine Psychiatrie

A1 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung

A2 = 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung

A6 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung

A7 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung

A8 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung

A9 = Stationsäquivalente Behandlung

S Abhängigkeitskranke

S1 bis S9 = wie Bereich A + Hauptdiagnose aus ICD F10-F19

G Gerontopsychiatrie

G1 bis G9 = wie Bereich A + Alter > 65 Jahre

P Psychosomatik

P1 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene + 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung

P2 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung

P3 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene + 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung

P4 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung

KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie

KJ1 = bis 14 Jahre & 9-656 Regelbehandlung KJP + 9-672 Intensivbehandlung KJP & vollstationäre Behandlung

KJ2 = ab 14 Jahre & 9-656 Regelbehandlung KJP & vollstationäre Behandlung

KJ3 = ab 14 Jahre & 9-672 Intensivbehandlung KJP & vollstationäre Behandlung

KJ6 = 9-686 Eltern-Kind-Setting KJP & vollstationäre Behandlung

KJ7 = Teilstationäre Behandlung

KJ9 = Stationsäquivalente Behandlung

Die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungsbereiche auf Basis der OPS-Kodes ist in den Erläuterungen zu § 6 Absatz 3 PPP-RL beschrieben. Da die Zuordnung der Patientinnen und Patienten nicht mehr über eine individuelle Einstufung an den Stichtagen erfolgt, sondern sich aus den Vorgaben zur Kodierung der Behandlungsarten im Psych-OPS direkt ergibt, entfallen die Angaben zu den Behandlungszielen, Behandlungsmitteln, Erläuterungen und Beispielen.

2.4 Zu Anlage 3

Die Nachweise der Anlage 3 der PPP-RL bestehen weiterhin aus den Teilen A und B:

- Gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 sind die Mindestvorgaben quartalsbezogen in den Einrichtungen (differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie) einzuhalten. Teil A beinhaltet demnach die einrichtungs- und quartalsbezogene Dokumentation und wird gemäß § 11 Absatz 2 an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an das IQTIG übermittelt.
- Gemäß § 2 Absatz 7 i. V. m. § 11 sind die Nachweise darüber hinaus auch monats- und stationsbezogen zu führen. Teil B beinhaltet dementsprechend die stations- und monatsbezogene Dokumentation und wird gemeinsam mit Teil A gemäß § 11 Absatz 2b an das IQTIG übermittelt mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Richtlinie und der damit einhergehenden erforderlichen Transparenz auf Stations- und Monatsebene.

Mit dem neuen Absatz 8 in § 16 PPP-RL hat der G-BA beschlossen, dass die stations- und monatsbezogenen Nachweise von Teil B in der Zeit vom 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2025 nur für eine repräsentative Stichprobe von fünf Prozent der Einrichtungen Anwendung finden (vgl. auch Erläuterungen zu § 16 Absatz 8).

An einigen Stellen finden sich auch in Teil A stations- und monatsbezogene Angaben, die gemäß § 16 Absatz 8 jedoch nur für die Einrichtungen Anwendung finden, die Bestandteil der jährlich gezogenen Stichprobe sind. Dementsprechend findet Tabelle A4 nur für die Einrichtungen der Stichprobe Anwendung. In anderen Nachweistabellen werden Spalteninhalte aus unterschiedlichen Quellen gefüllt, je nachdem, ob die Häuser Bestandteil der Stichprobe sind oder nicht.

Gemäß § 6 Absatz 3 entfällt ab 1. Januar 2024 die Stichtagserhebung und wird durch die Umstellung auf Routinedaten ersetzt.

Übersicht der Nachweispflichten an die verschiedenen Empfänger:

Die nach § 2 Absatz 5 differenzierten Einrichtungen, die *nicht* an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 PPP-RL teilnehmen, haben in den Jahren 2023 bis 2025 folgende einrichtungs- und quartalsbezogene Nachweise des *Nachweistteils A* zu erbringen:

Empfänger: IQTIG, Landesverbände der Krankenkassen, Ersatzkassen

- A1, A2, A2.1, A2.2, A3, A3.1
- A3.2 (nur bis zum 31. Dezember 2023 auszufüllen)
- A3.3 (unter Berücksichtigung des Hinweises, der ab 1. Januar 2024 gültig ist)
- A5, A5.1, A5.2 (Spalte 5 ist erst ab 1. Januar 2024 auszufüllen), A5.3
- A5.4 (Spalten 5 bis 8 sind erst ab 1. Januar 2024 auszufüllen)
- A6, A6.1, A6.2, A6.3
- A6.4 (gültig bis 31. Dezember 2025)
- Ggf. A6.5, A6.5.1, A6.5.2, A6.5.3, A6.5.4
- A7
- A8, A8.1 (nur bis 31. Dezember 2025 auszufüllen, und nur an das IQTIG zu versenden)
- A9 (nur vom 1. Januar 2024 bis zum 31. Dezember 2025 auszufüllen, und nur an das IQTIG zu versenden)

Die nach § 2 Absatz 5 PPP-RL differenzierten Einrichtungen, die in den Jahren 2023 bis 2025 an der *repräsentativen Stichprobe* im Sinne von § 16 Absatz 8 PPP-RL teilnehmen, haben folgende Nachweise des *Nachweisteils A* zu erbringen:

Empfänger: IQTIG, Landesverbände der Krankenkassen, Ersatzkassen

- A1, A2, A2.1, A2.2, A3
- A3.1 (unter Berücksichtigung des Hinweises, der bis zum 31. Dezember 2025 gültig ist)
- A3.2 (nur bis zum 31. Dezember 2023 unter Berücksichtigung des entsprechenden Hinweises auszufüllen)
- A3.3 (unter Berücksichtigung des Hinweises, der ab 1. Januar 2024 gültig ist, und des Hinweises, der bis 31. Dezember 2025 gültig ist)
- A4 (bis 31. Dezember 2025 auszufüllen)
- A5, A5.1, A5.2 (Spalte 5 ist erst ab 1. Januar 2024 auszufüllen), A5.3
- A5.4 (Spalten 5 bis 8 sind erst ab 1. Januar 2024 auszufüllen)
- A6, A6.1, A6.2, A6.3
- A6.4 (bis 31. Dezember 2025 auszufüllen)
- Ggf. A6.5, A6.5.1, A6.5.2, A6.5.3, A6.5.4
- A7

Die nach § 2 Absatz 5 PPP-RL differenzierten Einrichtungen, die an der *repräsentativen Stichprobe* im Sinne von § 16 Absatz 8 PPP-RL teilnehmen, haben in den Jahren 2023 bis 2025 folgende Nachweise des *Nachweisteils B* zu erbringen:

Empfänger: IQTIG

- B1, B1.1
- B1.2 (bis zum 31. Dezember 2023 auszufüllen)
- B1.3 (unter Berücksichtigung des Hinweises, der bis zum 31. Dezember 2023 gültig ist, und des Hinweises, der ab 1. Januar 2024 gültig ist)
- B2, B2.1, B2.2
- B3 (erst ab 1. Januar 2024 auszufüllen)
- B4, B4.1, B4.2, B4.3
- B5 (Spalten 6 und 7 sind erst ab 1. Januar 2024 auszufüllen)
- B6

Zu Weitere Erläuterung zum Nachweis:

Die Anpassung in den weiteren Erläuterungen sind Korrekturen redaktioneller Art.

Zu Administrative Daten:

Die Ergänzung der administrativen Daten erfolgt im Zusammenhang mit der neuen Übergangsregelung in § 16 Absatz 8 PPP-RL, die vorsieht, dass Teil B der Nachweise in der Zeit

vom 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2025 nur für eine repräsentative Stichprobe von fünf Prozent der Einrichtungen Anwendung findet.

Zu Teil A des Nachweises zur PPP-RL:

Zu Tabelle A2.2:

Die Ergänzung in der Tabellenkopfzeile zu Spalte 4 ist redaktioneller Art.

Zu Tabelle A3.1:

Die Änderung ist redaktioneller Art und stellt klar, dass ein Teil des Hinweises bis zum 31. Dezember 2025 nur für die Einrichtungen gültig ist, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 PPP-RL teilnehmen.

Zu Tabelle A3.2:

Der Hinweis unter der Tabellenüberschrift, der die Gültigkeit der Tabelle auf den 31. Dezember 2023 beschränkt, ist erforderlich, da die Stichtagserhebung ab 1. Januar 2024 entfällt und durch die Umstellung auf Routinedaten ersetzt wird, analog zu den Änderungen in § 6 Absatz 3 PPP-RL.

Die Ergänzung der Angabe „A8“ bei den zulässigen Werten der Spalte 4 ist redaktioneller Art.

Die Streichung der Angaben „A4, A5, S4, S5, G4, G5“ und „KJ5“ bei den zulässigen Werten der Spalte 4 resultieren aus den Streichungen der entsprechenden Behandlungsbereiche in § 3 PPP-RL.

Die Ergänzung im Hinweis ist redaktioneller Art und stellt klar, dass ein Teil des Hinweises bis zum 31. Dezember 2025 nur für die Einrichtungen gültig ist, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 PPP-RL teilnehmen.

Zu Tabelle A3.3:

Die Ergänzung der Angabe „A8“ bei den zulässigen Werten der Spalte 3 ist redaktioneller Art.

Die Streichung der Angaben „A4, A5, S4, S5, G4, G5“ und „KJ5“ bei den zulässigen Werten der Spalte 3 resultieren aus den Streichungen der entsprechenden Behandlungsbereiche in § 3 PPP-RL.

Die erste Ergänzung im Hinweis zu A3.3 ist redaktioneller Art und stellt klar, dass der erste Satz des Hinweises bis zum 31. Dezember 2025 nur für die Einrichtungen gültig ist, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 PPP-RL teilnehmen.

Die weitere Ergänzung im Hinweis stellt eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 6 Absatz 3 PPP-RL dar und stellt klar, dass sich die Behandlungstage eines Behandlungsbereichs ab dem 1. Januar 2024 aus der Anzahl der im jeweiligen Quartal behandelten Patientinnen und Patienten und deren Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 PPP-RL anhand der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 der PPP-RL zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart ergeben.

Zu Tabelle A4:

Die Ergänzung stellt klar, dass Tabelle A4 bis zum 31. Dezember 2025 nur für die Einrichtungen gültig ist, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 PPP-RL teilnehmen.

Zu Tabelle A5.1:

Die Änderungen in der Tabellenkopfzeile (Spalten 6 und 9) und bei den zulässigen Werten zu Spalte 9 sind redaktioneller Art.

Die Ergänzung, Anpassung und Verschiebung in den Hinweisen sind redaktioneller Art. Sie wurden aufgrund der Regelungen in § 16 Absatz 8 PPP-RL erforderlich.

Zu Tabelle A5.2:

Die neu aufgenommene Abfrage ab dem 1. Januar 2024 zur Umsetzung der Regelung zu den pflegerischen Nachtdiensten in Spalte 5 ergibt sich aus § 6 Absatz 7 PPP-RL; die Änderungen zur Tabellenspalte 4 sind redaktioneller Art. Darüber hinaus wird eine neue Tabellenspalte 6 zu den Ausnahmetatbeständen aufgenommen. Somit wird zukünftig bei der Darstellung der Umsetzung der Mindestvorgaben deutlich, ob mindestens ein Ausnahmetatbestand gemäß § 10 vorliegt.

Zu Tabelle A5.3:

Die neu aufgenommene Abfrage zum Tag-/Nachtdienst in Spalte 2 ergibt sich aus den neu aufgenommenen Regelungen zu den pflegerischen Nachtdiensten gemäß § 6 Absatz 7 PPP-RL. Die Anpassung in Spalte 4 (neu) ist redaktioneller Art und stellt klar, dass es sich beispielsweise bei der Anrechnung gemäß § 8 Absatz 5 auch um weiteres Personal handeln kann und nicht ausschließlich um Fachkräfte handeln muss.

Zu Tabelle A5.4 (neu):

Die neue Tabelle wird als Folgeänderung zur Ergänzung von Vorgaben zum Nachtdienst in § 6 Absatz 7 PPP-RL in den Nachweisen ergänzt. Da die Mindestvorgaben für den Nachtdienst erst ab dem 1. Januar 2024 gelten, müssen die Spalten 5 bis 8 erst ab diesem Datum ausgefüllt werden.

Zu Tabelle A6.4 (neu):

Aufgrund der Ergänzung des neuen Ausnahmetatbestands für Tageskliniken in § 10 Absatz 1 Nummer 4 PPP-RL wurde diese Tabelle neu in den Nachweis aufgenommen.

Angaben sind nur von Einrichtungen zu tätigen, deren Standort ausschließlich eine Tagesklinik umfasst (Spalte 2 = ja) und die die Mindestvorgaben zwar nicht im aktuellen Quartal, aber im nächsten oder übernächsten Quartal wieder erfüllen. Dementsprechend ist in der Tabelle anzugeben, ob die Mindestvorgaben jeweils im Berichtsquartal eingehalten wurden (Spalte 3) sowie in dem Quartal eingehalten wurden, das dem aktuellen Quartal vorangegangen ist (Spalte 4) und das dem vorhergehenden Quartal vorangegangen ist (Spalte 5).

Zu Teil A6.5 (bisher A6.4):

Die Änderung der Nummerierungen in diesem Nachweisteil ist redaktioneller Art.

Zu Teil A7:

Da eine Neuaufnahme der Tabellen A8 und A9 nach der Tabelle A7 erfolgt, stellt der Hinweis klar, dass sich die Erläuterungen unter A7 auch auf Inhalte und Informationen zu den nachfolgenden Tabellen A8 und A9 beziehen können.

Zu Teil A8 (neu):

Bisher wird die Qualifikation des therapeutischen Personals von allen Einrichtungen über Teil B der Anlage 3 der PPP-RL erhoben. Teil B des Nachweises ist ab 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2025 nur für die Einrichtungen gültig, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 PPP-RL teilnehmen. Damit die Qualifikationen des therapeutischen Personals von allen Einrichtungen für die Weiterentwicklung der Richtlinie zur Verfügung stehen, wird es erforderlich, die Tabellen zur Qualifikation des Personals aus Teil B zusätzlich auch in Teil A des Nachweises aufzunehmen. Dementsprechend werden die Tabellen B4.1, B4.2, B4.3 neu in Teil A als Tabellen A8.1, A8.2 und A8.3 ergänzt. Da die Informationen zur Qualifikation des Personals der Weiterentwicklung der Richtlinie dienen, erfolgt eine Übermittlung der Tabelle A8.1 ausschließlich an das IQTIG.

Zu Teil A9 (neu):

Gemäß § 16 Absatz 6 PPP-RL erfolgt erstmals die Erfassung der Regelaufgaben ab dem Jahr 2024. Dazu werden die OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98 übermittelt. Die neue Tabelle A9 legt die entsprechend zu dokumentierenden Datenfelder fest und ist nur für die Einrichtungen gültig, die nicht an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 PPP-RL teilnehmen. Da die Informationen zu den Regelaufgaben der Weiterentwicklung der Richtlinie dienen, erfolgt eine Übermittlung der Tabelle A9 ausschließlich an das IQTIG.

Zu Teil B des Nachweises zur PPP-RL:

Teil B ist vom 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2025 nur für die Einrichtungen gültig, die an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 PPP-RL teilnehmen.

Zu Tabelle B1.2:

Der Hinweis unter der Tabellenüberschrift, der die Gültigkeit der Tabelle auf den 31. Dezember 2023 beschränkt, ist erforderlich, da die Stichtagserhebung ab 1. Januar 2024 entfällt und durch die Umstellung auf Routinedaten ersetzt wird, analog zu den Änderungen in § 6 Absatz 3 PPP-RL.

Die Ergänzung der Angabe „A8“ bei den zulässigen Werten der Spalte 6 ist redaktioneller Art.

Die Streichung der Angaben „A4, A5, S4, S5, G4, G5“ und „KJ5“ bei den zulässigen Werten der Spalte 6 resultieren aus den Streichungen der entsprechenden Behandlungsbereiche in § 3 PPP-RL.

Zu Tabelle B1.3:

Die Ergänzung der Angabe „A8“ bei den zulässigen Werten der Spalte 5 ist redaktioneller Art.

Die Streichung der Angaben „A4, A5, S4, S5, G4, G5“ und „KJ5“ bei den zulässigen Werten der Spalte 5 resultieren aus den Streichungen der entsprechenden Behandlungsbereiche in § 3 PPP-RL.

Die Änderungen im Hinweis ergeben sich durch die Umstellung auf Routinedaten ab dem 1. Januar 2024 analog zu den Änderungen in § 6 Absatz 3 PPP-RL.

Zu Tabelle B2.1:

Die Änderungen bei den zulässigen Werten der Spalte 2 sind redaktioneller Art. Die Anpassung in Spalte 6 ist redaktioneller Art und stellt klar, dass es sich bei der Anrechnung gemäß § 8 Absatz 5 PPP-RL auch um Hilfskräfte handeln kann und nicht ausschließlich um Fachkräfte handeln muss.

Zu Tabelle B2.2:

Es wird eine neue Tabellenspalte 2 eingefügt, die eine Differenzierung der Angaben zu den personellen Anrechnungen nach Tag- und Nachtdienst ermöglicht.

Die Änderungen in der Tabellenkopfzeile der Spalte 4, zur Spaltennummerierung und bei den zulässigen Werten der Spalte 5 sind redaktioneller Art.

Zu Tabelle B3:

Mit den Änderungen wird die bislang ausgesetzte Erfassung der Regelaufgaben gemäß der Änderung in § 16 Absatz 6 PPP-RL ab dem 1. Januar 2024 durch die Nutzung von Routinedaten umgesetzt. Dazu werden die OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98 übermittelt. Die bisherigen Tabellen B3.1 und B3.2 werden als Folgeänderungen gelöscht.

Zu Tabelle B5:

Die neue Tabelle wird als Folgeänderung zur Ergänzung von Vorgaben zum Nachtdienst in § 6 Absatz 7 PPP-RL in den Nachweisen ergänzt. Da die Mindestvorgaben für den Nachtdienst erst ab dem 1. Januar 2024 in Kraft treten, müssen die Spalten 6 und 7 erst ab diesem Datum ausgefüllt werden.

2.5 Zu Anlage 5 (neu)

Kernaufgaben der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

Die in Anlage 5 der PPP-RL aufgeführten Punkte im Sinne von Kernaufgaben für die Genesungsbegleiter und Genesungsbegleiterinnen stellen eine Aufzählung dar und dienen u. a. zur Nachweisführung gemäß Anlage 3 Teil A, Referenztablelle A8.2 Qualifikationen des Personals in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik, Buchstabe h.

Kernaufgaben – Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik

Der Schwerpunkt der Tätigkeit der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter liegt auf der Begleitung der Patientinnen und Patienten und dem recoveryorientierten Arbeiten im Team. Ihre eigenständige Sichtweise und Qualifikation ermöglichen das kritische Hinterfragen der Behandlungsabläufe und das gemeinsame Finden neuer Lösungswege. Ihr Ziel ist es, bei Entscheidungen und Abläufen Transparenz zwischen dem Team und den Betroffenen zu fördern und Brücken zu schlagen. Sie verfolgen hierbei keine therapeutische, pflegerische oder sozialarbeiterische Zielsetzung und beteiligen sich nicht an Zwangsmaßnahmen. Dennoch haben sie durch die Begleitung der Patientinnen und Patienten und dem recoveryorientierten Arbeiten im Team eine wichtige therapeutische Funktion. Ihre Tätigkeiten sind nicht mit denen anderer Berufsgruppen austauschbar oder gegenseitig anrechenbar. Alle Aufgaben werden in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten und dem therapeutischen Team erfüllt.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 66.192 Euro sowie jährliche Kosten in Höhe von geschätzt 69.524 Euro. Gleichzeitig werden die Krankenhäuser im Jahr 2023 von Bürokratiekosten in Höhe von zirka 65.584 Euro und in den Jahren 2024 und 2025 in Höhe von zirka 149.594 Euro entlastet. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der Anlage I.

4. Verfahrensablauf

Am 29. März 2022 begann die Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (AG PPP) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In sechs Sitzungen wurde eine Änderungsfassung zur Richtlinie erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a 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, zur Änderungsfassung zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 1. Juni 2022 wurde das Stellungnahmeverfahren am 15. Juni 2022 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in Anlage III. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 13. Juli 2022.

Es wurden 23 Stellungnahmen fristgerecht, eine davon mit nicht fristgerechter Anlage, sowie eine Stellungnahme unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in Anlage IV. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in Anlage V dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in zwei Arbeitsgruppensitzung am 9. und 17. August 2022 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 25. August 2022 durchgeführt (Anlage V).

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 15. Juni und 11. August 2022 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 15. September 2022 beschlossen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zu ändern.

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

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

6. Literaturverzeichnis

1. **Deutscher Bundestag:** Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache Nr. 7/4200. Bonn (GER); 1975. [Zugriff: 15.09.2022]. URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/07/042/0704200.pdf>.
2. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erstfassung vom 19. September 2019 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2019. [Zugriff: 15.09.2022]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-6078/2019-09-19_PPP-RL_Erstfassung_TrG.pdf.
3. **Gühne U, Weinmann S, Riedel-Heller SG, Becker T.** S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN); Berlin (GER): Springer; 2. Auflage 2019.
4. **Knuf A, Bridler S.** Vom Empowerment zu Recovery: Grundideen für eine neue Psychiatrie? In Christoph Abderhalden, Ian Needham, Michael Schulz, Susanne Schoppmann & Stefan Harald (Hrsg.), Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery. Unterostendorf (GER): Ibicura; 2008:24-32.
5. **Mahlke C, Krämer U, Kilian R, Becker T.** Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung – Übersicht des internationalen Forschungsstandes. Nervenheilkunde 2015;34:235-239.
6. **Mahlke C, Schulz G, Sielaff G, Nixdorf R, Bock T.** Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2019;62(2):214-221.
7. **Utschakowski J.** Mit Peers arbeiten. Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung. Köln (GER): Psychiatrie-Verlag; 2015.

7. Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage I: Bürokratiekostenermittlung
- Anlage II: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage III: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandte Änderungsfassung 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. September 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage I Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der PPP-RL: Erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3

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 Beschlusssentwürfen 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 bürokratischen Aufwände, bei denen keine Änderungen zu erwarten sind, finden keinen Eingang in die Bürokratiekostenermittlung.

Mit dem vorliegenden Beschluss zur Änderung der PPP-RL kommt der G-BA insbesondere seinen in den § 1 Absatz 3 i.V.m. § 14 und § 8 Absatz 5 PPP-RL festgelegten Aufgaben zur Prüfung und Anpassung der Richtlinie nach.

Im Sinne der Übergangsregelung gemäß § 16 Absatz 8 PPP-RL unterliegt in der Zeit vom 01.01.2023 bis 31.12.2025 nur eine repräsentative Stichprobe von fünf Prozent der Einrichtungen dem Monats- und Stationsbezug gemäß § 2 Absatz 7 und den Nachweispflichten gemäß § 11 Absatz 1 und 2 PPP-RL. Für die Jahre 2023, 2024 und 2025 gelten für einen Teil der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtung in Bezug auf die Nachweispflichten gesonderte Regeln, welche im Folgenden Berücksichtigung finden werden. Sofern nicht anders angegeben, werden zudem für die Quantifizierungen die bereits ermittelten Bürokratiekosten bei der Einführung eben dieser Informationspflichten herangezogen¹.

Im Rahmen der vorliegenden Richtlinien-Änderung werden für alle psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausstandorte (1.120) in Bezug auf das Nachweisverfahren die folgenden bestehende Vorgaben ergänzt bzw. angepasst:

Mindestvorgaben für die Besetzung des pflegerischen Nachtdienstes

Die Dokumentation der neu eingeführten Mindestvorgaben für die Besetzung des pflegerischen Nachtdienstes (§ 2 Absatz 3 i.V.m. § 6 Absatz 7 und 8 sowie § 7 Absatz 5 PPP-RL) erfordert die Aufnahme einer neuen Spalte in Tabelle A5.2 und Tabelle A5.3 sowie der Tabelle A5.4 des Nachweises. Der zusätzliche Aufwand pro Quartal für die damit verbundene Standardaktivität „Datenbeschaffung“ wird auf 15 Minuten bei hohem Qualifikationsniveau (59,10 Euro/h) geschätzt. Unter Berücksichtigung der 1.120 Krankenhausstandorte der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche ergeben sich jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 66.214 Euro (4 x 1.120 x 14,78 Euro).

Vereinfachung der Dokumentation

Die Behandlungsbereiche A4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker), A5 (Psychotherapie), S4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker bei Abhängigkeitskranken), S5 (Psychotherapie bei Abhängigkeitskranken), G4 (Langdauernde Behandlung

¹ Vgl. Tragende Gründe zur Erstfassung und Änderungsbeschlüssen zur PPP-RL, unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4005/>, <https://www.g-ba.de/beschluesse/4537/>, <https://www.g-ba.de/beschluesse/5047/>

Schwer- und Mehrfachkranker in der Gerontopsychiatrie), G5 (Psychotherapie in der Gerontopsychiatrie) und KJ5 (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) werden gestrichen. Ab dem Erfassungsjahr 2024 werden die Tabellen B3.1 und B3.2 durch die Tabelle B3 ersetzt. In diesem Fall wird von einem vergleichbaren dokumentarischen Aufwand ausgegangen, so dass auf eine Quantifizierung verzichtet wird.

Durch die Änderung der Einstufung der Patientinnen und Patienten von einer 14-tägigen Stichtagserhebung auf Behandlungsbeginn bzw. Wechsel der Behandlungsart unter Nutzung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) (§ 6 Absatz 3 PPP-RL) und dem damit verbundenen Wegfall des Großteils des damit verbundenen zeitlichen Aufwands zur Nachweisführung und der Tabelle B1.2 werden die Krankenhäuser von jährlichen Bürokratiekosten in Höhe von zirka 100.000 Euro entlastet. Diese Änderungen gelten ab dem 01.01.2024.

Bis zu diesem Zeitpunkt entfällt gemäß § 16 Absatz 6 PPP-RL die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweisverfahren. Dadurch werden die Krankenhäuser im Jahr 2023 von Bürokratiekosten in Höhe von zirka 15.990 Euro entlastet.

Einarbeitung in geänderte Vorgaben (allgemein)

Hinsichtlich der Einarbeitung in die geänderten Informationspflichten entsteht allen betroffenen psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen ein einmaliger Aufwand für die von zirka 60 Minuten, hierbei wird ein hohes Qualifikationsniveau von 59,10 Euro je Stunde zugrunde gelegt. Unter Berücksichtigung der 1.120 Standorte ergeben sich daraus einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 66.192 Euro (1.120 x 59,10 Euro).

Entsprechend der Regelung in § 16 Absatz 8 PPP-RL werden folgende Übergangsregelungen geschaffen:

a) Für die nicht an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 PPP-RL teilnehmenden Krankenhausstandorte (n=1.064) entfällt für die Jahre 2023, 2024 und 2025 Teil B des Nachweisverfahrens vollständig, bis auf die Tabelle B4, die in Tabelle A8 überführt wird. Dadurch reduzieren sich die jährlichen Bürokratiekosten um rund 119.118 Euro durch den Wegfall von Teil B. Die Aufwände für die Dokumentation der neu eingeführten Mindestvorgaben für die Besetzung des pflegerischen Nachtdienstes in Teil A sind bereits oben aufgeführt.

b) Für die an der fünfprozentigen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 PPP-RL teilnehmenden Krankenhausstandorte (n=56) entstehen durch die Ergänzung von Tabelle B5 zur Dokumentation der neu eingeführten Mindestvorgaben für die Besetzung des pflegerischen Nachtdienstes neue jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 3.310 Euro pro Jahr (4 x 56 x 14,78 Euro).

Erfassung des Ausnahmetatbestandes für Tageskliniken

Um gemäß § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 PPP-RL die Mindestvorgaben für dezentrale kleine Einrichtungen, welche aufgrund einer geringen Anzahl an Plätzen in ihrer flexiblen Personalsteuerung eingeschränkt sind, zu überprüfen, wird für die Geltendmachung eines Ausnahmetatbestandes im Nachweisverfahren mit Aufnahme der Tabelle A6.4 die Möglichkeit eingeräumt, die Mindestvorgaben in einem Quartal als Ausnahmetatbestand nicht einzuhalten, wenn die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder erreicht werden. Jedoch entstehen den dezentralen kleinen Einrichtungen, 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. Den Tageskliniken entsteht infolge der Einarbeitung in die geänderten Vorgaben ein einmalig geringer Aufwand. Da nicht abschätzbar ist, wie viele der Kliniken einen Ausnahmetatbestand geltend machen werden, ist keine

eindeutige Quantifizierung möglich. Die Erfassung des Ausnahmetatbestandes für Tageskliniken ist gemäß § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 PPP-RL bis zum 31.12.2025 begrenzt.

Zusammenfassung

Insgesamt entstehen durch den Beschluss einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 66.192 Euro sowie jährliche Kosten in Höhe von geschätzt 69.524 Euro. Gleichzeitig werden die Krankenhäuser im Jahr 2023 von Bürokratiekosten in Höhe von zirka 65.584 Euro und in den Jahren 2024 und 2025 in Höhe von 149.594 Euro entlastet.

Die Details können der nachfolgenden Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1 - Zusammenfassung der Bürokratiekosten

| Informationspflicht | Jährliche Bürokratiekosten | Einmalige Bürokratiekosten |
|---|--|-----------------------------------|
| Teil A: Mindestvorgaben für die Besetzung des pflegerischen Nachtdienstes | 66.214 Euro | 66.192 Euro |
| Teil B: Mindestvorgaben für die Besetzung des pflegerischen Nachtdienstes | 3.310 Euro | |
| Vereinfachung der Dokumentation | - 15.990 Euro (2023) / - 100.000 Euro | |
| Übergangsregelungen gem. § 16 Absatz 8 | - 119.118 Euro | - |
| Gesamt | - 65.584 Euro (2023) / - 149.594 Euro | 66.192 Euro |

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: |
| <i>In der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) organisierte betroffene medizinische Fachgesellschaften:</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 (gmids) • 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 (DGPFPG) • 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) |
| <i>Non-AWMF-Fachgesellschaften:</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS) • Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP) • Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) |

- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)

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

- Deutscher Verband Ergotherapie 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)
- Ex-In Deutschland e.V.
- NetzG - Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit e.V. (NetzG)



Richtlinie

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

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

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

zuletzt geändert am 20. Mai 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAZ AT 23.08.2021 B1)
in Kraft getreten am 24. August 2021

zuletzt geändert am 16. September 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAZ AT 30.12.2021 B3)
in Kraft getreten am 1. Januar 2022

Derzeit geltende Fassung mit sichtbaren Änderungsvorschlägen

Entwurf, Stand 01.06.2022 nach Sitzung des UA QS

Hinweise:

- Änderungen gegenüber der zuletzt beschlossenen RL-Fassung sind im Änderungsmodus dargestellt.
- Abzustimmende dissente Punkte sind **gelb markiert**; Folgedissense sind **grau markiert**.

Inhalt

| | | |
|-----------------|--|------------|
| § 1 | Zweck, Ziele und Anwendungsbereich | 3 |
| § 2 | Grundsätze | 3 |
| § 3 | Behandlungsbereiche..... | 5 |
| § 4 | Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste..... | 7 |
| § 5 | Berufsgruppen..... | 7 |
| § 6 | Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung..... | 9 |
| § 7 | Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad | 15 |
| § 8 | Anrechnungen von Berufsgruppen..... | 17 |
| § 9 | Weitere Qualitätsempfehlungen | 19 |
| § 10 | Ausnahmetatbestände..... | 19 |
| § 11 | Nachweisverfahren | 20 |
| § 12 | Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser | 24 |
| § 13 | Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben | 25 |
| § 14 | Anpassung der Richtlinie..... | 26 |
| § 15 | Evaluation der Richtlinie | 27 |
| § 16 | Übergangsregelungen | 28 |
| Anlage 1 | Minutenwertetabellen | 31 |
| Anlage 2 | Eingruppierungsempfehlungen..... | 35 |
| Anlage 3 | Nachweis | 83 |
| Anlage 4 | Regelaufgaben | 126 |
| Anlage 5 | Kernaufgaben der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter | 148 |

§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich

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

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

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet sich zur kontinuierlichen Weiterentwicklung dieser Richtlinie gemäß § 14 Absatz 5. Mit dieser Richtlinie wird das Ziel verfolgt, in einer ersten Stufe die Ausgestaltung von Personalvorgaben zu etablieren, welche während der Entwicklung eines zukunftsorientierten Modells Geltung findet. Eine erste Anpassung dieser Richtlinie gemäß § 14 erfolgt mit Beschluss zum 30. September 2022. Eine weitere Anpassung hinsichtlich der künftigen Ausgestaltung der Personalvorgaben, die ab dem 1. Januar 2025 gelten sollen, wird angestrebt.

§ 2 Grundsätze

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

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

(3) Die verbindlichen Mindestvorgaben gelten für den Regeldienst am Tag (Tagdienst)

| GKV-SV | DKG | PatV |
|--|--------------------------|--|
| <u>und in der Nacht (Nachtdienst).</u> | <i>[keine Übernahme]</i> | <u>, sofern für eine Berufsgruppe keine andere Regelung getroffen ist.</u> |

Dieser umfasst alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten, die einen Bezug zur Behandlung der Patientinnen und Patienten haben. Die Regelaufgaben sind in Anlage 4 beschrieben. Nicht zum Regeldienst im Sinne dieser Richtlinie zählen Bereitschaftsdienst, ärztliche Rufbereitschaft und ärztlicher Konsiliardienst sowie Tätigkeiten in Nachtkliniken.

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

(5) Die Mindestvorgaben für den Tagdienst werden gemäß § 6 festgelegt. Für jeden Behandlungsbereich gemäß § 3 in Verbindung mit Anlage 2 und jede Berufsgruppe gemäß § 5

werden Minutenwerte je Patientin und je Patient und Woche gemäß Anlage 1 vorgegeben. Die Mindestvorgaben sind quartalsdurchschnittlich auf Einrichtungsebene, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, einzuhalten.

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

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

| | |
|-----------------------------------|--|
| GKV-SV/PatV | DKG/LV/BÄK/BPtK |
| sowie monats- und stationsbezogen | sowie monats- und stationsbezogen |

zu führen.

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

| | |
|-------------------|------------------------------|
| GKV-SV/PatV | DKG/LV/BÄK/BPtK |
| auf einer Station | auf einer Station |

jeweils tatsächlich tätigen Fachkräfte der Berufsgruppen fest.

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

(10) In den Minutenwerten der Anlage 1 sind nicht berücksichtigt:

- die Ausfallzeiten (Wochenfeiertage, Urlaub, Arbeitsunfähigkeit, Schutzfristen, Kur- und Heilverfahren, Wehrübungen, externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Tätigkeiten im Personalrat, im Betriebsrat, in der Mitarbeitervertretung, in der Vertretung ausländischer, schwerbehinderter oder suchterkrankter Beschäftigter, als Sicherheitsbeauftragte oder Sicherheitsbeauftragter, als Beauftragte oder Beauftragter für Arbeitssicherheit, als Hygienebeauftragte oder Hygienebeauftragter, als Gleichstellungsbeauftragte oder Gleichstellungsbeauftragter und weitere relevante Ausfallzeiten)
- die Besonderheiten der strukturellen und organisatorischen Situation der Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3
- Leitungskräfte, Bereitschaftsdienste außerhalb des Regeldienstes, ärztliche Rufbereitschaft, ärztlicher Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken,

| | |
|----------------------|--------------------------------|
| GKV-SV/DKG | PatV |
| Nachtdienste Pflege, | Nachtdienste Pflege |

Genesungsbegleitung, sowie

- die gegebenenfalls über Anlage 1 hinausgehenden Minutenwerte, die zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung erforderlich sind.

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

| | |
|-------------------|---|
| GKV-SV/PatV | DKG |
| [keine Übernahme] | (11) In den Mindestvorgaben für den pflegerischen Nachtdienst gemäß § 6 Absatz |

| | |
|--|---|
| | <p><u>7 sind einrichtungsindividuelle Personalbedarfe nicht enthalten, die bei der Budgetvereinbarung auf der Ortsebene zu berücksichtigen sind (z.B.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Besonderheiten der strukturellen und räumlichen Situation der Einrichtung, die sich auf die notwendigen Besetzungstärken in der Nacht auswirken,</u> - <u>Besonderheiten in der Nachtdienstorganisation, wie z. B. ergänzende pflegerische (Ruf-)Bereitschaftsdienste,</u> - <u>Besonderheiten der durch den Nachtdienst zu begleitenden Patientinnen und Patienten, die durch die Intensivkomponente noch nicht oder noch nicht ausreichend berücksichtigt wurden,</u> - <u>besondere Betreuungs- und Begleitungsaufwände spezifischer Behandlungsbereiche,</u> - <u>Ausfallzeiten im Nachtdienst.</u> |
|--|---|

| GKV-SV/PatV | DKG/BÄK |
|--|---------------------------------|
| <p><u>(12) Eine Station im Sinne dieser Richtlinie ist die kleinste bettenführende organisatorische Einheit in der Patientenversorgung am Standort eines Krankenhauses, die räumlich ausgewiesen ist und die anhand einer ihr zugewiesenen individuellen Bezeichnung auch für Dritte identifizierbar ist. Jede Station muss einem Fachgebiet zugeordnet werden. Das einer Station zugeordnete Personal sowie seine Leitungsstruktur lassen sich den Organisations- und Dienstplänen des Krankenhauses entnehmen.</u></p> | <p><i>[keine Übernahme]</i></p> |

§ 3 Behandlungsbereiche

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

- A Allgemeine Psychiatrie
- A1 Regelbehandlung
- A2 Intensivbehandlung

| GKV-SV/PatV | DKG |
|--|--|
| <u>A3</u> Regelbehandlung mit erhöhter Psychotherapie | [keine Übernahme] |
| A4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker | A4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker |
| A5 Psychotherapie | A5 Psychotherapie |

A6 Tagesklinische Behandlung

A7 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung

A8 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär

A9 Stationsäquivalente Behandlung

S Abhängigkeitskranke

S1 Regelbehandlung

S2 Intensivbehandlung

| <i>Folgedissens zu Behandlungsbereich A</i> | |
|--|--|
| GKV-SV/PatV | DKG |
| S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker | S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker |
| S5 Psychotherapie | S5 Psychotherapie |

S6 Tagesklinische Behandlung

S9 Stationsäquivalente Behandlung

G Gerontopsychiatrie

G1 Regelbehandlung

G2 Intensivbehandlung

| <i>Folgedissens zu Behandlungsbereich A</i> | |
|--|--|
| GKV-SV/PatV | DKG |
| G4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker | G4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker |
| G5 Psychotherapie | G5 Psychotherapie |

G6 Tagesklinische Behandlung

G9 Stationsäquivalente Behandlung

P Psychosomatik

P1 Psychotherapie

P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

P3 Psychotherapie teilstationär

P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär

(2) Die Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, werden nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln den folgenden

Behandlungsbereichen unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 zugeordnet:

- KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie
 KJ1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung
 KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung
 KJ3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung

| Folgedissens zu Behandlungsbereich A | |
|--|--|
| GKV-SV/PatV | DKG |
| KJ5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker | KJ5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker |

- KJ6 Eltern-Kind-Behandlung
 KJ7 Tagesklinische Behandlung
 KJ9 Stationsäquivalente Behandlung

§ 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste

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

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

| Folgedissens zu § 4 Abs. 3 i.V.m. Anlage 1 | |
|--|--|
| GKV-SV/DKG | PatV |
| [keine Übernahme] | <u>soweit keine andere Regelung getroffen ist.</u> |

(3) Die Minutenwerte gelten bei Pflegefachpersonen gemäß § 5 für

| GKV-SV/DKG | PatV |
|---|---|
| Tagdienste von täglich 14 Stunden zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit mit dem Personal des Nachtdienstes | Tagdienste von täglich <u>14-24</u> Stunden zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit mit dem Personal des Nachtdienstes |

sowie bei einer gleichbleibenden Personalbesetzung im Pflegedienst an Wochenenden und Feiertagen. Bei Tageskliniken gelten die Minutenwerte in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik für einen Tagdienst von acht Stunden, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von zehn Stunden. Die Minutenwerte gelten bei Tageskliniken für fünf Wochentage.

| Folgedissens zu § 4 Abs. 3 i.V.m. Anlage 1 | |
|---|--|
| GKV-SV/DKG | PatV |
| (4) Bei Pflegefachpersonen gemäß § 5 umfasst der Nachtdienst zehn Stunden inklusive 30 Minuten Übergabezeit mit dem Tagdienst. Anfangs- und Endzeiten können variieren. | (4) Bei Pflegefachpersonen gemäß § 5 umfasst der Nachtdienst zehn Stunden inklusive 30 Minuten Übergabezeit mit dem Tagdienst. Anfangs- und Endzeiten können variieren. |

§ 5 Berufsgruppen

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

- a) Ärztinnen und Ärzte (einschließlich ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)
- b) Pflegefachpersonen (Dazu gehören Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpflegerinnen und Altenpfleger, Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger. Dazu zählen auch Pflegefachpersonen mit einer Weiterbildung im Bereich Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie sowie Personen mit Hochschulabschluss Bachelor bzw. Master Psychiatrische Pflege.)
- c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (Dazu zählen Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) sowie Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Erwachsene.)
- d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten und Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten)
- e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,

| GKV-SV/PatV | DKG/BPtK |
|---|--|
| Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen. | (Sozial-)Pädagoginnen und (Sozial-)Pädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen. |

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

- a) Ärztinnen und Ärzte (einschließlich ärztlicher Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)
- b) Pflegefachpersonen gemäß Absatz 1 und Erziehungsdienst (pädagogisch-pflegerische Fachpersonen, z. B. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und ~~Kinder-~~ Gesundheits- und Krankenpfleger, Erzieherinnen und Erzieher, Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieherinnen und Jugend- und Heimerzieher)
- c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (Dazu zählen Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des PsychThG, Fachpsychotherapeutinnen und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche bzw. für Erwachsene sowie (Sozial-) Pädagoginnen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und (Sozial-) Pädagogen in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.)

- d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten, Sprachheiltherapeutinnen und Sprachheiltherapeuten, Logopädinnen und Logopäden)
- e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,

| <i>Folgedissens zu Abs. 1f</i> | |
|---|--|
| GKV-SV/PatV | DKG/BPtK |
| Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen. | (Sozial-) P ädagoginnen und (Sozial-) P ädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen. |

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

§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

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

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

(3) Die Behandlungstage je Behandlungsbereich ergeben sich für das jeweilige Krankenhaus aus der Anzahl der im jeweiligen Quartal des Vorjahres behandelten Patientinnen und Patienten und deren

| GKV-SV/PatV/BPtK | DKG/LV/DPR |
|---|--|
| kontinuierliche 14-tägiger Einstufung in die <u>Behandlungsarten des Kapitel 9 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS)bereiche gemäß § 3</u> | 14-tägiger Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 |

unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2.

| <i>Folgedissens zum vorherigen Satz</i> | |
|---|-------------------|
| GKV-SV/PatV/BPtK | DKG |
| <u>Diese Einstufung erfolgt gemäß OPS zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart. Als Behandlungstage zählen der Aufnahmetag und jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthaltes bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung Tage mit direktem Patientenkontakt. Entlassungs- oder Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, sowie Tage, an denen eine über Mitternacht hinausgehende Beurlaubung oder Abwesenheit beginnt</u> | [keine Übernahme] |

| | |
|---|--|
| <u>werden nicht berücksichtigt. Bei teilstationärer Behandlung ist der letzte Tag des Aufenthaltes als Behandlungstag zu berücksichtigen.</u> | |
|---|--|

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

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

(6) Die Minutenwerte sind um 10 Prozent zu verringern, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat.

| GKV-SV | DKG | PatV | DPR |
|--|--|---------------------------------|---|
| <p><u>(7) Für den Nachtdienst gemäß § 4 Absatz 4 werden Mindestvorgaben für die Anzahl der in einer Einrichtung im Nachtdienst tätigen Pflegefachpersonen festgelegt. Die Festlegung erfolgt über die Anzahl von Nachtdienstplätzen, die in einer Einrichtung in Abhängigkeit vom Anteil der Intensivpatienten für die jeweilige Anzahl von Behandlungsplätzen der empfohlenen Stationsgröße nach § 9 Absatz 1 einzusetzen sind. In der Zeit vom 1. Januar 2023 bis zum 31. Dezember 2023 wird keine Mindestvorgabe für die Anzahl der in einer Einrichtung im Nachtdienst tätigen Pflegefachpersonen festgelegt. In der Zeit vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2025 gelten folgende Mindestvorgaben:</u></p> <p><u>1. In Einrichtungen mit einem Anteil Intensivpatienten von 30 % und mehr sind mindestens 1,6 Nachtdienstplätze je empfohlener Stationsgröße nach § 9 Absatz 1 von 18 Behandlungsplätzen in der Erwachsenenpsychiatrie bzw. 12 Behandlungsplätzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu besetzen.</u></p> | <p><u>(7) Die Mindestvorgabe für den Nachtdienst wird ermittelt, indem in einem ersten Schritt für die Erwachsenenpsychiatrie die Anzahl der vollstationären Betten der Einrichtung durch 18 und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie durch 12 geteilt wird. Der so berechnete Wert wird in einem zweiten Schritt genutzt, um ihn mit dem Anteil an Intensivpatienten einer Einrichtung zu multiplizieren. Der Anteil an Intensivpatienten einer Einrichtung der Erwachsenenpsychiatrie wird berechnet, indem die Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen A2 und G2 mit der Hälfte der Anzahl der Behandlungstage des Behandlungsbereichs S2 addiert und das Ergebnis anschließend durch die Anzahl der Behandlungstage in allen vollstationären Behandlungsbereichen der Einrichtung geteilt und mit 100 multipliziert wird. Für die Berechnung des Anteils an Intensivpatienten einer Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Behandlungstage im Behandlungsbereich KJ3 maßgeblich. Zur Ermittlung der Vollkraftstunden (VKS) für den Nachtdienst werden die beiden nach den Vorgaben der Sätze 1 bis 4 ermittelten Werte addiert und mit 10 multipliziert und damit in</u></p> | <p><i>[keine Übernahme]</i></p> | <p><u>§ 6a Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste</u></p> <p><u>(1) Die Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste wird auf Basis von Nachtdienstplätzen für die Nachtdienste gemäß § 4 Absatz 4 für jede Einrichtung ermittelt.</u></p> <p><u>(2) Die Anzahl der Nachtdienstplätze wird berechnet, indem die vereinbarte vollstationäre Tagesbelegung durch die Stationsgrößen gemäß § 9 Absatz 1 dividiert und mit Faktor 1,7 multipliziert wird. Das Ergebnis ist kaufmännisch ohne Nachkommastelle zu runden.</u></p> <p><u>(3) Der Faktor reduziert sich auf 1,0, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat.</u></p> <p><u>(4) Die Ermittlung der Mindestvorgaben erfolgt auf Basis der am 30. September des Vorjahres gültigen vollstationären Tagesbelegung.</u></p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p><u>2. In Einrichtungen mit einem Anteil Intensivpatienten über 0% und bis zu 30% sind mindestens 1,2 Nachtdienstplätze je empfohlener Stationsgröße nach § 9 Absatz 1 von 18 Behandlungsplätzen in der Erwachsenenpsychiatrie bzw. 12 Behandlungsplätzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu besetzen.</u></p> <p><u>3. Für Einrichtungen der Psychosomatik, Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung und Einrichtungen ohne Intensivpatienten werden keine Mindestvorgaben festgelegt.</u></p> <p><u>Spätestens bis zum 30. Juni 2025 trifft der G-BA Entscheidungen über weitergehende Vorgaben für den Nachtdienst.</u></p> <p><u>(8) Die Mindestvorgabe für den Nachtdienst wird ermittelt, indem in einem ersten Schritt für die Erwachsenenpsychiatrie die Anzahl der vollstationären Planbetten der Einrichtung durch 18 und für die Kinder- und Jugendpsychiatrie durch 12 geteilt wird. Der so berechnete Wert wird in einem zweiten Schritt bei Einrichtungen mit einem Anteil an Intensivpatienten von mehr als 0% und weniger als 30% mit 1,2 und bei Einrichtungen mit einem Anteil an Intensivpatienten ab 30% mit 1,6</u></p> | <p><u>Stunden umgerechnet. Das Ergebnis stellt die in der Einrichtung einzuhaltende Mindestvorgabe in VKS je Nacht dar, die im Quartalsdurchschnitt einzuhalten ist.</u></p> | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p><u>multipliziert. Der Anteil an Intensivpatienten einer Einrichtung der Erwachsenenpsychiatrie wird berechnet, indem die Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen A2, G2 und S2 durch die Anzahl der Behandlungstage in allen Behandlungsbereichen geteilt und mit 100 multipliziert wird. Für die Berechnung des Anteils an Intensivpatienten einer Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind die Behandlungsbereiche KJ1 und KJ3 maßgeblich. Grundlage der Berechnungen sind jeweils die Behandlungstage in den ersten drei Quartalen des Vorjahres. Zur Ermittlung der Vollkraftstunden (VKS) für den Nachtdienst wird der nach den Vorgaben der Sätze 1 bis 5 ermittelte Wert mit 10 multipliziert und damit in Stunden umgerechnet. Das Ergebnis stellt die in der Einrichtung je Nacht einzuhaltende Mindestpersonalausstattung in VKS dar.</u></p> <p><u>Das Ergebnis der Mindestvorgaben für die Personalausstattung ist kaufmännisch ohne Nachkommastelle, die Zwischenwerte sind kaufmännisch auf zwei Nachkommastellen zu runden.</u></p> <p><u>(9) Die Mindestvorgaben für den Nachtdienst sind einrichtungsbezogen in den Fachgebieten Erwachsenenpsychiatrie und</u></p> | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| <u>Kinder- und Jugendpsychiatrie in mehr als 95 Prozent der Nächte des Quartals einzuhalten.</u> | | | |
|--|--|--|--|

§ 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

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

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

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

(4) Die Mindestvorgaben sind erfüllt, wenn

| GKV-SV | DKG |
|--|---|
| der durchschnittliche Umsetzungsgrad für die Einrichtung über oder gleich 100 Prozent ist und | der durchschnittliche Umsetzungsgrad für die Einrichtung über oder gleich 100 Prozent ist und |

keine der Berufsgruppen in der Einrichtung einen Umsetzungsgrad unter 100 Prozent hat. Auf die Übergangsregelung in § 16 wird verwiesen.

| GKV-SV/PatV | DKG/LV |
|-------------------|---|
| [keine Übernahme] | <u>Abweichend von Satz 1 sind die Mindestvorgaben an Standorten, die ausschließlich eine Tagesklinik umfassen, erfüllt, wenn der durchschnittliche Umsetzungsgrad für die Einrichtung über oder gleich 100 Prozent ist.</u> |

| Folgedissens zu § 6 Abs. 7 bis 9 | |
|---|-------------------|
| GKV-SV | DKG/PatV |
| <u>(4a) Für eine Einrichtung ergibt sich die Anzahl durchschnittlichen VKS-Ist im pflegerischen Nachtdienst je Nacht aus der Anzahl der im Quartal tatsächlich geleisteten Vollkraftstunden (VKS) der Pflegefachpersonen im Nachtdienst dividiert durch die Anzahl der Nächte im Quartal. Die Mindestvorgabe zur Personalausstattung der Pflegefachpersonen im Nachtdienst ist in den Nächten erfüllt, in denen die tatsächlich geleisteten Vollkraftstunden größer oder gleich der Mindestvorgabe nach § 6 Absatz 8 ist.</u> | [keine Übernahme] |

| GKV-SV | DKG/PatV |
|--|---|
| (5) Für die tatsächliche Besetzung des Nachtdienstes ermittelt das Krankenhaus die durchschnittliche Pflegepersonal-ausstattung und die durchschnittliche Patientenbelegung im Nachtdienst für jede Station in jedem Kalendermonat eines Jahres. | (5) Für die tatsächliche Besetzung des Nachtdienstes ermittelt das Krankenhaus die durchschnittliche Pflegepersonal-ausstattung und die durchschnittliche Patientenbelegung im Nachtdienst für jede Station in jedem Kalendermonat eines Jahres. |

| GKV-SV | DKG | PatV |
|---|---|--|
| (6) Für die durchschnittliche Pflegepersonalausstattung werden alle Pflegefachpersonen gemäß § 5 berücksichtigt, die im Nachtdienst einer Station tätig waren. Die durchschnittliche Personalausstattung je Nacht ermittelt sich aus der Summe der geleisteten Arbeitsstunden eines Kalendermonats geteilt durch die Anzahl der Nächte des jeweiligen Kalendermonats. Dabei sind Pflegefachpersonen gemäß § 5, die an einem Arbeitstag im Tagdienst und im Nachtdienst gemäß § 4 Absatz 3 tätig waren, anteilig zuzuordnen. | (5) Für die durchschnittliche Pflegepersonalausstattung <u>in der Nacht</u> werden alle Pflegefachpersonen gemäß § 5 berücksichtigt, die im Nachtdienst einer Station tätig waren. Die durchschnittliche Personalausstattung je Nacht ermittelt sich aus der Summe der geleisteten Arbeitsstunden eines <u>Quartals</u> Kalendermonats geteilt durch die Anzahl der Nächte des jeweiligen <u>Kalendermonats</u> Quartals . Dabei sind Pflegefachpersonen gemäß § 5, die an einem Arbeitstag im Tagdienst und im Nachtdienst gemäß § 4 Absatz 3 tätig waren, anteilig zuzuordnen. | (6) Für die durchschnittliche Pflegepersonalausstattung werden alle Pflegefachpersonen gemäß § 5 berücksichtigt, die im Nachtdienst einer Station tätig waren. Die durchschnittliche Personalausstattung je Nacht ermittelt sich aus der Summe der geleisteten Arbeitsstunden eines Kalendermonats geteilt durch die Anzahl der Nächte des jeweiligen Kalendermonats. Dabei sind Pflegefachpersonen gemäß § 5, die an einem Arbeitstag im Tagdienst und im Nachtdienst gemäß § 4 Absatz 3 tätig waren, anteilig zuzuordnen. |

| GKV-SV/PatV | DKG |
|-------------------|--|
| [keine Übernahme] | (6) <u>Neben der durchschnittlichen Pflegepersonalausstattung in der Nacht haben Einrichtungen für Psychosomatik zudem die Anzahl der Nachtdienste nach größenskalierender Bezugsgröße für ihre Einrichtung zu ermitteln. Für die Berechnung der Anzahl der Nachtdienste nach größenskalierender Bezugsgröße wird die Anzahl der Betten in Einrichtungen für Psychosomatik durch 18 geteilt.</u> |

| GKV-SV | DKG | PatV |
|--|---|--|
| (7) Für die Ermittlung der durchschnittlichen Patientenbelegung des Nachtdienstes ist die Summe der um 24.00 Uhr auf einer Station untergebrachten Patientinnen und Patienten für die laufende Nachtschicht maßgeblich. Der monatliche Durchschnitt entspricht dem Quotienten aus der Summe der Mitternachtsbestände einer Station in einem Kalendermonat und der Anzahl der Tage des jeweiligen Kalendermonats. | (7) Für die Ermittlung der durchschnittlichen Patientenbelegung des Nachtdienstes ist die Summe der um 24.00 Uhr auf einer Station untergebrachten Patientinnen und Patienten für die laufende Nachtschicht maßgeblich. Der monatliche Durchschnitt entspricht dem Quotienten aus der Summe der Mitternachtsbestände einer Station in einem Kalendermonat und der Anzahl der Tage des jeweiligen Kalendermonats. | (5) Für die Ermittlung der durchschnittlichen Patientenbelegung des Nachtdienstes ist die Summe der um 24.00 Uhr auf einer Station untergebrachten Patientinnen und Patienten für die laufende Nachtschicht maßgeblich. Der monatliche Durchschnitt entspricht dem Quotienten aus der Summe der Mitternachtsbestände einer Station in einem Kalendermonat und der Anzahl der Tage des jeweiligen Kalendermonats. |

| GKV-SV | DKG/PatV |
|--|---|
| (8) Das Krankenhaus hat zusätzlich die Anzahl der Nächte zu ermitteln, in denen weniger als 16-20 VKS durch Pflegefachpersonen gemäß § 5 je Nachtschicht und in denen weniger als 14-15 VKS durch Pflegefachpersonen gemäß § 5 je Nachtschicht geleistet wurden. | (8/6) Das Krankenhaus hat zusätzlich die Anzahl der Nächte zu ermitteln, in denen weniger als 16 VKS durch Pflegefachpersonen gemäß § 5 je Nachtschicht und in denen weniger als 14 VKS durch Pflegefachpersonen gemäß § 5 je Nachtschicht geleistet wurden. |

| Folgedissens zu § 6 Abs. 7 bis 9 | |
|----------------------------------|--|
| GKV-SV/DKG/PatV | DPR |
| [keine Übernahme] | (9) <u>Die Vorgaben für die Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste sind erfüllt, wenn quartalsdurchschnittlich die täglich durch Pflegefachpersonen gemäß § 5 geleisteten Nachtdienste mindestens 97 Prozent der berechneten Vorgaben beträgt. Auf die Übergangsregelung in § 16 Absatz 8 wird verwiesen.</u> |

§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen

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

(2) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, entsprechend dem in § 27 Absatz 2 des Pflegeberufgesetzes vorgegebenen Verhältnis anzurechnen. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung sind zu berücksichtigen, wenn diese vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufes erhalten.

(3) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Fachkräfte der Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 4 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist bei psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 Absatz 1 möglich: jeweils zwischen den Buchstaben a und c sowie jeweils zwischen den Buchstaben b, d, e und f. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist bei psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 Absatz 2 möglich: jeweils zwischen den Buchstaben a und c sowie jeweils zwischen den Buchstaben b, d, e und f. Bis zum 31. Dezember

| GKV-SV | DKG/PatV |
|---|---|
| 2023 ist bei psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene | 2023—2024 ist bei psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene |

eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e und f möglich. Der G-BA entscheidet bis zum 30. September 2023 über eine zukünftige Ausgestaltung der Anrechnungsregelung nach Satz 4. Die Umfänge der angerechneten Fachkräfte sind im Nachweis gesondert auszuweisen und zu erläutern.

(4) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 können Fachkräfte der Berufsgruppen gemäß § 5 ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 4 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Die Umfänge der angerechneten Fachkräfte sind im Nachweis gesondert auszuweisen und zu erläutern.

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

| GKV-SV/PatV | DKG/LV/BPtK |
|--|--|
| Eine Anrechnung anderer in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1a und 2a ist ausgeschlossen. | Bei einer Eine Anrechnung anderer in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1a und 2a ist <u>zu berücksichtigen, dass bezüglich ärztlicher Vorbehaltsaufgaben keine Anrechnung erfolgen kann</u> ausgeschlossen. |

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

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

- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe b und Absatz 2 Buchstabe b: 10 % der VKS-Min
- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe c und Absatz 2 Buchstabe c: 10 % der VKS-Min
- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe d und Absatz 2 Buchstabe d: 10 % der VKS-Min
- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe e und Absatz 2 Buchstabe e: 5 % der VKS-Min
- Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe f und Absatz 2 Buchstabe f: 5 % der VKS-Min.

Diese gelten in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Der Umfang der Anrechnungsmöglichkeiten in psychosomatischen Einrichtungen gemäß diesem Absatz wird bis zum 30. September

| GKV-SV | DKG/PatV |
|--------|----------------------|
| 2022 | 2022-2023 |

festgelegt.

| GKV-SV/PatV/LV/BPtK | DKG |
|--|-------------------|
| (6) <u>Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 ist eine Anrechnung von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern nicht zulässig.</u> | [keine Übernahme] |

§ 9 Weitere Qualitätsempfehlungen

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

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

§ 10 Ausnahmetatbestände

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

1. bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 15 Prozent des vorzuhaltenden

| GKV-SV/PatV | DKG |
|-------------|--|
| Personals) | Personals <u>in der jeweiligen Berufsgruppe)</u> |

hinausgehen oder

2. bei einer kurzfristig stark erhöhten Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung im

Sinne einer regionalen Pflichtversorgung zur Aufnahme, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 110 Prozent des Umfangs des Vorjahres) hinausgehen oder

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

| GKV-SV/PatV | DKG |
|-------------------|--|
| [keine Übernahme] | 4. <u>wenn es sich um einen Standort handelt, der ausschließlich eine Tagesklinik umfasst, und die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder eingehalten werden.</u> |

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

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

§ 11 Nachweisverfahren

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

| Folgedissens zu § 2 Abs. 7 | |
|-----------------------------------|--|
| GKV-SV/PatV | DKG/LV/BÄK/BPtK |
| monatsbezogen und stationsbezogen | monatsbezogen und stationsbezogen |

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

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

| Folgedissense zu § 11 Abs. 6 (GKV-SV) bzw. § 2 Abs. 7 (DKG) | |
|---|---|
| GKV-SV | DKG |
| a) die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (Modul 2 Teil A des Nachweises in Anlage 3), | 1. die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (Teil A des Nachweises in Anlage 3), |

| | |
|---|--|
| b) das IQTIG (Modul 1 Teil A und B des Nachweises nach Anlage 3). | 2. das IQTIG (Teil A und B des Nachweises nach Anlage 3). |
|---|--|

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

| <i>Folgedissens zu § 11 Abs. 13</i> | |
|--|---|
| GKV-SV/PatV | DKG |
| unverzüglich, jedoch spätestens 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und | <u>jährlich bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres</u> unverzüglich, jedoch spätestens 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und |

der zuständigen Landesaufsichtsbehörde anzuzeigen. In der Anzeige nach Satz 1 sind die konkreten nicht erfüllten Mindestanforderungen aufzuführen und die Voraussetzungen gegebenenfalls vorliegender Ausnahmetatbestände nach § 10 nachzuweisen. Dazu ist

| <i>Folgedissens zu § 11 Abs. 6</i> | |
|------------------------------------|--------|
| GKV-SV | DKG |
| <u>Modul 2 Teil A</u> | Teil A |

des quartalsbezogenen Nachweises nach Anlage 3 zu übermitteln.

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

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

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

| GKV-SV | DKG |
|---|--------------------------|
| <u>Mit der Spezifikation werden Vorgaben zur strukturierten Datenerhebung der Nachweisdaten der Anlage 3 gemacht. Dabei differenziert die Spezifikation zwischen der erforderlichen Dokumentation durch die Krankenhäuser (Dokumentationsebene) und den zu exportierenden Daten (Exportebene). Es werden Datenfelder der Dokumentationsebene in Exportfelder umgerechnet, sodass die dokumentierten Daten auch in berechneter Form exportiert werden. Die Datenprüfung umfasst sowohl die Dokumentationsebene als auch die Exportebene.</u> | <i>[keine Übernahme]</i> |

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

(8) Das IQTIG prüft die übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert das Krankenhaus bei Korrekturbedarf. Eine Übersendung der korrigierten Daten durch das Krankenhaus an die Empfänger nach Absatz 2 ist bis zum 1. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich.

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

(10) Das IQTIG übermittelt dem G-BA die Ergebnisse jährlich bis zum 15. Mai des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres in Form eines Jahresberichts. Der Jahresbericht hat die Mindestvorgaben für die Personalausstattung und die tatsächliche Personalausstattung sowie den Umsetzungsgrad differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Berufsgruppen sowie die für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben genannten Gründe zu umfassen. Der Bericht wird vom G-BA veröffentlicht.

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

(12) Übermittelt ein Krankenhaus die Nachweisdaten nach Anlage 3 oder die Erklärung der Richtigkeit der Angaben nicht fristgerecht bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Erinnerung durch das IQTIG. Krankenhäuser, die bis zum Ende der Korrekturfrist am 1. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres die Daten der Nachweisabfrage nach Anlage 3 und die Erklärung der Richtigkeit der Angaben nicht oder nicht vollständig übermittelt haben, werden im Bericht nach Absatz 10 und im strukturierten Qualitätsbericht dargestellt und die Anforderungen der Richtlinie als „Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt“ kenntlich gemacht. Zudem erfolgt nach Ende der Korrekturfrist eine Mitteilung des IQTIG über die Nichterfüllung der Dokumentationspflichten an den G-BA, der diese unverzüglich an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weiterleitet.

| GKV-SV/PatV | DKG |
|--|---|
| <p>(13) Bis zum 1. Januar 2025 gelten für den Nachweis der Einhaltung der Mindestvorgaben im Sinne von Absatz 1 und Absatz 3 folgende abweichende Regelungen:</p> <p>1. Die Erfüllung der Mindestanforderungen im Sinne von Absatz 1 wird quartalsweise im Rahmen des Nachweisverfahrens vom G-BA abgefragt. Dazu übermitteln die Krankenhäuser nach</p> | <p>(13) Bis zum 1. Januar 2025 gelten für den Nachweis der Einhaltung der Mindestvorgaben im Sinne von Absatz 1 und Absatz 3 folgende abweichende Regelungen:</p> <p>1. Die Erfüllung der Mindestanforderungen im Sinne von Absatz 1 wird quartalsweise im Rahmen des Nachweisverfahrens vom G-BA abgefragt. Dazu übermitteln die Krankenhäuser nach Absatz 2 jeweils</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Absatz 2 jeweils standortbezogen die Daten nach Absatz 1 jeweils sechs Wochen nach Ende des zu erfassenden Quartals, spätestens aber bis zum 15. Mai für das erste Quartal, bis zum 15. August für das zweite Quartal, bis zum 15. November für das dritte Quartal, bis zum 15. Februar für das vierte Quartal in elektronischer Form an das IQTIG (Teil A und B des Nachweises nach Anlage 3) und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (Teil A des Nachweises nach Anlage 3). Eine Lieferung gemäß § 11 Absatz 3 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals ist nicht erforderlich. Bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben hat innerhalb der in Satz 2 genannten Fristen eine zusätzliche Lieferung von Teil A an die zuständige Landesaufsichtsbehörde zu erfolgen.</p> <p>2. Abweichend von Nummer 1 findet die erste elektronische Übermittlung der Einhaltung der Mindestanforderungen im Sinne von Absatz 1 bis zum 30. April 2021 für alle vier Quartale des Jahres 2020 statt. Ab dem 15. Mai 2021 bis zum 1. Januar 2025 erfolgt dann die quartalsweise Übermittlung.</p> <p>3. Eine Übersendung von korrigierten Daten nach Absatz 8 ist bis zu zwei Kalendermonate nach Ende des zu erfassenden Quartals möglich (bis zum 1. Juni für das erste Quartal, bis zum 1. September für das zweite Quartal, bis zum 1. Dezember für das dritte Quartal, bis zum 1. März für das vierte Quartal). Abweichend von Satz 1 ist für das Erfassungsjahr 2020 eine Übersendung von korrigierten Daten für alle vier Quartale bis zum 1. Juli 2021 möglich.</p> | <p>standortbezogen die Daten nach Absatz 1 jeweils sechs Wochen nach Ende des zu erfassenden Quartals, spätestens aber bis zum 15. Mai für das erste Quartal, bis zum 15. August für das zweite Quartal, bis zum 15. November für das dritte Quartal, bis zum 15. Februar für das vierte Quartal in elektronischer Form an das IQTIG (Teil A und B des Nachweises nach Anlage 3) und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (Teil A des Nachweises nach Anlage 3). Eine Lieferung gemäß § 11 Absatz 3 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals ist nicht erforderlich. Bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben hat innerhalb der in Satz 2 genannten Fristen eine zusätzliche Lieferung von Teil A an die zuständige Landesaufsichtsbehörde zu erfolgen.</p> <p>2. Abweichend von Nummer 1 findet die erste elektronische Übermittlung der Einhaltung der Mindestanforderungen im Sinne von Absatz 1 bis zum 30. April 2021 für alle vier Quartale des Jahres 2020 statt. Ab dem 15. Mai 2021 bis zum 1. Januar 2025 erfolgt dann die quartalsweise Übermittlung.</p> <p>3. Eine Übersendung von korrigierten Daten nach Absatz 8 ist bis zu zwei Kalendermonate nach Ende des zu erfassenden Quartals möglich (bis zum 1. Juni für das erste Quartal, bis zum 1. September für das zweite Quartal, bis zum 1. Dezember für das dritte Quartal, bis zum 1. März für das vierte Quartal). Abweichend von Satz 1 ist für das Erfassungsjahr 2020 eine Übersendung von korrigierten Daten für alle vier Quartale bis zum 1. Juli 2021 möglich.</p> <p>4. Das IQTIG übermittelt dem G-BA die Ergebnisse nach Absatz 10 für das Erfassungsjahr 2020 als Jahresbericht</p> |
|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>4. Das IQTIG übermittelt dem G-BA die Ergebnisse nach Absatz 10 für das Erfassungsjahr 2020 als Jahresbericht spätestens zum 31. Juli 2021, für die Erfassungsjahre 2021, 2022 und 2023 quartalsweise jeweils spätestens vier Kalendermonate nach Ende des betreffenden Quartals in Form eines Quartalsberichtes, der vom G-BA ab dem Erfassungsjahr 2023 zu veröffentlichen ist.</p> <p>5. Übermittelt ein Krankenhaus die Daten nach Absatz 12 nicht fristgerecht bis zum 15. Mai für das erste Quartal, bis zum 15. August für das zweite Quartal, bis zum 15. November für das dritte Quartal und bis zum 15. Februar für das vierte Quartal, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Erinnerung durch das IQTIG. Für Krankenhäuser, die bis zum Ende der Korrekturfrist zwei Kalendermonate nach Ende des zu erfassenden Quartals, d. h. bis zum 1. Juni für das erste Quartal, bis zum 1. September für das zweite Quartal, bis zum 1. Dezember für das dritte Quartal und bis zum 1. März für das vierte Quartal die Daten nach Absatz 12 nicht oder nicht vollständig übermittelt haben, gilt Absatz 12 Satz 2 und 3. Abweichend von Satz 1 und 2 gilt für das Erfassungsjahr 2020 gemäß Absatz 13 Nummer 2 eine Datenlieferfrist bis zum 30. April 2021. Die Korrekturfrist endet am 1. Juli 2021.</p> | <p>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, der vom G-BA ab dem Erfassungsjahr 2023 zu veröffentlichen ist.</p> <p>1. Übermittelt ein Krankenhaus die Daten nach Absatz 12 nicht fristgerecht bis zum 15. Mai für das erste Quartal, bis zum 15. August für das zweite Quartal, bis zum 15. November für das dritte Quartal und bis zum 15. Februar für das vierte Quartal, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Erinnerung durch das IQTIG. Für Krankenhäuser, die bis zum Ende der Korrekturfrist zwei Kalendermonate nach Ende des zu erfassenden Quartals, d. h. bis zum 1. Juni für das erste Quartal, bis zum 1. September für das zweite Quartal, bis zum 1. Dezember für das dritte Quartal und bis zum 1. März für das vierte Quartal die Daten nach Absatz 12 nicht oder nicht vollständig übermittelt haben, gilt Absatz 12 Satz 2 und 3. Abweichend von Satz 1 und 2 gilt für das Erfassungsjahr 2020 gemäß Absatz 13 Nummer 2 eine Datenlieferfrist bis zum 30. April 2021. Die Korrekturfrist endet am 1. Juli 2021.</p> |
|---|---|

§ 12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser

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

§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

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

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

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

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

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

(5) In der Zeit vom 1. Januar 2022 bis zum 31. Dezember

| GKV-SV/PatV | DKG |
|-------------|--------------------|
| 2023 | 202 3 5 |

wird im Falle einer Nichteinhaltung eines Fachgebiets die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkraftstunden berechnet. Dazu wird der Anteil der fehlenden Vollkraftstunden an der Gesamtzahl der Vollkraftstunden für alle Berufsgruppen ermittelt. Der Anteil der fehlenden Vollkraftstunden nach Satz 2 errechnet sich unter Berücksichtigung der Übergangsregelungen gemäß § 16 Absatz 1 aus der Summe der Differenz zwischen 90 Prozent der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind und der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist für alle Berufsgruppen mit einem Umsetzungsgrad unter 90 Prozent dividiert durch 90 Prozent der Summe der Mindestpersonalausstattungen VKS-Mind aller Berufsgruppen. In den Jahren 2021

| GKV-SV/PatV | DKG |
|-------------|----------------------------|
| und 2022 | und bis 202 2 4 |

erfolgt kein Vergütungswegfall. Im Jahr

| <i>Folgedissens zu vorheriger Dissenstabelle</i> | |
|--|--------------------|
| GKV-SV/PatV | DKG |
| 2023 | 202 3 5 |

ergibt sich der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs aus dem 1,7-fachen Wert des prozentualen Anteils der fehlenden Personalausstattung nach den Sätzen 2 und 3.

(6) Spätestens bis zum 31. Oktober

| | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| <i>Folgedissens zu § 14 Abs. 5</i> | |
| GKV-SV/PatV | DKG |
| 2023 | 202 3 ⁵ |

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

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

(8) Erfüllt ein Krankenhaus seine Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 2 und 3 in Verbindung mit § 11 Absatz 13 nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Erinnerung durch den vorgesehenen Empfänger des Nachweises an das Krankenhaus sowie eine Information der beteiligten Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2. Wird von einem Krankenhaus in einem Kalenderjahr die Frist in mindestens einer Mitwirkungspflicht nach Satz 1 um mehr als 90 Tage überschritten, wird quartalsbezogen ein gestaffelter Abschlag je vereinbartem Berechnungstag festgelegt. Hierzu sind die für das Kalenderjahr gemäß Anlage 1 Abschnitt L1 der AEB-Psych-Vereinbarung 2020 vereinbarten Berechnungstage durch vier zu dividieren. Die beteiligten Stellen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 sind für die Umsetzung zuständig und legen die konkrete rechnerische Höhe des Abschlags für das jeweilige Kalenderjahr in der auf die Nichterfüllung der Mitwirkungspflicht folgenden Budgetvereinbarung nach § 11 BPfIV nach Maßgabe der Vorgaben in den Sätzen 5 und 6 fest. Werden die Mitwirkungspflichten in einem Quartal verletzt, so beträgt der quartalsbezogene Abschlag nach den Sätzen 2 und 3 zwei Euro je vereinbartem Berechnungstag, für das zweite Quartal beträgt der Abschlag fünf Euro, für das dritte Quartal zehn Euro und für das vierte Quartal 20 Euro. Die Staffelungsregelung gilt auch, wenn die Nichterfüllung von Mitwirkungspflichten nicht in aufeinanderfolgenden Quartalen erfolgt.

§ 14 Anpassung der Richtlinie

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

(2) Eine entsprechende Überprüfung hat zum ersten Mal auf Grundlage der Erfassungsjahre 2020 und 2021 zu erfolgen und eine entsprechende Anpassung der Richtlinie ist mit Wirkung zum 1. Januar 2023 (Beschluss bis zum 30. September 2022) vorzunehmen. Dabei sind insbesondere folgende Bereiche zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen oder neu zu definieren:

- die Mindestvorgaben für die Psychosomatik,
- die Minutenwerte in den Behandlungsbereichen,

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

| <i>Folgedissens zu § 2 Abs. 7</i> | |
|--|---|
| GKV-SV/PatV | DKG |
| Zudem soll auch geprüft werden, ob die in § 2 vorgesehene monatliche Dokumentation durch eine andere Systematik ersetzt werden kann, die den mit der Richtlinie verfolgten Qualitätssicherungszwecken in angemessener Form Rechnung trägt und ob in der Praxis alternative, stationsersetzende Modelle etabliert sind, deren Berücksichtigung beim Nachweisverfahren zur Verringerung des Dokumentationsaufwands führen. | Zudem soll auch geprüft werden, ob die in § 2 vorgesehene monatliche Dokumentation durch eine andere Systematik ersetzt werden kann, die den mit der Richtlinie verfolgten Qualitätssicherungszwecken in angemessener Form Rechnung trägt und ob in der Praxis alternative, stationsersetzende Modelle etabliert sind, deren Berücksichtigung beim Nachweisverfahren zur Verringerung des Dokumentationsaufwands führen. |

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

(4) Der G-BA wird das IQTIG oder sonst geeignete Dritte mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren beauftragen, die für die Beurteilung einer leitliniengerechten Behandlung der Patientinnen und Patienten in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung geeignet sind. Sobald diese Qualitätsindikatoren zur Verfügung stehen, erfolgt die normative Implementierung und falls notwendig eine Anpassung des Nachweisverfahrens. Auch die im Wege der Implementierung und Auswertung dieser Qualitätsindikatoren gewonnenen Erkenntnisse sollen die schrittweise Weiterentwicklung der Richtlinie ermöglichen.

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

§ 15 Evaluation der Richtlinie

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

(2) Der G-BA wird die Evaluation so beauftragen, dass der schriftliche Evaluationsbericht bis zum 31. Dezember

| GKV-SV | DKG/PatV/LV/BPtK | DPR |
|----------------------|------------------|----------------------|
| 2024 2027 | 2024 | 2024 2025 |

vorliegt.

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

§ 16 Übergangsregelungen

(1) Die Mindestvorgaben nach § 6 müssen ab dem 1. Januar

| GKV-SV | DKG/PatV/DPR |
|----------------------|--------------|
| 2024 2026 | 2024 |

erfüllt werden. Für die Übergangszeit gilt folgendes gestuftes Verfahren:

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

| Folgedissens zu Anlage 1 | |
|--------------------------|--|
| GKV-SV/DKG | PatV/BÄK/BPtK |
| [keine Übernahme] | 3. <u>Abweichend von § 6 Absatz 1 Satz 1 werden die Mindestvorgaben für die Berufsgruppen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß § 5 für eine Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2028 anhand der Minutenwerte gemäß Anlage 1 Tabelle 1b ermittelt.</u> |

(2) Die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absätze 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten finden erst ab dem 1. Januar 2023 Anwendung. Davon unberührt bleibt der Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten.

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

(4) Für Einrichtungen der Psychosomatik werden bis zum 31. Dezember

| GKV-SV | DKG/PatV |
|--------|----------------------|
| 2022 | 2022 2023 |

die Ermittlung der Mindestvorgaben nach § 6

| GKV-SV | DKG |
|-------------------|------------------------|
| [keine Übernahme] | <u>Absatz 1 bis 6,</u> |

die Ermittlung des Umsetzungsgrades nach § 7 sowie die Meldung bei Nichteinhaltung gemäß § 11 Absatz 3 Satz 1 ausgesetzt. Davon unbenommen haben die Einrichtungen eine Einstufung

der Patientinnen und Patienten nach § 6 Absatz 3 vorzunehmen und die tatsächliche Personalausstattung nach § 7 nachzuweisen. Für Einrichtungen der Psychosomatik finden die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absätze 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten erst ab dem 1. Januar 2024 Anwendung. Davon unberührt bleibt der Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten.

| GKV-SV/PatV | DKG |
|-------------------|---|
| [keine Übernahme] | <u>Einrichtungen der Psychosomatik sind von § 6 Absatz 7 nicht umfasst. Der G-BA legt Mindestvorgaben für den pflegerischen Nachtdienst mit Wirkung ab dem 1. Januar 2025 fest.</u> |

(5) Abweichend von § 11 Absatz 2 sind die Nachweise für die Jahre 2020 ~~bis 2023, 2021 und 2022~~ 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

| Folgedissens zu § 2 Abs. 7 | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| GKV-SV/PatV | DKG |
| (Teil A und B) und Teil A | (Teil A und B) und Teil A |

der Nachweise an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie bei Übermittlung des Teils A der Nachweise gemäß § 11 Absatz 3 bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben zusätzlich an die Landesaufsichtsbehörde zu übermitteln.

| GKV-SV/PatV/BPtk | DKG |
|--|--|
| (6) Die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweis gemäß Anlage 3 Teil B3 wird für die Jahre 2020, 2021 und 2022 ausgesetzt. Das Servicedokument nach Absatz 5 enthält dementsprechend für die Jahre 2020, 2021 und 2022 keine Abfrage zur Anlage 3 Teil B3. <u>Ab dem Jahr 2023 erfolgt die Erfassung der Regelaufgaben durch die Übermittlung der OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98.</u> | (6) Die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweis gemäß Anlage 3 Teil B3 wird für die Jahre 2020, 2021 und 2022 ausgesetzt. Das Servicedokument nach Absatz 5 enthält dementsprechend für die Jahre 2020, 2021 und 2022 keine Abfrage zur Anlage 3 Teil B3. |

| GKV-SV/PatV | DKG |
|---|--|
| (7) Die Höchstgrenzen für die Anrechnungen nach § 8 Absatz 5 finden erst ab dem 1. Januar 2023 Anwendung. | (6) Die Höchstgrenzen für die Anrechnungen nach § 8 Absatz 5 finden erst ab dem 1. Januar 2023–2024 Anwendung. <u>Eine Überschreitung der ab 2024 geltenden Höchstgrenzen ist ab dem ersten Quartal 2023 und bis zum vierten Quartal 2023 im Nachweis zu erläutern.</u> |

| GKV-SV/DKG/PatV | DPR |
|-------------------|--|
| [keine Übernahme] | <u>(8) Die Mindestvorgaben nach § 6a müssen ab dem 1. Januar 2027 erfüllt werden. Für die Übergangszeit gilt folgendes gestuftes</u> |

| | |
|--|---|
| | <u>Verfahren: Die Vorgaben zur Mindestpersonalausstattung müssen ab dem 1. Januar 2023 zu 80 Prozent erfüllt sein. Die Vorgaben zur Mindestpersonalausstattung müssen ab dem 1. Januar 2025 zu 90 Prozent erfüllt sein.</u> |
|--|---|

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

[PatV/BÄK/BPtK: a] Zeitwerte in Minuten pro Patientin und Patient je Woche im jeweiligen Behandlungsbereich

| Behandlungsbereiche | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | | | Pflegefachpersonen | | | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | | | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|--------------------------------|---|-----|--------------------|--------------------|------|----------------------|--|-----|--------------------|--|--|--|
| | GKV-SV | DKG | PatV/BÄK/BPtK | GKV-SV | DKG | PatV | GKV-SV | DKG | PatV/BÄK/BPtK | | | |
| A1 | 207 | 207 | 250 207 | 856 | 856 | 856 1128 | 49 | 49 | 92 49 | 122 | 28 | 76 |
| A2 | 257 | 257 | 290 257 | 1536 | 1536 | 1536 2023 | 35 | 35 | 68 35 | 117 | 29 | 74 |
| [GKV-SV: A3] | 207 | - | - | 476 | - | 748 | 107 | - | - | 122 | 28 | 76 |
| A4 [GKV-SV: für Streichung] | 132 | 132 | 132 | 1012 | 1012 | 1012 | 75 | 75 | 75 | 113 | 27 | 59 |
| A5 [GKV-SV: für Streichung] | 154 | 154 | 194 154 | 476 | 476 | 476 | 107 | 107 | 147 107 | 103 | 31 | 14 |
| A6 | 114 | 114 | 156 114 | 329 | 329 | 329 | 107 | 107 | 149 107 | 176 | 17 | 67 |
| A7 | 265 | 265 | 265 | 509 | 509 | 509 781 | 132 | 132 | 132 | 102 | 50 | 49 |
| A8 | 265 | 265 | 265 | 201 | 201 | 201 | 132 | 132 | 132 | 102 | 50 | 49 |
| A9 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| S1 | 226 | 226 | 257 226 | 835 | 835 | 835 1107 | 61 | 61 | 92 61 | 72 | 35 | 109 |
| S2 | 256 | 256 | 274 256 | 1562 | 1562 | 1562 2058 | 68 | 68 | 86 68 | 51 | 34 | 153 |
| S4 [GKV-SV: für Streichung] | 106 | 106 | 106 | 961 | 961 | 961 | 102 | 102 | 102 | 112 | 38 | 77 |
| S5 [GKV-SV: für Streichung] | 131 | 131 | 171 131 | 477 | 477 | 477 | 106 | 106 | 146 106 | 101 | 31 | 48 |
| S6 | 115 | 115 | 160 115 | 318 | 318 | 318 | 105 | 105 | 150 105 | 154 | 16 | 101 |
| S9 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------|-----|-------------------|-----------------|------|---------------------|---------------|-----|-------------------|-----|----|----|
| G1 | 183 | 183 | 213183 | 1270 | 1270 | 12701673 | 56 | 56 | 8656 | 102 | 35 | 75 |
| G2 | 211 | 211 | 204211 | 1645 | 1645 | 16452168 | 37 | 37 | 3037 | 78 | 40 | 51 |
| G4 [GKV-SV: für Streichung] | 100 | 100 | 100 | 1187 | 1187 | 1187 | 63 | 63 | 63 | 72 | 44 | 42 |
| G5 [GKV-SV: für Streichung] | 119 | 119 | 161119 | 519 | 519 | 519 | 98 | 98 | 14098 | 76 | 31 | 13 |
| G6 | 115 | 115 | 157115 | 372 | 372 | 372 | 107 | 107 | 149107 | 167 | 26 | 68 |
| G9 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| P1 | 154 | 154 | 154 | 476 | 476 | 476 | 107 | 107 | 107 | 103 | 31 | 14 |
| P2 | 265 | 265 | 265 | 509 | 509 | 509 | 132 | 132 | 132 | 102 | 50 | 49 |
| P3 | 114 | 114 | 114 | 329 | 329 | 329 | 107 | 107 | 107 | 176 | 17 | 67 |
| P4 | 265 | 265 | 265 | 201 | 201 | 201 | 132 | 132 | 132 | 102 | 50 | 49 |

[PatV/BÄK/BPtK: b) Zeitwerte in Minuten pro Patientin und Patient für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bis zum 31. Dezember 2028 in den Behandlungsbereichen der Erwachsenenpsychiatrie

| Behandlungsbereiche | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | | | | | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | | | | |
|----------------------|---|------|------|------|------|--|------|------|------|------|
| | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 |
| bis zum 31. Dezember | | | | | | | | | | |
| A1 | 207 | 216 | 224 | 233 | 241 | 49 | 58 | 66 | 75 | 83 |
| A2 | 257 | 264 | 270 | 277 | 283 | 35 | 42 | 48 | 55 | 61 |
| A4 | 132 | 132 | 132 | 132 | 132 | 75 | 75 | 75 | 75 | 75 |
| A5 | 154 | 162 | 170 | 178 | 186 | 107 | 115 | 123 | 131 | 139 |
| A6 | 114 | 122 | 131 | 139 | 148 | 107 | 115 | 124 | 132 | 141 |
| A7 | 265 | 265 | 265 | 265 | 265 | 132 | 132 | 132 | 132 | 132 |
| A8 | 265 | 265 | 265 | 265 | 265 | 132 | 132 | 132 | 132 | 132 |
| A9 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| S1 | 226 | 232 | 238 | 245 | 251 | 61 | 67 | 73 | 80 | 86 |

| | | | | | | | | | | |
|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <u>S2</u> | <u>256</u> | <u>260</u> | <u>263</u> | <u>267</u> | <u>270</u> | <u>68</u> | <u>72</u> | <u>75</u> | <u>79</u> | <u>82</u> |
| <u>S4</u> | <u>106</u> | <u>106</u> | <u>106</u> | <u>106</u> | <u>106</u> | <u>102</u> | <u>102</u> | <u>102</u> | <u>102</u> | <u>102</u> |
| <u>S5</u> | <u>131</u> | <u>139</u> | <u>147</u> | <u>155</u> | <u>163</u> | <u>106</u> | <u>114</u> | <u>122</u> | <u>130</u> | <u>138</u> |
| <u>S6</u> | <u>115</u> | <u>124</u> | <u>133</u> | <u>142</u> | <u>151</u> | <u>105</u> | <u>114</u> | <u>123</u> | <u>132</u> | <u>141</u> |
| <u>S9</u> | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = |
| <u>G1</u> | <u>183</u> | <u>189</u> | <u>195</u> | <u>201</u> | <u>207</u> | <u>56</u> | <u>62</u> | <u>68</u> | <u>74</u> | <u>80</u> |
| <u>G2</u> | <u>211</u> | <u>210</u> | <u>208</u> | <u>207</u> | <u>205</u> | <u>37</u> | <u>36</u> | <u>34</u> | <u>33</u> | <u>31</u> |
| <u>G4</u> | <u>100</u> | <u>100</u> | <u>100</u> | <u>100</u> | <u>100</u> | <u>63</u> | <u>63</u> | <u>63</u> | <u>63</u> | <u>63</u> |
| <u>G5</u> | <u>119</u> | <u>127</u> | <u>136</u> | <u>144</u> | <u>153</u> | <u>98</u> | <u>106</u> | <u>115</u> | <u>123</u> | <u>132</u> |
| <u>G6</u> | <u>115</u> | <u>123</u> | <u>132</u> | <u>140</u> | <u>149</u> | <u>107</u> | <u>115</u> | <u>124</u> | <u>132</u> | <u>141</u> |
| <u>G9</u> | = | = | = | = | = | = | = | = | = | = |

]

2. Psychiatrische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

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

| Behandlungsbereiche | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|-----------------------------|---|---|--|--|--|--|
| | | GKV-SV/DKG | PatV | | | |
| KJ1 | 270 | 2015 | 2015 2457 | 193 | 179 | 165 |
| KJ2 | 264 | 1874 | 1874 2283 | 190 | 182 | 128 |
| KJ3 | 337 | 2495 | 2495 3039 | 173 | 62 | 77 |
| KJ5 [GKV-SV: Streichung] | 151 | 2143 | 2143 | 134 | 244 | 97 |
| KJ6 | 277 | 845 | 845 1254 | 209 | 142 | 155 |
| KJ7 | 259 | 799 | 799 | 196 | 161 | 140 |
| KJ9 | - | - | - | - | - | - |

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

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

Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

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

Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte (inklusive Erläuterungen)

A. Allgemeine Psychiatrie

| 1. Behandlungsbereiche | 2. Kranke | 3. Behandlungsziele | 4. Behandlungsmittel | 5. Erläuterungen | 6. Beispiele |
|--|---|--|---|---|---|
| <p><i>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3]</i></p> <p>A1 Regelbehandlung</p> | <p>GKV-SV Akut psychisch Kranke, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene <u>vollstationär behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllen.</u></p> | <p>Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung</p> | <p>Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, psychosoziale Therapie⁴, Ergotherapie und Künstlerische Therapie</p> | <p>In den Behandlungsbereich A1 sind stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Teilgebiet Allgemeine Psychiatrie einzugruppieren, sofern keine Intensivbehandlung (A2), rehabilitative Behandlungsziele und mittel (A3), eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (A4) oder psychotherapeutische Behandlungsmittel (A5) dominieren.</p> | <p>Patient, Alter 50 Jahre, mit mittelschwerer Depression verbunden mit Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug und gelegentlichen Lebensüberdrussgedanken ist nicht dazu in der Lage, seine Medikamente selbständig einzunehmen. Eine ausreichende Selbstversorgung und Tagestrukturierung sind im Alltag nicht mehr gewährleistet.</p> |
| | <p>DKG Akut psychisch Kranke in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene</p> | <p>Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung</p> | <p>Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, psychosoziale Therapie², Ergotherapie und Künstlerische Therapie</p> | <p>In den Behandlungsbereich A1 sind stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem Teilgebiet Allgemeine Psychiatrie einzugruppieren, sofern keine Intensivbehandlung (A2), rehabilitative Behandlungsziele</p> | <p>Patient, Alter 50 Jahre, mit mittelschwerer Depression verbunden mit Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug und gelegentlichen Lebensüberdrussgedanken ist nicht dazu in der Lage, seine Medikamente selbständig</p> |

⁴ Als psychosoziale Therapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussmaßnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung der Patientin oder des Patienten und ihrem oder seinem sozialen Umfeld verstanden.

² Als psychosoziale Therapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussmaßnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung der Patientin oder des Patienten und ihrem oder seinem sozialen Umfeld verstanden.

| | | | | | | |
|---|---------------|--|--|--|---|--|
| | | | | | und -mittel (A3), eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (A4) oder psychotherapeutische Behandlungsmittel (A5) dominieren. | einzunehmen. Eine ausreichende Selbstversorgung und Tagesstrukturierung sind im Alltag nicht mehr gewährleistet. |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3]</p> <p>A2 Intensivbehandlung</p> | GKV-SV | <p>Psychisch Kranke, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet, <u>die</u> in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene <u>vollstationär behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllen.</u></p> | <p><u>Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen</u></p> | <p><u>Diagnostik, Erst- und Notfallbehandlung, einzelbezogene Intensivbehandlung einschließlich Psychopharmakotherapie</u></p> | <p>Beim Behandlungsbereich A2 (ebenso S2 und G2) ist in der Spalte „Kranke“ das Wort „manifest“ zu beachten. Z. B. ist bei Suizidgefahr gemeint, dass die Patientin oder der Patient krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, auch nur über kurze Zeit für sich die Verantwortung zu übernehmen, also eine sehr dichte Betreuung benötigt. Manifeste Selbst- oder Fremdgefährdung ist zu bejahen, wenn die Patientin oder der Patient nicht absprachefähig oder ihr oder sein Verhalten nicht vorhersehbar ist. Die unter psychisch Kranken weit verbreitete latente Suizidgefahr ist für den Behandlungsbereich A2 nicht ausreichend. Die Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich A2 sind so schwer krank, dass sie zumeist einzelfallbezogen behandelt werden müssen. Für den „Intensiv“ Charakter von Behandlungsbereich A2 ist der quantitative pflegerische Betreuungsaufwand für sich kein ausreichendes Kriterium, entscheidend ist wegen der unmittelbaren Gefährdung der hohe und häufige ärztliche Abstimmungsaufwand in Bezug auf Behandlungsziele und-</p> | <p>Patient, Alter 22 Jahre, mit akutem Schub einer schizophrenen Psychose ist affektiv gespannt, kann die Nähe anderer nicht ertragen, wird aggressiv/tätlich gegenüber anderen. Täglich sind, auch unvorhersehbar, mehrfach ärztliche Behandlungsmaßnahmen (Einschätzung des Gefährdungspotentials, Kriseninterventionsgespräche, Adaption der Bedarfsmedikation, Festlegung der Beaufsichtigungsintensität) erforderlich. Der pflegerische Beobachtungs-, Überwachungs- und Interventionsbedarf ist hoch, der Patient wird engmaschig beaufsichtigt.</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | <p>mittel. Der diagnostische und therapeutische Aufwand muss dann auch aus der Dokumentation erkennbar sein, z. B. bei somatischer Vitalgefährdung: Vitalzeichenkontrolle. Ein Hinweis für Behandlungsbereich A2 ist die unfreiwillige Behandlung bzw. die Patientin oder der Patient müsste untergebracht werden, wenn sie oder er nicht in die Behandlung einwilligen würde (weil eine Entlassung gegen ärztlichen Rat nicht zu verantworten wäre). Die Intensivbehandlung ist in der Regel eine relativ kurze Durchgangsphase, meist in Richtung Behandlungsbereich A1. Sie kann aber auch als Kriseninterventionsphase von jeder anderen Ebene aus notwendig werden. Die Einstufung in die Intensivbehandlung ist nicht mit Beurlaubung oder unbegleitetem Ausgang von der Station vereinbar. Zur Entaktualisierung können kurze begleitete Ausgänge durchgeführt werden. Der Behandlungsbereich A2 kann auch noch für wenige Tage vorliegen, wenn sich die Patientin oder der Patient nach einer hochakuten Symptomatik bessert, die Gefährdungsaspekte aber noch nicht sicher abgeklungen sind (z. B. bei abklingender manifester Suizidalität).</p> | |
|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|-----|---|--|--|---|---|
| | DKG | Psychisch Kranke, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene | Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung. Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen | Diagnostik, Erst- und Notfallbehandlung, einzelbezogene Intensivbehandlung einschließlich Psychopharmakotherapie | Beim Behandlungsbereich A2 (ebenso S2 und G2) ist in der Spalte „Kranke“ das Wort „manifest“ zu beachten. Z. B. ist bei Suizidgefahr gemeint, dass die Patientin oder der Patient krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, auch nur über kurze Zeit für sich die Verantwortung zu übernehmen, also eine sehr dichte Betreuung benötigt. Manifeste Selbst- oder Fremdgefährdung ist zu bejahen, wenn die Patientin oder der Patient nicht absprachefähig oder ihr oder sein Verhalten nicht vorhersehbar ist. Die unter psychisch Kranken weit verbreitete latente Suizidgefahr ist für den Behandlungsbereich A2 nicht ausreichend. Die Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich A2 sind so schwer krank, dass sie zumeist einzelfallbezogen behandelt werden müssen. Für den „Intensiv“-Charakter von Behandlungsbereich A2 ist der quantitative pflegerische Betreuungsaufwand für sich kein ausreichendes Kriterium, entscheidend ist - wegen der unmittelbaren Gefährdung - der hohe und häufige ärztliche Abstimmungsaufwand in Bezug auf Behandlungsziele und -mittel. Der diagnostische und therapeutische Aufwand muss dann auch aus der Dokumentation erkennbar sein, z. B. bei somatischer Vitalgefährdung: | Patient, Alter 22 Jahre, mit akutem Schub einer schizophrenen Psychose ist affektiv gespannt, kann die Nähe anderer nicht ertragen, wird aggressiv/tätlich gegenüber anderen. Täglich sind, auch unvorhersehbar, mehrfach ärztliche Behandlungsmaßnahmen (Einschätzung des Gefährdungspotentials, Kriseninterventionsgespräche, Adaption der Bedarfsmedikation, Festlegung der Beaufsichtigungsintensität) erforderlich. Der pflegerische Beobachtungs-, Überwachungs- und Interventionsbedarf ist hoch, der Patient wird engmaschig beaufsichtigt. |
|--|-----|---|--|--|---|---|

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|
| | | | | | <p>Vitalzeichenkontrolle. Ein Hinweis für Behandlungsbereich A2 ist die unfreiwillige Behandlung bzw. die Patientin oder der Patient müsste untergebracht werden, wenn sie oder er nicht in die Behandlung einwilligen würde (weil eine Entlassung gegen ärztlichen Rat nicht zu verantworten wäre). Die Intensivbehandlung ist in der Regel eine relativ kurze Durchgangsphase, meist in Richtung Behandlungsbereich A1. Sie kann aber auch als Kriseninterventionsphase von jeder anderen Ebene aus notwendig werden. Die Einstufung in die Intensivbehandlung ist nicht mit Beurlaubung oder unbegleitetem Ausgang von der Station vereinbar. Zur Entaktualisierung können kurze begleitete Ausgänge durchgeführt werden. Der Behandlungsbereich A2 kann auch noch für wenige Tage vorliegen, wenn sich die Patientin oder der Patient nach einer hochakuten Symptomatik bessert, die Gefährdungsaspekte aber noch nicht sicher abgeklungen sind (z. B. bei abklingender manifester Suizidalität).</p> | |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3]</p> <p>GKV-SV: A3 Regelbehandlung mit erhöhter Psychotherapie</p> | <p><u>Akut psychisch Kranke, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und die Voraussetzungen des</u></p> | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| | <p><u>OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllen und einen erhöhten psychotherapeutischen Behandlungsbedarf haben. Dazu zählen auch psychisch Kranke im Alter von ≥ 65 Jahren oder/und Kranke mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19.</u></p> | | | | |
| <p>DKG: [keine Übernahme]</p> | <p>[keine Übernahme]</p> | | | | |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3]</p> <p>GKV-SV: A4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</p> | <p>Psychisch Kranke mit anhaltend akuten Symptomen und/oder erheblichen psychischen und sozialen Krankheitsfolgen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär behandelt werden</p> | <p>Bessern, Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen</p> | <p>Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, mehrdimensionale Einzelbehandlung, Gestaltung des therapeutischen Milieus in Kleingruppen</p> | <p>Diese Kranken haben einen anhaltend akuten Krankheitsverlauf, so ähnlich wie bei Behandlungsbereich A1, jedoch länger andauernd. Der hohe ärztliche und pflegerische Aufwand kann z. B. erforderlich werden, wenn neben der Psychose eine hirnorganische Schädigung verschlimmernd hinzukommt oder wenn neben der psychischen Erkrankung erhebliche körperliche Erkrankungen (Diabetes mellitus, häufige Asthmaanfälle etc.) vorliegen. Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich A4 können in der Regel nicht selbständig zu ihren therapeutischen Aktivitäten oder zu ihren diagnostischen Maßnahmen</p> | <p>Patientin, Alter 47 Jahre, mit chronisch rezidivierender Schizophrenie mit akuter paranoid-halluzinatorischer Symptomatik, ist übergewichtig, hat einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus mit diabetischen Folgeschädigungen und unzureichender Stoffwechsellage. Insbesondere die medikamentöse Behandlung kann wegen der Multimorbidität nur langsam einschleichend und unter ständiger ärztlicher Kontrolle unter Bezug auf die Komorbidität vorgenommen werden.</p> |

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| <p>DKG: A4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</p> | <p>Psychisch Kranke mit anhaltend akuten Symptomen und/oder erheblichen psychischen und sozialen Krankheitsfolgen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär behandelt werden</p> | <p>Bessern, Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen</p> | <p>Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, mehrdimensionale Einzelbehandlung, Gestaltung des therapeutischen Milieus in Kleingruppen</p> | <p>außerhalb der Station gehen und bedürfen daher pflegerischer Begleitung. Der hohe therapeutische Aufwand muss aus der Dokumentation erkennbar sein.</p> <p>Diese Kranken haben einen anhaltend akuten Krankheitsverlauf, so ähnlich wie bei Behandlungsbereich A1, jedoch länger andauernd. Der hohe ärztliche und pflegerische Aufwand kann z. B. erforderlich werden, wenn neben der Psychose eine hirnorganische Schädigung verschlimmernd hinzukommt oder wenn neben der psychischen Erkrankung erhebliche körperliche Erkrankungen (Diabetes mellitus, häufige Asthmaanfälle etc.) vorliegen. Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich A4 können in der Regel nicht selbständig zu ihren therapeutischen Aktivitäten oder zu ihren diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen und bedürfen daher pflegerischer Begleitung. Der hohe therapeutische Aufwand muss aus der Dokumentation erkennbar sein.</p> | <p>Patientin, Alter 47 Jahre, mit chronisch-rezidivierender Schizophrenie mit akuter paranoid-halluzinatorischer Symptomatik, ist übergewichtig, hat einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus mit diabetischen Folgeschädigungen und unzureichender Stoffwechsellage. Insbesondere die medikamentöse Behandlung kann wegen der Multimorbidität nur langsam einschleichend und unter ständiger ärztlicher Kontrolle unter Bezug auf die Komorbidität vorgenommen werden.</p> |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3] GKV-SV: A5 Psychotherapie</p> | <p>Kranke mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär psychotherapeutisch</p> | <p>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p> | <p>Psychotherapeutische Behandlung</p> | <p>Dies ist eine spezielle Phase psychiatrischer Behandlung, bei der Psychotherapie im Vordergrund steht. Die Patientinnen und Patienten sind schon soweit stabilisiert, dass sie weniger therapeutische</p> | <p>Beispiel 1 Patientin, Alter 20 Jahre, alleinlebend, ist erstmalig mit einer Anorexia nervosa (bulimischer Typ) in stationärer Behandlung wegen zunehmender Ess-/Brechanfälle,</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| <p>DKG: A5 Psychotherapie</p> | <p>behandelt werden müssen</p> | | | <p>Unterstützung in der Bewältigung des Alltags benötigen als in Behandlungsbereich A1. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen. Psychotherapie kann nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft nicht nur bei „schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen“, sondern bei allen psychischen Erkrankungen wirksam angewendet werden.</p> | <p>die sich im Rahmen der ambulanten Psychotherapie nicht stabilisieren ließ; BMI 16 kg/m², Elektrolyte im unteren Grenzbereich. Beispiel 2 Patient, Alter 45 Jahre, beruflich erfolgreich, ist nach einem Autounfall ohne somatische Folgeerkrankungen aufgrund einer ausgeprägten Symptomatik in Form von Herzrasen und Schwindelattacken nicht mehr in der Lage, das Haus ohne Begleitperson zu verlassen. Aktuell ist die Ausübung seines Berufes nicht möglich. Jegliche sozialen Kontakte sind auf die häusliche Umgebung eingeschränkt.</p> |
| | <p>Kranke mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär psychotherapeutisch behandelt werden müssen</p> | <p>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p> | <p>Psychotherapeutische Behandlung</p> | <p>Dies ist eine spezielle Phase psychiatrischer Behandlung, bei der Psychotherapie im Vordergrund steht. Die Patientinnen und Patienten sind schon soweit stabilisiert, dass sie weniger therapeutische Unterstützung in der Bewältigung des Alltags benötigen als in Behandlungsbereich A1. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen. Psychotherapie kann nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft nicht nur bei „schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen“, sondern bei allen psychischen Erkrankungen wirksam angewendet werden.</p> | <p>Beispiel 1 Patientin, Alter 20 Jahre, alleinlebend, ist erstmalig mit einer Anorexia nervosa (bulimischer Typ) in stationärer Behandlung wegen zunehmender Ess-/Brechanfälle, die sich im Rahmen der ambulanten Psychotherapie nicht stabilisieren ließ; BMI 16 kg/m², Elektrolyte im unteren Grenzbereich. Beispiel 2 Patient, Alter 45 Jahre, beruflich erfolgreich, ist nach einem Autounfall ohne somatische Folgeerkrankungen aufgrund einer ausgeprägten Symptomatik in Form von Herzrasen und Schwindelattacken nicht mehr in der Lage, das Haus ohne Begleitperson zu verlassen.</p> |

| | | | | | | |
|--|----------------------|---|---|--|--|--|
| | | | | | | Aktuell ist die Ausübung seines Berufes nicht möglich. Jegliche sozialen Kontakte sind auf die häusliche Umgebung eingeschränkt. |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3]</p> <p>A6 Tagesklinische Behandlung³</p> | <p>GKV-SV</p> | <p>Psychisch Kranke, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden</p> | <p>Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung, Wiedereingliederung, Krisenbewältigung</p> | <p>Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, psychosoziale Therapie, Ergotherapie und Künstlerische Therapie</p> | <p>Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung - entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung - sind eine ausreichende Absprachefähigkeit der Patientin oder des Patienten, ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit, ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit, den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand.</p> | <p>Patient, Alter 35 Jahre, mit einer initial schweren depressiven Episode mit Herabgestimmtheit und erheblicher Antriebsminderung, wird nach einer vollstationären Behandlung tagesklinisch weiterbehandelt, nachdem sich die Depression etwas aufgehellt hat und der Patient den Weg zu und von der Tagesklinik gut bewältigen kann.</p> |
| | <p>DKG</p> | <p>Psychisch Kranke, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig, die in psychiatrischen Einrichtungen für</p> | <p>Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung, Wiedereingliederung, Krisenbewältigung</p> | <p>Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, psychosoziale Therapie, Ergotherapie und Künstlerische Therapie</p> | <p>Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung - entweder bei Direktaufnahme</p> | <p>Patient, Alter 35 Jahre, mit einer initial schweren depressiven Episode mit Herabgestimmtheit und erheblicher Antriebsminderung, wird nach einer vollstationären Behandlung</p> |

³ Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Die Patientin oder der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die sie oder ihn auch vollstationär behandeln würde.

| | | | | | | |
|--|---------------|---|---|--|--|---|
| | | Erwachsene teilstationär behandelt werden | | | aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung - sind eine ausreichende Absprachefähigkeit der Patientin oder des Patienten, ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit, ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit, den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand. | tagesklinisch weiterbehandelt, nachdem sich die Depression etwas aufgehellt hat und der Patient den Weg zu und von der Tagesklinik gut bewältigen kann. |
| [Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3] A7 Psychosomatische psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung | GKV-SV | Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär entweder komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch oder komplex psychotherapeutisch behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-CKodes 9-62 (<u>Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen</u>) oder des OPS-CKodes 9-63 | Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung | Komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Die Struktur- und Mindestmerkmale des OPS-CKodes 9-62 oder des OPS-CKodes 9-63 müssen erfüllt sein. Damit müssen insbesondere die durchgeführten | Dies ist eine komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Die Patientinnen und Patienten sind soweit stabil, dass sie weniger therapeutische Unterstützung in der Bewältigung des Alltags benötigen, als beispielweise im Behandlungsbereich A1. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen. | |

| | | | | | | |
|--|-------------------|---|---|--|--|--|
| | | <p><u>(Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllen. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.</u></p> | | <p><u>ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.</u></p> | | |
| | <p>DKG</p> | <p>Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär entweder komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch oder komplex psychotherapeutisch behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-CKodes 9-62 oder des OPS-CKodes 9-63 erfüllen.</p> | <p>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p> | <p>Komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Die Struktur- und Mindestmerkmale des OPS-CKodes 9-62 oder des OPS-CKodes 9-63 müssen erfüllt sein. Damit müssen insbesondere die durchgeführten</p> | <p>Dies ist eine komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Die Patientinnen und Patienten sind soweit stabil, dass sie weniger therapeutische Unterstützung in der Bewältigung des Alltags benötigen, als beispielweise im Behandlungsbereich A1. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.</p> | |

| | | | | | | |
|---|---------------|--|--|---|--|--|
| | | | | ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen. | | |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3]</p> <p>A8 Psychosomatische psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär</p> | GKV-SV | <p>Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär entweder komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch oder komplex psychotherapeutisch behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-CKodes 9-62 (<u>Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen</u>) oder des OPS-CKodes 9-63 (<u>Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen</u>) erfüllen. <u>Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder</u></p> | <p><u>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</u></p> | <p><u>Komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Die Struktur- und Mindestmerkmale des OPS-CKodes 9-62 oder des OPS-CKodes 9-63 müssen erfüllt sein. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.</u></p> | <p><u>Dies ist eine komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Die Patientinnen und Patienten sind soweit stabil, dass sie weniger therapeutische Unterstützung in der Bewältigung des Alltags benötigen als beispielweise im Behandlungsbereich A1. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.</u></p> | |

| | | | | | | |
|--|---------------|---|--|--|--|--|
| | | <u>psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.</u> | | | | |
| | DKG | Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär entweder komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch oder komplex psychotherapeutisch behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS- CK odes 9-62 oder des OPS- CK odes 9-63 erfüllen. | Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung | Komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv- behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Die Struktur- und Mindestmerkmale des OPS- CK odes 9-62 oder des OPS- CK odes 9-63 müssen erfüllt sein. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen. | Dies ist eine komplexe psychosomatische-psychotherapeutische oder komplexe psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Die Patientinnen und Patienten sind soweit stabil, dass sie weniger therapeutische Unterstützung in der Bewältigung des Alltags benötigen als beispielweise im Behandlungsbereich A1. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen. | |
| [Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3] | GKV-SV | Kranke, die einer stationsäquivalenten Behandlung im Sinne | | | | |

| | | | | | | |
|---|------------|---|--|--|--|--|
| A9 Stationsäquivalente Behandlung | | von § 39 Absatz 1 SGB V bedürftendie in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden, die nicht in S9 oder G9 eingestuft werden. | | | | |
| | DKG | Kranke, die einer stationsäquivalenten Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen, die nicht in S9 oder G9 eingestuft werden. | | | | |

S. Abhängigkeitskranke

| 1. Behandlungsbereiche | 2. Kranke | 3. Behandlungsziele | 4. Behandlungsmittel | 5. Erläuterungen | 6. Beispiele |
|--|---|---|--|---|--|
| [Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3] S1 Regelbehandlung | GKV-SV Alkohol- und Medikamentenabhängige in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19, die vollstationär behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und | Erkennen der Abhängigkeit, Entgiftung, Befähigung zur ambulanten Behandlung oder zur Entwöhnung, soziale Stabilisierung | Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik und Behandlung, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen | Diesem Behandlungsbereich sind alle stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitssyndrom oder schädlichem Gebrauch von Alkohol und/oder Medikamenten zuzuordnen, sofern keine besondere Gefährdung vorliegt (Drogenabhängige siehe Behandlungsbereich S2). Auch bei unkomplizierten Entzugsbehandlungen sind in den ersten zwei bis drei Tagen regelmäßige Überwachungsmaßnahmen | Patient, Alter 36 Jahre, mit seit vier Jahren bekannter Alkoholabhängigkeit und mehrmonatiger Abstinenz nach Langzeittherapie, kommt nach zweiwöchigem Rückfall mit 1,4 Promille Atemalkohol zur qualifizierten Entzugsbehandlung. |

| | | | | | | |
|--|------------|--|---|--|--|--|
| | | <u>Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllen.</u> | | | (Patientenbeobachtung, Vigilanz, Blutdruck und Puls) erforderlich. Dies allein begründet nicht, ebenso wenig wie eine Medikation, die Eingruppierung in die Intensivbehandlung S2. Die Behandlungsziele sind der Entzug (im Suchtmittel freien Raum), körperliche und psychische Stabilisierung, Fähigkeit und Bereitschaft, sich auf die Bearbeitung der Sucht und ihrer Folgen einzulassen als Voraussetzung für die Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Hilfen (Motivationsbehandlung). | |
| | DKG | Alkohol- und Medikamentenabhängige in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene | Erkennen der Abhängigkeit, Entgiftung, Befähigung zur ambulanten Behandlung oder zur Entwöhnung, soziale Stabilisierung | Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik und Behandlung, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen | Diesem Behandlungsbereich sind alle stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten mit Abhängigkeitssyndrom oder schädlichem Gebrauch von Alkohol und/oder Medikamenten zuzuordnen, sofern keine besondere Gefährdung vorliegt (Drogenabhängige siehe Behandlungsbereich S2). Auch bei unkomplizierten Entzugsbehandlungen sind in den ersten zwei bis drei Tagen regelmäßige Überwachungsmaßnahmen (Patientenbeobachtung, Vigilanz, Blutdruck und Puls) erforderlich. Dies allein begründet nicht, ebenso wenig wie eine Medikation, die Eingruppierung in die Intensivbehandlung S2. Die Behandlungsziele sind der Entzug (im Suchtmittel freien Raum), körperliche und psychische Stabilisierung, Fähigkeit und | Patient, Alter 36 Jahre, mit seit vier Jahren bekannter Alkoholabhängigkeit und mehrmonatiger Abstinenz nach Langzeittherapie, kommt nach zweiwöchigem Rückfall mit 1,4 Promille Atemalkohol zur qualifizierten Entzugsbehandlung. |

| | | | | | | |
|---|--------|---|--|--|---|---|
| | | | | | Bereitschaft, sich auf die Bearbeitung der Sucht und ihrer Folgen einzulassen als Voraussetzung für die Inanspruchnahme weiterer suchtspezifischer Hilfen (Motivationsbehandlung). | |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3]</p> <p>S2 Intensivbehandlung</p> | GKV-SV | <p>Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene <u>mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19, die vollstationär behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllen.</u></p> | <p>Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung, Entgiftung, Delirbehandlung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen</p> | <p>Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik, intensive medikamentöse Behandlung, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen</p> | <p>Diese Phase ist für die meisten Patientinnen und Patienten kurz. Hier geht es neben der Delirbehandlung z. B. um die Überwachung von intoxikierten, bewusstseinsgetriebten Patientinnen und Patienten (Kontrolle von Vigilanz, Blutdruck und Herzfrequenz rund um die Uhr, z. B. Überwachung anamnestisch bekannter Krampfanfälle oder bei Verdacht auf Krampfanfälle). Der unkomplizierte Entzug fällt nicht unter Behandlungsbereich S2. Drogenkranke sind in den Behandlungsbereich S2 einzugruppieren. Bei bestehender Alkoholabhängigkeit und gleichzeitigem Gebrauch illegaler Drogen ist der Behandlungsschwerpunkt maßgeblich für die Eingruppierung in S1 oder S2. Bei im Vordergrund stehendem Drogenentzug ist die Patientin oder der Patient in S2 einzugruppieren. Erfolgt eine Alkoholentzugsbehandlung, z. B. bei einer Drogen-Substitutionsbehandlung, ohne sonstigen Beigebrauch, und ist die Behandlung unkompliziert, erfolgt die Eingruppierung in den</p> | <p>Beispiel 1 für S2 Patient, Alter 50 Jahre, mit Alkoholabhängigkeit entwickelt kurz nach der Aufnahme ein Entzugsdelir und muss intensiv ärztlich und pflegerisch überwacht und behandelt werden. Das Pflegepersonal hat engmaschig Sichtkontakt zum Patienten, Blutdruck und Puls werden regelmäßig gemessen. Es erfolgt eine an die Symptomatik angepasste Medikation mit einem entzugslindernden Medikament.</p> <p>Beispiel 2 für S2 Patientin, Alter 32 Jahre, mit Heroinabhängigkeit kommt erstmalig zu einer qualifizierten Entzugsbehandlung.</p> |

| | | | | | | |
|--|------------|--|---|---|---|--|
| | | | | | Behandlungsbereich S1. Auch bei Drogenabhängigkeit in der Anamnese und derzeitiger Abstinenz bzgl. Drogen ist für den unkomplizierten Alkoholentzug der Behandlungsbereich S1 maßgeblich. | |
| | DKG | Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene | Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung, Entgiftung, Delirbehandlung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen | Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik, intensive medikamentöse Behandlung, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen | Diese Phase ist für die meisten Patientinnen und Patienten kurz. Hier geht es neben der Delirbehandlung z. B. um die Überwachung von intoxikierten, bewusstseinsgetrübten Patientinnen und Patienten (Kontrolle von Vigilanz, Blutdruck und Herzfrequenz rund um die Uhr, z. B. Überwachung anamnestisch bekannter Krampfanfälle oder bei Verdacht auf Krampfanfälle). Der unkomplizierte Entzug fällt nicht unter Behandlungsbereich S2. Drogenkranke sind in den Behandlungsbereich S2 einzugruppiert. Bei bestehender Alkoholabhängigkeit und gleichzeitigem Gebrauch illegaler Drogen ist der Behandlungsschwerpunkt maßgeblich für die Eingruppierung in S1 oder S2. Bei im Vordergrund stehenden Drogenentzug ist die Patientin oder der Patient in S2 einzugruppiert. Erfolgt eine Alkoholentzugsbehandlung, z. B. bei einer Drogen-Substitutionsbehandlung, ohne sonstigen Beigebrauch, und ist die Behandlung unkompliziert, | Beispiel 1 für S2 Patient, Alter 50 Jahre, mit Alkoholabhängigkeit entwickelt kurz nach der Aufnahme ein Entzugsdelir und muss intensiv ärztlich und pflegerisch überwacht und behandelt werden. Das Pflegepersonal hat engmaschig Sichtkontakt zum Patienten, Blutdruck und Puls werden regelmäßig gemessen. Es erfolgt eine an die Symptomatik angepasste Medikation mit einem entzugslindernden Medikament. Beispiel 2 für S2 Patientin, Alter 32 Jahre, mit Heroinabhängigkeit kommt erstmalig zu einer qualifizierten Entzugsbehandlung. |

| | | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|--|
| | | | | | erfolgt die Eingruppierung in den Behandlungsbereich S1. Auch bei Drogenabhängigkeit in der Anamnese und derzeitiger Abstinenz bzgl. Drogen ist für den unkomplizierten Alkoholentzug der Behandlungsbereich S1 maßgeblich. | |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3]</p> <p>GKV-SV: S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</p> <p>DKG: S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</p> | <p>Alkohol- und Medikamentenabhängige, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär behandelt werden, mit anhaltenden psychiatrischen, neurologischen und internistischen Begleit- und Folgeerkrankungen, erhebliche Rückfallgefahr, rehabilitative Behandlung oder Entlassung in komplementäre Einrichtungen nicht möglich</p> | <p>Bessern, Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Befähigung zur rehabilitativen Behandlung, Eingliederung in komplementäre Einrichtungen und ambulante Behandlung</p> | <p>Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, suchtspezifische psychosoziale mehrdimensionale Behandlung</p> | <p>In diesem Behandlungsbereich sind chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke mit langdauernden körperlichen und/oder kognitiven Symptomen und/oder anderen psychischen Erkrankungen einzugruppieren. Der hohe pflegerische und therapeutische Aufwand kann z. B. erforderlich werden, wenn neben der Abhängigkeitserkrankung andere Erkrankungen (z. B. Korsakow-Syndrom), andere hirnorganische Schädigungen oder andere psychische Erkrankungen (z. B. Psychose, schwere affektive Erkrankung) oder somatische Komorbiditäten (z. B. Leberzirrhose, Polyneuropathie) erschwerend hinzukommen.</p> | <p>Patient, Alter 58 Jahre, langjährig alkoholkrank, bei dem nach Abschluss der Entzugsbehandlung anhaltende und schwere kognitive Störungen, u. a. Kurzzeitgedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen auf der Station, Konfabulationen, fehlende Krankheitseinsicht und erhebliche Überschätzung des eigenen Leistungsvermögens im Sinne eines amnestischen Syndroms auffallen. Der Patient braucht regelmäßige multiprofessionelle therapeutische Behandlung, neuropsychologische Therapie und bezugspflegerische Anleitung.</p> | |
| | <p>Alkohol- und Medikamentenabhängige, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär behandelt werden, mit anhaltenden psychiatrischen, neurologischen und internistischen Begleit- und Folgeerkrankungen,</p> | <p>Bessern, Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Befähigung zur rehabilitativen Behandlung, Eingliederung in komplementäre Einrichtungen und ambulante Behandlung</p> | <p>Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, suchtspezifische psychosoziale mehrdimensionale Behandlung</p> | <p>In diesem Behandlungsbereich sind chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke mit langdauernden körperlichen und/oder kognitiven Symptomen und/oder anderen psychischen Erkrankungen einzugruppieren. Der hohe pflegerische und therapeutische Aufwand kann z. B. erforderlich werden, wenn neben der</p> | <p>Patient, Alter 58 Jahre, langjährig alkoholkrank, bei dem nach Abschluss der Entzugsbehandlung anhaltende und schwere kognitive Störungen, u. a. Kurzzeitgedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen auf der Station, Konfabulationen, fehlende Krankheitseinsicht und erhebliche Überschätzung des</p> | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | erhebliche Rückfallgefahr, rehabilitative Behandlung oder Entlassung in komplementäre Einrichtungen nicht möglich | | | Abhängigkeitserkrankung andere Erkrankungen (z. B. Korsakow-Syndrom), andere hirnorganische Schädigungen oder andere psychische Erkrankungen (z. B. Psychose, schwere affektive Erkrankung) oder somatische Komorbiditäten (z. B. Leberzirrhose, Polyneuropathie) erschwerend hinzukommen. | eigenen Leistungsvermögens im Sinne eines amnestischen Syndroms auffallen. Der Patient braucht regelmäßige multiprofessionelle therapeutische Behandlung, neuropsychologische Therapie und bezugspflegerische Anleitung. |
| [Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3] GKV-SV: S5 Psychotherapie | Alkohol- und Medikamentenabhängige mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, erhebliche Rückfallgefahr, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär psychotherapeutisch behandelt werden | Erkennen der Abhängigkeit, Abstinenz, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, Krisenbewältigung | Psychotherapeutische Behandlung unter Berücksichtigung suchtspezifischer Gesichtspunkte | In diesen Behandlungsbereich sind Suchtpatientinnen und Suchtpatienten einzugruppiert, bei denen die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund steht, die aber aufgrund der Schwere oder der Komplexität der Erkrankung nicht in einer Rehabilitationseinrichtung behandelt werden können. | Patientin, Alter 35 Jahre, mit langjähriger Alkoholabhängigkeit und Angststörung. Nach Abschluss der Entzugsbehandlung steht die Angsterkrankung mit sozialer Phobie im Vordergrund. Die Patientin ist deswegen nur eingeschränkt gruppenfähig, bedarf häufiger therapeutischer Kurzkontakte. Als Behandlungsmittel kommen vor allem verhaltens-therapeutische Interventionen zum Einsatz. |
| DKG: S5 Psychotherapie | Alkohol- und Medikamentenabhängige mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, erhebliche Rückfallgefahr, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär psychotherapeutisch behandelt werden | Erkennen der Abhängigkeit, Abstinenz, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, Krisenbewältigung | Psychotherapeutische Behandlung unter Berücksichtigung suchtspezifischer Gesichtspunkte | In diesen Behandlungsbereich sind Suchtpatientinnen und Suchtpatienten einzugruppiert, bei denen die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund steht, die aber aufgrund der Schwere oder der Komplexität der Erkrankung nicht in einer Rehabilitationseinrichtung behandelt werden können. | Patientin, Alter 35 Jahre, mit langjähriger Alkoholabhängigkeit und Angststörung. Nach Abschluss der Entzugsbehandlung steht die Angsterkrankung mit sozialer Phobie im Vordergrund. Die Patientin ist deswegen nur eingeschränkt gruppenfähig, bedarf häufiger therapeutischer Kurzkontakte. Als Behandlungsmittel kommen vor allem verhaltens-therapeutische Interventionen zum Einsatz. |

| | | | | | | |
|--|----------------------|---|---|--|---|--|
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3]</p> <p>S6 Tagesklinische Behandlung</p> | <p>GKV-SV</p> | <p>Alkohol- und Medikamentenabhängige, entgiftet, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden <u>mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19.</u></p> | <p>Erkennen der Abhängigkeit, Abstinenz, Befähigung zur amb. Behandlung, Integration in Selbsthilfegruppe, Krisenbewältigung, Vermeidung/Verkürzung vollstationärer Behandlung</p> | <p>Diagnostik, Psychotherapie, psychosoziale Therapie⁴, Ergotherapie und Künstlerische Therapie, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen</p> | <p>Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung – entweder bei Direktaufnahme oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung – sind eine ausreichende Absprachefähigkeit der Patientin oder des Patienten, ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit, ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit, den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Dies ist eine geeignete Behandlungsphase für Suchtkranke, die so stabil sind, dass sie therapiefreie Zeiten (abends und am Wochenende) ohne Rückfall bewältigen. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand.</p> | <p>Patientin, Alter 28 Jahre, alkoholabhängig, kommt zur Entzugsbehandlung. Seit ca. einem Jahr Kontrollverlust, morgendliches Trinken seit ca. drei Monaten. Sie hat ein vierjähriges Kind. Der Ehemann droht mit Scheidung, wenn sie sich nicht behandeln lasse. Die Patientin hat sich schon bei der Suchtberatungsstelle vorgestellt. Sie will eine Entzugsbehandlung durchführen, aber wegen des Kindes keine stationäre Behandlung.</p> |
| | <p>DKG</p> | <p>Alkohol- und Medikamentenabhängige, entgiftet, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär</p> | <p>Erkennen der Abhängigkeit, Abstinenz, Befähigung zur amb. Behandlung, Integration in Selbsthilfegruppe, Krisenbewältigung, Vermeidung/Verkürzung vollstationärer</p> | <p>Diagnostik, Psychotherapie,</p> | <p>Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung - entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die</p> | <p>Patientin, Alter 28 Jahre, alkoholabhängig, kommt zur Entzugsbehandlung. Seit ca. einem Jahr Kontrollverlust, morgendliches Trinken seit ca. drei Monaten. Sie hat ein vierjähriges Kind. Der Ehemann droht mit Scheidung, wenn sie</p> |

⁴Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussmaßnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung der Patientin oder des Patienten und ihrem oder seinem sozialen Umfeld verstanden.

| | | | | | | |
|--|---------------|---|------------|--|---|---|
| | | behandelt werden | Behandlung | psychosoziale Therapie ⁵ , Ergotherapie und Künstlerische Therapie, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen | vollstationäre Behandlung - sind eine ausreichende Absprachefähigkeit der Patientin oder des Patienten, ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit, ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit, den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Dies ist eine geeignete Behandlungsphase für Suchtkranke, die so stabil sind, dass sie therapiefreie Zeiten (abends und am Wochenende) ohne Rückfall bewältigen. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand. | sich nicht behandeln lassen. Die Patientin hat sich schon bei der Suchtberatungsstelle vorgestellt. Sie will eine Entzugsbehandlung durchführen, aber wegen des Kindes keine stationäre Behandlung. |
| [Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3] S9 Stationsäquivalente Behandlung | GKV-SV | Abhängigkeitskranke mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19, die einer stationsäquivalenten Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden. | | | | |

⁵-Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussmaßnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung der Patientin oder des Patienten und ihrem oder seinem sozialen Umfeld verstanden.

| | | | | | |
|--|------------|--|--|--|--|
| | DKG | Abhängigkeitskranke, die einer stationsäquivalenten Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen | | | |
|--|------------|--|--|--|--|

G. Gerontopsychiatrie

| 1. Behandlungsbereiche | 2. Kranke | 3. Behandlungsziele | 4. Behandlungsmittel | 5. Erläuterungen | 6. Beispiele |
|---|---|---|---|---|--|
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3]</p> <p>G1 Regelbehandlung</p> | <p>GKV-SV</p> <p>Akut psychisch Kranke im höheren Lebensalter im Alter von <u>≥ 65 Jahren</u> (meist Multimorbidität), die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene <u>stationär behandelt werden vollstationär behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllen</u></p> | <p>Erkennen und Heilen, Bessern, psychische, somatische und soziale Stabilisierung, vorwiegend Entlassung nach Hause</p> | <p>Psychiatrische, neurologische, allgemein-medizinische und soziale Diagnostik und Therapie. Medizinische Grundversorgung; gegebenenfalls Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen</p> | <p>Hier sind stationär aufgenommene Patientinnen und Patienten einzugruppieren, bei denen die Besonderheiten des höheren Lebensalters und/oder Multimorbidität zu berücksichtigen sind, sofern nicht unmittelbare Gefährdungen vorliegen. Besonderheiten des höheren Lebensalters sind zum Beispiel: Vereinsamung nach Verlust von Bezugspersonen, verminderte körperliche Belastbarkeit, Verlust des gewohnten Wohnumfeldes, zunehmender Hilfebedarf. Unter Multimorbidität ist zu verstehen: Psychische Erkrankung und/oder zusätzlich relevante somatische Erkrankung(en).</p> | <p>Patientin, Alter 75 Jahre, mit einer depressiven Episode. Sie war nach dem Tod des Ehemanns vereinsamt, lag in der letzten Zeit fast nur noch im Bett, hat die Medikamente nicht zuverlässig genommen, sich nicht ausreichend ernährt. Auf Station ist sie absprachefähig, kann mit Gehstock noch sicher gehen. Braucht sehr lange für die täglichen Verrichtungen, benötigt aber keine Hilfe mehr. Sie zeigt lediglich leichte zeitliche Orientierungs- und Merkfähigkeitsstörungen.</p> |

| | | | | | | |
|---|----------------------|---|--|--|---|---|
| | <p>DKG</p> | <p>Akut psychisch Kranke im höheren Lebensalter (meist Multimorbidität), die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär behandelt werden</p> | <p>Erkennen und Heilen, Bessern, psychische, somatische und soziale Stabilisierung, vorwiegend Entlassung nach Hause</p> | <p>Psychiatrische, neurologische, allgemein- medizinische und soziale Diagnostik und Therapie. Medizinische Grundversorgung; gegebenenfalls Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen</p> | <p>Hier sind stationär aufgenommene Patientinnen und Patienten einzugruppiert, bei denen die Besonderheiten des höheren Lebensalters und/oder Multimorbidität zu berücksichtigen sind, sofern nicht unmittelbare Gefährdungen vorliegen. Besonderheiten des höheren Lebensalters sind zum Beispiel: Vereinsamung nach Verlust von Bezugspersonen, verminderte körperliche Belastbarkeit, Verlust des gewohnten Wohnumfeldes, zunehmender Hilfebedarf. Unter Multimorbidität ist zu verstehen: Psychische Erkrankung und/oder zusätzlich relevante somatische Erkrankung(en).</p> | <p>Patientin, Alter 75 Jahre, mit einer depressiven Episode. Sie war nach dem Tod des Ehemanns vereinsamt, lag in der letzten Zeit fast nur noch im Bett, hat die Medikamente nicht zuverlässig genommen, sich nicht ausreichend ernährt. Auf Station ist sie absprachefähig, kann mit Gehstock noch sicher gehen. Braucht sehr lange für die täglichen Verrichtungen, benötigt aber keine Hilfe mehr. Sie zeigt lediglich leichte zeitliche Orientierungs- und Merkfähigkeitsstörungen.</p> |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3] G2 Intensiv- behandlung</p> | <p>GKV-SV</p> | <p>Psychisch Kranke im-im <u>Alter von ≥ 65 Jahrenhöheren Lebensalter</u>, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdet und somatisch vitalgefährdet, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene <u>stationär behandelt werdenvollstationär behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei</u></p> | <p>Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung, Bessern der vital bedrohlichen Störungen, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen</p> | <p>Psychiatrische und somatische Diagnostik. Erst- und Notfallbehandlung, einzelbezogene Intensivbehandlung einschließlich medikamentöser Therapie</p> | <p>In den Behandlungsbereich G2 sind Patientinnen und Patienten einzugruppiert, die zwar körperlich rüstig, aber anhaltend sehr unruhig und verwirrt sind. Diese Patientinnen und Patienten gefährden schwache, hilflose Mitpatientinnen und Mitpatienten, und 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 die Patientin oder der Patient nicht absprachefähig oder ihr oder sein Verhalten</p> | <p>Patientin, Alter 81 Jahre, mehrjährig bekannte Demenz vom Alzheimer-Typ, lebt in einem spezialisierten Pflegeheim. Sie ist anhaltend motorisch unruhig, irrt zeitweise auf der Station umher, geht in fremde Zimmer, ruft und klagt ständig, wirft mit Gegenständen nach anderen Patientinnen oder Patienten und Personal und drängt an der Stationstür nach draußen, so dass sie beaufsichtigt werden muss. Auch beim Essen ist wegen einer Schluckstörung Beaufsichtigung erforderlich.</p> |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|
| | | <u>Erwachsenen) erfüllen</u> | | | <u>nicht vorhersehbar ist.</u> | |
| | DKG | Psychisch Kranke im höheren Lebensalter, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdet und somatisch vitalgefährdet, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär behandelt werden | 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 G2 sind Patientinnen und Patienten einzugruppieren, die zwar körperlich rüstig, aber anhaltend sehr unruhig und verwirrt sind. Diese Patientinnen und Patienten gefährden schwache, hilflose Mitpatientinnen und Mitpatienten, und 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 die Patientin oder der Patient nicht absprachefähig oder ihr oder sein Verhalten nicht vorhersehbar ist. | Patientin, Alter 81 Jahre, mehrjährig bekannte Demenz vom Alzheimer-Typ, lebt in einem spezialisierten Pflegeheim. Sie ist anhaltend motorisch unruhig, irrt zeitweise auf der Station umher, geht in fremde Zimmer, ruft und klagt ständig, wirft mit Gegenständen nach anderen Patientinnen oder Patienten und Personal und drängt an der Stationstür nach draußen, so dass sie beaufsichtigt werden muss. Auch beim Essen ist wegen einer Schluckstörung Beaufsichtigung erforderlich. |
| [Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3] | GKV-SV: G4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker | Psychisch Kranke im höheren Lebensalter mit anhaltenden akuten Symptomen und erheblichen psychischen, somatischen und sozialen Einbußen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär behandelt werden | Bessern und Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen oder Entlassung in häusliche oder Heimpflege | Medizinische Grundversorgung mit kontinuierlich hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, gegebenenfalls ergänzt durch Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen, Gestaltung des therapeutischen Milieus | Diesem Behandlungsbereich sind die Patientinnen und Patienten zuzuordnen, bei denen die Krankenhausbehandlung neben der schweren psychischen Erkrankung durch die Mehrfacherkrankung im Sinne mindestens einer psychischen oder einer relevanten somatischen Begleiterkrankung mitbegründet ist. Diese Kranken haben einen anhaltenden akuten Krankheitsverlauf. Hoher pflegerischer und therapeutischer Aufwand können beispielsweise erforderlich werden, wenn | Beispiel 1 für G4 Patientin, Alter 73 Jahre, es besteht seit Jahren eine rezidivierende depressive Störung. Aus somatischer Sicht liegen ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II und eine mittlerweile gut kompensierte Herzinsuffizienz vor. Der Diabetes mellitus weist ständig wechselnde Blutzuckerwerte auf, da die Patientin nur unregelmäßig isst. Aufgrund der erheblichen kognitiven Defizite sowie des schweren depressiven Syndroms benötigt die Patientin pflegerische Hilfe bei der Ernährung und Körperpflege. |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>neben einer Depression eine beginnende Demenz erschwerend hinzukommt oder wenn neben der psychischen Erkrankung relevante somatische Erkrankungen (Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, M. Parkinson) vorliegen. Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich G4 können in der Regel nicht selbständig zu ihren therapeutischen Aktivitäten oder zu ihren diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen und bedürfen daher der Begleitung durch den Pflegedienst. In der Regel besteht Hilfebedarf im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL).</p> | <p>Beispiel 2 für G4 Patient, Alter 55 Jahre, mit seit Jahren bekannter Chorea Huntington, ist dement, schwer hirnerkrankungsgeschädigt und wesensverändert. Er hat einen erheblichen therapeutischen und pflegerischen Aufwand und ist anhaltend beaufsichtigungspflichtig. Er benötigt regelmäßige strukturierende Begleitung, um zu verhindern, dass nicht tragbare Verhaltensweisen, wie z. B. auf den Flur urinieren oder sich in fremde Betten zu legen, auftreten. Eine Fixierung oder 1:1-Betreuung ist nicht notwendig.</p> |
| <p>DKG: G4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</p> | <p>Psychisch Kranke im höheren Lebensalter mit anhaltenden akuten Symptomen und erheblichen psychischen, somatischen und sozialen Einbußen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationär behandelt werden</p> | <p>Bessern und Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen oder Entlassung in häusliche oder Heimpflege</p> | <p>Medizinische Grundversorgung mit kontinuierlich hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, gegebenenfalls ergänzt durch Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen, Gestaltung des therapeutischen Milieus</p> | <p>Diesem Behandlungsbereich sind die Patientinnen und Patienten zuzuordnen, bei denen die Krankenhausbehandlung neben der schweren psychischen Erkrankung durch die Mehrfacherkrankung im Sinne mindestens einer psychischen 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 beginnende Demenz erschwerend hinzukommt oder wenn neben der psychischen</p> | <p>Beispiel 1 für G4 Patientin, Alter 73 Jahre, es besteht seit Jahren eine rezidivierende depressive Störung. Aus somatischer Sicht liegen ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II und eine mittlerweile gut kompensierte Herzinsuffizienz vor. Der Diabetes mellitus weist ständig wechselnde Blutzuckerwerte auf, da die Patientin nur unregelmäßig isst. Aufgrund der erheblichen kognitiven Defizite sowie des schweren depressiven Syndroms benötigt die Patientin pflegerische Hilfe bei der Ernährung und Körperpflege. Beispiel 2 für G4 Patient, Alter 55 Jahre, mit seit Jahren bekannter Chorea Huntington, ist dement, schwer</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| | | | | <p>Erkrankung relevante somatische Erkrankungen (Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, M. Parkinson) vorliegen.</p> <p>Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich G4 können in der Regel nicht selbständig zu ihren therapeutischen Aktivitäten oder zu ihren diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen und bedürfen daher der Begleitung durch den Pflegedienst.</p> <p>In der Regel besteht Hilfebedarf im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL).</p> | <p>hirnorganisch geschädigt und wesensverändert. Er hat einen erheblichen therapeutischen und pflegerischen Aufwand und ist anhaltend beaufsichtigungspflichtig. Er benötigt regelmäßige strukturierende Begleitung, um zu verhindern, dass nicht tragbare Verhaltensweisen, wie z. B. auf den Flur urinieren oder sich in fremde Betten zu legen, auftreten. Eine Fixierung oder 1:1-Betreuung ist nicht notwendig.</p> |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3]</p> <p>GKV-SV:</p> <p>G5</p> <p>Psychotherapie</p> | <p>Kranke im höheren Lebensalter mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, die stationär in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene psychotherapeutisch behandelt werden</p> | <p>Erkennen von Krankheit, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p> | <p>Komplexe psychotherapeutische Behandlung</p> | <p>Hierbei handelt es sich um eine typische stationäre psychotherapeutische Behandlung bei Patientinnen und Patienten des höheren Alters, wobei zumeist altersspezifische Themen (Partnerverlust, Rollenverlust des alternden Menschen, Vereinsamung, Krankheitsbewältigung etc.) im Vordergrund stehen. Die psychotherapeutische Behandlungseinheit muss an die Belastbarkeit des älteren Menschen angepasst werden. Auf beginnende kognitive Einschränkungen wird eingegangen. Es steht die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund. Ergänzend können eine Psychopharmakotherapie sowie Maßnahmen zur Verbesserung des sozialen Lebenskontextes durchgeführt werden.</p> | <p>Patient, Alter 70 Jahre, mit einer initial schweren depressiven Episode nach ausbehandelter Karzinom-Erkrankung und leichten Merkfähigkeitsstörungen, wird überwiegend psychotherapeutisch behandelt. Zusätzlich benötigt er aufgrund einer allgemeinen körperlichen Schwäche pflegerische Unterstützung bei der Körperpflege (Hilfe beim Anziehen von Strümpfen und Schuhen).</p> |

| | | | | | | |
|--|----------------------|---|---|---|---|---|
| <p>DKG: G5 Psychotherapie</p> | | <p>Kranke im höheren Lebensalter mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, die stationär in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene psychotherapeutisch behandelt werden</p> | <p>Erkennen von Krankheit, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p> | <p>Komplexe psychotherapeutische Behandlung</p> | <p>Hierbei handelt es sich um eine typische stationäre psychotherapeutische Behandlung bei Patientinnen und Patienten des höheren Alters, wobei zumeist altersspezifische Themen (Partnerverlust, Rollenverlust des alternden Menschen, Vereinsamung, Krankheitsbewältigung etc.) im Vordergrund stehen. Die psychotherapeutische Behandlungseinheit muss an die Belastbarkeit des älteren Menschen angepasst werden. Auf beginnende kognitive Einschränkungen wird eingegangen. Es steht die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund. Ergänzend können eine Psychopharmakotherapie sowie Maßnahmen zur Verbesserung des sozialen Lebenskontextes durchgeführt werden.</p> | <p>Patient, Alter 70 Jahre, mit einer initial schweren depressiven Episode nach ausbehandelter Karzinom-Erkrankung und leichten Merkfähigkeitsstörungen, wird überwiegend psychotherapeutisch behandelt. Zusätzlich benötigt er aufgrund einer allgemeinen körperlichen Schwäche pflegerische Unterstützung bei der Körperpflege (Hilfe beim Anziehen von Strümpfen und Schuhen).</p> |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3] G6 Tagesklinische Behandlung⁶</p> | <p>GKV-SV</p> | <p>Psychisch Kranke <u>im Alter von ≥ 65 Jahren</u> im höheren Lebensalter, nicht oder nicht mehr vollstationär <u>behandlungsbedürftig</u>, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden</p> | <p>Erkennen von Krankheit, Bessern, psychische, somatische und soziale Stabilisierung, Krisenbewältigung, Wiedereingliederung, Vermeidung oder Verkürzung vollstationärer Behandlung</p> | <p>Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik und Therapie einschließlich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, psychosoziale Therapie,</p> | <p>Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung, entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung, sind eine ausreichende Absprachefähigkeit der Patientin oder des Patienten, ausreichende körperliche</p> | <p>Patientin, Alter 75 Jahre, mit einer generalisierten Angsterkrankung sowie Koronaren Herzkrankheit und Herzinsuffizienz wird nach vollstationärer Behandlung integriert tagesklinisch multiprofessionell weiterbehandelt. Die Patientin erhält neben der Behandlung mit Psychopharmaka ein eingehendes Expositionstraining sowie psychotherapeutische</p> |

⁶ Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Die Patientin oder der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die sie oder ihn auch vollstationär behandeln würde.

| | | | | | | |
|--|---------------|---|---|--|---|---|
| | | | | Psychotherapie | Belastbarkeit/Mobilität und ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit, den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand. | Einzel- und Gruppentherapie. Sie lebt im betreuten Wohnen und nutzt den Fahrdienst. |
| | DKG | Psychisch Kranke im höheren Lebensalter, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden | Erkennen von Krankheit, Bessern, psychische, somatische und soziale Stabilisierung, Krisenbewältigung, Wiedereingliederung, Vermeidung oder Verkürzung vollstationärer Behandlung | Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik und Therapie einschließlich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, psychosoziale Therapie, Psychotherapie | Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung, entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung, sind eine ausreichende Absprachefähigkeit der Patientin oder des Patienten, ausreichende körperliche Belastbarkeit/Mobilität und ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit, den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand. | Patientin, Alter 75 Jahre, mit einer generalisierten Angsterkrankung sowie Koronaren Herzkrankheit und Herzinsuffizienz wird nach vollstationärer Behandlung integriert tagesklinisch multiprofessionell weiterbehandelt. Die Patientin erhält neben der Behandlung mit Psychopharmaka ein eingehendes Expositionstraining sowie psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie. Sie lebt im betreuten Wohnen und nutzt den Fahrdienst. |
| [Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3] | GKV-SV | Psychisch Kranke <u>im</u> Alter von ≥ 65 Jahren <u>im</u> höheren Lebensalter , die <u>einer</u> | | | | |

| | | | | | | |
|---|-----|--|--|--|--|--|
| G9 Stationsäquivalente Behandlung | | <u>stationsäquivalenten Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden.</u> | | | | |
| | DKG | Psychisch Kranke im höheren Lebensalter, die einer stationsäquivalenten Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen | | | | |

P. Psychosomatik

| 1. Behandlungsbereiche | 2. Kranke | 3. Behandlungsziele | 4. Behandlungsmittel | 5. Erläuterungen | 6. Beispiele |
|--|--|---|---|--|--------------|
| <u>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3]</u> P1 Psychotherapie | GKV-SV Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden <u>und die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen</u> | <u>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</u> | <u>Psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess</u> | <u>Dies ist eine psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.</u> | |

| | | | | | | |
|--|---------------|---|--|---|--|--|
| | | <p><u>Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllen.</u></p> <p>Beispielsweise Kranke mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen</p> | | | | |
| | DKG | <p>Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden. Beispielsweise Kranke mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen</p> | <p>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p> | <p>Psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess</p> | <p>Dies ist eine psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.</p> | |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3]</p> <p>P2 Psychosomatische psychotherapeutische Komplexbehandlung</p> | GKV-SV | <p>Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und die Voraussetzungen der § OPS-§Codes 9-62 (<u>Psychotherapeutische</u></p> | <p>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p> | <p>Komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Die Struktur und</p> | <p>Dies ist eine komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.</p> | |

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

| | | | | | | |
|---|---------------|---|--|--|---|--|
| | | | | und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens 3 Therapieeinheiten pro Woche umfassen. | | |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3]</p> <p>P3 Psychotherapie teilstationär</p> | GKV-SV | <p>Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden <u>und die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllen.</u></p> <p>Beispielsweise Kranke mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen</p> | <p>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p> | <p>Psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess</p> | <p>Dies ist eine psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.</p> | |

| | | | | | | |
|---|----------------------|---|--|---|--|--|
| | <p>DKG</p> | <p>Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden. Beispielsweise Kranke mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen</p> | <p>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p> | <p>Psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess</p> | <p>Dies ist eine psychosomatisch-psychotherapeutische oder psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.</p> | |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 1 und § 6 Abs. 3]</p> <p>P4 Psychosomatische-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär</p> | <p>GKV-SV</p> | <p>Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und die Voraussetzungen der OPS OPS-CKodes 9-62 (<u>Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen</u>) oder 9-63 (<u>Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen</u>) erfüllen <u>Damit müssen</u></p> | <p>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p> | <p>Komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Die Struktur und Mindestmerkmale des OPS-CKodes 9-62 oder des OPS-CKodes 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.</p> | <p>Dies ist eine komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen.</p> | |

| | | | | | |
|--|------------|---|--|--|--|
| | | <u>insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens 3 Therapieeinheiten pro Woche umfassen.</u> | | | |
| | DKG | Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und die Voraussetzungen der OPS- € Kodes 9-62 oder 9-63 erfüllen | Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung | Komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamisch, kognitiv-behavioralen oder systemischen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Die Struktur- und Mindestmerkmale des OPS- € Kodes 9-62 oder des OPS- € Kodes 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. |

KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie

| 1. Behandlungsbereiche | | 2. Kranke | 3. Behandlungsziele | 4. Behandlungsmittel | 5. Erläuterungen | 6. Beispiele |
|---|----------------------|---|--|---|--|--|
| <p>[<u>Folgedissens zu § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 3</u>]</p> <p>KJ1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung (bis 14. Lebensjahr)</p> | <p>GKV-SV</p> | <p>Vorschul- und Schulkinder <u>bis 14. Lebensjahr</u> mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u. a. selbst- und fremdgefährdendem Verhalten, schweren Verhaltensstörungen, Teilleistungsstörungen sowie Entwicklungsstörungen der kognitiven, emotionalen, psychosozialen Kompetenz, <u>die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-656 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) oder 9-672 (Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen</u></p> | <p><u>Psychosoziale Integration in Familie, Heim, Kindergarten, Schule u. a.; Ausgleich von Entwicklungs- und Funktionsdefiziten; Befähigung zur ambulanten Behandlung</u></p> | <p><u>Diagnostik und medizinische Grundversorgung, heilpädagogische Behandlung, Elternberatung, Familientherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, funktionelle Therapien (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Künstlerische Therapie, Spezialtherapie) und Entwicklungstherapie</u></p> | <p><u>In den Behandlungsbereich KJ1 sind stationär behandelte Kinder bis unter 14 Jahren einzugruppieren, sofern nicht rehabilitative Behandlungsziele und -mittel (KJ4), eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (KJ5) oder eine Eltern-Kind-Behandlung (KJ6) zutreffen. Patientinnen und Patienten des Behandlungsbereiches KJ1 benötigen allein schon wegen ihres Alters eine intensive Betreuung und Behandlung, so dass eine Differenzierung zwischen kinder-psychiatrischer Regel- und Intensivbehandlung nicht vorgenommen worden ist. Es erfolgen entwicklungsniveau-adäquate Anleitung und Behandlung.</u></p> | <p><u>Patientin, Alter zehn Jahre, kommt zur diagnostischen Abklärung, weil sie sich in Anforderungssituationen zunehmend passiv-vermeidend verhält, kein altersentsprechendes Verhalten zeigt und die an sie gestellten Erwartungen nicht erfüllt. In der Schule ist sie versetzungsgefährdet. In der Freizeit wirkt sie lustlos, zieht sich in ihr Zimmer zurück. Innerhalb der letzten drei Monate vor Aufnahme ist ein Gewichtsverlust von drei kg zu verzeichnen. Somit sind mehrere Lebensbereiche durch die Symptomatik stark beeinträchtigt. Das Kind lebt seit seinem 4. Lebensjahr in einer Adoptivfamilie. Über die leiblichen Eltern ist eine Alkoholproblematik bekannt. Die engagierten Adoptiveltern erleben die Defizite des Kindes als persönliches Versagen. Das Kind gerät zunehmend unter Druck. Krisenhafte familiäre Zuspitzungen resultieren. Damit besteht eine Belastung durch mehrere abnorme psychosoziale Umstände. Im Stationsalltag benötigt die Patientin in einigen Alltagsbereichen Fremdmotivation, Fremdstrukturierung und Anleitung. Sie sucht die ständige Nähe zu Erwachsenen. Aktivitäten</u></p> |

| | <u>Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllen.</u> | | | | <u>in der Gruppe gleichaltriger Patientinnen und Patienten meidet sie; sie nimmt zunehmend eine Außenseiterrolle ein.</u> |
|------------|--|---|--|---|--|
| DKG | <p>Vorschul- und Schulkinder mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u. a. selbst- und fremdgefährdendem Verhalten, schweren Verhaltensstörungen, Teilleistungsstörungen sowie Entwicklungsstörungen der kognitiven, emotionalen, psychosozialen Kompetenz</p> | <p>Psychosoziale Integration in Familie, Heim, Kindergarten, Schule u. a.; Ausgleich von Entwicklungs- und Funktionsdefiziten; Befähigung zur ambulanten Behandlung</p> | <p>Diagnostik und medizinische Grundversorgung, heilpädagogische Behandlung, Elternberatung, Familientherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, funktionelle Therapien (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Künstlerische Therapie, Spezialtherapie) und Entwicklungstherapie</p> | <p>In den Behandlungsbereich KJ1 sind stationär behandelte Kinder bis unter 14 Jahren einzugruppieren, sofern nicht rehabilitative Behandlungsziele und –mittel (KJ4), eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (KJ5) oder eine Eltern-Kind-Behandlung (KJ6) zutreffen. Patientinnen und Patienten des Behandlungsbereiches KJ1 benötigen allein schon wegen ihres Alters eine intensive Betreuung und Behandlung, so dass eine Differenzierung zwischen kinder-psychiatrischer Regel- und Intensivbehandlung nicht vorgenommen worden ist. Es erfolgen entwicklungsniveau-adäquate Anleitung und Behandlung.</p> | <p>Patientin, Alter zehn Jahre, kommt zur diagnostischen Abklärung, weil sie sich in Anforderungssituationen zunehmend passiv-vermeidend verhält, kein altersentsprechendes Verhalten zeigt und die an sie gestellten Erwartungen nicht erfüllt. In der Schule ist sie versetzungsgefährdet. In der Freizeit wirkt sie lustlos, zieht sich in ihr Zimmer zurück. Innerhalb der letzten drei Monate vor Aufnahme ist ein Gewichtsverlust von drei kg zu verzeichnen. Somit sind mehrere Lebensbereiche durch die Symptomatik stark beeinträchtigt. Das Kind lebt seit seinem 4. Lebensjahr in einer Adoptivfamilie. Über die leiblichen Eltern ist eine Alkoholproblematik bekannt. Die engagierten Adoptiveltern erleben die Defizite des Kindes als persönliches Versagen. Das Kind gerät zunehmend unter Druck. Krisenhafte familiäre Zuspitzungen resultieren. Damit besteht eine Belastung durch mehrere abnorme psychosoziale Umstände. Im Stationsalltag benötigt die Patientin in einigen Alltagsbereichen Fremdmotivation, Fremdstrukturierung und Anleitung. Sie sucht die ständige Nähe zu Erwachsenen. Aktivitäten in der Gruppe gleichaltriger</p> |

| | | | | | | |
|---|---------------|--|--|--|---|--|
| | | | | | | Patientinnen und Patienten meidet sie; sie nimmt zunehmend eine Außenseiterrolle ein. |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 3]</p> <p>KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung</p> | GKV-SV | <p>Jugendliche und Heranwachsende <u>ab dem 14. Lebensjahr</u> mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u. a. schweren Verhaltensstörungen und Entwicklungsstörungen der kognitiven, emotionalen, psychosozialen Kompetenz, <u>die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-656 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllen.</u></p> | <p>Psychosoziale Integration; Bewältigung der gestörten alters-typischen Ablösungs- und Verselbständigungsprozesse; Befähigung zur ambulanten Behandlung</p> | <p>Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Milieuthherapie; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; funktionelle Therapien (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Künstlerische Therapie, Spezialtherapie, Arbeitstherapie)</p> | <p>In den Behandlungsbereich sind Jugendliche ab 14 Jahren bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren, einzugruppiert, sofern nicht Intensivbehandlung (KJ3), rehabilitative Behandlungsziele und –mittel (KJ4) oder eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (KJ5) zutreffen. In der Regel planbare Behandlung aller psychischen Störungsbilder; auch Krisenintervention ohne Vorliegen manifester Selbst- oder Fremdgefährdung sind hier einzugruppiert.</p> | <p>Patientin, Alter 14 Jahre, Schülerin an einer Schule für Lernbehinderte, wird stationär aufgenommen, nachdem die Situation zu Hause eskaliert war. Die Patientin war wiederholt der Schule und von zu Hause ferngeblieben, hatte Ladendiebstähle begangen und zusammen mit Gleichaltrigen Alkoholmissbrauch praktiziert. Die Patientin zeigt ein stark oppositionelles Verhalten, erkennt soziale Regeln nicht an und verweigert sich bei Anforderungen. Ihrer Körperhygiene kommt sie nur mäßig nach. Eltern und Lehrerinnen und Lehrer fühlen sich überfordert, eine Heimunterbringung ist in Diskussion. Die Patientin wohnt mit ihrer Mutter in der Wohngemeinschaft des drogenabhängigen Vaters. Es besteht der Verdacht einer beginnenden dissozialen Persönlichkeitsentwicklung.</p> |
| | DKG | <p>Jugendliche und Heranwachsende mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u. a. schweren Verhaltensstörungen und Entwicklungsstörungen der kognitiven,</p> | <p>Psychosoziale Integration; Bewältigung der gestörten alters-typischen Ablösungs- und Verselbständigungsprozesse; Befähigung zur ambulanten Behandlung</p> | <p>Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Milieuthherapie; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; funktionelle Therapien (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie,</p> | <p>In den Behandlungsbereich sind Jugendliche ab 14 Jahren bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren, einzugruppiert, sofern nicht Intensivbehandlung (KJ3), rehabilitative Behandlungsziele und –mittel (KJ4) oder eine langdauernde Behandlung bei</p> | <p>Patientin, Alter 14 Jahre, Schülerin an einer Schule für Lernbehinderte, wird stationär aufgenommen, nachdem die Situation zu Hause eskaliert war. Die Patientin war wiederholt der Schule und von zu Hause ferngeblieben, hatte Ladendiebstähle begangen und zusammen mit Gleichaltrigen Alkoholmissbrauch praktiziert. Die</p> |

| | | | | | | |
|--|---------------|---|---|--|---|--|
| | | emotionalen, psychosozialen Kompetenz | | Logopädie, Künstlerische Therapie, Spezialtherapie, Arbeitstherapie) | komplexer Symptomatik (KJ5) zutreffen. In der Regel planbare Behandlung aller psychischen Störungsbilder; auch Krisenintervention ohne Vorliegen manifester Selbst- oder Fremdgefährdung sind hier einzugruppierten. | Patientin zeigt ein stark oppositionelles Verhalten, erkennt soziale Regeln nicht an und verweigert sich bei Anforderungen. Ihrer Körperhygiene kommt sie nur mäßig nach. Eltern und Lehrerinnen und Lehrer fühlen sich überfordert, eine Heimunterbringung ist in Diskussion. Die Patientin wohnt mit ihrer Mutter in der Wohngemeinschaft des drogenabhängigen Vaters. Es besteht der Verdacht einer beginnenden dissozialen Persönlichkeitsentwicklung. |
| [Folgedissens zu § 3 Abs.21 und § 6 Abs. 3] KJ3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung | GKV-SV | Psychisch kranke Jugendliche_ und psychosozial retardierte Heranwachsende <u>ab dem 14. Lebensjahr</u> , manifest selbstgefährdet, vital gefährdet, fremdgefährdend, hochgradig erregt, <u>die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-672 (Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und</u> | <u>Krisenbewältigung; Befähigung zur jugendpsychiatrischen Regelbehandlung (KJ2) oder zur ambulanten Behandlung</u> | <u>Diagnostik und medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Krisenbewältigung; Elternberatung; Familientherapie; Pharmakotherapie; Einzeltherapie; überwiegend stationsgebundene Therapieangebote; funktionelle Therapien (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Künstlerische Therapie, Spezialtherapie)</u> | <u>In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppierten. Intensivbehandlung nach Behandlungsbereich KJ3 ist bei jugendlichen und psychosozial retardierten Heranwachsenden erforderlich, wenn sie beispielsweise „manifest selbstgefährdet“ sind. Das bedeutet: Die Patientinnen und Patienten sind nicht absprachefähig oder ihr Verhalten ist nicht vorhersehbar; sie sind krankheitsbedingt nicht in der Lage auch nur für kurze Zeit für sich Verantwortung zu übernehmen, so dass sie eine intensive Betreuung benötigen. Die Patientinnen und Patienten von Behandlungsbereich KJ3</u> | <u>Beispiel 1 für KJ3-Patient, Alter 16 Jahre, wird stationär aufgenommen, nach dem er sich neben dem Lernen für Klassenarbeiten und Prüfungen zum Schuljahresende, auch zeitintensiv für ein schulisches Projekt engagiert hatte und, nun trotz Schulferien und trotz Beendigung des Projektes, eine planlose Umtriebigkeit zeigt, ständig nach Beschäftigung sucht, kaum schläft, in gehobener Stimmung einen Wechsel an eine amerikanische Eliteuniversität plant, trotz nur mäßiger Schulleistungen und ohne Abitur. Unaufhörlich redet er darüber, dass er das Geheimnis des Fliegens gelöst habe und es in Kürze selbst vom Dach eines Hochhauses aus testen werde. Aus diesem Grund habe er auch nicht die Absicht, auf Station zu bleiben. Spricht man ihn auf den Realitätsgehalt seiner Ideen an, kann die Stimmung auch</u> |

| | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|--|--|---|---|
| | | <u>Jugendlichen) erfüllen.</u> | | | <p>sind so schwer krank, dass sie in der Regel nur einzelfallbezogen behandelt werden können. Auch bei somatischer Vitalgefährdung (z. B. Herzrhythmusstörungen oder Elektrolytentgleisungen durch unzureichende Nahrungsaufnahme bei Anorexia nervosa) ist der diagnostische und therapeutische Aufwand sehr hoch. Patientinnen und Patienten des Behandlungsbereichs KJ3, die ihrer Behandlung nicht zustimmen, müssen zumeist familiengerichtlich oder nach den Unterbringungsgesetzen der Bundesländer untergebracht werden. Die Intensität der Behandlung muss aus der Dokumentation ersichtlich sein. Die Behandlung im Behandlungsbereich KJ3 ist in der Regel eine Durchgangsphase, meist in Richtung auf Behandlungsbereich KJ2. Sie kann aber auch als Kriseninterventionsphase von jeder anderen Ebene oder aus dem außerstationären Bereich heraus notwendig werden. Die Jugendlichen bedürfen in ihrer akuten Krisensituation mehrmals täglich ärztlicher oder psychotherapeutischer Interventionen und einer intensiven Betreuung/Überwachung durch den Pflege / Erziehungsdienst</p> | <p>in eine aggressive Gereiztheit umschlagen. Alkohol- und Drogenanamnese sind, ebenso wie das Screening auf Drogen, negativ. Beispiel 2 für KJ3 Jugendliche, Alter 14 Jahre, mit seit drei Jahren bestehender Magersucht, ausgeprägter Gewichtsphobie, fast kompletter Nahrungsverweigerung bis auf einige wenige Nahrungsmittel und völlig fehlender Krankheitseinsicht, multiplen und stark ausgeprägten Strategien der Gewichtsreduktion; BMI 12 kg/m². Dieses ist der vierte vollstationäre Aufenthalt der Patientin, die zwischen Pädiatrie und KJPP pendelt. Die Eltern haben der Tochter über den größten Teil des Krankheitsverlaufs nachgegeben und stationäre Behandlungen immer wieder beendet. Die vital gefährdete, stets hypotone und bradykarde Jugendliche bedarf einer regelmäßigen Vitalzeichenkontrolle. Die Überwachung der Nahrungsaufnahme sowie der zunehmend notwendigen Sondierung nimmt jeden Tag zeitintensive Betreuung durch das Pflegepersonal in Anspruch. Ausgang ins Freie kann nur in enger Begleitung erfolgen, da sie sonst in einen starken Bewegungsdrang verfällt. Kreative Angebote kann sie kaum ausfüllen oder umsetzen, Musiktherapie wird verweigert.</p> |
|--|--|--------------------------------|--|--|---|---|

| | | | | | | |
|--|------------|---|--|---|---|---|
| | | | | | (störungsspezifische Einzelbetreuung oder in der Kleinstgruppe, bis zu 3 Patientinnen oder Patienten). Auch die Akutphase der Behandlung jugendlicher Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ist hier einzugruppiert. | |
| | DKG | Psychisch kranke Jugendliche und psychosozial retardierte Heranwachsende, manifest selbstgefährdet, vital gefährdet, fremdgefährdend, hochgradig erregt | Krisenbewältigung; Befähigung zur jugendpsychiatrischen Regelbehandlung (KJ2) oder zur ambulanten Behandlung | Diagnostik und medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Krisenbewältigung; Elternberatung; Familientherapie; Pharmakotherapie; Einzeltherapie; überwiegend stationsgebundene Therapieangebote; funktionelle Therapien (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Künstlerische Therapie, Spezialtherapie) | In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppiert. Intensivbehandlung nach Behandlungsbereich KJ3 ist bei Jugendlichen und psychosozial retardierten Heranwachsenden erforderlich, wenn sie beispielsweise „manifest selbstgefährdet“ sind. Das bedeutet: Die Patientinnen und Patienten sind nicht absprachefähig oder ihr Verhalten ist nicht vorhersehbar; sie sind krankheitsbedingt nicht in der Lage auch nur für kurze Zeit für sich Verantwortung zu übernehmen, so dass sie eine intensive Betreuung benötigen. Die Patientinnen und Patienten von Behandlungsbereich KJ3 sind so schwer krank, dass sie in der Regel nur einzelfallbezogen behandelt werden können. Auch bei somatischer Vitalgefährdung (z. B. Herzrhythmusstörungen oder Elektrolytentgleisungen durch unzureichende | Beispiel 1 für KJ3 Patient, Alter 16 Jahre, wird stationär aufgenommen, nach dem er sich neben dem Lernen für Klassenarbeiten und Prüfungen zum Schuljahresende, auch zeitintensiv für ein schulisches Projekt engagiert hatte und, nun trotz Schulferien und trotz Beendigung des Projektes, eine planlose Umtriebigkeit zeigt, ständig nach Beschäftigung sucht, kaum schläft, in gehobener Stimmung einen Wechsel an eine amerikanische Eliteuniversität plant, trotz nur mäßiger Schulleistungen und ohne Abitur. Unaufhörlich redet er darüber, dass er das Geheimnis des Fliegens gelöst habe und es in Kürze selbst vom Dach eines Hochhauses aus testen werde. Aus diesem Grund habe er auch nicht die Absicht, auf Station zu bleiben. Spricht man ihn auf den Realitätsgehalt seiner Ideen an, kann die Stimmung auch in eine aggressive Gereiztheit umschlagen. Alkohol- und Drogenanamnese sind, ebenso wie das Screening auf Drogen, negativ. Beispiel 2 für KJ3 Jugendliche, Alter 14 Jahre, mit seit drei Jahren bestehender Magersucht, ausgeprägter Gewichtsphobie, fast |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|
| | | | | | <p>Nahrungsaufnahme bei Anorexia nervosa) ist der diagnostische und therapeutische Aufwand sehr hoch. Patientinnen und Patienten des Behandlungsbereichs KJ3, die ihrer Behandlung nicht zustimmen, müssen zumeist familiengerichtlich oder nach den Unterbringungsgesetzen der Bundesländer untergebracht werden. Die Intensität der Behandlung muss aus der Dokumentation ersichtlich sein. Die Behandlung im Behandlungsbereich KJ3 ist in der Regel eine Durchgangsphase, meist in Richtung auf Behandlungsbereich KJ2. Sie kann aber auch als Kriseninterventionsphase von jeder anderen Ebene oder aus dem außerstationären Bereich heraus notwendig werden. Die Jugendlichen bedürfen in ihrer akuten Krisensituation mehrmals täglich ärztlicher oder psychotherapeutischer Interventionen und einer intensiven Betreuung/Überwachung durch den Pflege-/ Erziehungsdienst (störungsspezifische Einzelbetreuung oder in der Kleinstgruppe, bis zu 3 Patientinnen oder Patienten). Auch die Akutphase der Behandlung jugendlicher Suchtpatientinnen und Suchtpatienten ist hier</p> | <p>kompletter Nahrungsverweigerung bis auf einige wenige Nahrungsmittel und völlig fehlender Krankheitseinsicht, multiplen und stark ausgeprägten Strategien der Gewichtsreduktion; BMI 12 kg/m². Dieses ist der vierte vollstationäre Aufenthalt der Patientin, die zwischen Pädiatrie und KJPP pendelt. Die Eltern haben der Tochter über den größten Teil des Krankheitsverlaufs nachgegeben und stationäre Behandlungen immer wieder beendet. Die vital gefährdete, stets hypotone und bradykarde Jugendliche bedarf einer regelmäßigen Vitalzeichenkontrolle. Die Überwachung der Nahrungsaufnahme sowie der zunehmend notwendigen Sondierung nimmt jeden Tag zeitintensive Betreuung durch das Pflegepersonal in Anspruch. Ausgang ins Freie kann nur in enger Begleitung erfolgen, da sie sonst in einen starken Bewegungsdrang verfällt. Kreative Angebote kann sie kaum ausfüllen oder umsetzen, Musiktherapie wird verweigert.</p> |
|--|--|--|--|--|---|---|

| | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|--|
| | | | | | einzugruppieren. | |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 3]</p> <p>GKV-SV: KJ5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</p> | <p>Langfristig schwer psychisch kranke und mehrfach behinderte Kinder, Jugendliche und Heranwachsende, selbstgefährdet, fremdgefährdend, erregt, desorientiert</p> | <p>Verhaltenskorrektur und Vermittlung grundlegender lebenspraktischer und sozialer Fertigkeiten als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen (evtl. Aufgabenbereich KJ4)</p> | <p>Medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Verlaufsdiagnostik; heilpädagogische Gruppenbehandlung; Elternberatung; Familientherapie; funktionelle Therapie (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Künstlerische Therapie, Spezialtherapie)</p> | | <p>In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppieren, die eine anhaltend akute psychische Erkrankung und häufig eine Mehrfachbehinderung (geistige und körperliche Behinderung) aufweisen. Diese Patientinnen und Patienten können in der Regel nicht selbständig zu therapeutischen Aktivitäten oder diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen. Sie benötigen eine hohe Pflege- und Betreuungsintensität. Therapie ist überwiegend nur im Einzelkontakt oder in Kleinstgruppen möglich. Die pflegerischen, betreuenden und heilpädagogischen Maßnahmen werden ergänzt durch Ergotherapie, Künstlerische Therapien und weitere Spezialtherapien. Um an den therapeutischen Interventionen teilnehmen zu können, benötigen die Patientinnen und Patienten ein hohes Maß an Fremdstrukturierung und Fremdmotivation.</p> | <p>Patient, Alter 12 Jahre, mit frühkindlichem Autismus und mittelgradiger Intelligenzminderung, einem Sprachniveau auf der Ebene von Drei-Wort-Sätzen, fortbestehender Enuresis und behandlungsbedürftiger Epilepsie. Er kann sich für ca. zehn Minuten einer Beschäftigung widmen, zeigt gelegentlich aggressive Durchbrüche vor allem in unberechenbaren neuen Situationen; er muss dann in einen reizarmen Raum verbracht werden. Der Besuch der Geistigbehinderten-Schule wird nun in der beginnenden Pubertät dadurch erschwert, dass er unter Reizüberflutung Mitschülerinnen und Mitschüler angreift, Rollstühle umwirft etc. Eine Betreuung im Elternhaus ist nach dem unerwarteten Tod der bislang verwöhnenden und nachgiebigen Mutter nicht mehr möglich. Eine psychotherapeutische Unterstützung der Trauer kann nur punktuell erfolgen. Derzeit steht die Behandlung und das Auffangen häufiger raptusähnlicher Zustände mit Schreien im Vordergrund. Medikamentöse Einstellungsversuche benötigen lange Zeiträume. Die Überleitung in eine Behinderteneinrichtung kann erfolgen, sobald er auf der Langzeitbehandlungsstation der Klinik ausreichend führbar erscheint und hinreichend Erfahrungen mit Sicherheit</p> |

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
| | | | | | gebenden und begrenzenden Ritualen gesammelt worden sind. |
| DKG: KJ5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker | Langfristig schwer psychisch kranke und mehrfach behinderte Kinder, Jugendliche und Heranwachsende, selbstgefährdet, fremdgefährdend, erregt, desorientiert | Verhaltenskorrektur und Vermittlung grundlegender lebenspraktischer und sozialer Fertigkeiten als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen (evtl. Aufgabenbereich KJ4) | Medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Verlaufsdagnostik; heilpädagogische Gruppenbehandlung; Elternberatung; Familientherapie; funktionelle Therapie (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Künstlerische Therapie, Spezialtherapie) | In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppiert, die eine anhaltend akute psychische Erkrankung und häufig eine Mehrfachbehinderung (geistige und körperliche Behinderung) aufweisen. Diese Patientinnen und Patienten können in der Regel nicht selbständig zu therapeutischen Aktivitäten oder diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen. Sie benötigen eine hohe Pflege- und Betreuungsintensität. Therapie ist überwiegend nur im Einzelkontakt oder in Kleinstgruppen möglich. Die pflegerischen, betreuenden und heilpädagogischen Maßnahmen werden ergänzt durch Ergotherapie, Künstlerische Therapien und weitere Spezialtherapien. Um an den therapeutischen Interventionen teilnehmen zu können, benötigen die Patientinnen und Patienten ein hohes Maß an Fremdstrukturierung und Fremdmotivation. | Patient, Alter 12 Jahre, mit frühkindlichem Autismus und mittelgradiger Intelligenzminderung, einem Sprachniveau auf der Ebene von Drei-Wort-Sätzen, fortbestehender Enuresis und behandlungsbedürftiger Epilepsie. Er kann sich für ca. zehn Minuten einer Beschäftigung widmen, zeigt gelegentlich aggressive Durchbrüche vor allem in unberechenbaren neuen Situationen; er muss dann in einen reizarmen Raum verbracht werden. Der Besuch der Geistig-behinderten-Schule wird nun in der beginnenden Pubertät dadurch erschwert, dass er unter Reizüberflutung Mitschülerinnen und Mitschüler angreift, Rollstühle umwirft etc. Eine Betreuung im Elternhaus ist nach dem unerwarteten Tod der bislang verwöhnten und nachgiebigen Mutter nicht mehr möglich. Eine psychotherapeutische Unterstützung der Trauer kann nur punktuell erfolgen. Derzeit steht die Behandlung und das Auffangen häufiger raptusähnlicher Zustände mit Schreien im Vordergrund. Medikamentöse Einstellungsversuche benötigen lange Zeiträume. Die Überleitung in eine Behinderteneinrichtung kann erfolgen, sobald er auf der Langzeitbehandlungsstation der Klinik ausreichend führbar erscheint und hinreichend |

| | | | | | | |
|--|----------------------|---|---|--|--|--|
| | | | | | Erfahrungen mit Sicherheit gebenden und begrenzenden Ritualen gesammelt worden sind. | |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 3]</p> <p>KJ6 Eltern-Kind-Behandlung (gemeinsame Aufnahme von Kind und Bezugspersonen)</p> | <p>GKV-SV</p> | <p>Kinder mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, Kommunikations- und Interaktionsstörungen, selbstverletzendem Verhalten, <u>die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Eltern-Kind-Setting vollstationär behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-686 (Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllen.</u></p> | <p>Stärkung der elterlichen Erziehungs- und Betreuungskompetenz auf der Basis der Entwicklungsdiagnostik; Einleitung ambulanter Behandlung</p> | <p>Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Frühtherapie; Elternberatung; Familientherapie; spezielle Therapieprogramme für Kind und Eltern (Erzieher) als kurzfristige Intensivmaßnahme; funktionelle Therapien (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Künstlerische Therapie, Spezialtherapie)</p> | <p>In diesen Behandlungsbereich sind psychisch kranke Kinder (auch psychisch kranke Jugendliche bei Vorliegen tiefgreifender Entwicklungsstörungen, wie z. B. Autismus, oder mittelgradiger bis schwerer Intelligenzminderung) einzugruppieren, bei denen die Mitaufnahme der Bezugsperson therapeutisch erforderlich ist, weil die Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson ein zentraler Fokus der Behandlung ist. Überwiegender Bestandteil der Eltern-Kind-Behandlung ist die gemeinsame Therapie des Kindes und der Bezugsperson(en) sowie die Anleitung/Beratung/Psychoedukation der in der Regel hoch belasteten Bezugsperson(en). Eine Eltern-Kind-Behandlung hilft Familien, mit der psychischen Erkrankung, den Verhaltensauffälligkeiten bzw. mit der Behinderung ihres Kindes einen angemessenen Umgang zu finden.</p> | <p>Patient, Alter sieben Jahre, hat bisher keinen Kindergarten besucht und fiel bei der Einschulungsuntersuchung dadurch auf, dass er sich überwiegend krabbelnd fortbewegt, andererseits sehr bedürfnisorientiert ist und die Mutter schlägt. Die Mutter scheint das Kind vor der Umwelt beschützen zu wollen, kann ihm keine Grenzen setzen und gibt wenig Entwicklungsanreize. Mutter und Kind werden aufgenommen, um eine Entwicklungsdiagnostik beim Kind vorzunehmen und die Ressourcen der Mutter einzuschätzen. Vater und Großmutter sollen dabei einbezogen werden.</p> |
| | <p>DKG</p> | <p>Kinder mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, Kommunikations- und Interaktionsstörungen, selbstverletzendem Verhalten</p> | <p>Stärkung der elterlichen Erziehungs- und Betreuungskompetenz auf der Basis der Entwicklungsdiagnostik; Einleitung ambulanter Behandlung</p> | <p>Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Frühtherapie; Elternberatung; Familientherapie; spezielle Therapieprogramme für Kind und Eltern (Erzieher)</p> | <p>In diesen Behandlungsbereich sind psychisch kranke Kinder (auch psychisch kranke Jugendliche bei Vorliegen tiefgreifender Entwicklungsstörungen, wie z. B. Autismus, oder mittelgradiger bis schwerer Intelligenzminderung)</p> | <p>Patient, Alter sieben Jahre, hat bisher keinen Kindergarten besucht und fiel bei der Einschulungsuntersuchung dadurch auf, dass er sich überwiegend krabbelnd fortbewegt, andererseits sehr bedürfnisorientiert ist und die Mutter schlägt. Die Mutter scheint</p> |

| | | | | | | |
|--|---------------|---|---|---|--|---|
| | | | | als kurzfristige Intensivmaßnahme, funktionelle Therapien (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Künstlerische Therapie, Spezialtherapie) | einzugruppierten, bei denen die Mitaufnahme der Bezugsperson therapeutisch erforderlich ist, weil die Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson ein zentraler Fokus der Behandlung ist. Überwiegender Bestandteil der Eltern-Kind-Behandlung ist die gemeinsame Therapie des Kindes und der Bezugsperson(en) sowie die Anleitung/Beratung/Psychoedukation der in der Regel hoch belasteten Bezugsperson(en). Eine Eltern-Kind-Behandlung hilft Familien, mit der psychischen Erkrankung, den Verhaltensauffälligkeiten bzw. mit der Behinderung ihres Kindes einen angemessenen Umgang zu finden. | das Kind vor der Umwelt beschützen zu wollen, kann ihm keine Grenzen setzen und gibt wenig Entwicklungsanreize. Mutter und Kind werden aufgenommen, um eine Entwicklungsdiagnostik beim Kind vorzunehmen und die Ressourcen der Mutter einzuschätzen. Vater und Großmutter sollen dabei einbezogen werden. |
| [Folgedissens zu § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 3] KJ7 Tagesklinische Behandlung⁷ | GKV-SV | Kinder und Jugendliche mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen | Wahrung der Integration in Familie oder Heim; Verbesserung der psychosozialen Kompetenz; Befähigung zu Schulbesuch bzw. Fortsetzung der beruflichen Ausbildung | Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische Behandlung; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; funktionelle Therapien (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Künstlerische Therapie, Spezialtherapie); Entwicklungstherapie | In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppierten. Voraussetzungen für teilstationäre, im Folgenden „tagesklinische“ Behandlung genannt, sind: <ul style="list-style-type: none"> — Fähigkeit des Kindes oder Jugendlichen zur Mitwirkung in der Behandlung — ein ausreichend belastbares soziales Umfeld | Patientin, Alter zwölf Jahre, hat bereits seit drei Monaten die Schule nicht mehr besucht. Das auslösende Ereignis sei die kritische Äußerung einer Lehrerin zu einem sorgsam vorbereiteten Vortrag gewesen, von der Patientin „mehr erwartet“ zu haben. Die Patientin sei vor Scham errötet und habe am ganzen Körper gezittert. Seither verspüre sie ein wachsendes Unbehagen bereits bei dem Gedanken, in die Schule zu müssen, erwarte schon im Vorhinein Kritik an ihrem Handeln und erröte leicht. Sie habe das Gefühl, alle in der Klasse |

⁷ Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Die Patientin oder der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die sie oder ihn auch vollstationär behandeln würde.

| | | | | | | |
|--|------------|---|--|---|---|--|
| | | | | | <p>— die vorhandene Bereitschaft und Fähigkeit der Erziehungsberechtigten zur aktiven Mitwirkung bei der Behandlung</p> <p>— ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden.</p> <p>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.</p> | <p>würden sie prüfend betrachten, was wiederum Schamesröte hervorrufe und sie zittern lasse. Seit einer morgendlichen Panikattacke mit Kreislaufsensationen und Übelkeit verweigert sie endgültig den Schulbesuch. Ein durch die besorgten Eltern initiiertes Schulwechsel auf die Nachbarschule habe nicht den erhofften Erfolg gebracht. Das teilstationäre Setting wird gewählt, um die gefürchtete Trennung der Patientin von den Eltern auf ein Minimum zu reduzieren. Im Rahmen einer kognitiv-verhaltensorientierten Therapie wird das tagesklinische Setting einschließlich der Klinikschule im Sinne einer Exposition genutzt, um eine systematische Desensibilisierung und Reaktionsverhinderung durchzuführen. Des Weiteren sollen verfestigte, störungsunterstützende Faktoren im Familiensystem verändert werden.</p> |
| | DKG | Kinder und Jugendliche mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen | Wahrung der Integration in Familie oder Heim; Verbesserung der psychosozialen Kompetenz; Befähigung zu Schulbesuch bzw. Fortsetzung der beruflichen Ausbildung | Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische Behandlung; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; funktionelle Therapien (z. B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, | In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppierten. Voraussetzungen für teilstationäre, im Folgenden „tagesklinische“ Behandlung genannt, sind: <ul style="list-style-type: none"> - Fähigkeit des Kindes oder Jugendlichen zur Mitwirkung in der | Patientin, Alter zwölf Jahre, hat bereits seit drei Monaten die Schule nicht mehr besucht. Das auslösende Ereignis sei die kritische Äußerung einer Lehrerin zu einem sorgsam vorbereiteten Vortrag gewesen, von der Patientin „mehr erwartet“ zu haben. Die Patientin sei vor Scham errötet und habe am ganzen Körper gezittert. Seither verspüre sie ein wachsendes Unbehagen bereits bei dem Gedanken, in die Schule zu müssen, erwarte schon |

| | | | | | | |
|--|----------------------|---|--|---|---|---|
| | | | | <p>Künstlerische Therapie, Spezialtherapie); Entwicklungstherapie</p> | <p>Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - ein ausreichend belastbares soziales Umfeld - die vorhandene Bereitschaft und Fähigkeit der Erziehungsberechtigten zur aktiven Mitwirkung bei der Behandlung - ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden. <p>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.</p> | <p>im Vorhinein Kritik an ihrem Handeln und erröte leicht. Sie habe das Gefühl, alle in der Klasse würden sie prüfend betrachten, was wiederum Schamesröte hervorrufe und sie zittern lasse. Seit einer morgendlichen Panikattacke mit Kreislaufsensationen und Übelkeit verweigert sie endgültig den Schulbesuch. Ein durch die besorgten Eltern initiiertes Schulwechsel auf die Nachbarschule habe nicht den erhofften Erfolg gebracht. Das teilstationäre Setting wird gewählt, um die gefürchtete Trennung der Patientin von den Eltern auf ein Minimum zu reduzieren. Im Rahmen einer kognitiv-verhaltenorientierten Therapie wird das tagesklinische Setting einschließlich der Klinikschule im Sinne einer Exposition genutzt, um eine systematische Desensibilisierung und Reaktionsverhinderung durchzuführen. Des Weiteren sollen verfestigte, störungsunterstützende Faktoren im Familiensystem verändert werden.</p> |
| <p>[Folgedissens zu § 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 3]</p> <p>KJ9 Stationsäquivalente Behandlung</p> | <p>GKV-SV</p> | <p>Psychisch kranke Kinder und Jugendliche, die <u>einer stationsäquivalenten Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen</u> <u>stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden.</u></p> | | | | |

| | | | | | | |
|--|-------------------|---|--|--|--|--|
| | <p>DKG</p> | <p>Psychisch kranke Kinder und Jugendliche, die einer stationsäquivalenten Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen</p> | | | | |
|--|-------------------|---|--|--|--|--|

Hinweis:

Einzelne Folgeänderungen zu Änderungsvorschlägen im Paragraphenteil, insbesondere zu denen des GKV-SV zu § 3 und § 6 Abs. 3 sowie des DPR zu § 6a, sind in Anlage 3 noch nicht abschließend dargestellt und werden redaktionell nachgezogen.

Anlage 3 Nachweis

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

Ausfüllhinweis:

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

Weitere Erläuterung zum Nachweis:

| Folgedissens zu § 11 | |
|---|---|
| GKV-SV | DKG |
| Dieser Nachweis ist in einen Teil A und einen Teil B gegliedert. Teil A und Teil B des Nachweises werden gemeinsam gemäß § 11 Absatz 13 in der Übergangszeit bis zum 1. Januar 2024 5 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 5 quartalsweise an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt, danach jährlich. Ausgenommen von der quartalsweisen Lieferung ist in der Übergangszeit das Erfassungsjahr 2020. Die diesbezüglichen Nachweise werden für alle vier Quartale gemeinsam bis zum 30. April 2021 übermittelt. | Dieser Nachweis ist in einen Teil A und einen Teil B gegliedert. Teil A und Teil B des Nachweises werden gemeinsam gemäß § 11 Absatz 13 in der Übergangszeit bis zum 1. Januar 20245 quartalsweise <u>jährlich</u> 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 20245 quartalsweise <u>und</u> an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt, danach jährlich. Ausgenommen von der quartalsweisen Lieferung ist in der Übergangszeit das Erfassungsjahr 2020. Die diesbezüglichen Nachweise werden für alle vier Quartale gemeinsam bis zum 30. April 2021 <u>übermittelt</u> |

Bei Nichterfüllung ~~wird ist~~ Teil A gemäß ~~§ 11 Absatz 13 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 11 Absatz 23~~ ab dem 1. Januar 2021~~2~~ quartalsweise zusätzlich an die ~~Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und die~~ Landesaufsichtsbehörde zu übermittel~~t~~n.

Administrative Daten:

Jahr der Leistungserbringung: _____

Name der Klinik/Abteilung: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Straße: _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Institutionskennzeichen (Haupt-IK): _____

Standort-ID: _____

Modellvorhaben nach § 64b SGB V? Ja/Nein

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

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

Erläuterung: _____ (Freitextfeld bis 999 Zeichen)

Erstmalige Leistungserbringung? Ja/Nein

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

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 5⁸ gilt die regionale Pflichtversorgung? _____
3. Verfügt die Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5⁶ mit regionaler Pflichtversorgung über geschlossene Bereiche? Ja/Nein
4. Verfügt die Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5⁶ mit regionaler Pflichtversorgung über 24-Stunden-Präsenzdienste? Ja/Nein
5. Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen oder Patienten mit gesetzlicher Unterbringung
 - Erwachsenenpsychiatrie _____ BT (0 bis 999 999)
 - Psychosomatik _____ BT (0 bis 999 999)
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie _____ BT (0 bis 999 999)
6. Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen oder Patienten mit landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme
 - Erwachsenenpsychiatrie _____ BT (0 bis 999 999)
 - Psychosomatik _____ BT (0 bis 999 999)
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie _____ BT (0 bis 999 999)

⁸ Fachabteilung „29 – Psychiatrie (Erwachsene)“, Fachabteilung „30 – Kinder- und Jugendpsychiatrie“, Fachabteilung „31 – Psychosomatik“

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN**[DKG für Streichung: A2. Datenfelder zur Organisationsstruktur des Standortes**

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

Tabelle A2.1: Organisationsstruktur des Standortes

| Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen | Station (ID) | Bezeichnung der Station | Planbetten der vollstationären Versorgung | Planplätze der teilstationären Versorgung |
|--|--------------|-------------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |
| | | | | |

Zulässige Werte:

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

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

Tabelle A2.2: Therapeutische Einheiten

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

Zulässige Werte:

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

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

Spalte 3: A für geschützte Akut- bzw. Intensivstation,
B für fakultativ geschlossene Station,

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

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

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

Spalte 5: Freitextfeld bis 999 Zeichen]

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN

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

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (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; im Erfassungsjahr 2021: Kalenderjahr des Nachweises oder 2019

Spalte 3: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:

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

| GKV-SV/PatV | DKG |
|---|--|
| 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. | 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. |

[Folgedissens zu § 6 Abs. 3:**GKV-SV für Streichung: 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; im Erfassungsjahr 2021: Kalenderjahr des Nachweises oder 2019

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. Soweit im gesamten Zeitraum keine Stichtagserhebung zur Ermittlung der Behandlungstage nach Behandlungsbereichen vorliegt, ist die zuletzt vorliegende Stichtagserhebung eines vorangegangenen Zeitraums zu verwenden. 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.]

[Folgeänderung zur Streichung von Tabelle A3.2 (GKV-SV) bzw. von Teil B (DKG):

~~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; im Erfassungsjahr 2021: Kalenderjahr des Nachweises oder 2019

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. Die Angabe ist kaufmännisch ohne Dezimalstelle zu runden.

Hinweis:

| <i>Folgedissens zu § 2 Abs. 7</i> | |
|---|--|
| GKV-SV/PatV | DKG |
| Die quartalsbezogene Anzahl der Behandlungstage je Behandlungsbereich für die differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 (Spalte 4) ergibt sich aus der Summe der stations- und monatsbezogenen Werte in Tabelle B1.3. | Die 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. |

| <i>Folgedissens zu § 6 Abs. 3</i> | |
|---|-------------------|
| GKV-SV | DKG |
| <u>Die Behandlungstage eines Behandlungsbereiches ergeben sich aus der Anzahl der im jeweiligen Quartal behandelten Patientinnen und Patienten und deren Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des Kapitel 9 der Internationalen Klassifikation der Prozeduren (OPS).</u> | [keine Übernahme] |

Liegt im Berichtsquartal die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in mindestens einem Behandlungsbereich um mehr als 2,5 Prozent über oder mehr als 2,5 Prozent unter der nach § 6 Absatz 3 ermittelten Anzahl der Behandlungstage des Vorjahres, erfolgt die Ermittlung der Mindestvorgaben

abweichend auf der Basis der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage und Patienteneinstufungen des laufenden Quartals. Zum Nachweis der Vorgaben nach § 6 Absatz 3 sind in dieser Tabelle sowohl die Behandlungstage für den Bezugszeitraum des Vorjahres als auch die Behandlungstage für das aktuelle Quartal anzugeben.

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN

[Folgedissens zu § 2 Abs. 7:

DKG für Streichung: 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 sowie 297 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29)/307 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30)

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

Spalte 3: 01 bis 12

Spalte 4: bei Spalte 1 = 29, 297 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,
bei Spalte 1 = 30 oder 307 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1

Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 999 999,99

Hinweis:

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

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

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

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

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

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN

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

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

Tabelle A5.1.1: 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 % | Mindest-anforderung der Berufsgruppe erfüllt: ja/nein |
|--|---------------|---|--|--|--|--|--|---|
| | | | | Anrechnung Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS | Anrechnung Fach- <u>oder</u> Hilfskräfte 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 sowie 297 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29)/307 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30)

Spalte 2: bei Spalte 1 = 29, 297 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1, bei Spalte 1 = 30 oder 307 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1

Spalten 3 bis 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.

Hinweis zur stationsäquivalenten Behandlung:

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

| GKV-SV | DKG |
|-------------------|---|
| [keine Übernahme] | <p><u>Hinweis zu Spalte 4:</u></p> <p><u>Die Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist in Spalte 5 erfolgt anhand des auf der Station jeweils tätigen Personals der Berufsgruppen nach § 5. Dabei sind die tatsächlich geleisteten Vollkraftstunden für alle Tätigkeiten des Regeldienstes gemäß § 2 Absatz 3 anzugeben. Die diesbezüglichen Regelaufgaben sind in Anlage 4 beschrieben. Personal, das auch Leitungstätigkeiten übernimmt, ist in dem Umfang zu berücksichtigen, in dem es Regelaufgaben nach Anlage 4 erbringt. Personal und Dienste, die Regelaufgaben nach Anlage 4 im Zusammenhang mit Besonderheiten der strukturellen und organisatorischen Situation der Einrichtung gemäß § 2 Absatz 10 Satz 1 zweiter Spiegelstrich und der Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung gemäß § 2 Absatz 10 Satz 1 vierter Spiegelstrich erbringen, sind zu berücksichtigen.</u></p> <p><u>Nicht zu berücksichtigen sind Zeiten für folgende Dienste und Tätigkeiten gemäß § 2 Absatz 10 Satz 1 erster und dritter Spiegelstrich:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>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)</u> - <u>Leitungskräfte, Bereitschaftsdienste außerhalb des Regeldienstes, ärztliche Rufbereitschaft, ärztlicher Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken, Nachtdienste Pflege, Genesungsbegleitung.</u> |

| | |
|--|---|
| | <p><u>Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind Zeiten von Personal, das nicht den Berufsgruppen nach § 5 zuzuordnen ist, auch wenn diese im Zusammenhang mit regionalen und strukturellen Besonderheiten nach § 6 Absatz 2 BPfIV und nach § 2 Absatz 10 Satz 1 zweiter Spiegelstrich erbracht werden.</u></p> <p><u>Für die Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung sind die entsprechenden Hinweise in Tabelle A5.1 zu berücksichtigen.</u></p> |
|--|---|

[Folgedissens zu § 16 Abs. 6 (DKG)/Abs. 7 (GKV-SV):

DKG:

Tabelle A5.1.2: Erläuterung von Überschreitungen der Höchstgrenzen gemäß § 8 Absatz 5 PPP-RL

| <u>Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen</u> | <u>Berufsgruppe</u> | <u>Begründung</u> |
|---|---------------------|-------------------|
| <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| | | |
| | | |

Spalte 1: 29 für Erwachsenenpsychiatrie/30 für Kinder- und Jugendpsychiatrie/31 für Psychosomatik sowie 297 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29)/307 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30)

Spalte 2: bei Spalte 1 = 29, 297 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1, bei Spalte 1 = 30 oder 307 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1

Spalte 3: Freitextfeld bis 2 000 Zeichen

Tabelle A5.1.3: Mindestvorgaben pflegerischer Nachtdienst in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie

| <u>Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen</u> | <u>Mindestvorgabe pflegerischer Nachtdienst der differenzierten Einrichtung in VKS je Nacht</u> | <u>durchschnittliche VKS-Ist pflegerischer Nachtdienst je Nacht</u> |
|---|---|---|
| <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> |
| | | |
| | | |

Zulässige Werte:

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

Spalten 2 und 3: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Tabelle A5.1.4: Durchschnittliche Personalausstattung des pflegerischen Nachtdienstes in der Psychosomatik

| <u>Anzahl der Nachtdienste nach größenskalierender Bezugsgröße</u> | <u>durchschnittliche VKS-Ist pflegerischer Nachtdienst je Nacht</u> |
|--|---|
| <u>1</u> | <u>2</u> |
| | |
| | |

Zulässige Werte:

Spalte 1: 0 bis 20

Spalten 2 und 3: Zahlenwerte 0 bis 999 999 |

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

| Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen | Bezugsjahr der Mindestvorgabe | Umsetzungsgrad der differenzierten Einrichtung in % | Mindestanforderung der differenzierten Einrichtungen erfüllt: ja/nein | <u>Mindestanforderung pflegerischer Nachtdienst erfüllt: ja/nein</u> |
|--|-------------------------------|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | <u>5</u> |
| | | | | |
| | | | | |

Zulässige Werte:

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

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

Spalte 3: Zahlenwerte 0 bis 999,99

Spalten 4 und 5: ja/nein

Spalte 5: nur für die Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie auszufüllen

Hinweis:

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

| | |
|--|--|
| <i>Folgedissens zu § 7 Abs. 4 Satz 3</i> | |
| GKV-SV/PatV | DKG |
| <i>[keine Übernahme]</i> | <u>Bei Standorten, die ausschließlich eine Tagesklinik umfassen, sind die Mindestanforderungen der differenzierten Einrichtung erfüllt, wenn der geforderte Umsetzungsgrad der Einrichtung erreicht wurde.</u> |

Tabelle A5.3: Anrechnung von Fachkräften gemäß § 8 [PatV für Streichung: 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 ⁹ |
|--|--|---|--|---------------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | | | | | |
| | | | | | |

Zulässige Werte:

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

Spalte 2: 5 für Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL, 6 für Fachkräfte oder Hilfskräfte aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen, 7 für Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis

Spalte 3: bei Spalte 2 = 5 oder 7 Buchstaben a bis f, bei Spalte 2 = 6 Freitextfeld bis 150 Zeichen

Spalte 4: bei Spalte 1 = 29 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,
bei Spalte 1 = 30 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1

Spalte 5: Zahlenwert 0 bis 999 999,99

Spalte 6: Freitextfeld bis 2 000 Zeichen

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

[Folgedissens zu § 6 Abs. 7:

GKV-SV:

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

| <u>Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen</u> | <u>Tatsächliche Personalausstattung pflegerischer Nachtdienst im Quartal in VKS</u> | <u>Anzahl Nächte im Quartal</u> | <u>Anzahl vollstationärer Planbetten</u> | <u>Anteil Intensivbehandlung im Vorjahr in %</u> | <u>Mindestvorgabe pflegerischer Nachtdienst in VKS je Nacht</u> | <u>Anzahl Nächte, in denen die Mindestvorgabe erfüllt wurde</u> | <u>durchschnittliche VKS-Ist pflegerischer Nachtdienst je Nacht</u> |
|---|---|---------------------------------|--|--|---|---|---|
| <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>5</u> | <u>6</u> | <u>7</u> | <u>8</u> |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Zulässige Werte:

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

Spalte 2: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Spalte 3: Zahlenwerte 90 bis 92

Spalten 4, 6 und 8: Zahlenwerte 0 bis 9 999

Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 100,00

Spalte 7: Zahlenwerte 0 bis 92

Hinweis:

Die Tabelle enthält die quartalsbezogenen Angaben zur Mindestvorgabe und zur tatsächlichen Personalausstattung der Pflegefachpersonen im Nachtdienst der differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5.]

[DPR:**Tabelle A5.4: Mindestvorgaben der Pflegefachpersonen im Nachtdienst**

| <u>Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen</u> | <u>Pflichtversorgung Nachtdienst</u> | <u>Stationsgrößen gemäß § 9 Absatz 1</u> | <u>Vereinbarte vollstationäre Tagesbelegung</u> | <u>Mindestnacht-dienstplätze nach PPP-RL</u> |
|---|--------------------------------------|--|---|--|
| <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>5</u> |
| | | | | |
| | | | | |

Zulässige Werte / Berechnung (gegraute Felder werden automatisch ermittelt):

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

Spalte 2: ja/nein

Spalte 3: Berechnung: Wenn Spalte 1 = 29 oder Spalte 1 = 31, dann 18
Wenn Spalte 1 = 30, dann 12

Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 9 999,0

Die vereinbarte vollstationäre Tagesbelegung ist wie in den Tragenden Gründen beschrieben zu ermitteln und einzutragen.

Spalte 5: Berechnungsformel: Wenn Spalte 2 = ja, dann Spalte 4 / Spalte 3 x 1,7 gerundet auf 0 Stellen

Wenn Spalte 2 = nein, dann Spalte 4 / Spalte 3 x 1,0 gerundet auf 0 Stellen

Zahlenwerte 0 bis 999

Hinweis:

Die Tabelle enthält die quartalsbezogene Ermittlung der Mindestnachtendienstplätze der differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 zur Mindestvorgabe zur Personalausstattung der Pflegefachpersonen im Nachtdienst.

Tabelle A5.5: Tatsächliche Besetzung der Nachtdienste

| <u>Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen</u> | <u>Geleistete Nachtdienste im Quartal</u> | <u>Anzahl Nächte im Quartal</u> | <u>Anzahl der geleisteten Nachtdienste je Kalendernacht</u> | <u>Mindestnacht-dienstplätze nach PPP-RL (A5.4 Nr. 5)</u> | <u>Nachtdienst-besetzung PPP-RL in %</u> |
|---|---|---------------------------------|---|---|--|
| <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>5</u> | <u>6</u> |
| | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |

Zulässige Werte / Berechnung (gegraute Felder werden automatisch ermittelt):

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

Spalte 2: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Spalte 3: Zahlenwerte 90 bis 92

Spalte 4: Berechnung: Spalte 2 / Spalte 3

Zahlenwerte 0 bis 999,9

Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 999 (muss A5.4 Spalte 5 entsprechen)

Spalte 6: Berechnung Spalte 4 / Spalte 5

Zahlenwerte 0,00% bis 999,99%

Hinweis:

Die Tabelle enthält den quartalsbezogenen Nachweis der Besetzung der Mindestnachtdienstplätze der differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 zur Mindestvorgabe zur Personalausstattung der Pflegefachpersonen im Nachtdienst.]

Nachweis Teil A PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN

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

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

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

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

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

Zulässige Werte:

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

Spalte 2: Q1.Q2.Q3.Q4 für quartalsbezogene Zeiträume und 01 bis 12 für kalendermonatsbezogene Zeiträume; 1.3 für ein nicht auf einen Kalendermonat bezogenes Drittel des Quartals, 2.3 für zwei nicht auf zwei Kalendermonate bezogene Drittel des Quartals

Spalten 3 bis 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Spalte 5: 0 bis 999,99

Spalte 6: Freitextfeld bis 999 Zeichen

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

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

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

Zulässige Werte:

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

Spalte 2: Q1.Q2.Q3.Q4 für quartalsbezogene Zeiträume und 01 bis 12 für kalendermonatsbezogene Zeiträume; 1.3 für ein nicht auf einen Kalendermonat bezogenes Drittel des Quartals, 2.3 für zwei nicht auf zwei Kalendermonate bezogene Drittel des Quartals

Spalten 3 bis 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Spalte 5: 0 bis 999,99

Spalte 6: Freitextfeld bis 999 Zeichen

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

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

| Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen | Zeitraum [DKG: <u>von... bis...</u>] | Auswirkungen auf die Behandlungsleistungen (Freitext) | Auswirkungen auf die Personalausstattung (Freitext) | Gründe für Abweichungen (Freitext) |
|--|--|--|--|---------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | |
| | | | | |

Zulässige Werte:

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

Spalte 2: Q1.Q2.Q3.Q4 für quartalsbezogene Zeiträume und 01 bis 12 für kalendermonatsbezogene Zeiträume; 1.3 für ein nicht auf einen Kalendermonat bezogenes Drittel des Quartals, 2.3 für zwei nicht auf zwei Kalendermonate bezogene Drittel des Quartals

Spalte 3 bis 5: Freitextfeld bis 999 Zeichen

A6.4: Datenfelder zur Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen

Hinweis:

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

Tabelle A6.4.1: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Zeiträume

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

Zulässige Werte:

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

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

Tabelle A6.4.2: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung

Der Nachweis erfolgt entsprechend der Tabelle A5.1.

Tabelle A6.4.3: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Umsetzungsgrad und Erfüllung

Der Nachweis erfolgt entsprechend der Tabelle A5.2.

Tabelle A6.4.4: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Anrechnung von Fachkräften im Tagdienst

Der Nachweis erfolgt entsprechend der Tabelle A5.3.

A7. Erläuterungen und Hinweise des Standortes zu den getroffenen Angaben

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

Freitextfeld: bis 3 500 Zeichen

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

[Folgedissens zu § 2 Abs. 7:

DKG für Streichung:

Teil B des Nachweises zur PPP-RL

Hinweis:

Die DKG schlägt eine Streichung des gesamten Teils B vor, nachfolgend im Änderungsmodus sichtbare Änderungsvorschläge sind solche des GKV-SV.

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 Tabellen A2.1 und A2.2

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

Spalte 4: 01 bis 12

Spalte 5: Zahlenwerte 0 bis 99 999

Hinweis:

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

[Folgeänderung zu § 6 Abs. 3:**GKV-SV für Streichung: 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 Tabellen A2.1 und A2.2

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

Spalte 4: 01 bis 12

Spalte 5: 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. Soweit im gesamten Zeitraum keine Stichtagserhebung zur Ermittlung der Behandlungstage nach Behandlungsbereichen vorliegt, ist die zuletzt vorliegende Stichtagserhebung eines vorangegangenen Zeitraums zu verwenden. 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 Tabellen A2.1 und A2.2

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

Spalte 4: 01 bis 12

Spalte 5: bei Spalte 1 = 29 A1.A2.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. Die Angabe ist kaufmännisch ohne Dezimalstelle zu runden.

[Folgedissens zu § 6 Abs. 3 (GKV-SV):

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. ergeben sich aus der Anzahl der im jeweiligen Quartal behandelten Patientinnen und Patienten und deren Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des Kapitel 9 der Internationalen Klassifikation der Prozeduren (OPS).~~

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

Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN**B2. Datenfelder für Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Station und Monat**

Haupt-IK: _____ Standort-ID: _____ Jahr (JJJ): _____ 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 | Berufsgruppen | 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 Beschäftigungs- verhältnis in VKS | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Zulässige Werte:

Spalte 1: 01 bis 12

Spalte 2: bei [Tabelle B1.3](#) Spalte 1 = 29, 297 oder 31, [hier](#) Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,
bei [Tabelle B1.3](#) Spalte 1 = 30 oder 307, [hier](#) Buchstaben a bis f 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. Für die Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung (Spalte 4) sind die Hinweise zu Spalte 5 von Tabelle A4 zu berücksichtigen. Die Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung erfolgen 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). Für die Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung sind die entsprechenden Hinweise zu Tabelle A5.1 zu berücksichtigen.

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 ¹⁰ |
|-------|---|---|---|---------------------------------------|---------------------------|
| 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 oder Hilfskräfte aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen, 7 für Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis

Spalte 3: bei Spalte 2 = 5 oder 7 Buchstaben a bis f, bei Spalte 2 = 6 Freitextfeld bis 150 Zeichen

Spalte 4: bei Spalte 1 = 29 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,
bei Spalte 1 = 30 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1

Spalte 5: Zahlenwert 0 bis 999 999,99

Spalte 6: Freitextfeld bis 2 000 Zeichen

¹⁰ In den Erläuterungen sind die betroffenen Regelaufgaben nach Anlage 4 aufzuführen.

Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN

[**Folgedissens zu § 16 Abs. 6:**

GKV-SV:

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

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

Die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweis gemäß Teil B3 wird für die Jahre 2020, 2021 und 2022 ausgesetzt. Das Servicedokument nach § 16 Absatz 5 enthält dementsprechend für die Jahre 2020, 2021 und 2022 keine Abfrage zu Teil B3.

| <u>Station</u> | <u>Monat</u> | <u>Behandlungsart</u> | <u>Prozedur</u> | <u>OPS-Datum</u> | <u>Gültigkeitsdauer</u> |
|----------------|--------------|-----------------------|-----------------|------------------|-------------------------|
| <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>5</u> | <u>6</u> |
| | | | | | |

Zulässige Werte:

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

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

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

Spalte 6: Dieses Feld ist nur bei den OPS-Kodes 9-607, 9-617, 9-618, 9-619, 9-61a, 9-61b, 9-626, 9-634, 9-656, 9-672 und 9-686 auszufüllen.

_____ Angabe in Tagen

Hinweise:

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

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

Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT QUARTALSBEZOGEN AUSFÜLLEN**B4. Datenfelder zur Qualifikation des therapeutischen Personals**

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 Referenztablelle B4.2 Spalte 1 oder B4.3 Spalte 1

Spalte 3: Werte aus Referenztablelle B4.2 Spalte 2 oder B4.3 Spalte 2

Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Hinweis:

Die Tabelle enthält Zusatzinformationen zur Qualifikation der tatsächlichen Personalausstattung. Die Differenzierung erfolgt spezifisch für die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 gemäß Referenztabellen B4.2 und für die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 2 gemäß Referenztabellen B4.3. In Spalte 3 können Personen mit zwei und mehr Qualifikationen entsprechend mehrfach den „Davon“-Teilgruppen zugeordnet werden.

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

| Berufsgruppe | Teilgruppe mit spezifischer/zusätzlicher Qualifikation |
|--|---|
| 1 | 2 |
| a) Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | a0) Gesamt |
| | a1) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte |
| | 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 exklusive b2 und b3 |
| | b2) Davon Pflegefachpersonen mit Weiterbildung Psychiatrische Pflege |
| | b3) Davon Pflegefachpersonen mit Bachelor Psychiatrische Pflege |
| | b4) Davon Heilerziehungspflegerinnen oder Heilerziehungspfleger |
| c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen | c0) Gesamt |
| | c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten |
| | c2) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten |
| | c3) Davon Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des PsychThG |
| | c4) Davon Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten c5) Davon Psychologinnen oder Psychologen ohne Approbation |
| d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | d0) Gesamt |
| | d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten |
| | d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten |
| | d3) Davon Spezialtherapeutinnen oder Spezialtherapeuten mit anderer Qualifikation als d1 und d2 |
| e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | e0) Gesamt |
| | e1) Davon Bewegungstherapeutinnen oder Bewegungstherapeuten |
| | e2) Davon Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten |
| f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen | f0) Gesamt |
| | f1) Davon Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter |
| | f2) Davon Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen |
| | f3) Davon Heilpädagoginnen oder Heilpädagogen |
| h) Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter | h0) Gesamt |

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

| Berufsgruppe | Teilgruppe mit spezifischer/zusätzlicher Qualifikation |
|--|--|
| 1 | 2 |
| a) Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | a0) Gesamt |
| | a1) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte |
| | a2) Davon Fachärztinnen oder Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie |
| b) Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst | b0) Gesamt |
| | b1) Davon Pflegefachpersonen exklusive b4 bis b6 |
| | b2) Davon Erzieherinnen oder Erzieher |
| | b3) Davon Heilerziehungspflegerinnen oder Heilerziehungspfleger |
| | b4) Davon Fachpersonen mit Weiterbildung Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| | b5) Davon Fachpersonen mit Bachelor Psychiatrische Pflege |
| c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen (dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten) ¹¹ | c0) Gesamt |
| | c1) Davon approbierte Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten |
| | c2) Davon approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -therapeuten |
| | c3) Davon Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten |
| | c4) Davon Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten mit Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des PsychThG |
| | c5) Davon Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten (KJ) |
| | c6) Davon Psychologinnen oder Psychologen ohne Approbation |
| d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | d0) Gesamt |
| | d1) Davon Ergotherapeutinnen oder Ergotherapeuten |
| | d2) Davon Künstlerische Therapeutinnen oder Künstlerische Therapeuten |

¹¹ Zu den Psychologinnen und Psychologen in der KJP zählen alle approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten in Ausbildung, unabhängig von ihrer Grundqualifikation.

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

Nachweis Teil B PPP-RL FÜR JEDE STATION MONATLICH AUSFÜLLEN**B5. Datenfelder zur tatsächlichen Besetzung im Nachtdienst**

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) | Folgedissens zu § 7 Abs. 8 | |
|--------------|---|---------------------------------------|-------------------------------------|---|--|--|
| | | | | | Anzahl Nächte < 16 [GKV-SV: < 20] VKS je Nacht | Anzahl Nächte < 14 [GKV-SV: < 15] VKS je Nacht |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Zulässige Werte:

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

Spalten 2 bis 5: Zahlenwerte 0 bis 999,99

Spalten 6 und 7: Zahlenwerte 0 bis 31

B6. Erläuterungen und Hinweise des Standortes zu den getroffenen Angaben

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

Freitextfeld: bis 3 500 Zeichen

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

Unterschriften

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

Name

Datum

Unterschrift

Ärztliche Leitung

Pflegedirektion

Geschäftsführung/
Verwaltungsdirektion]

[Folgedissens zu § 11 Abs. 6:**GKV-SV:****Module der Nachweise**

In den Nachweisen wird zum einen zwischen zeitlichen (Monat, Quartal) und räumlichen Bezügen (Station, Einrichtung) sowie zwischen den Inhalten für die verschiedenen Empfänger unterschieden.

Inhalte des Moduls 1 (entsprechen Teil A und Teil B der Nachweise gemäß Anlage 3) werden an das IQTIG übermittelt. Inhalte des Moduls 2 (entsprechen Teil A der Nachweise gemäß Anlage 3) werden an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie ggf. an die Landesaufsichtsbehörden übermittelt.

Die Inhalte der Module müssen teilweise durch die Krankenhäuser dokumentiert werden. Teilweise müssen die Inhalte der Module durch die Spezifikation vorausgefüllt und berechnet werden. An dieser Stelle werden nur die Inhalte aufgeführt, die durch die Krankenhäuser dokumentiert werden müssen. Diese entsprechen dem so genannten „Erhebungsdatensatz“ der Spezifikation.

Erhebungsdatensatz (Dokumentation durch die Krankenhäuser)**1. Administrative Daten**

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

2. Strukturangaben (A2): Datenfelder zur Organisationsstruktur des Standorts

- Tabelle A2.1: Organisationsstruktur des Standortes
- Tabelle A2.2: Therapeutische Einheiten: Spalte 3-5

3. Gesamtbehandlungstage (A3, B1): Datenfelder zur Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche

- Tabelle B1.1: Gesamtbehandlungstage: Spalte 5

4. VKS-IST (A4): Datenfelder für die tatsächliche monatsbezogene und stationsbezogene Personalausstattung im Tagdienst

- Tabelle A4: Tatsächliche Personalausstattung pro Monat und Station: Spalte 3-5

5. VKS-MIND (A5, B2): Datenfelder für Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen

– Tabelle B2.2: Anrechnungen von Fachkräften gemäß § 8 im Tagdienst: Spalte 1-6

6. Ausnahmetatbestände (A6): Datenfelder zu den Ausnahmetatbeständen pro Einrichtung

– Tabelle A6.1: Ausnahmetatbestand Nummer 1 (kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle): Spalte 1-3, 5-6

– Tabelle A6.2: Ausnahmetatbestand Nummer 2 (kurzfristig stark erhöhte Patientenzahl in der Pflichtversorgung): Spalte 1-2, 6

– Tabelle A6.3: Ausnahmetatbestand Nummer 3 (gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen): Spalte 1-5

– Tabelle A6.4.1: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Zeiträume: Spalte 1-2

7. B3. Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Dokumentation der Leistungen zu den Regelaufgaben gemäß Anlage 4)

– Tabelle B3: Spalte 1-3]

Anlage 4 Regelaufgaben

I. **Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) - Erwachsenenpsychiatrie**

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

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

1. Medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung

- Diagnostik: Psychiatrische und psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, Fremdanamnese
- Körperliche Untersuchung, Indizierung weiterer Untersuchungen, Labordiagnostik
- Körperliche Therapie: Medikation, Medikationskontrolle, Befundauswertung, weitere medizinische Behandlung
- Therapieplanung
- Visiten, Kurvenvisiten, Teilnahme Oberarztvisite, Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team (medizinische und psychotherapeutische Befunde)
- Verlaufsuntersuchungen
- Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, Arztbrief, Entlassbericht

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Einzelgespräche/Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme
- Krisenintervention
- Familiengespräche/Familientherapie
- Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
- Rehabilitations- und Nachsorgeplanung
- Maßnahmen im Zusammenhang mit Unterbringungsverfahren einschließlich Anträgen und gutachterlicher Stellungnahmen

3. Gruppentherapie

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

b) Regelaufgaben der Oberärztinnen und Oberärzte

1. Stationsbezogene Tätigkeiten

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

2. Stationsübergreifende Tätigkeiten

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

3. Außenkontakte

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

2. Regelaufgaben des Pflegepersonals

1 Allgemeine Pflege

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

2 Spezielle Pflege

2.1 Somatische Pflege

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

2.2 Psychiatrische Pflege

2.2.1 Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung

- Fortwährende Betreuung und ständige Beobachtung von Kranken mit der jeweils im Pflegeplan vorgesehenen Intensität; tageweise Einzelbetreuung in Krisensituationen; Krisenintervention in Gefährdungssituationen
- Entlastende und orientierungsgebende Gesprächskontakte: Gespräche mit Angehörigen; Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten, Angehörige und andere außenstehende Personen, einschließlich telefonischer Kontakte
- Trainingsmaßnahmen im Rahmen des Pflegeprozesses und Mithilfe bei der Bewältigung des Tagesablaufes
- Mitwirkung bei Einzel- und Familientherapien

- Begleitung bei Hausbesuchen, Vorstellungsterminen in sonstigen Einrichtungen und Institutionen
- Maßnahmen im Zusammenhang mit Aufnahme, Verlegung und Entlassung
- Mitwirkung an speziellen psychotherapeutischen Maßnahmen
- Hilfe beim Umgang mit persönlichem Eigentum

2.2.2 Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

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

2.3 Visiten der Ärztin oder des Arztes

- Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung

3 Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

3.1 Therapie- und Arbeitsbesprechungen

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

3.2 Stationsorganisation

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

3. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) sowie Psychologinnen und Psychologen gemäß § 5 Absatz 1
1. Grundversorgung
 - Psychotherapeutische/psychologische Anamnese und Befunderhebung inklusive Anwendung standardisierter Instrumente, Fremdanamnese
 - Therapieplanung (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)
 - Verlaufskontrollen
 - Teilnahme an Visiten, Verlaufsuntersuchungen
 - Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, E-Bericht (in Bezug auf Psychotherapie/Psychologie)
 - Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team
 - Teilnahme Oberarztvisite/Kurvervisite
 2. Einzelfallbezogene Behandlung
 - Einzelgespräche, Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme/Expositionen
 - Krisenintervention
 - Familiengespräche/Familientherapie
 - Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
 - Rehabilitations- und Nachsorgeplanung
 3. Gruppentherapie
 - Gruppenpsychotherapie (entsprechend den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren)
 - Therapie- und Trainingsprogramme in Gruppen, z.B. Psychoedukation, inklusive Gruppennachbesprechung
 - Teilnahme an Stationsversammlungen
 - Angehörigengruppen auf der Station
 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
 - Teilnahme an den Konferenzen des therapeutischen Personals
 - Teilnahme an Therapiekonferenzen
 - Einzelfallsupervision/Teamsupervision
 - Konzeptbesprechungen im Team
 - Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen/ IFA-Gruppen

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

4. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

5. Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Gruppengymnastik und Sporttherapie
- Bewegungstherapie und Physiotherapie
- Entspannungsübungen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

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

1. Sozialpädagogische Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung und sozialpädagogische Behandlung

- Sozialtherapeutisches Kompetenztraining
- Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich sowie im familiären und gesellschaftlichen Leben einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche

- Hilfe zur Wiedereingliederung im Arbeitsbereich einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten
- Familienberatung und Mitwirkung an Familientherapien

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

II. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Kinder- und Jugendpsychiatrie

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

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

1. Medizinische und psychotherapeutische Grundversorgung

- Diagnostik: Kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, Fremdanamnese
- Körperliche Untersuchung, Indizierung weiterer Untersuchungen, Labordiagnostik
- Durchführung von orientierenden Leistungstests, Bewertung weiterer testpsychologischer Untersuchungsbefunde (Entwicklungstests, Persönlichkeitstests, projektive Tests)
- Körperliche Therapie: Medikation, Medikationskontrolle, Befundauswertung, weitere medizinische Behandlung
- Therapieplanung
- Visiten, Kurvenvisiten, Teilnahme Oberarztvisite, Teilnahme an täglichen patientenbezogenen Verlaufsbesprechungen im Team (medizinische und psychotherapeutische Befunde), Beratung bei der Pflegeplanung
- Verlaufsuntersuchungen
- Dokumentation der Erstaufnahme, des Verlaufs, Aktenführung, Arztbrief, Entlassbericht

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppentherapie

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

b) Regelaufgaben der Oberärztinnen und Oberärzte

1. Stationsbezogene Tätigkeiten

- Oberarztvisiten/Kurvenvisiten/Einzelgespräche/Kurzinterventionen, Nachexploration
- Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team
- Begleitung und Kontrolle der medizinischen und psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie

- Aktive Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)
- Gesamtbehandlungsplan, Therapieplanung
- Akten- und Dokumentationskontrolle
- Teilnahme/Leitung Stationsversammlungen/Angehörigengruppen auf der Station
- Supervision (Einzelfallsupervision und Teamsupervision)

2. Stationsübergreifende Tätigkeiten

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

3. Außenkontakte

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

2. Regelaufgaben des Pflege- und Erziehungsdienstes

1 Allgemeine Pflege und Betreuung

- Aufstellung der individuellen Pflegeplanung im Rahmen des Therapieplans einschließlich der Pflegeanamnese (Pflegeprozess)
- Pflegedokumentation
- Regelmäßige Vitalzeichenkontrolle (z. B. Temperatur, Puls, Blutdruck, Atmung, Ausscheidungen), auch Größe und Gewicht
- Mobilisation von bettlägerigen Patientinnen und Patienten (z. B. Lagerung, Gehunterstützung, Gehhilfen, Rollstuhlbenutzung, Prophylaxe)
- Anleitung und Hilfe bei der Eigenhygiene (z. B. Aufstehen, Körperpflege, Kosmetik, Waschen, Duschen, Anziehen, Toilettenbenutzung, Zubettgehen)
- Sicherstellung der Nahrungsaufnahme (z. B. Vorbereiten und Verteilen der Mahlzeiten, Anleitung und Hilfe beim Essen)
- Bettenmachen und Anleitung der Patientinnen und Patienten zum Beziehen von Betten, Wäschewechsel
- Sicherstellen hygienischer Maßnahmen (z. B. Bett, Nachttisch, Schrank, Zimmer)

2 Spezielle Pflege

2.1 Somatische Pflege

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

2.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege

2.2.1 Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung

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

2.2.2 Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

- Durchführung von Stations-/Gruppenversammlungen, themenzentrierte Gespräche
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten, Gesundheitserziehung und Selbständigkeitstraining; gruppenpädagogische Aktivitäten inner- und außerhalb der Station, Projektarbeit, Belastbarkeitstraining
- Anleitung, Mitwirkung und Aufsicht bei kreativen Freizeitaktivitäten; Beobachtung gruppendynamischer Prozesse

- Mitwirkung in speziellen Therapiegruppen (z. B. Rollenspiele, Sicherheitstraining, Problemlösegruppen, Bewegungs- und Ergotherapie)
- Mitwirkung bei Elterngruppen

2.3. Visiten der Ärztin oder des Arztes

- Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung, Kurvenvisite, Dokumentation

3 Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

3.1 Therapie- und Arbeitsbesprechungen

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

3.2 Stationsorganisation

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

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

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppentherapie

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

4. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

1. Grundversorgung

- Mitwirkung bei der Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich; Planung, Durchführung, Verlaufskontrolle der Spezialtherapie und Sprachtherapie
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Beeinflussung emotionaler Probleme mittels kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie
- Funktionelle Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training, neurophysiologisch orientierte Behandlung von Leistungsdefiziten
- Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung
- Förderung der Sprechmotorik, Lautanbahnung und Artikulationstraining
- Begriffsbildung, Aufbau von aktivem und passivem Wortschatz sowie grammatikalischer und syntaktischer Modelle

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Kreativitätsfördernde Therapie einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie
- Lebenspraktisch orientierte Therapie
- Arbeitstherapie, Fertigungs- und Belastungserprobung
- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

5. Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

- Basale Stimulation

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

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

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Beratung und Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

III. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

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

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

1. Medizinische Grundversorgung

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

2. Psychotherapeutische Grundversorgung

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

3. Einzelfallbezogene Behandlung

- Einzelgespräche/Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme
- Krisenintervention

- Familiengespräche/Familientherapie
- Abklärung medizinischer, psychotherapeutischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
- Rehabilitations- und Nachsorgeplanung

4. Gruppentherapie

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

5. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

b) Regelaufgaben der Oberärztinnen und Oberärzte

1. Stationsbezogene Tätigkeiten

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

2. Stationsübergreifende Tätigkeiten

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

3. Außenkontakte

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

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

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppentherapie

- Gruppenpsychotherapie (entsprechend den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren)

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

3. Regelaufgaben des Pflegedienstes

Aufgaben innerhalb der stationären Einheit

A Allgemeine Pflege:

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

B1 Spezielle Pflege in der Somatik:

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

B2 Spezielle Pflege in der Psychotherapie:

bezogen auf den einzeltherapeutischen Prozess

- Einzelgespräche (Schwestern-Visiten)

- Aufnahmegespräch
- Tagesplanung
- Therapieabgabe/Tagesrückmeldung
- Sozialanamnese
- Krisenintervention
- Angehörigengespräche

bezogen auf den gruppentherapeutischen Prozess

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

C Mittelbare, patientenbezogene Tätigkeiten:

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

4. Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter

Aufgaben auf der stationären Einheit

- Sozialanamnese bei Aufnahme
- Planung der Entlassung

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

5. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben

- Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der jeweiligen Spezialtherapie

6. Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Gruppengymnastik und Sporttherapie
- Bewegungstherapie und Physiotherapie
- Entspannungsübungen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

Anlage 5 Kernaufgaben der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

| DKG | PatV |
|---|---|
| <p><u>Die folgenden Punkte stellen eine beispielhafte Aufzählung, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, dar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Unterstützung, um die partizipative Mitgestaltung des therapeutischen Settings (Atmosphäre und Abläufe) im Sinne des recovery-orientierten Arbeitens zu fördern</u> – <u>Einnehmen einer Vermittlerrolle zwischen professionell Helfenden und den Patienten und Patientinnen und Förderung eines Dialogs</u> – <u>Einbringen sowohl eigener Wahrnehmungen und als auch Wahrnehmungen aus Patientenperspektive bei der psychosozialen Anamnese und Befunderhebung, gegebenenfalls durch Unterstützung von Fremdanamnese unter Beachtung der informationellen Selbstbestimmung der Patientin oder des Patienten</u> – <u>Teilnahme an einrichtungsinternen multidisziplinären Treffen, Supervisions- und Balintgruppen</u> – <u>Ergänzung bzw. Anreicherung der Dokumentation der beteiligten Berufsgruppen unter besonderer Berücksichtigung des Recovery- und Ressourcenaspektes</u> – <u>Einzelgespräche auf Basis der Grundprinzipien der Genesungsbegleitung, insbesondere Recovery und Empowerment, auch in Krisensituationen sowie bei stationsäquivalenter Behandlung (Home Treatment)</u> – <u>auf Wunsch der Patientinnen und Patienten Beteiligung bei der Durchführung von Familien- und Bezugspersonengesprächen und Netzwerkgesprächen</u> | <p><u>Kernaufgaben – Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik</u></p> <p><u>1. Allgemeine Tätigkeiten/Grundversorgung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Atmosphäre und Abläufe mitgestalten und Beteiligungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten schaffen</u> – <u>Mitwirkung bei der psychosozialen Anamnese und Befunderhebung durch Einbringung der Patientenperspektive gegebenenfalls durch Unterstützung von Fremdanamnese unter Beachtung der informationellen Selbstbestimmung der Patientin oder des Patienten</u> – <u>Stärkung der Patientenperspektive bei der Therapieplanung</u> – <u>Teilnahme an Visiten</u> – <u>Teilnahme an Team- und Stationsbesprechungen, Verlaufsbesprechungen, Behandlungskonferenzen</u> – <u>Dokumentation der Tätigkeit unter besonderer Berücksichtigung des Recovery- und Ressourcenaspektes</u> <p><u>2. Einzelfallbezogene Tätigkeiten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – <u>Mitwirkung an der Behandlungsplanung durch Stärkung der Patientenbeteiligung</u> – <u>Begleitung bei der Erstellung von Vorsorgeinstrumenten</u> – <u>Einzelgespräche auf Basis der Grundprinzipien der Genesungsbegleitung, insbesondere Recovery und Empowerment</u> – <u>Familien- und Bezugspersonengespräche, Netzwerkgespräche</u> |

- Moderation und Ko-Moderation von Begegnungsgruppen, des dialogischen Austauschs und themenspezifischer Gruppen
- Begleitung der Patientinnen und Patienten bei externen Angelegenheiten wie Behördenterminen und Vernetzung in den öffentlichen Raum (u.a. zu externen Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)
- unterstützende Mitwirkung beim Übergangs- und Entlassmanagement

- Begleitung bei externen Angelegenheiten wie Behördenterminen und Vernetzung in den öffentlichen Raum
- Unterstützung und Begleitung in Krisensituationen
- Mitwirkung beim Übergangs- und Entlassmanagement
- Einzelkontakte/Mitwirkung bei stationsäquivalenter Behandlung (Home Treatment)

3. Gruppenangebote

- Moderation und Ko-Moderation von Begegnungsgruppen und dialogischen Austausch
- Moderation und Ko-Moderation themenspezifischer Gruppen

4. Mittelbare patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme und Durchführung von internen und externen Fortbildung- und Weiterbildungsmaßnahmen
- Teilnahme an Supervisions- und Balintgruppen
- Kontakt zu externen Selbsthilfe- und Angehörigengruppen
- Mitwirkung an der strukturellen Entwicklung von Versorgungsangeboten
- Teilnahme beim Ethikrat



Tragende Gründe

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

Erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3

Vom 15. September 2022

Entwurf, Stand 14.06.2022

nach Sitzung des UA QS vom 01.06. und anschließender weiterer Abstimmung mit den Sprechern
der Bänke bis zum 13.06.2022

Hinweise:

- **gelb markiert:** Erläuterungen zu dissidenten Positionen
- **grau markiert:** redaktionell anzupassende oder zu vervollständigende Passagen

Inhalt

| | | |
|-----|-------------------------------------|----|
| 1. | Rechtsgrundlage..... | 2 |
| 2. | Eckpunkte der Entscheidung..... | 2 |
| 2.1 | Zum Paragraphenteil..... | 2 |
| 2.2 | Zu Anlage 1..... | 44 |
| 2.3 | Zu Anlage 2..... | 45 |
| 2.4 | Zu Anlage 3..... | 50 |
| 2.5 | Zu Anlage 5 (neu)..... | 54 |
| 3. | Bürokratiekostenermittlung..... | 59 |
| 4. | Verfahrensablauf..... | 59 |
| 5. | Fazit..... | 60 |
| 6. | Zusammenfassende Dokumentation..... | 60 |

1. Rechtsgrundlage

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

Die PPP-RL wird vorliegend geändert.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit der vorliegenden Änderung der PPP-RL kommt der G-BA insbesondere seinen in den § 1 Absatz 3 i.V. m. § 14 und § 8 Absatz 5 PPP-RL festgelegten Aufgaben zur Prüfung und Anpassung der Richtlinie nach. Weitere Anlässe zur Überarbeitung einzelner Regelungen ergaben sich aus Hinweisen der Fachöffentlichkeit auf Konkretisierungsbedarf.

GKV-SV:

Im Sinne der vom BMG in seiner Nichtbeanstandung vom 19. September 2019 geforderten Implementierung einer aufwandsarmen und technisch ausgereiften Datenübermittlung zur Reduktion des Dokumentationsaufwandes wurden

- erstens die Behandlungsbereiche reduziert, und zwar um die Behandlungsbereiche, die von den Einrichtungen bisher kaum genutzt werden,
- zweitens die 14-tägige händische Stichtagserhebung durch die Nutzung von Routinedaten vollständig ersetzt,
- drittens der Aufwand für den Nachweis deutlich verschlankt, so dass die Einrichtungen ab Einführung der Spezifikation nur noch ca. ein Drittel der notwendigen Daten direkt erheben müssen und
- viertens die geplante händische Erfassung der Regelaufgaben ebenfalls durch Routinedaten ersetzt.

2.1 Zum Paragrapheinteil

Zu § 2 Grundsätze:

Zu Absatz 3:

PatV:

Mit der Ergänzung in Satz 1 wird eine Abweichung von der Beschränkung des Geltungsbereichs auf den Tagdienst ermöglicht.

Zu Absatz 7 und 8:**DKG:**

Gemäß § 14 Absatz 2 PPP-RL hat der G-BA die Aufgabe, Möglichkeiten zu prüfen, die monatliche Dokumentation durch eine andere Systematik zu ersetzen. Moderne psychiatrische und psychosomatische Behandlungen sind auf den individuellen Patienten ausgerichtet und finden zunehmend stationsunabhängig und Setting-übergreifend statt. Zu den sich in den vergangenen Jahren entwickelten Therapieansätzen gehören indikationsbezogene Behandlungskonzepte genauso wie die Gewährleistung der bestmöglichen Behandlungskontinuität. Beispielhaft sind hier leitlinienorientierte Therapiegruppen bei bestimmten Krankheitsbildern zu nennen, die sowohl von stationären Patienten/-innen als auch von tagesklinischen Patienten/-innen besucht werden können. Die der PPP-RL zugrundeliegende Psych-PV war in ihrer Systematik mit dem Ziel der Budgetfindung auf den Jahresbezug für ein ganzes Krankenhaus ausgerichtet. Auf diese Weise konnte ein individueller und bedarfsorientierter Personaleinsatz von den Krankenhäusern umgesetzt werden, obwohl die Kategorien sowie die Zuordnung der Minutenwerte nicht mehr der Versorgungsrealität entsprechen. Der seit 2020 in den Nachweisen der PPP-RL vorgesehene Stationsbezug schränkt die für eine leitliniengerechte Versorgung erforderliche Flexibilität beim Personaleinsatz massiv ein. Der Stationsbezug hindert die Krankenhäuser daran, kurzfristig auf gestiegene Patientenzahlen, Veränderung der Patientenbedarfe und auch Personalausfällen reagieren zu können.

Gerechtfertigt wurden die stationsbezogenen Nachweise mit dem Ziel, eine Grundlage für die Weiterentwicklung der PPP-RL zu schaffen. Der reale Personaleinsatz lässt sich jedoch nicht, stationsbezogen ausweisen. Die Pflege kann sicherlich in Teilen räumlich und organisatorisch bestimmten Behandlungseinheiten zugeordnet werden. Die therapeutischen Maßnahmen jedoch, und dazu gehören auch zunehmend psychiatrisch/psychosomatisch-pflegerische Maßnahmen, finden stationsübergreifend statt. Um trotzdem bisher den stationsbezogenen Nachweispflichten nachzukommen, wird das Personal derzeit über Schlüssel anteilig den Stationen zugeordnet. Die dadurch entstehenden Ergebnisse stimmen jedoch häufig nicht mit dem realen Personaleinsatz überein. So erfolgt bspw. eine ergotherapeutische Gruppentherapie nicht auf den einzelnen Stationen, wie der PPP-RL-Nachweis suggeriert, sondern führt Patienten aus verschiedenen Behandlungseinheiten zusammen. Ein solches nicht an der Versorgungsrealität orientiertes Vorgehen steht somit der notwendigen Entbürokratisierung in der Versorgung entgegen. Stattdessen bindet der Stationsbezug das für die unmittelbare Patientenversorgung erforderliche Personal mit unnötigen bürokratischen Aufgaben.

Noch fataler wären die Auswirkungen, wenn die Krankenhäuser nicht mit viel Aufwand das Personal den Stationen aufteilen und zuordnen, sondern sich den hypothetischen stationsbezogenen Mindestvorgaben beugen und das Personal unabhängig vom Patientenbedarf und stationsübergreifenden sensiblen Versorgungsbereichen einsetzen.

Vor diesem Hintergrund ist zum einen die Sinnhaftigkeit der stations- und monatsbezogenen Nachweisführung nicht gegeben, zum anderen können daraus keine Schlüsse für eine sinnvolle Weiterentwicklung der PPP-RL für eine Verbesserung der Versorgung gezogen werden. In einer Bewertung von Aufwand und Nutzen entfällt demnach in Erfüllung der Aufgabe für eine Reduktion des Dokumentationsaufwands gemäß § 14 Absatz 2 Satz 3 PPP-RL der Stations- und Monatsbezug in der PPP-RL.

Die Änderung hat keine Auswirkung auf die Empfehlungen zu den Stationsgrößen in den weiteren Qualitätsempfehlungen gemäß § 9 Absatz 1 PPP-RL, da es sich lediglich um Empfehlungen und nicht um Mindestvorgaben handelt. Die Empfehlungen haben

unabhängig von der gewählten Bezugsgröße in den Nachweisen gemäß § 2 Absatz 7 und § 11 PPP-RL Bestand.

GKV-SV:

[Die bisherige Richtlinienregelung wird beibehalten.]

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

Die aktuellen Regelungen stellen den bei der Erstfassung der Richtlinie getroffenen Kompromiss dar zwischen einer quartals- und einrichtungsbezogenen Einhaltung der Mindestvorgaben und einer stations- und monatsbezogenen Dokumentation. Die Mindestvorgaben sind pro Berufsgruppe quartalsweise auf Einrichtungsebene einzuhalten. „Damit wird den Krankenhäusern die notwendige Flexibilität beim Personaleinsatz gegeben [...]. Die Nachweise sind dagegen zusätzlich stations- und monatsbezogen zu führen, um Transparenz über den Einsatz des Personals zu erhalten, die Qualität auf den Stationen zu sichern und Daten für die Weiterentwicklung der RL zu erhalten. [...] Dadurch wird sichergestellt, dass die einrichtungsbezogene Einhaltung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung nicht dazu führt, dass besonders sensible Versorgungsbereiche wie z. B. die Gerontopsychiatrie oder Intensivversorgungsbereiche dauerhaft personell unterversorgt werden.“ (G-BA 2019 S. 4).

Eine rein einrichtungsbezogene Festlegung kann dazu führen, dass einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern.

Daneben hat sich der G-BA die Aufgabe gesetzt, die Richtlinie weiterzuentwickeln und anzupassen. Dazu gehört auch, dass moderne und fortschrittliche Konzepte in die Richtlinie einfließen sollen. Die Einrichtungen ordnen deshalb in den Nachweisen unter den Angaben zur Organisationsstruktur ihre Behandlungseinheiten verschiedenen Stationstypen zu, z. B. Akutstation, elektive Station etc. Dabei haben sie auch die Möglichkeit, nicht stationsbezogene Einheiten mit innovativem Behandlungskonzept anzugeben (Typ F). Im dritten Quartal 2021 wurden lediglich 110 solcher innovativen Einheiten angegeben, während 2.818 herkömmliche Stationen (organisatorische und räumliche Einheit Typ A-D) angegeben wurden. Das entspricht einem Anteil von 3,5 % nicht stationsbezogenen innovativen Behandlungseinheiten.

Die Station ist also in nahezu allen Einrichtungen die zentrale Organisationseinheit – auch aus Gründen der Milieuthherapie und der Kontinuität der Behandelnden. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte arbeiten überwiegend stationsbezogen - das sind 80 Prozent des Personals.

Dort, wo die Station aber tatsächlich durch eine andere Einheit abgelöst wurde, kann auch diese Einheit in den Nachweisen der PPP-RL angegeben werden. Und dort, wo stationsübergreifend Personal eingesetzt wird, kann dieses den Stationen anteilig zugeordnet werden.

Wie wichtig die Erhebung der Stationen für die Qualitätssicherung ist, verdeutlichen die ersten Auswertungen. Die bisherigen Nachweise zeigen eine erhebliche Inhomogenität in der Patientenstruktur und der Personalausstattung in Abhängigkeit von den Stationstypen A bis F, dem Behandlungsschwerpunkt (Konzeptstationen) und dem Behandlungsanteil an Intensivpatienten. Eine Weiterentwicklung der Qualitätsvorgaben dieser Richtlinie muss deshalb auf den stationsbezogenen Nachweisen basieren.]

Zu Absatz 10:**PatV:**

Der Nachtdienst Pflege wird künftig in den Minutenwerten für die Pflegefachpersonen berücksichtigt und ist dementsprechend hier zu streichen.

Zu Absatz 11 (neu):**DKG:**

Wie bei den Mindestvorgaben im Tagdienst wird auch bei den Mindestvorgaben für den pflegerischen Nachtdienst auf die Abgrenzung zwischen den Mindestvorgaben der PPP-RL und erforderlicher hausindividueller Personalbedarfe u.a. um die Mindestvorgaben einzuhalten, hingewiesen. Folglich wird § 2 PPP-RL analog zur bestehenden Regelung für den Tagdienst (siehe § 2 Abs. 10 PPP-RL) um einen weiteren Absatz 11 ergänzt. Es erfolgt eine beispielhafte Auflistung von Sachverhalten, die zusätzlich in den Budgetvereinbarungen zu berücksichtigen sind.

Dazu gehören Besonderheiten der strukturellen und räumlichen Situation, z.B. räumlicher Abstand zwischen den Behandlungseinheiten (z.B. Pavillonbauweise) und die konkrete Ausgestaltung der Behandlungseinheiten. Auch organisatorische Besonderheiten in der Nachtdienstorganisation, wie z.B. ergänzende pflegerische (Ruf-)Bereitschaftsdienste müssen berücksichtigt werden. Gleiches gilt für Besonderheiten der durch den Nachtdienst zu begleitenden Patienten/-innen, die durch die Intensivkomponente noch nicht oder noch nicht ausreichend berücksichtigt wurden, z.B. Sitzwachen, 1:1-Begleitungen und besondere Kriseninterventionsbereitschaft. Dazu gehören auch besondere Betreuungs- und Begleitungsaufwände spezifischer Behandlungsbereiche, wie z.B. klare Angebotsgestaltungen in der Nacht, Einrichtung eines Nachtcafés. Außerdem gehören die Ausfallzeiten im Nachtdienst oder das zum Ausfallmanagement notwendige Nachtdienstpersonal (z.B. Springerpool, Pausenablösung) dazu.

Zu Absatz 12 (neu):**GKV-SV:**

Die Definition des Stationsbegriffs im Sinne dieser Richtlinie ist notwendig, da der Stationsbezug verschiedentlich gefordert ist – etwa im Nachweis - und eine allgemeingültige Definition des Begriffes nicht existiert. Die im § 2 Absatz 12 getroffene Definition ist angelehnt an die Stationsdefinition in § 2 Absatz 4 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PPUGV).

Durch die Definition der Station ist eine weitere Verbesserung der Nachweisdaten zu erwarten, denn die bisherigen Auswertungen zeigen, dass ein hoher Anteil der Einrichtungen nicht stationsbezogen dokumentiert.

Der Nachweis der Personalausstattung auf der Station als einer therapeutischen Einheit ist jedoch wichtig, um Transparenz über den Einsatz des Personals zu erhalten, die Qualität auf den Stationen zu sichern und Daten für die Weiterentwicklung der Richtlinie zu erhalten. Dadurch wird sichergestellt, dass die einrichtungsbezogene Messung der Personalausstattung nicht dazu führt, dass besonders sensible Versorgungsbereiche wie z. B. die Gerontopsychiatrie oder Intensivversorgungsbereiche nicht dauerhaft personell unterversorgt werden.“ (G-BA 2019).

Eine rein einrichtungsbezogene Festlegung kann dazu führen, dass einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern.“

Erste Auswertungsdaten zeigen, wie wichtig die Erhebung der Stationen für die Qualitätssicherung ist. Nur 3,5 Prozent, d. h. 110 von 2.818 therapeutischen Einheiten geben an, eine nicht-stationsbezogene Einheit mit einem innovativen Versorgungskonzept zu sein. Alle anderen Stationen wurden einem herkömmlichen Stationstyp zugeordnet. Dies entspricht auch den Erfahrungen bei den Verhandlungen zur Personalausstattung vor Ort.

Die Station ist also in nahezu allen Einrichtungen die zentrale Organisationseinheit – auch aus Gründen der Milieutherapie und der Kontinuität der Behandelnden. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte arbeiten überwiegend stationsbezogen - das sind 80 Prozent des Personals.

Die Auswertungen zeigen zudem eine erhebliche Inhomogenität in der Patientenstruktur und der Personalausstattung in Abhängigkeit von den Stationstypen A bis F, dem Behandlungsschwerpunkt (Konzeptstationen) und dem Behandlungsanteil an Intensivpatienten. Eine sinnvolle Weiterentwicklung der Qualitätsvorgaben dieser Richtlinie muss deshalb auf den stationsbezogenen Nachweisen basieren.

In den ersten Auswertungen werden erhebliche Unterschiede deutlich. Legt man die gemäß § 9 Absatz 1 empfohlene Stationsgröße von 18 Patientinnen und Patienten zugrunde, so unterscheiden sich die Angaben von durchschnittlichen Patientenbelegungen, die oberhalb der empfohlenen Stationsgröße von 18 Patienten liegen deutlich. Die Spannweite reicht von 39,1 % der elektiven, offenen Stationen (Stationstyp E), die mehr als 18 Patienten belegt sind, bis zu 57,6 % der Stationen mit geschützten Bereichen (Stationstyp D), die mit mehr als 18 Patienten belegt sind. Dies bedeutet, dass die durchschnittliche Patientenbelegung bei dem dokumentierten Stationstyp D in einem deutlich höheren Prozentsatz die empfohlene Stationsgröße überschreitet.

Somit sind Stationen mit Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Eigen- und Fremdgefährdung einen besonderen Schutz benötigen, größer als beispielsweise elektive offene Stationen.

Betrachtet man den gewichteten Umsetzungsgrad über alle Berufsgruppen auf der Ebene der Stationstypen der Erwachsenen- und Gerontopsychiatrie, so findet sich auch hier erhebliche Heterogenität. So erfüllen lediglich 66,3 Prozent der in die bisherigen Auswertungen eingeflossenen offenen, nicht elektiven Stationen (Stationstyps C) den Umsetzungsgrad von ≥ 85 Prozent, bei den elektiven offenen Stationen (Stationstyp E) sind es hingegen 81 Prozent und bei den nicht stationsbezogenen Einheiten mit innovativem Behandlungskonzept (Stationstyp F) sogar 92,3 Prozent.

D.h. dass offene Stationen, auf denen Patienten geregelt einbestellt werden können, weil der Aufnahmegrund weniger drängend ist, besser personell ausgestattet sind als offene Stationen, in denen die Patienten notfallmäßig aufgenommen werden. Am besten personell ausgestattet sind die Einheiten, die nicht stationsbezogen einem modernen, innovativen Behandlungskonzept folgen.

Auch in Abhängigkeit vom Anteil der Intensivbehandlungstage an den Gesamtbehandlungstagen zeigen sich stationsbezogen im 3. Quartal 2021 erhebliche Unterschiede (siehe nachfolgende Tabelle): so erfüllen 25,7 Prozent der Stationen in der Erwachsenenpsychiatrie mit einem Anteil von Intensivbehandlungstagen < 10 Prozent nicht den Umsetzungsgrad von 85 Prozent. Stationen mit einem Intensivanteil > 40 Prozent erfüllen in 30,8 Prozent nicht.

D. h. je höher der Anteil der Intensivpatienten ist, umso schlechter ist die Personalausstattung (siehe nachfolgende Tabelle).

Diese Ergebnisse zeigen deutlich, dass der stationsbezogene Nachweis weiterhin zur Schaffung von Transparenz und zur Qualitätssicherung unabdinglich ist.

DKG:

[In der Erstfassung der PPP-RL vom 19. September 2019 wurde bewusst auf eine Stations-Definition in Anlehnung auf die verwendete Systematik der Psych-PV verzichtet. In den über 700 Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik gibt es ein breites Spektrum unterschiedlicher Organisationsformen und Strukturen. Im Zuge der Weiterentwicklung entstehen darüber hinaus stetig weitere neue Versorgungsformen. Ein Beispiel hierfür sind die störungsspezifischen modularen Therapieangebote, wo voll- und teilstationäre sowie auch stationsäquivalente Patientinnen und Patienten ohne Anbindung an eine bestimmte organisatorische Einheit zentral therapeutische Angebote wahrnehmen. Der Versuch die bestehende Heterogenität in eine starre Struktur durch die Definition und Abgrenzung von Stationen zu bringen, birgt die Gefahr, dass sich die Strukturen nicht fachlich sinnvoll und leitlinienorientiert weiterentwickeln. Vielmehr besteht die Sorge, dass sich an den Vorgaben der Definition orientiert wird, sich somit die Versorgung rückwärts entwickelt und alte und überholte Strukturen zementiert werden. Auch findet sich keine Lösung für Mischformen, die gelebt Praxis sind. Bspw. gibt es in Nordrhein-Westfalen keine Trennung zwischen Psychiatrie und Psychosomatik.

Darüber hinaus lassen sich Leitungsstrukturen und therapeutisches Personal nicht wie angenommen aus den Organisations- und Dienstplänen entnehmen und somit einer Station zuordnen. Zusätzlich ergibt sich grundsätzlich keine Notwendigkeit für eine solche Definition, da die stations- und monatsbezogenen Nachweise gestrichen werden.]

Zu § 3 Behandlungsbereiche:

Zu Absatz 1 und 2:

GKV-SV:

Gemäß § 14 Absatz 3 ist eine schrittweise Weiterentwicklung der Richtlinie auf Grundlage der Auswertungen der im Rahmen des Nachweisverfahrens nach § 11 erhobenen Daten vorzunehmen. Vor diesem Hintergrund wurde geprüft, ob es Behandlungsbereiche gibt, die kaum genutzt werden und damit einen nur unwesentlichen Beitrag zur Aussagekraft der Nachweise liefern, aber einen vermeidbaren hohen Dokumentationsaufwand verursachen.

- Behandlungsbereiche A4, S4, G4 und KJ5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker

Bei der Auswertung der Daten zeigte sich, dass der Anteil der Behandlungstage der Patientinnen und Patienten, des Behandlungsbereichs A4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker einen sehr geringen Anteil an den Gesamtbehandlungstagen einnimmt. Dies ist fachlich zu begrüßen, da die Langzeit-Behandlung von Schwer- und Mehrfachkranken in Krankenhäusern nach der Psychiatrie-Enquete nur die absolute Ausnahme darstellen soll und stattdessen die gesellschaftliche Teilhabe und die Integration in ein nicht durch professionelle Fachkräfte bestimmtes Leben gefördert werden soll.

Lediglich 86 von 748 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie wiesen Patientinnen und Patienten des Behandlungsbereichs A4 Langdauernde Behandlung Schwer- und

Mehrfachkranker nach. Insgesamt wurden über alle Einrichtungen nur 0,5 % der Gesamtbehandlungstage in diesem Behandlungsbereich dokumentiert.

Daher wird der kaum genutzte Behandlungsbereich A4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker ersatzlos gestrichen, da dieses Versorgungsangebot nicht mehr den aktuellen Behandlungsrealitäten entspricht.

Für die Behandlungsbereiche S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker dokumentierten nur 78 von 748 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie Behandlungstage mit einem Anteil von 0,2 % an den Gesamtbehandlungstagen über alle Einrichtungen, für den Behandlungsbereich G4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker waren es lediglich 61 von 748 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, die Behandlungstage mit einem Anteil von 0,2 % an den Gesamtbehandlungstagen über alle Einrichtungen dokumentierten.

Deshalb werden analog zum Behandlungsbereich A4 auch die Behandlungsbereiche S4 und G4 ersatzlos gestrichen.

Im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird der Behandlungsbereich KJ5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker nur in 6 von 294 Einrichtungen dokumentiert (siehe nachfolgende Tabelle). Der Anteil an den Gesamtbehandlungstagen beträgt 0,2 % über alle Einrichtungen. Der Behandlungsbereich wird daher auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ersatzlos gestrichen.

- Behandlungsbereiche A5, S5, G5 Psychotherapie stationär

Bei der Auswertung der Daten zeigte sich, dass auch der Anteil der Behandlungstage der Patientinnen und Patienten, die in dem Behandlungsbereich A5 Psychotherapie stationär behandelt werden, einen sehr geringen Anteil an den Gesamtbehandlungstagen einnimmt.

Nur 111 von 748 Einrichtungen dokumentierten im Behandlungsbereich A5 Psychotherapie behandelte Patientinnen und Patienten. Insgesamt wurden über alle Einrichtungen nur 1,6 % der Gesamtbehandlungstage in diesem Behandlungsbereich dokumentiert (ebenda).

Der Behandlungsbereich A 5 wird gestrichen. Als Ersatz wird ein neuer Behandlungsbereich A3 Regelbehandlung mit erhöhter Psychotherapie definiert, der den Anreiz bieten soll, eine erhöhte Psychotherapie anzubieten. In diesen Behandlungsbereich werden Patientinnen und Patienten eingruppiert, die akut psychisch erkrankt sind und einer Regelbehandlung im Sinne von OPS 9-607 bedürfen. Sie weisen einen geringeren Pflegebedarf auf als Patientinnen und Patienten des Behandlungsbereichs A1 Regelbehandlung, bedürfen jedoch eines erhöhten psychotherapeutischen Behandlungsangebots.

Eine noch geringere Nutzung zeigt sich bei der Betrachtung der Behandlungsbereiche S5 Psychotherapie und G5 Psychotherapie. Im Behandlungsbereich S5 Psychotherapie wiesen 15 von 748 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie Behandlungstage mit einem Anteil von 0,02 % an den Gesamtbehandlungstagen nach, Behandlungsbereich G5 Psychotherapie waren es 32 Einrichtungen mit einem Anteil von 0,1 % an den Gesamtbehandlungstagen.

Die Behandlungsbereiche S5 und G5 werden gestrichen. Patientinnen und Patienten, die zuvor dem Behandlungsbereich S5 bzw. G5 zugeordnet wurden, werden nun entweder in den Behandlungsbereich der Regelbehandlung (A1, S1 bzw. G1) oder in den neuen Behandlungsbereich A3 Regelbehandlung mit erhöhter Psychotherapie aufgenommen.

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

Zu Absatz 2:

PatV:

Folgeänderung zu § 2 Absatz 3

Zu Absatz 3:

PatV:

Die Minutenwerte für Pflegefachpersonen gelten für täglich 24 Stunden sowie bei einer gleichbleibenden Personalbesetzung im Pflegedienst an Wochenenden und Feiertagen. Damit entfällt eine gesonderte Regelung für den Nachtdienst. Die Einrichtungen können nach eigenem Bedarf die Dauer, Beginn und Ende der Nachtdienste planen. Wie bereits im Tagdienst wird die Verteilung auf einzelne Schichten und Schichtzeiten auch im Nachtdienst nicht vorgeben. Unabhängig davon ist eine sichere Patientenversorgung gemäß § 107 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 zu jeder Zeit zu gewährleisten. Ebenso gelten die Grundsätze gemäß § 2 Absatz 1 dieser Richtlinie. Wie bereits bei der Verteilung der Personalbesetzung auf die Schichten im Tagdienst, sind daher gesonderte Nachweise für den Nachtdienst entbehrlich.

Zu Absatz 4:

PatV:

Eine gesonderte Regelung für den Nachtdienst ist entbehrlich, da künftig die Minutenwerte der Pflegefachpersonen für täglich 24 Stunden gelten.

Zu § 5 Berufsgruppe:

Zu Absatz 1f und 2f:

DKG:

Im Kontext der erbrachten Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen erfolgt zunehmend der Einsatz weiterer nicht der abschließenden Aufzählung genannter Pädagogen, die aufgrund der bisherigen Regelungen der PPP-RL lediglich über die Regelungen zur Anrechnungen für Nicht-PPP-RL-Personal gemäß § 8 Absatz 5 Berücksichtigung finden können. Dazu zählen zum Beispiel Inklusionspädagogen und Inklusionspädagoginnen, die einen besonderen Fokus auf Teilhabe und Inklusion mit heilpädagogischen Inhalten haben. Darüber hinaus arbeiten bspw. auch Pflegepädagogen und Pflegepädagoginnen im Bereich der sozialarbeiterischen Regelaufgaben in den Krankenhäusern. Mit ihren pflegerischen Kenntnissen in Kombination mit Kompetenzen im Bereich Beratung und Informationsvermittlung sind auch sie grundsätzlich geeignet, Aufgaben in diesem Bereich zu übernehmen. Ein weiteres Beispiel sind die Gesundheitspädagogen und Gesundheitspädagoginnen. Sie sind dafür ausgebildet, ihre Klienten und Patienten bei der Suche nach geeigneter Anschlussversorgung, wie Facharztpraxen, Rehakliniken, Psychiatrische Pflegedienste, Soziotherapeuten oder gemeindepsychiatrische Angebote zu unterstützen. Durch ihre Kompetenzen fördern sie

das Gesundheitsbewusstsein und haben fundierte Kenntnisse in der gesundheitlichen Pädagogik und Beratung.

Da die Heilpädagogen und Heilpädagoginnen unter die Pädagogen und Pädagoginnen fallen, werden diese in der expliziten Aufzählung gestrichen.

GKV-SV:

[Die bisherige Richtlinienregelung wird beibehalten.]

Im Fokus der Berufsgruppe f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, steht die Unterstützung von Menschen mit Behinderung im weitesten Sinne (körperlich, geistig, sinnes- und mehrfachbehindert, chronisch erkrankt) zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung.

Diese Berufsgruppe f) gemäß § 3 Absatz 1 f) und Absatz 2 f) PPP-RL beschränkt sich deshalb bewusst auf die in der Richtlinie genannten Berufsgruppen und wurde bei der Erstfassung der Richtlinie nicht beispielsweise um die generische Berufsgruppe der Pädagogen erweitert. Deren Tätigkeitsfokus liegt im Bereich der Erziehung und Beratung. Eine generelle Ableitung der Befähigung zur sozialtherapeutischen und sozialpädagogischen Tätigkeit gemäß Regelaufgaben nach Anlage 4 kann daraus nicht gezogen werden. Insbesondere Pflegepädagoginnen und Pflegepädagogen arbeiten in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Altenpflegerinnen u. ä. Zudem ist die Berufsgruppe der Pädagogen sehr heterogen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, wie Wirtschaftspädagogen, Weiterbildungspädagogen, Medienpädagogen oder Organisationspädagogen. Deren Einsatz ist in der stationären Behandlung von psychisch kranken Menschen nicht vorstellbar.

Erbringen die genannten spezialisierten Pädagogen Tätigkeiten aus dem Bereich der Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL, können diese gemäß § 8 Absatz 5 PPP-RL angerechnet werden. Ihr Einsatz ist damit bereits schon möglich, eine Änderung der PPP-RL an dieser Stelle nicht erforderlich.]

Zu Absatz 2b:

[...]

Zu § 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung:

Zu Absatz 3:

GKV-SV (Streichung der Stichtagserhebung):

Durch die Streichung der sehr selten verwendeten Behandlungsbereiche A4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker), A5 (Psychotherapie), S4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker bei Abhängigkeitskranken), S5 (Psychotherapie bei Abhängigkeitskranken), G4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker in der Gerontopsychiatrie), G5 (Psychotherapie in der Gerontopsychiatrie) und KJ5 (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) kann zukünftig auf die aufwändige 14-tägige Stichtagserhebung verzichtet werden. Dies ist möglich, da die Zuordnung zu den verbleibenden in der nachfolgenden Tabelle dargestellten Behandlungsbereichen auch auf Basis der Routinedaten automatisiert erfolgen kann. In den Routinedaten werden schon jetzt

kontinuierlich die Behandlungsarten des Kapitel 9 der Internationalen Klassifikation der Prozeduren (OPS) kodiert. Diese können den Behandlungsbereichen zugeordnet werden (siehe nachfolgende Tabelle).

Tabelle: Behandlungsbereiche PPP-RL, Behandlungsarten Psych-OPS und Aufnahmegründe

| |
|--|
| Behandlungsbereich PPP |
| Erwachsenenpsychiatrie |
| A1 S1 G1 Regelbehandlung |
| A2 S2 G2 Intensivbehandlung |
| A6 S6 G6 Tagesklinische Behandlung |
| A7 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplex-behandlung |
| A8 Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplex-behandlung teilstationär |
| A9 S9 G9 Stationsäquivalente Behandlung |
| P Psychosomatik |
| P1 Psychotherapie |
| P3 Psychotherapie teilstationär |
| P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung |
| P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär |
| KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| KJ1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung |
| KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung |
| KJ3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung |
| KJ6 Eltern-Kind-Behandlung |
| Behandlungsarten im Psych-OPS |
| 9-60...9-64 Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 9-60 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 9-61 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 9-634 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen |
| 9-65...9-69 Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen |
| 9-656 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen |

| |
|--|
| 9-672 Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen |
| 9-686 Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen |
| Aufnahmegrund entsprechend Schlüssel 1 der Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung |
| 01xx Krankenhausbehandlung, vollstationär |
| 03xx Krankenhausbehandlung, teilstationär |
| 10xx Stationsäquivalente Behandlung |

Quelle: eigene Darstellung des GKV-Spitzenverbands, basierend auf den Behandlungsbereichen in § 3 PPP-RL und dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2022

Die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungstage erfolgt zukünftig nicht mehr über die Durchführung einer Stichtagserhebung, sondern auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des Kapitel 9 des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) in den Routinedaten. In den Eingruppierungsempfehlungen in Anlage 2 sind den einzelnen Behandlungsbereichen die entsprechenden OPS-Kodes sowie die Merkmale Alter (<14 Jahre und >=14 in der KJP sowie <= 65 Jahre und > 65 Jahre in der Erwachsenenpsychiatrie), Hauptdiagnose (Hauptdiagnose aus ICD F10-F19 und andere Hauptdiagnose in der Erwachsenenpsychiatrie) und Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, stationsäquivalent) zugeordnet. Die folgende Übersicht zeigt die Zuordnungen:

A Allgemeine Psychiatrie

- A1 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung
- A2 = 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung
- A6 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung
- A7 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosom. Komplexbeh. Erw & vollstationäre Behandlung
- A8 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung
- A9 = stationsäquivalente Behandlung

S Abhängigkeitskranke

- S1 bis S9 = wie Bereich A + Hauptdiagnose aus ICD F10-F19

G Gerontopsychiatrie

- G1 bis G9 = wie Bereich A + Alter > 65 Jahre

P Psychosomatik

- P1 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene + 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung
- P2 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung
- P3 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene + 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung

P4 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung

KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie

KJ1 = bis 14 Jahre & 9-656 Regelbehandlung KJP + 9-672 Intensivbehandlung KJP & vollstationäre Behandlung

KJ2 = ab 14 Jahre & 9-656 Regelbehandlung KJP & vollstationäre Behandlung

KJ3 = ab 14 Jahre & 9-672 Intensivbehandlung KJP & vollstationäre Behandlung

KJ6 = 9-686 Eltern-Kind-Setting KJP & vollstationäre Behandlung

KJ7 = teilstationäre Behandlung

KJ9 = stationsäquivalente Behandlung

Die OPS-Kodes sind zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart in den Routinedaten anzugeben. Auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des OPS kann die Anzahl der Behandlungstage direkt und vollständig ermittelt werden. Statt einer 14-tägigen Stichtagserhebung erfolgt die Ermittlung der Anzahl der Behandlungstage zukünftig durch eine Auswertung der Kodierung aus den Routinedaten. Für die Zählung der Behandlungstage gelten die Vorgaben in Anlage 3. 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.

Beispiel:

Es liegen die folgenden fallbezogenen Prozedurangaben für einen Patienten, der auf einer Station der Erwachsenenpsychiatrie vollstationär behandelt wird, vor:

| <i>OPS-Datum</i> | <i>Prozedurenschlüssel (OPS-Kode)</i> | <i>Hinweis</i> |
|-------------------|---|---|
| <i>12.01.2023</i> | <i>9-607 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen</i> | <i>Tag der Aufnahme</i> |
| <i>16.01.2023</i> | <i>9-619 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen</i> | <i>Wechsel in die Intensivbehandlung mit den Merkmalen Anwendung von Sicherungsmaßnahmen, akute Fremdgefährdung und Vitalgefährdung durch somatische Komplikationen</i> |
| <i>24.01.2023</i> | <i>9-607 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen</i> | <i>Wechsel in die Regelbehandlung</i> |
| <i>05.02.2023</i> | | <i>Tag der Entlassung</i> |

Die Regelbehandlung beginnt am 12.01. und dauert 4 Tage bis einschließlich 15.01.2023. Anschließend erfolgt eine Intensivbehandlung von 8 Tagen, da im Zeitraum vom 16.01. bis 23.01.2023 drei Merkmale der Intensivbehandlung vorlagen. Nach Wegfall der Merkmale am 24.01. erfolgt erneut eine Regelbehandlung vom 24.01. bis zum Tag der Entlassung am 05.02.2023.

Für diesen Behandlungsfall sind 16 Behandlungstage A1 Regelbehandlung (12.01 bis einschließlich 15.01 und 24.01 bis 04.02.2023) und 8 Behandlungstage Intensivbehandlung A2 (16.01. bis einschließlich 23.01.2023) zu zählen und stationsbezogen in Tabelle B1.3 sowie im Fachgebiet Erwachsenenpsychiatrie in Tabelle A3.3 zu berücksichtigen. Der Entlassungstag ist nicht als Behandlungstag zu zählen.

Da die Kodierung der Behandlungsarten laufend zu erfolgen hat, kann unmittelbar nach Abschluss des Quartals eine Ermittlung der Behandlungstage anhand der ohnehin vorliegenden Routinedaten erfolgen. Soweit die Behandlung über das Quartalsende hinaus fortgesetzt wird, sind nur die Kalendertage innerhalb des abgelaufenen Quartals zu berücksichtigen. Endet die vollstationäre Behandlung am letzten Kalendertag des Quartals oder beginnt eine über Mitternacht hinausgehende Abwesenheit, so ist dieser Tag nicht als Behandlungstag zu berücksichtigen.

Durch den Wegfall der Stichtagserhebung kann der Dokumentationsaufwand in der Umsetzung der Richtlinie erheblich reduziert werden. Bei den ca. 1.300 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die zusätzliche Durchführung von insgesamt 34.000 Stichtagserhebungen mit ca. 1,9 Mio. Patientinnen und Patienten ersatzlos entfallen.

DKG:

[In der Erstfassung der PPP-RL vom 19. September 2019 wurde in den Tragenden Gründen unter 2. Eckpunkte der Entscheidung (Seiten 4, 5) ausgeführt: „Deshalb orientiert sich diese Richtlinie an den Vorgaben der Psych-PV (...)(...) 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 einen 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.“

Im Zusammenhang mit dem vorliegenden Vorschlag zu einer Abkehr der Stichtagserhebungen auf Basis der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 in Anlehnung an die Psych-PV, erfolgt ein Bruch in der bisherigen Systematik. Noch in 2019 hat der G-BA festgestellt, dass keines der geprüften Modelle einen hinreichenden Reifegrad erlangt hat. Dieser Zustand hat sich bis heute nicht geändert. Keines der Modelle ist im Kontext von Mindestpersonalvorgaben erprobt. Eine 1:1-Übertragung der OPS-Systematik ist nicht möglich, weil andere Kategorien und Einstufungen mit einer anderen Zielstellung (Abrechnungssystem) zugrunde liegen. So würde ein Patient, für den z. B. keine eigenständige Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme dokumentiert ist, über den OPS 9-617 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit einem Merkmal über die Kategorie A2 abgebildet werden müssen. Dieser Patient würde aber nach den bestehenden Eingruppierungsempfehlungen der PPP-RL nur bedingt in die entsprechende Eingruppierung A2 fallen, da er ggf. nicht selbst- oder fremdgefährdet, bzw. somatisch vital gefährdet ist. Diesbezüglich würde sich über die OPS-Einstufung eine höhere Mindestvorgabe ergeben, als in der jetzigen Systematik. Die Trennungsschärfe auf Basis bisheriger Differenzierungen ist nicht gegeben. Es liegen keine Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen über die Anwendung von OPS-Kodes als Grundlage für die Ermittlung von Mindestvorgaben vor. Dies ist in Anbetracht drohender finanzieller Sanktionen abzulehnen.]

Zu Absatz 7 bis 9 (neu):**GKV-SV** (vgl. auch Vorschlag zu § 7 Absatz 4a):

Die Festlegungen der Mindestvorgaben für den Nachtdienst werden unter Berücksichtigung von Erfahrungswerten aus den Budgetverhandlungen, normativen Überlegungen zur notwendigen Höhe und empirischen Auswertungen zur tatsächlichen Personalausstattung getroffen. Dabei konzentriert sich der Ansatz in einem ersten Schritt auf die Einrichtungen mit dem größten Defizit und der geringsten Personalausstattung in den Nachweisen. Er orientiert sich also an der Verteilung der bisherigen tatsächlichen Personalausstattung im Nachtdienst (Perzentilansatz).

Die Mindestvorgaben werden festgelegt

- je empfohlener Stationsgröße von 18 Patientinnen und Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie und 12 Patientinnen und Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- gestuft nach dem Anteil von Intensivpatienten je Einrichtung

Als Intensivpatienten gelten Patientinnen und Patienten der Behandlungsbereiche A2, S2 und G2 in der Erwachsenenpsychiatrie sowie KJ1 und KJ3 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die folgende Anzahl der Nachtdienstplätze ist für eine durchschnittliche Station anzustreben:

- 1,0 Nachtdienstplätze je Station für Stationen in Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung und Stationen ohne Intensivpatienten
- 1,5 Nachtdienstplätze je Station für Stationen mit einem Anteil von Intensivpatienten von bis zu 30 %
- 2,0 Nachtdienstplätze je Station für Stationen mit einem Anteil von Intensivpatienten von 30 % und mehr.

Die o. g. Zahlen orientieren sich an den Erfahrungen der Verhandlungen zwischen den Vertragsparteien vor Ort, in denen der Umfang der Nachtdienstplätze in der Regel in Abhängigkeit vom Schweregrad der behandelten Patienten vereinbart wird.

Die ersten Auswertungen der PPP-RL Nachweise zeigt jedoch, dass das aktuelle Niveau der tatsächlichen Personalausstattung auf den Stationen deutlich unter dem oben genannten Niveau liegt. Bezogen auf die Anzahl der Nachtdienstplätze je 18 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie beschreibt das 25 Prozent Perzentil das Niveau einer Personalausstattung, die von einem Viertel der Stationen unterschritten wird. In Stationen ohne Intensivpatienten bzw. mit einem Anteil von bis zu 10 Prozent werden auf einem Viertel der Stationen weniger als 0,93 Nachtdienstplatz je 18 Patienten eingesetzt. Bei Stationen mit bis zu 30 Prozent Intensivpatienten sind es 1,14 bzw. 1,20 und bei Stationen mit mehr als 30 Prozent Intensivpatienten sind es weniger als 1,35 bzw. 1,55 Nachtdienstplatz je 18 Patienten.

Nach dem ersten Einführungsjahr 2023 wird die Mindestvorgabe für Einrichtungen mit Intensivpatienten ab dem 01.01.2024 daher für 2 Jahre zunächst auf einem Niveau festgelegt, das ca. 80 % der langfristig angestrebten Zielwerte entspricht – und damit die 25 % am schlechtesten ausgestatteten Einrichtungen auf das 25 Prozent Perzentil anhebt:

- 1,2 Nachtdienstplätze je Station für Stationen mit einem Anteil von Intensivpatienten von bis zu 30 %
- 1,6 Nachtdienstplätze je Station für Stationen mit einem Anteil von Intensivpatienten von 30 % und mehr.

Die Mindestvorgaben für die Nachtdienste sind einrichtungsbezogen einzuhalten. Die Mindestvorgaben sind für die gesamte Einrichtung in mindestens 95 % der Nächte eines

Quartals zu erfüllen. Die Mindestvorgabe ist in den Nächten erfüllt, in denen die tatsächlich geleisteten Vollkraftstunden größer oder gleich der Mindestvorgabe ist. Da es bei dem Nachtdienst trotz sorgfältiger Personalplanung auch zu kurzfristigen, ungeplanten Personalausfällen kommen kann, gilt die Mindestvorgabe auch dann erfüllt, wenn die Anzahl der Vollkraftstunden in weniger als 5 % der Nächste nicht eingehalten werden konnte.

Den besonderen Gegebenheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird durch die geringere Stationsgröße von 12 Behandlungsplätzen Rechnung getragen. Außerdem wird auf die Differenzierung nach Regel- und Intensivpatienten bei den Kindern zugunsten einer höheren Anzahl von Nachtdienstplätzen verzichtet.

Mögliche weitere Zwischenstufen sollten auf der Grundlage weiterer Datenauswertungen festgelegt werden. Der G-BA wird daher verpflichtet bis zum 30. Juni 2025 über weitergehende Vorgaben zum Nachtdienst ab dem 01.01.2026 zu entscheiden. Die differenzierten stations- und monatsbezogenen Nachweise (Tabelle B5 in Anlage 3) an das IQTIG zur tatsächlichen Personalausstattung werden weitergeführt. Sie sind notwendig für die zum 30. Juni 2025 vorgesehene Festlegung weitergehender Vorgaben für den Nachtdienst.

Für die Einrichtungen der Psychosomatik werden zunächst keine Mindestvorgaben festgelegt, weil die Bandbreite der vereinbarten Nachtdienstplätze aufgrund der sehr unterschiedlichen Behandlungskonzepte sehr groß ist und in den Einrichtungen keine Patientinnen und Patienten der Intensivbehandlung behandelt werden.

Mit den neuen Mindestvorgaben wird unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Betreuungs- und Beobachtungsbedarfe der Patientinnen und Patienten eine ausreichende Personalausstattung in der Nacht sichergestellt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Mindestvorgaben für die Anzahl der Nachtdienstplätze je 18 Patienten in Abhängigkeit vom Anteil der Intensivpatienten für die Erwachsenenpsychiatrie.

Tabelle: Mindestvorgabe für die Anzahl der Nachtdienstplätze je 18/12 Patienten in Abhängigkeit vom Anteil der Intensivpatienten

| | Anzahl Nachtdienstplätze je 18/12 Patienten | | | | | |
|-----------------|---|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Anteil Intensiv | 0% | >0 bis 10 % | >10 bis 20 % | >20 bis 30 % | <30 bis 40 % | >40 bis 100% |
| Mindestvorgabe | Keine | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,6 | 1,6 |

Quelle: eigene Darstellung des GKV-Spitzenverbands

Berechnungsschritte zur Ermittlung der einrichtungsbezogenen Mindestvorgabe für den pflegerischen Nachtdienst

1.) Einstufung in die Behandlungsbereiche und Planbetten

Die Ermittlung der Mindestvorgabe für den pflegerischen Nachtdienst erfolgt jährlich auf Grundlage der Anzahl der vollstationären Planbetten und Einstufung in die Behandlungsbereiche im 1. bis 3. Quartal des Vorjahres.

Die Verwendung der Belegungsdaten des Vorjahres ermöglicht eine prospektive Ermittlung der Mindestvorgabe im letzten Quartal eines Jahres. Da sich die Belegungsstruktur des 4. Quartals nicht wesentlich von den ersten drei Quartalen unterscheidet, wird bei der Ermittlung des Anteils der Intensivpatienten auf das 4. Quartal verzichtet.

Als Intensivpatienten gelten in der Erwachsenenpsychiatrie die Behandlungsbereiche A2, S2 und G2 sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Behandlungsbereiche KJ1 und KJ3.

2.) Umrechnung von Behandlungsplätzen auf die empfohlene Stationsgröße

Da die Festlegung für die Mindestvorgabe als Anzahl der in einer Einrichtung im Nachtdienst tätigen Pflegefachpersonen für die jeweilige Anzahl von Behandlungsplätzen der empfohlenen Stationsgröße festgelegt werden soll, müssen die Ergebnisse auf 18 Behandlungsplätzen in der Erwachsenenpsychiatrie bzw. 12 Behandlungsplätzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie umgerechnet werden.

Dazu wird die Anzahl der vollstationären Planbetten dividiert durch die Anzahl der nach § 9 Absatz 1 empfohlenen Behandlungsplätze je Station.

3.) Ermittlung der Anzahl der Vollkraftstunden je Nacht (Mindestvorgaben)

Die einrichtungsbezogenen Mindestvorgaben werden ermittelt, indem die Anzahl der Nachtdienstplätze der Mindestvorgabe zunächst mit der Anzahl von 10 Stunden des Nachtdienstes multipliziert wird. Das Ergebnis wird dann multipliziert mit dem Quotienten aus der Anzahl der vollstationären Planbetten dividiert durch die Anzahl der nach § 9 Absatz 1 empfohlenen Behandlungsplätze je Station. Das Ergebnis entspricht der Anzahl der Vollkraftstunden (VKS), die in der Einrichtung je Nacht mindestens einzusetzen sind.

Beispiel Erwachsenenpsychiatrie:

Ermittlung der Mindestvorgabe:

| | |
|---|--------------|
| <i>Anzahl der vollstationären Planbetten</i> | <i>36</i> |
| <i>Anzahl der empfohlenen Behandlungsplätze je Station (§ 9 Abs. 1)</i> | <i>18</i> |
| <i>Anzahl der Behandlungstage Gesamt</i> | <i>9.000</i> |
| <i>Anzahl der Behandlungstage in den Bereichen A2, S2 und G2</i> | <i>1.800</i> |

Zur Ermittlung der Mindestvorgabe für den Standort wird zunächst der Anteil der Intensivpatienten im 1 bis 3 Quartal des Vorjahres ermittelt.

$$\begin{aligned} \text{Anteil Intensiv} &= 1.800 / 9.000 \\ &= 20,0 \% \end{aligned}$$

Die Mindestvorgabe für den Nachtdienst nach § 8 Absatz 7 beträgt 1,2 Nachtdienstplätze je 18 Behandlungsplätze (empfohlener Stationsgröße nach § 9 Absatz 1).

Die Anzahl der Vollkraftstunden (VKS), die am Standort im Fachgebiet der Erwachsenenpsychiatrie je Nacht mindestens einzusetzen sind, wird wie folgt ermittelt:

$$\begin{aligned} \text{Mindestvorgabe in VKS je Nacht} &= 1,2 * 10 \text{ Stunden} * \left(\frac{36 \text{ Planbetten}}{18 \text{ Behandlungsplätze}} \right) \\ &= 24 \text{ VKS} \end{aligned}$$

Die Mindestpersonalausstattung für den Nachtdienst umfasst 24 Vollkraftstunden. Dies entspricht 2,4 Nachtdienstplätzen zu je 10 Stunden.

Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Einhaltung:

| | |
|---|--------------|
| <i>Tatsächliche Personalausstattung im Quartal in VKS</i> | <i>2.548</i> |
| <i>Anzahl Nächte im Quartal</i> | <i>91</i> |

| | |
|--|----|
| Anzahl Nächte in denen die Mindestvorgabe von 24 VKS erfüllt wurde | 89 |
|--|----|

Die durchschnittliche Personalausstattung je Nacht wird wie folgt ermittelt:

$$\begin{aligned} \text{durchschnittliche Personalausstattung je Nacht} &= 2.548 / 91 \\ &= 28 \text{ VKS} \end{aligned}$$

An 89 Nächsten im Quartal waren im Fachgebiet der Erwachsenenpsychiatrie 24 Vollkraftstunden oder mehr eingesetzt. Da die Mindestvorgabe an mindestens 95 % der Nächte eingehalten werden muss, muss im aktuellen Quartal an mindestens 87 Nächten eine tatsächliche Personalausstattung von 24 VKS oder mehr tätig sein.

$$\begin{aligned} \text{Anzahl Nächte mit 24 VKS oder mehr} &= 0,95 * 91 \text{ Nächte} \\ &= 86,45 \\ &= \text{mindestens 87 Nächte} \end{aligned}$$

Da die Mindestvorgabe an 89 Nächten erfüllt wurde, konnte die Mindestvorgabe eingehalten werden.

Auswertung der Nachtdienste der Erfassungsjahre 2020 und 2021 auf Basis der PPP-RL-Nachweise

Gemäß § 14 Absatz 2 der PPP-RL hat auf der Grundlage der Nachweisdaten für die Erfassungsjahre 2020 und 2021 erstmals eine Definition der Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste zu erfolgen. Dazu wurden in den Nachweisen der Jahre 2020 und 2021 bereits Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung im Nachtdienst von den Krankenhäusern dokumentiert und dann vom IQTIG ausgewertet.

Im Fachgebiet der Erwachsenenpsychiatrie werden an einem Standort im Nachtdienst durchschnittlich 16,0 Patientinnen und Patienten von einer Pflegefachperson betreut. Die Anzahl der betreuten Patientinnen und Patienten variiert dabei sehr stark zwischen den Standorten. In einem Viertel der Standorte ist eine Pflegekraft für mehr als 16,2 Patientinnen und Patienten verantwortlich (75 % Perzentil). Im Fachgebiet der Psychosomatik werden mit durchschnittlich 32,2 Patientinnen und Patienten fast doppelt so viele Personen von einer Pflegefachperson betreut. In einem Viertel der Standorte ist eine Pflegekraft hier für mehr als 36,3 Patientinnen und Patienten verantwortlich. Im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden durchschnittlich 8,4 Kindern und Jugendlichen von einer Pflegefachperson betreut. In einem Viertel der Standorte ist eine Pflegekraft hier für mehr als 9,5 Patientinnen und Patienten verantwortlich.

Die stationsbezogenen Ergebnisse in den folgenden Tabellen ermöglichen eine Differenzierung der Personalausstattung nach dem Anteil der Intensivpatienten. Die dargestellten Ergebnisse in Tabelle X geben die Personalausstattung im Juni 2021 wieder.

Die Anzahl der von einer Pflegefachkraft betreuten Patientinnen und Patienten ist in Stationen mit einem höheren Anteil von Intensivpatienten geringer. In Stationen ohne Intensivpatienten bzw. mit einem Anteil von bis zu 10 Prozent werden durchschnittlich 17,6 Patientinnen oder Patienten von einer Pflegekraft betreut. Bei Stationen mit bis zu 30 Prozent Intensivpatienten sind es 12,3 und bei Stationen mit mehr als 30 Prozent Intensivpatienten sind es 10,8 bzw. 9,7 Patientinnen und Patienten.

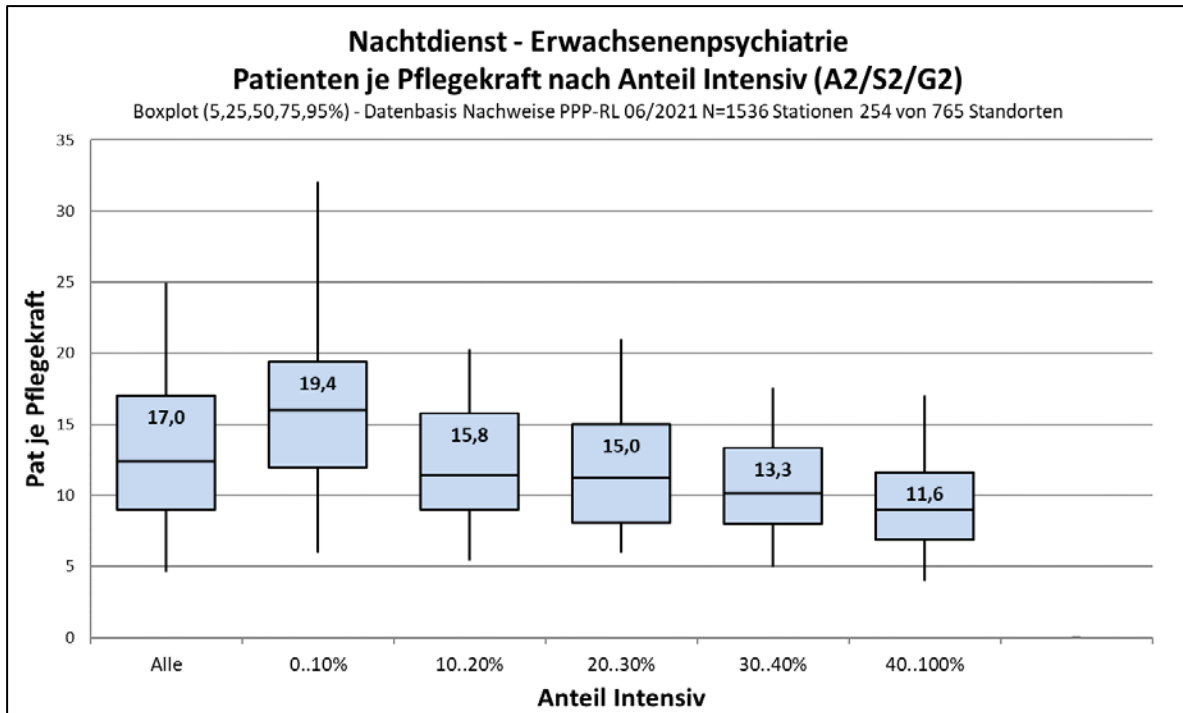
Tabelle: Tatsächliche Besetzung des Nachtdienstes in den Stationen differenziert nach dem Anteil an Patienten mit Intensivbehandlung

| Anteil Intensiv ^a | Mittlere Anzahl der Patientinnen und Patienten je Pflegeperson/Nacht | | | | | | |
|---|--|------------|--------------|---------------|--------|---------------|---------------|
| | Anzahl Stationen | Mittelwert | 5% Perzentil | 25% Perzentil | Median | 75% Perzentil | 95% Perzentil |
| Erwachsenenpsychiatrie | | | | | | | |
| Alle | 1.536 | 13,9 | 4,6 | 9,0 | 12,4 | 17,0 | 25,0 |
| 0 bis 10% | 720 | 17,6 | 6,0 | 12,0 | 16,0 | 19,4 | 32,1 |
| >10 - 20 % | 161 | 12,3 | 5,4 | 9,0 | 11,4 | 15,8 | 20,3 |
| >20 - 30 % | 136 | 12,3 | 6,0 | 8,1 | 11,3 | 15,0 | 21,0 |
| >30 - 40 % | 92 | 10,8 | 5,0 | 8,0 | 10,2 | 13,3 | 17,6 |
| >40 – 100 % | 419 | 9,7 | 4,0 | 6,9 | 9,0 | 11,6 | 17,0 |
| Psychosomatik | | | | | | | |
| Alle | 178 | 28,2 | 7,0 | 14,0 | 20,7 | 33,1 | 71,5 |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie | | | | | | | |
| Alle | 328 | 8,1 | 2,7 | 5,5 | 8,0 | 10,1 | 14,5 |
| 0 bis 10% | 204 | 8,7 | 2,9 | 6,0 | 8,3 | 10,8 | 14,6 |
| >10 - 20 % | 34 | 8,7 | 3,9 | 7,0 | 8,1 | 10,3 | 14,7 |
| >20 - 30 % | 16 | 7,8 | 3,9 | 5,9 | 7,3 | 9,5 | 12,3 |
| >30 - 40 % | 16 | 5,6 | 0,2 | 4,3 | 5,5 | 8,1 | 9,5 |
| >40 – 100 % | 40 | 6,0 | 2,4 | 4,0 | 5,4 | 7,2 | 13,4 |
| a: Anteil Patienten mit Intensivbehandlung in der Erwachsenenpsychiatrie Einstufung in A2,S2, G2, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Einstufung in KJ3. | | | | | | | |

Quelle: eigene Darstellung des GKV-Spitzenverbands auf Basis der IQTIG-Auswertungen

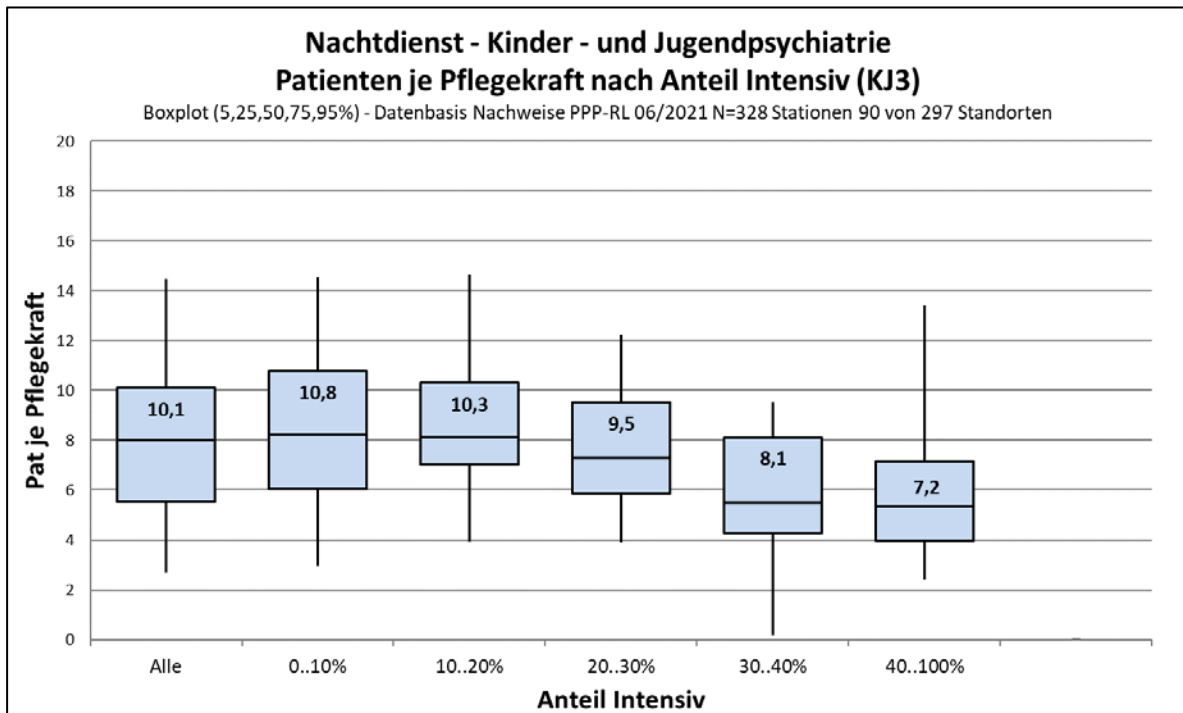
Die Ergebnisse der vorhergehenden Tabelle werden in der Abbildung grafisch dargestellt. Der Fokus liegt dabei auf der Darstellung der Perzentile.

Abbildung: Pat. je Pflegefachkraft nach Anteil Intensiv in der Erwachsenenpsychiatrie



Quelle: eigene Darstellung des GKV-Spitzenverbands auf Basis der IQTIG-Auswertungen

Abbildung: Pat. je Pflegefachkraft nach Anteil Intensiv in der Kinder- und Jugendpsychiatrie



Quelle: eigene Darstellung des GKV-Spitzenverbands auf Basis der IQTIG-Auswertungen

Die nachfolgende Tabelle und Abbildung zeigt die mittlere Anzahl der Nachtdienstplätze je 18 Patientinnen und Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie. Deutlich zu sehen ist eine Zunahme an Nachtdienstplätzen abhängig vom Anteil der Patientinnen und Patienten mit Intensivbehandlung. Bei einem Anteil von bis zu 10 Prozent Patienten mit Intensivbehandlung weisen die Stationen in der Erwachsenenpsychiatrie durchschnittlich 1,02 Nachtdienstplätze auf. Bei einem Anteil von bis zu 30 Prozent haben die Stationen 1,46 Nachtdienstplätze, bei einem Anteil von 30 Prozent und mehr haben die Stationen durchschnittlich 1,67 Nachtdienstplätze und bei einem Anteil von 40 Prozent und mehr haben die Stationen durchschnittlich 1,86 Nachtdienstplätze.

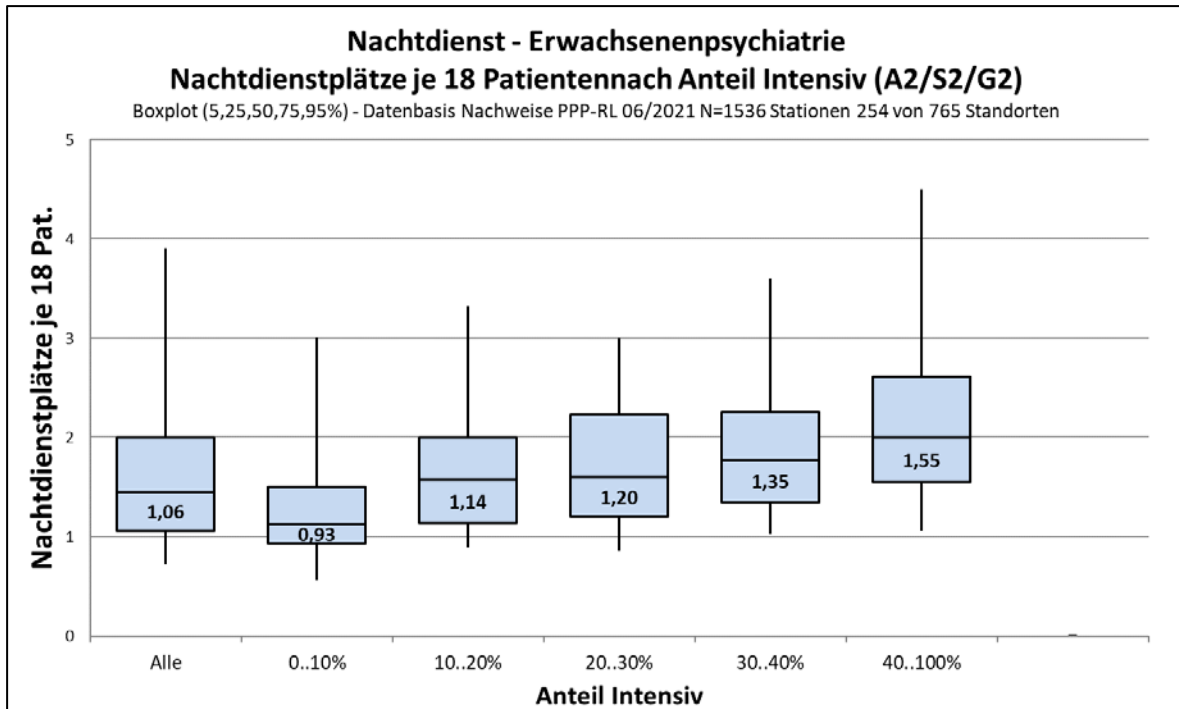
Bezogen auf die Anzahl der Nachtdienstplätze je 18 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie beschreibt das 25 Prozent Perzentil das Niveau einer Personalausstattung, die von einem Viertel der Stationen unterschritten wird. In Stationen ohne Intensivpatienten bzw. mit einem Anteil von bis zu 10 Prozent werden auf einem Viertel der Stationen weniger als 0,93 Nachtdienstplatz je 18 Patienten eingesetzt. Bei Stationen mit bis zu 30 Prozent Intensivpatienten sind es 1,14 bzw. 1,20 und bei Stationen mit mehr als 30 Prozent Intensivpatienten sind es weniger als 1,35 bzw. 1,55 Nachtdienstplatz je 18 Patienten.

Tabelle: Anzahl Nachtdienstplätze je 18/12 Patienten in den Stationen

| Mittlere Anzahl Nachtdienstplätze je 18 / 12 Patienten in den Stationen | | | | | | | |
|--|------------------|------------|--------------|---------------|--------|---------------|---------------|
| Anteil Intensiv ^a | Anzahl Stationen | Mittelwert | 5% Perzentil | 25% Perzentil | Median | 75% Perzentil | 95% Perzentil |
| Erwachsenenpsychiatrie | | | | | | | |
| Alle | 1.536 | 1,29 | 0,72 | 1,06 | 1,45 | 2,00 | 3,91 |
| 0 bis 10% | 720 | 1,02 | 0,56 | 0,93 | 1,13 | 1,50 | 3,01 |
| >10 - 20 % | 161 | 1,47 | 0,89 | 1,14 | 1,58 | 2,00 | 3,32 |
| >20 - 30 % | 136 | 1,46 | 0,86 | 1,20 | 1,60 | 2,23 | 3,00 |
| >30 - 40 % | 92 | 1,67 | 1,02 | 1,35 | 1,77 | 2,25 | 3,60 |
| >40 – 100 % | 419 | 1,86 | 1,06 | 1,55 | 2,00 | 2,61 | 4,50 |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie | | | | | | | |
| Alle | 328 | 1,48 | 0,83 | 1,19 | 1,50 | 2,17 | 4,49 |
| 0 bis 10% | 204 | 1,39 | 0,82 | 1,11 | 1,45 | 1,99 | 4,09 |
| >10 - 20 % | 34 | 1,38 | 0,82 | 1,17 | 1,47 | 1,71 | 3,06 |
| >20 - 30 % | 16 | 1,53 | 0,98 | 1,26 | 1,64 | 2,04 | 3,07 |
| >30 - 40 % | 16 | 2,16 | 1,26 | 1,48 | 2,18 | 2,82 | 74,30 |
| >40 – 100 % | 40 | 2,01 | 0,89 | 1,68 | 2,24 | 3,03 | 5,01 |
| a: Anteil Patienten mit Intensivbehandlung in der Erwachsenenpsychiatrie Einstufung in A2, S2, G2, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Einstufung in KJ3. | | | | | | | |

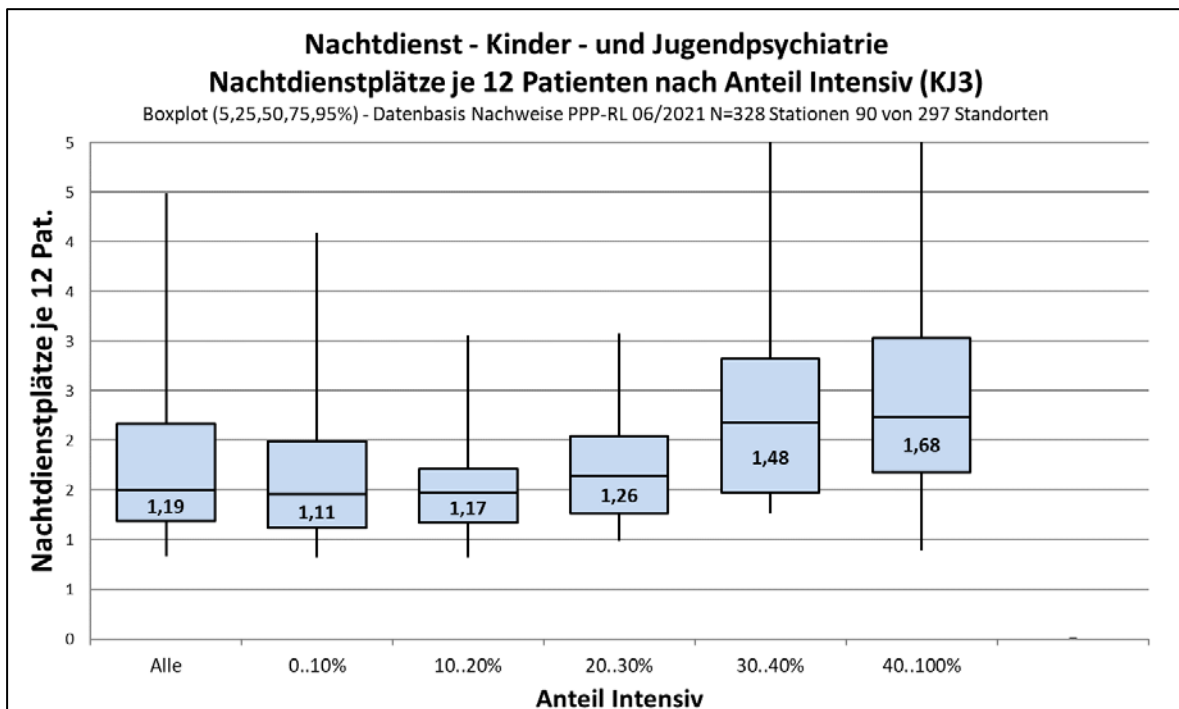
Quelle: eigene Darstellung des GKV-Spitzenverbands auf Basis der IQTIG-Auswertungen

Abbildung: Anzahl Nachtdienstplätze je 18 Patienten in den Stationen in der Erwachsenenpsychiatrie



Quelle: eigene Darstellung des GKV-Spitzenverbands auf Basis der IQTIG-Auswertungen (Ergebnisdarstellung Auswertungsfragen nach § 14 PPP-RL 2020-Q1 bis 2021-Q2, Stand 31.01.2022, Auswertungsblock 2, Tabellen 1 und 4)

Abbildung x: Anzahl Nachtdienstplätze je 12 Patienten in den Stationen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie



Quelle: eigene Darstellung des GKV-Spitzenverbands auf Basis der IQTIG-Auswertungen

Tabelle: Verteilung der Standorte und Stationen nach Anteil der Intensivpatienten

| Erwachsenenpsychiatrie (voll- und teilstationäre Versorgung) | | | | | | |
|---|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| Anteil Intensiv | 0% | >0 bis 10 % | >10 bis 20 % | >20 bis 30 % | <30 bis 40 % | >40 bis 100% |
| | Anteil der Standorte | | | | | |
| in % | 49,4 % | 8,9 % | 15,8 % | 15,0 % | 7,8 % | 3,1 % |
| Standorte | 366 | 66 | 117 | 111 | 58 | 23 |
| | Anteil der Stationen | | | | | |
| in % | 47,1 % | 10,5 % | 8,9 % | 6,0 % | 27,4 % | |
| Stationen | 720 | 161 | 136 | 92 | 419 | |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie (voll- und teilstationäre Versorgung) | | | | | | |
| Anteil Intensiv | 0% | >0 bis 10 % | >10 bis 20 % | >20 bis 30 % | <30 bis 40 % | >40 bis 100% |
| | Anteil der Standorte | | | | | |
| in % | 55,5 % | 25,2 % | 11,4 % | 5,5 % | 1,4 % | 1,0 % |
| Standorte | 161 | 73 | 33 | 16 | 4 | 3 |
| | Anteil der Stationen | | | | | |
| in % | 65,8 % | 11,0 % | 5,2 % | 5,2 % | 12,9 % | |
| Stationen | 204 | 34 | 16 | 16 | 40 | |

Quelle: eigene Darstellung des GKV-Spitzenverbands auf Basis der IQTIG-Auswertungen

Zu Absatz 7 (neu):

DKG:

Gemäß § 14 Absatz 2 PPP-RL hat der G-BA eine Mindestvorgabe für die Besetzung des pflegerischen Nachtdienstes zu beschließen. Hierzu bedarf es eines Ansatzes, der eine ausreichende Personalausstattung in der Nacht sicherstellt und dabei die verschiedenen patientenbezogenen Betreuungs- und Überwachungsbedarfe in der Nacht berücksichtigt, so dass eine bedarfsgerechte Verteilung der Nachtdienste innerhalb der Einrichtung ermöglicht wird. Darüber hinaus ist zusätzlicher Bürokratieraufwand im Rahmen der Ermittlung der Mindestvorgaben zu vermeiden.

Um diese Punkte zu berücksichtigen wird ein Ansatz verwendet, bei dem sich die Mindestvorgabe aus zwei Komponenten ableitet. Die erste Komponente ist eine größenskalierende Bezugsgröße, die ausgehend von der Bettenanzahl der Einrichtung einen Teilbedarf für die Ausstattung des pflegerischen Nachtdienstes abbildet. Um diese Komponente zu berechnen, wird die Bettenzahl der Einrichtung durch die in § 9 PPP-RL empfohlenen Stationsgrößen (Erwachsenenpsychiatrie: 18 Behandlungsplätze, Kinder- und Jugendpsychiatrie: 12 Behandlungsplätze) dividiert. Der sich ergebende Wert stellt den ersten Teilbedarf für die strukturelle Mindestausstattung des pflegerischen Nachtdienstes in der Einrichtung dar.

Beispiel:

1. Erwachsenenpsychiatrie:

Die Einrichtung umfasst 75 Betten, geteilt durch 18 ergibt sich eine größenskalierende Bezugsgröße von 4,17.

2. KJP:

Die Einrichtung umfasst 25 Betten, geteilt durch 12 ergibt sich eine größenskalierende Bezugsgröße von 2,08.

Die zweite Komponente soll der Anteil der Intensivpatienten am gesamten vollstationären Patientenkontinuum einen erhöhenden Einfluss auf die Mindestausstattung im pflegerischen Nachtdienst erhalten. Ein hoher Anteil intensivbehandlungspflichtiger Patienten führt analog zum Tagdienst auch im Nachtdienst zu höheren Mindestpersonalbesetzungen. Dazu wird der Anteil der Intensivpatienten über die regelmäßigen Stichtageeinstufungen ermittelt (Anteil A2, etc. am gesamten Patientenkontinuum). Da im Bereich von Suchtbehandlungen die Besonderheit besteht, dass alle Patienten mit Drogenabhängigkeit ebenfalls in der Intensivkategorie (S2) eingestuft werden müssen, deren Behandlung aber i.d.R. keinen höheren Nachtdienst-Einsatz begründet, erfolgt hier eine Gewichtung mit 50 Prozent. Für die übrigen Behandlungsbereiche bleibt die Gewichtung bei 100 Prozent. Zur Berechnung wird der Anteil der Intensivpatienten mit der größenskalierenden Bezugsgröße multipliziert und ggf. gewichtet. Es ergibt sich der zweite Teilbedarf für die Mindestausstattung des pflegerischen Nachtdienstes in der Einrichtung.

Beispiel für Erwachsenenpsychiatrie:

| | |
|--|--|
| Betten | 75 |
| §9 PPP-RL empfohlene Betten pro Station | 18 |
| 1. Komponente Anzahl Nachtdienste nach größenskalierender Bezugsgröße | 4,17 (=75/18) |
| Anteil A2 und G2 Einstufungen am Gesamtpatientenkontinuum | 33,33% |
| Anteil S2 Einstufungen am Gesamtpatientenkontinuum | 18,22% |
| 2. Komponente Anzahl Nachtdienste nach Intensivanteil | 4,17 * 0,3333 = 1,39 4,17 * (0,1822*0,5) = 0,38 1,39 + 0,38 = 1,77 |

Der Gesamtbedarf für die Mindestausstattung des pflegerischen Nachtdienstes ergibt sich für die Einrichtung durch die Addition der beiden Teilbedarfe. Berechnet wird dabei die Besetzung von Diensten. Analog der Systematik der PPP-RL müssen die Dienste noch in zu erbringende Vollkraftstunden umgerechnet werden. Dazu ist die Besetzung mit 10 zu multiplizieren.

Beispiel Erwachsenenpsychiatrie (s. oben):

$$4,17 + 1,77 = 5,94$$

$$5,94 * 10 = 59 \text{ VKS, die durchschnittlich je Nacht in der Einrichtung erfüllt werden müssen}$$

DPR: Zu § 6a Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste:Zu Absatz 1:

Die erforderliche Personalmindestausstattung wurde normativ festgelegt, da empirischen Daten nicht vorliegen. Neben dem regelhaft anfallenden Arbeitsaufkommen muss auch immer für die Bewältigung von Krisengeschehen unmittelbar erforderliche Personal zur Verfügung stehen. In der Nachtsituation treten häufig Symptome wie z.B. Schlafstörungen, Unruhe, Ängste in den Vordergrund, die überwiegend durch Pflegefachpersonal begleitet werden. Aus der Perspektive der Patient*innen ist es von erheblicher Bedeutung in der Nachtsituation eine Personalmindestausstattung zu erfahren, die sie vor selbst- oder fremdgefährdendes Handeln schützt. Zudem sind krisenhafte Geschehen und die damit verbundene deeskalierende Interaktion mit erheblicher Personalbindung unabhängig von Behandlungsbereichen. Somit ist die Berechnung mittels einer Pflege-Patient*innen-Relation unabdingbar. Zudem erfolgt die Festlegung der Nachtdienstplätze auf Einrichtungsebene.

Zu Absatz 2:

Die durchschnittliche vollstationäre Tagesbelegung errechnet sich aus den vereinbarten vollstationären Berechnungstagen einer Einrichtung abzüglich der vereinbarten Entlassungstage dividiert durch 365. Dann wird dieses Ergebnis durch 18 (Erwachsenenpsychiatrie) bzw. 12 (Kinder- und Jugendpsychiatrie) dividiert um die Anzahl der Nachtdienstplätze zu erhalten. Die weitere Multiplikation mit Faktor 1,7 ergibt sich aus der Erkenntnis, dass Einrichtungen mit Versorgungsverpflichtung auch in den Nachtstunden regelhaft Patient*innen ungeplant aufnehmen. Damit ist auch der Bedarf beispielsweise an Vorhalteaufwendungen, an deeskalierenden Maßnahmen und 1:1 Betreuungen höher.

Beispiel:

Die Einrichtung A hat für die Erwachsenenpsychiatrie 72.000 vollstationäre Berechnungstage sowie 3.000 Entlassungstage (gemäß L1) vereinbart.

1) Ermittlung der vollstationären Tagesbelegung

Vereinbarte vollstationäre Berechnungstage abzüglich vereinbarte Entlassungstage dividiert durch die Tage im Jahr = vereinbarte vollstationäre Tagesbelegung

Im Beispiel:

$(72.000 - 3.000) : 365 = 189,04$ Betten = vereinbarte vollstationäre Tagesbelegung

2) Ermittlung der Nachtdienstplätze

Vollstationäre Tagesbelegung dividiert durch jeweilige Stationsgröße nach §9 Abs. multipliziert mit dem Faktor 1,7

$189,04 : 18 \times 1,7 = 17,85$ Nachtdienstplätze / Tag

(Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wäre die Stationsgröße 12 statt hier 18)

Abschließend erfolgt die kaufmännische Rundung (ohne Nachkommastelle):

Beispiel Ergebnis:

18 Nachtdienstplätze / Tag als Mindestvorgabe an Nachtdienstplätzen der Einrichtung

In Vorbereitung wurde sorgfältig abgewogen, ob sehr fein differenziertes oder ein eher pauschalierendes Modell geeigneter dieses Strukturmerkmal abbildet.

Fachlich ist zu formulieren, dass weder der Anteil von Intensiveinstufungen noch der Anteil an untergebrachten Patienten hinreichende Indikatoren für die Notwendigkeit der Nachtdienstbesetzung sind. In der Nachtsituation sind es regelhaft schon ein oder zwei

Patienten, die die Anwesenheit einer zweiten Person erforderlich machen. Dies bildet die Voraussetzung um eine hinreichend sichere Umgebung für den jeweiligen Patienten, die Mitpatienten und last not least die Mitarbeitenden zu gewährleisten.

Auch die Anzahl von Fixierungen und Isolierungen scheint für ergänzende Nachtdienstplätze ungeeignet, da insbesondere die personalintensive Deeskalation vom Vorhandensein hinreichender Nachtdienstpräsenz abhängt.

Im Ergebnis folgt das dargestellte Modell dem Ansatz, dass jede pflichtversorgende Einrichtung initial für die fachlich angemessene nächtliche Betreuung und die professionelle Krisenbewältigung in Bezug auf die Anzahl geplant behandelte Patient*innen eine identisch hohe Mindestanwesenheit an Pflegefachpersonen bedarf.

Die Herausforderung jeder Einrichtung besteht gleichermaßen darin innerhalb der konkreten baulichen und organisatorischen Bedingungen geeignete Behandlungssettings inklusive des erforderlichen Nachtdiensteinsatzes zu schaffen und deren Besetzung nachzuweisen.

Dem Faktor in Höhe von 1,7 liegen folgende Einschätzungen von Pflegeexpert*innen zugrunde. Ein erhöhender Faktor in Höhe von 0,5 resultiert aus der Gewissheit, dass jede*r zweite behandelte Patient*in erheblich von einem nächtlichen Setting profitiert, in dem in der Nachtsituation 2 Pflegefachpersonen für die Pflege und Begleitung vorhanden sind. Bei zunehmend sich verkürzenden Verweildauern und hieraus resultierender Verdichtung der Behandlung hochakuter Patient*innen, erscheint dies eine fachlich zwingend erforderliche Mindestausstattung.

Der ergänzende erhöhende Faktor in Höhe von 0,2 soll sicherstellen, dass jede Einrichtung über die notwendige Basisbesetzung der Settings hinaus im Umfang von 20% der Nachtdienstplätze „freie“ Nachtdienstplätze besetzt. Diese sollten stationsungebunden für Maßnahmen der Deseskalation, Begleitung von überwachungsintensiven Patient*innen eingesetzt werden können. Hierin steckt eine qualitative Verbesserung im Vergleich zum aktuell vielfach praktizierten Besetzungsalltag, in dem diese Ressourcen häufig erst dann kurzfristig zusätzlich organisiert werden, wenn Fixierungen und Isolierungen zu begleiten sind. Zielsetzung ist also die Verringerung von benannten erheblich in die Freiheitsrechte der Patient*innen eingreifenden nächtlichen Maßnahmen.

Zu Absatz 3:

Versorgungsverpflichtung im Sinne der Mindestvorgabe Nachtdienst

Zunächst erscheint es sinnvoll dem Begriff der Versorgungsverpflichtung eine alltagstaugliche Arbeitsdefinition zuzuordnen, ohne damit übergeordneten Definitionsbemühungen vorweg zu greifen. Versorgungsverpflichtung im Sinne der Mindestvorgabe Nachtdienst meint, dass die Einrichtung Aufnahmen rund um die Uhr faktisch durchführt und die Notwendigkeit besteht Unterbringungen, sei es landes- oder betreuungsrechtlicher Natur zu jedem Zeitpunkt aufzunehmen. Der Hinweis „und“ im vorherigen Satz beabsichtigt die Betonung der Notwendigkeit der Erfüllung beider Kriterien.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL erscheint es dringend erforderlich diesbezüglich Schwellenwerte festzulegen. Nicht jeder Einrichtung, die die benannten Kriterien eher sporadisch wahrnimmt, sollte der Status einer pflichtversorgenden Einrichtung zugeordnet werden. Hinzu kommt, dass Kliniken und Fachabteilungen, die sich an Behandlungsangebote an unterschiedlichen Standorten anbieten, trotz insgesamt unstrittiger Pflichtversorgung, anhand der benannten Kriterien je Einrichtung zu differenzieren wären.

Zu Absatz 4:

[...]

Zu § 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad:Zu Absatz 4:

Zu Satz 1:

GKV-SV:

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung. Der Umsetzungsgrad für die Einrichtung wird gemäß § 7 Absatz 3 als gewichteter Mittelwert berechnet. Durch die Änderung wird dieser inhaltliche Bezug klargestellt.

Zu Satz 3:

DKG:

Gemäß § 14 Absatz 2 PPP-RL hat der G-BA den Auftrag die Mindestvorgaben für dezentrale kleine Standorte wie z.B. „Stand alone Tageskliniken“ zu überprüfen und ggf. anzupassen. Die Auswertungen aus dem Nachweisverfahren sind hierfür nicht nutzbar. Es bestehen deutliche Limitationen, da sich das Verfahren zu einen noch immer in der Implementierungsphase befindet. Zum anderen lassen sich aufgrund der Corona-Pandemie keine Aussagen auf Basis der Nachweise treffen, da diese sich erheblich und sehr unterschiedlich sowohl auf Patientenbelegung, Patienteneinstufungen als auch auf die Personalausstattung ausgewirkt haben. Darüber hinaus lässt sich auch sonst nicht anhand der Nachweissystematik ableiten, ob Tageskliniken geschlossen wurden, weil sie die Mindestvorgaben nicht auf lange Sicht einhalten können, da diese in den Daten schlicht nicht dargestellt werden. Um dieser Entwicklung vorzubeugen, erfolgt eine entsprechende Regelung für stand-alone Tageskliniken.

Stand alone Tageskliniken als eigene Standorte sind in der Regel kleine Einrichtungen mit einer geringen Anzahl an Plätzen. Aufgrund der räumlichen Entfernung von anderen Standorten, bzw. dem Hauptstandort des Krankenhauses sind Stand alone Tageskliniken in ihren Möglichkeiten zur flexiblen Personalsteuerung stark eingeschränkt. Insbesondere bei den „kleineren“ Berufsgruppen stellt das die Einrichtungen vor besondere Herausforderungen, da die Nichteinhaltung in einer Berufsgruppe, die Nichteinhaltung für den gesamten Standort bedeutet. Beispielsweise ist die Realisierung von 0,2 Stellen Bewegungstherapeuten/-innen kaum möglich und im Behandlungskonzept ggf. auch nicht sinnvoll umzusetzen. Häufig ist es auch nicht möglich, kurzfristig auf Personalausfälle zu reagieren, da das Personal nicht adhoc an einem ggf. weiter entfernten Standort eingesetzt werden kann. Auch die Ausnahmetatbestände leisten hier keine Abhilfe, da in der derzeitigen Regelung, die krankheitsbedingten Ausfälle nur über alle Berufsgruppen hinweg zur Geltung kommen können. Ein Ausgleich im Verlauf eines gesamten Quartals ist häufig ebenso nicht möglich.

Vor diesem Hintergrund gelten die Regelungen zur Erfüllung der Mindestvorgaben für Standorte, die eine Tagesklinik umfassen, für einen Gesamtumsetzungsgrad über die gesamte Einrichtung hinweg. Das Unterschreiten der Mindestvorgaben in einer Berufsgruppe führt also nicht zu einer Nichteinhaltung der Mindestvorgaben für die gesamte Einrichtung.

GKV-SV:

[Die bisherige Richtlinienregelung wird beibehalten.]

Die Weiterentwicklung der PPP-RL soll evidenzbasiert auf Grundlage der Nachweise gemäß Anlage 3 PPP-RL erfolgen. Dazu liegen dem G-BA inzwischen die Auswertungen des IQTIG

vor: Acht Quartalsberichte für alle Quartale der Jahre 2020 und 2021 sowie zusätzlich ein Bericht mit Auswertungen zu den Auswertungsfragen. Trotz gewisser Einschränkungen aufgrund von neuen Dokumentationsanforderungen eines neugeschaffenen Qualitätssicherungsverfahrens, händischen Dokumentationen und verschiedenen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie (insbesondere eine veränderte Belegungssituation) können die Daten bereits jetzt für die Weiterentwicklung der PPP-RL herangezogen werden: Zum einen haben sich die Behandlungstage nach einem deutlichen Rückgang im zweiten Quartal 2020 aufgrund der COVID-19-Pandemie im dritten Quartal 2021 wieder dem Niveau vor der COVID-19-Pandemie angeglichen. Zum anderen sind schon jetzt leichte Lerneffekte bei der Dokumentation zu erkennen. Beispielsweise hat die Anzahl der Einrichtungen zugenommen, die mindestens eine plausible Angabe zu Behandlungstagen angegeben haben.

Anhand der ausgewerteten Nachweisdaten ist nicht erkennbar, dass ein spezieller Regelungsbedarf vor allem für kleine Standorte besteht. Ganz im Gegenteil, die ausgewerteten Nachweise der PPP-RL zeigen, dass der Umsetzungsgrad vor allem bei kleinen Standorten größer ist, als bei Standorten mit vielen Betten. So erfüllten 91,1 Prozent der Einrichtungen in der Erwachsenenpsychiatrie mit weniger als 25 Betten den Umsetzungsgrad von ≥ 85 , im Gegensatz zu den großen Einrichtungen mit 250 und mehr Betten. Von diesen erfüllten nur 88,9 Prozent den Umsetzungsgrad von ≥ 85 Prozent.

Betrachtet man ausschließlich die kleinen teilstationären Standorte mit weniger als 25 Betten im Vergleich zu den vollstationären Standorten ist ebenfalls kein Regelungsbedarf erkennbar: 78,8 Prozent der teilstationären Einrichtungen mit weniger als 25 Betten erfüllten den Umsetzungsgrad von ≥ 85 Prozent – im Gegensatz zu 67,95 Prozent der Einrichtungen mit mehr als 25 Betten.

Betrachtet man die Zahlen noch spezifischer bezogen auf die einzelnen Berufsgruppen, lässt sich auch hier kein Regelungsbedarf für kleine Einrichtungen erkennen. Für die Berufsgruppen der Ärzte, Pflegefachpersonen, Psychotherapeuten, Bewegungstherapeuten und Sozialarbeiter erfüllt jeweils ein größerer Anteil der Einrichtungen mit weniger als 25 Betten die Mindestvorgaben als die größeren Einrichtungen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Nachweise erstens keinen Regelungsbedarf für ausschließlich kleine Einrichtungen oder kleine teilstationäre Einrichtungen zeigen. Im Gegenteil, diese erfüllen die Vorgaben zu größeren Anteilen als Einrichtungen mit mehr Betten. Zweitens ist es aus fachlicher Sicht wichtig, dass auch kleine Einrichtungen, wie „Stand alone Tageskliniken“ einen gewissen Behandlungsstandard anbieten müssen. Dieser ist nur gewährleistet, wenn ausreichend Personal vor Ort ist. Zu beachten ist dabei, dass es sich bei einer tagesklinischen Behandlung immerhin um eine teilstationäre und nicht um eine ambulante Behandlung handelt. Eine kleinere Bettenanzahl darf nicht zu einem schlechteren Behandlungsniveau führen. Eine Änderung der Richtlinie an dieser Stelle wird deshalb abgelehnt.]

Zu Absatz 4a:

GKV-SV:

Die Festlegungen zum Nachtdienst erfolgen in § 6 Absatz 7.

Die Mindestvorgaben für die Nachtdienste sind einrichtungsbezogen einzuhalten. Die Mindestvorgaben sind für die gesamte Einrichtung in mindestens 95 % der Nächte eines Quartals zu erfüllen. Die Festlegung, dass die Mindestvorgaben in allen Nächten einzuhalten sind, erfolgt aufgrund der besonderen Situation im Nachtdienst. In dieser Zeit sind im

Gegensatz zum Tagdienst in der Regel nur sehr wenige Pflegefachpersonen für die Betreuung der Patienten verantwortlich. Die mit einer quartalsdurchschnittlichen Einhaltung möglichen Verschiebung zwischen einzelnen Nächten ist für die Sicherstellung einer Mindestausstattung an allen Nächten nachteilig.

Die differenzierten stations- und monatsbezogenen Nachweise an das IQTIG zur tatsächlichen Personalausstattung werden weitergeführt.

Zu Absatz 5 (alt):

DKG:

vgl. Erläuterung zu § 6 Absatz 7

PatV:

Die bisherige Regelung kann entfallen, da künftig die Ermittlung der Besetzung des Nachtdienstes nicht mehr gesondert erfolgt, sondern in den Minutenwerten für die Pflegefachpersonen erfasst ist.

Zu Absatz 5 (neu):

DKG:

Aufgrund der Aufnahme von Mindestvorgaben für den Nachtdienst gemäß § 6 Absatz 7 PPP-RL erfolgt eine entsprechende Anpassung des Nachweisverfahrens gemäß Anlage 3. Der bisherige Nachweis zur tatsächlichen Nachtdienstbesetzung in der bisher vorgesehenen Systematik entfällt.

Zu Absatz 6 (alt):

PatV:

Da künftig für Pflegefachpersonen die Minutenwerte für täglich 24 Stunden gelten bedarf es keines gesonderten Berechnungsverfahrens der Pflegepersonalausstattung für den Nachtdienst.

Zu Absatz 6 (neu):

DKG:

Die Mindestvorgaben für die Nachtdienste werden zunächst nur in der Erwachsenenpsychiatrie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie festgelegt. Einrichtungen der Psychosomatik ermitteln die durchschnittliche Pflegepersonalausstattung in der Nacht nach größenskalierender Bezugsgröße (18 Betten).

Zu Absatz 7 (alt):

DKG:

vgl. Erläuterung zu § 6 Absatz 7

Zu Absatz 5 (neu):

PatV:

Da künftig für Pflegefachpersonen die Minutenwerte für täglich 24 Stunden gelten, ist die Ermittlung der durchschnittlichen Patientenbelegung nicht auf den Nachtdienst zu begrenzen.

Zu Absatz 8 (alt):

GKV-SV:

In den Nachweisen zum Nachtdienst müssen die Krankenhäuser auch Angaben zur Anzahl von Nächten machen, in denen eine bestimmte Personalausstattung unterschritten wird. Die bisherigen Schwellenwerte von 14 und 16 Vollkraftstunden werden angepasst. Die neuen Werte von 15 und 20 Vollkraftstunden entsprechen bei 10 Stunden des Nachtdienstes (nach § 4 Absatz 4) 1,5 bzw. 2,0 Nachtdienstplätzen je Station. Die Anfangszeiten des Nachtdienstes im einzelnen Krankenhaus können gemäß § 4 Abs. 4 individuell festgelegt werden. Pflegefachpersonen können auch übergreifend im Tag- und Nachtdienst eingesetzt werden. Die Tätigkeitszeiten bis zum Beginn des Nachtdienstes sind dann anteilig dem Tagdienst zuzuordnen. Durch diese Flexibilität können auch Anteile von Nachtdienstplätzen umgesetzt werden.

DKG:

vgl. Erläuterung zu § 6 Absatz 7

PatV:

Da künftig für Pflegefachpersonen die Minutenwerte für täglich 24 Stunden gelten, ist keine gesonderte Ermittlung der Besetzung in der Nachtschicht erforderlich.

Zu Absatz 9 (neu):

DPR:

Ein besetzter Nachtdienst ist jeder Dienst, der mit mindestens 8stündiger Dauer über den Tageswechsel (24:00 Uhr) von einer Pflegefachperson geleistet wurde. Aufgrund von arbeitsmedizinischen Erkenntnissen und Vorgaben des Arbeitszeitgesetzes sind starre 10-Stundendienste heute nicht mehr angemessen. Dies gilt auch für den Beginn und das Ende der Nachtdienste. So ist es heute eher die Regel, dass sich die Dienste an die Bedürfnisse der Patienten*innen orientieren. Nicht selten werden daher auch unterschiedliche Nachtdienstmodelle in den Kliniken praktiziert. Bei Rückfall in tradierte starre 10-Stunden-Nachtdienste würden den Qualitätsansprüchen nicht gerecht.

Realisiert eine Einrichtung die Anzahl von regelhaften Mindestnachtdienstplätzen gemäß der Mindestvorgabe, können dennoch Nachtdienstausfälle eintreten, die trotz allen Bemühens nicht immer vollständig kompensiert werden können. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich der /die Mitarbeitende erst kurz vor Nachtdienstantritt arbeitsunfähig meldet, in der Nacht erkrankt oder durch besondere Ereignisse wie Übergriffe etc. den Dienst nicht fortsetzen kann. Natürlich werden die konkreten Nachtdienste dann von Springern oder übergeordneten Hauptnachtdiensten übernommen, so dass die nächtliche Betreuung der Patient*innen sichergestellt ist. In der Gesamtsumme der in der Einrichtung besetzten Nachtdienste fehlen die arbeitsunfähigen Mitarbeitenden für diesen Tag dennoch. Bei einer 100%igen Nachweispflicht müsste dann die Besetzung einer anderen Nacht mit einer weiteren Nachtwache erfolgen.

Ausfälle zum Ende einer Nachweisperiode könnten nur mittels vorheriger Mehrbesetzung aufgefangen werden.

Um nicht zusätzliche Nachtdienste einsetzen zu müssen, wurde die Nachweisgrenze auf 97 Prozent der Vorgaben zur Personalmindestausstattung angesetzt.

Zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen:

Zu Absatz 3:

DKG:

Die bisher bestehende befristete Regelung zu einer Anrechnungsmöglichkeit von Psychotherapeuten/-innen auf andere nichtärztliche Berufsgruppen in psychosomatischen Einrichtungen wird um ein Jahr, bis zum 31. Dezember 2024 verlängert und auch den Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie ermöglicht. Die Verlängerung um ein Jahr erfolgt bereits frühzeitig, weil auf Basis vorliegender Informationen die Auswirkungen und Erforderlichkeit einer Begrenzung der Regelung derzeit nicht bewertet werden. Um nicht frühzeitig die Einrichtungen in eine Veränderung ihrer Behandlungskonzepte zu drängen - zum Beispiel könnten Vollkräfte für Psychotherapeuten/-innen in Einrichtungen (bei Übererfüllung der Mindestvorgabe in dieser Berufsgruppe) reduziert werden, um die Vollkräfte, z. B. bei den Bewegungstherapeuten (bei ggf. bestehender Untererfüllung der Mindestvorgabe in dieser Berufsgruppe) aufzubauen. Diese Anpassung soll verhindern, dass die Behandlungsinhalte sich nicht den Vorgaben der PPP-RL anpassen und ggf. zurückentwickeln, sondern behandlungskonzeptuelle und bedarfsorientierte Erfordernisse berücksichtigt werden können. Die Gründe warum eine Anrechnung von Psychologen/-innen auf andere Berufsgruppen ausgeschlossen sein soll, sind fachlich nicht nachvollziehbar, insbesondere da in diesem Fall keinerlei Anreize zu Kosteneinsparungen, sondern ausschließlich zur Aufrechterhaltung des therapeutischen Konzeptes geschaffen werden. Hierfür ist eine Erhöhung der Flexibilität des Personaleinsatzes entsprechend des jeweiligen therapeutischen Konzeptes erforderlich.

Zu Absatz 5:

Zu Satz 4 und 6:

DKG:

Es werden für alle Berufsgruppen – auch die der Ärzte – begrenzte Anrechnungsumfänge vorgesehen. Der Gesetzgeber hat in Einzelfällen ausdrücklich darüber entschieden, welche Leistungen dem Arztvorbehalt unterliegen, wie z. B. das Verschreiben verschreibungspflichtiger Medikamente im § 48 des Arzneimittelgesetzes (AMG). Darüber hinaus enthält die Anlage 24 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) einen Katalog, der beispielhaft aufführt, welche ärztlichen Leistungen nicht delegierbar sind. Hierzu gehören: Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des/der Patient/Patientin einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, die Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des/der Patienten/Patientin, die Entscheidung über die Therapie und das Durchführen invasiver Therapien einschließlich operativer Eingriffe zu den höchstpersönlichen Leistungen im Rahmen des Arztvorbehaltes. Diese Leistungen oder auch Teilleistungen muss der/die Arzt/Ärztin aufgrund ihrer Schwierigkeit, ihrer Gefährlichkeit für den/die Patienten/Patientin oder wegen der Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen unter Einsatz seiner spezifischen Fachkenntnis und Erfahrung selbst erbringen.

Neben diesen Tätigkeiten existieren delegationsfähige Leistungen. Exemplarisch seien hier administrative Tätigkeiten (wie Datenerfassung, Dokumentation und das Unterstützen der Ärzte und Ärztinnen bei der Erstellung von Arztbriefen und Gutachten) und unterstützende Maßnahmen zur Diagnostik/Überwachung, wie das Anlegen und Schreiben eines EKG, genannt. Diese Aufgaben können von anderen Berufsgruppen, wie zum Beispiel Kodierfachkräften, medizinische Fachangestellten, Arzthelferinnen und Dokumentationsassistenten sowie Physician Assistants übernommen werden. Da diese Delegation seit vielen Jahren gelebte Praxis ist, wird auch für die Berufsgruppe der Ärztinnen und 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 angerechnet wird, die tatsächlich konkret entlastet wird. Aufgrund der besonderen Rolle und Verantwortung der Berufsgruppe der Ärzte/-Ärztinnen wird vor diesem Hintergrund klargestellt, dass für die ärztlichen Vorbehaltsaufgaben keine Anrechnung erfolgen kann. Dementsprechend wird zunächst normativ ein maximaler geringer Anrechnungsumfang von 5 % festgelegt.

GKV-SV:

[Die bisherige Richtlinienregelung wird beibehalten.

Ein Austausch zwischen der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte mit der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologen und Psychologinnen ist nach PPP-RL möglich und fachlich sinnvoll.

Anrechnungsmöglichkeiten von anderen, nicht in der PPP-RL genannten Berufsgruppen auf die Berufsgruppe a) Ärztinnen und Ärzte sind fachlich nicht zu begründen und wurden bereits im Jahr 2020 im Zusammenhang mit den Richtlinienänderungen zum Erfassungsjahr 2021 über beraten. Der G-BA hat sich damals gegen eine Änderung entschieden. Dem GKV-Spitzenverband liegen keine Erkenntnisse vor, die darauf hinweisen, dass sich der Sachverhalt geändert hat und nun Regelungsbedarf besteht. Eine Richtlinienänderung wird deshalb abgelehnt.]

Zu Satz 8:

DKG:

Da noch keine ausreichenden Informationen für die Festlegung möglicher Höchstgrenzen bei der Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Personal in psychosomatischen Einrichtungen vorliegen, wird die Frist zu Festlegung um ein weiteres Jahr verschoben.

Zu Absatz 6 (neu):

PatV:

Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter erfüllen eigenständige Aufgaben. Diese haben zum Ziel die Qualität der Versorgung und das Behandlungsergebnis für psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten positiv zu beeinflussen. Sie nehmen keine Regelaufgaben von Berufsgruppen nach § 5 wahr. Daher ist eine Anrechnung nicht zulässig.

DKG:

[Keine Übernahme der Änderungsvorschläge im RL-Text.

Eine Vielzahl an empirischen Befunden zur „Peer-Arbeit“ finden sich bisher vorwiegend in angelsächsischen Ländern (Mahlke et al., 2015). Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass

vergleichbare Ansätze in Deutschland, wenn überhaupt, bisher nur punktuell implementiert wurden. Als Hindernisse bezüglich des Einsatzes von Gesundheitsbegleiter/innen identifizieren Wakefield et al. (2011) besonders die Unsicherheiten bezüglich der Arbeitsaufgaben und Verpflichtungen der Gesundheitsbegleiter/innen im Team. Eine normative Aufzählung dieser Aufgaben existiert bislang nicht. In einer Veröffentlichung von Gather, Otter et al. (2019) werden u.a. folgende Tätigkeiten genannt: Einzelgespräche und Gruppenangebote, wie „Soziales Kompetenztraining“ (ebd., 186) oder „die Arbeit mit Tools“ (Timeline, Genesungs- und Krisenplan) [...]“ (ebd., 187). Diese beiden Beispiele verdeutlichen die fehlende Abgrenzbarkeit der Aufgabenbereiche, die laut Psych-PV originär anderen Berufsgruppen zugeordnet ist. Um zum einen diesem Umstand Rechnung zu tragen und zum anderen den wichtigen Beitrag der Genesungsbegleiter/innen angemessen abbilden zu können, wird eine entsprechende Anrechnungsmöglichkeit nicht ausgeschlossen. Diese Option soll dazu beitragen, Barrieren abzubauen, Implementierungsbemühungen zu fördern und Anreize für den Einsatz von Genesungsbegleitern setzen. Wie in der bisher festgelegten Systematik vorgesehen, kann eine Anrechnung auf die Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL nur erfolgen, wenn eine Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben gemäß Anlage 4 PPP-RL vorliegt.]

Zu § 9 Weitere Qualitätsempfehlungen:

Zu Absatz 2:

DKG (vgl. auch Vorschlag zu Anlage 5):

Durch eine Einbindung von Genesungsbegleiter und Genesungsbegleiterinnen ist es möglich, die Behandlung der Patienten und Patientinnen stärker an den Bedürfnissen derselbigen zu orientieren. Gegenüber Angehörigen und professionell Helfenden können Genesungsbegleiter und Genesungsbegleiterinnen die Perspektive des Erkrankten/der Erkrankten aufgrund etwaiger eigener Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen und Therapieverfahren gut vermitteln. Sie können dazu beitragen, Lücken in der Versorgung zu schließen, indem sie als Bezugspersonen für die Betroffenen fungieren und zu externen Hilfsangeboten vermitteln können. Zudem können sie aufgrund eventuell vorhandener eigener Therapieerfahrungen, Betroffene vom Vorteil und Nutzen der Behandlungen überzeugen, Fragen klären und eventuell auftretende Ängste mindern. Dadurch kann eine größere Kooperationsbereitschaft der Betroffenen mit den Behandlungsmethoden erreicht werden, was wiederum einen wertvollen Beitrag zum Erfolg der Behandlungen leistet (vgl. Knuf & Bridler 2008, Mahlke et al. 2015, Utschakowski et al. 2015, Mahlke et al 2019).

DKG/PatV:

Die in Anlage 5 aufgeführten Punkte im Sinne von Kernaufgaben für die Genesungsbegleiter und Genesungsbegleiterinnen stellen eine

| DKG | PatV |
|--|---|
| beispielhafte Aufzählung zur Orientierung dar und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. | nicht abschließende Aufzählung dar und dienen u.a. zur Nachweisführung gemäß Anlage 3 zur Erfüllung von Qualitätsanforderungen, Teil B, Referenztable B4.2 Qualifikationen des Personals, Buchstabe h). |

PatV:

Mit der Aufnahme der Kernaufgaben in die PPP-RL wird das Ziel verfolgt, die Etablierung von qualifizierten Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung weiter voranzubringen.

Genesungsbegleitung wird in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen mit einem Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen empfohlen.

Der wissenschaftliche Nachweis hierfür findet sich in internationalen Studien.

In internationalen Settings werden die Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter bereits in verschiedenen Formen von aufsuchender Behandlung (Craig et al., 2004; Stergiopoulos et al., 2018), in Assertive Community Teams (Clarke et al., 2000; Corrigan et al., 2017; Kido et al., 2018), in Tageskliniken (Osborn et al., 2021), in ambulanter Versorgung (Min et al., 2007), in Peer-geleiteten Organisationen (Lawn et al., 2008), in Home Treatment Teams (Sledge et al., 2011; Johnson et al., 2018; Shalaby et al., 2021), auf geschlossenen Akutstationen (Ash et al., 2015) sowie in der Suchthilfe (Ashford et al., 2018; Parkes et al., 2019; Mamdani et al., 2021) eingesetzt. Die Genesungsbegleitung hat sich in der Akutversorgung positiv zur Steigerung der Recovery (Corrigan et al., 2017; Shalaby et al., 2021), der psychischen und körperlichen Gesundheit (Corrigan et al., 2017; Stergiopoulos et al., 2018) sowie der Lebensqualität (Corrigan et al., 2017), zur Verringerung von stationären Aufnahmen (Min et al., 2007; Sledge et al., 2011; Johnson et al., Kido et al., 2018) und dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen (Ash et al., 2015) gezeigt.

Genesungsbegleitung wird in mehreren nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen: S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Gühne et al. 2019) und S3-Leitlinie Bipolare Störung (Bschor et al., 2019) mit dem Empfehlungsgrad B. In der S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang (Steinert & Hirsch, 2018) mit einem Statement und in der S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN, 2019) mit dem Empfehlungsgrad 0.

International wird Peer-/Genesungsbegleitung in verschiedenen Leitlinien des National Institute for Health Care Excellence (NICE) empfohlen, bspw. NICE Clinical Guideline Psychosis and schizophrenia in adults (2014), NICE Guideline Community engagement (2016), NICE Guideline People's experience in adult social care services (2018), NICE Guideline Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings (2018).

Zu § 10 Ausnahmetatbestände:Zu Absatz 1:

Zu Nummer 1:

DKG:

Der G-BA ist als Normgeber verpflichtet, die Auswirkungen seiner Regelungen zu beobachten und ggf. erforderliche Anpassungen vorzunehmen. Die definierten Ausnahmetatbestände in § 10 legen bestimmte Ausnahmen fest, die dazu führen, dass die Mindestvorgaben der PPP-RL nicht eingehalten werden müssen. Die Regelung in Absatz 1 Nr. 1 bezieht sich kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 15 Prozent) hinausgehen. Bisher bezog sich die Regelung auf das gesamte vorzuhaltende Personal. Da sich die Erfüllung der Mindestvorgaben jedoch danach ergibt, ob in jeder einzelnen Berufsgruppe der Umsetzungsgrad gleich oder über

100 % ist, ist es sachgerecht den Ausnahmetatbestand entsprechend anzupassen und auf die einzelnen Berufsgruppen zu beziehen. Auch mit den Anrechnungsregelungen war es bisher insbesondere bei kleineren Einrichtungen häufig nicht möglich, Personalausfälle in speziellen kleineren Berufsgruppen über das Quartal hinweg zu kompensieren, da entsprechend die regelaufgaben der einzelnen Berufsgruppe erbracht werden müssen. So wird ein Physiotherapeut/-in kaum Aufgaben z. B. bei den Sozialarbeitern/-innen übernehmen können.

GKV-SV:

[Die bisherige Richtlinienregelung wird beibehalten.]

Die PPP-RL sieht weitreichende Anrechnungs- und Ersetzungsmöglichkeiten zwischen den Berufsgruppen vor. Deshalb gilt der Ausnahmetatbestand weiterhin für kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle beim gesamten Personal.

Wenn beispielsweise als Ausnahmetatbestand bereits gelten würde, dass eine Berufsgruppe krankheitsbedingt in einem Ausmaß von 15 Prozent ausfällt, könnte man mit dem Ausfall in einer kleinen Berufsgruppe, d. h. ggf. mit der Krankheit nur weniger Angestellten, die gesamte Mindestvorgabe für die Einrichtung aushebeln.

Eine Änderung der Richtlinie ist deshalb nicht notwendig.]

Zu Nummer 4 (neu):

DKG:

Gemäß § 14 Absatz 2 PPP-RL hat der G-BA den Auftrag die Mindestvorgaben für dezentrale kleine Standorte wie z.B. „Stand alone Tageskliniken“ zu überprüfen und ggf. anzupassen. Stand alone Tageskliniken als eigene Standorte sind in der Regel kleine Einrichtungen mit einer geringen Anzahl an Plätzen. Aufgrund der räumlichen Entfernung von anderen Standorten, bzw. dem Hauptstandort des Krankenhauses sind Stand-alone Tageskliniken in ihren Möglichkeiten zur flexiblen Personalsteuerung stark eingeschränkt. Insbesondere bei den „kleineren“ Berufsgruppen stellt das die Einrichtungen vor besondere Herausforderungen, da die Nichteinhaltung in einer Berufsgruppe, die Nichteinhaltung für den gesamten Standort bedeutet. Es besteht die Gefahr, dass sich daraus auf lange Sicht eine Veränderung der Versorgung, insbesondere durch Schließung von Angeboten, in Regionen wo oftmals keine anderen Angebote zur Verfügung stehen. Um den Erhalt teilstationärer Einrichtungen als wichtige Versorgungsstruktur zu unterstützen, wird Standorten, die ausschließlich eine Tagesklinik umfassen, die Möglichkeit eingeräumt, die Mindestvorgaben in einem Quartal als Ausnahmetatbestand nicht einzuhalten, wenn sie im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder eingehalten werden. Wie gehabt ist die Geltendmachung eines Ausnahmetatbestandes im Nachweisverfahren darzulegen.

Auswertungen aus dem Nachweisverfahren sind hierfür nicht nutzbar. Es bestehen deutliche Limitationen, da sich das Verfahren zu einen noch immer in der Implementierungsphase befindet. Zum anderen lassen sich aufgrund der Corona-Pandemie keine Aussagen auf Basis der Nachweise treffen, da diese sich erheblich und sehr unterschiedlich sowohl auf Patientenbelegung, Patienteneinstufungen als auch auf die Personalausstattung ausgewirkt haben. Darüber hinaus lässt sich auch sonst nicht anhand der Nachweissystematik ableiten, ob Tageskliniken geschlossen wurden, weil sie die Mindestvorgaben nicht auf lange Sicht einhalten können, da diese in den Daten schlicht nicht dargestellt werden.

GKV-SV:

[Die bisherige Richtlinienregelung wird beibehalten.

Anhand der ausgewerteten Nachweisdaten ist nicht erkennbar, dass ein spezieller Regelungsbedarf vor allem für kleine Standorte besteht. Ganz im Gegenteil, die ausgewerteten Nachweise der PPP-RL zeigen, dass der Umsetzungsgrad vor allem bei kleinen Standorten größer ist, als bei Standorten mit vielen Betten. Siehe auch die Ausführungen dazu unter § 7 Absatz 4. Eine Änderung der Richtlinie wird deshalb abgelehnt.]

Zu § 11 Nachweisverfahren:

Zu Absatz 1:

DKG:

vgl. Erläuterung zu § 2 Absatz 7

Zu Absatz 2:

GKV-SV:

vgl. Erläuterungen zu § 11 Absatz 6 und Ergänzungen am Ende von Anlage 3

Die Nachweise Teil A und Teil B gemäß Anlage 3 der PPP-RL weisen enge inhaltliche Bezüge auf. Unterschiede bestehen zwischen

- 1) zeitlichen (Monat, Quartal) und räumlichen Bezügen (Station, Einrichtung),
- 2) zwischen den unterschiedlichen Inhalten für die verschiedenen Empfänger,
- 3) der erforderlichen Dokumentation durch die Krankenhäuser und der Möglichkeit, die Inhalte durch die Spezifikation berechnen zu lassen.

Um die Weiterentwicklung der Spezifikationsempfehlungen vorzubereiten, werden die inhaltlichen Zusammenhänge modular dargestellt. Die Inhalte des Moduls 1, die dem bisherigen Teil A und Teil B der Nachweise gemäß Anlage 3 entsprechen, werden an das IQTIG übermittelt. Die Inhalte des Moduls 2, die dem bisherigen Teil A der Nachweise gemäß Anlage 3 entsprechen, werden an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie ggf. an die Landesaufsichtsbehörden übermittelt.

DKG:

vgl. Erläuterung zu § 2 Absatz 7

Zu Absatz 3:

DKG:

Der G-BA ist als Normgeber verpflichtet, die Auswirkungen seiner Regelungen zu beobachten und ggf. erforderliche Anpassungen vorzunehmen. Das Nachweisverfahren der PPP-RL stellt die Krankenhäuser vor große Herausforderungen. Neben der stations- und monatsbezogenen Nachweisführung gehört dazu auch die quartalsweise Frequenz der Übermittlung. Da der G-BA aus den übermittelten Daten bisher keine Informationen für eine sinnvolle Weiterentwicklung der PPP-RL ziehen lassen, sind die Kliniken von den umfangreichen Aufwänden zu entlasten und die bisher vorgesehene quartalsweise Übermittlung zu streichen.

GKV-SV:

vgl. Erläuterung zu Absatz 2

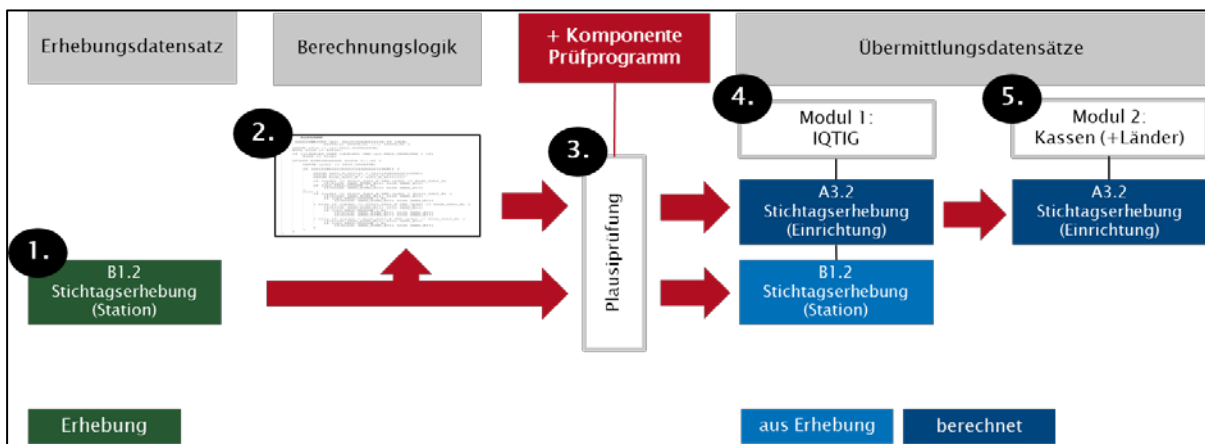
Zu Absatz 6:

GKV-SV:

Das Nachweisverfahren der PPP-RL soll möglichst aufwandsarm und technisch ausgereift sein, um den Dokumentationsaufwand zu reduzieren. Zukünftig soll die Dokumentation daher mit einer Spezifikation erfolgen, die den Nachweis verschlankt und zu einer erheblichen Entlastung des bürokratischen Aufwands der Krankenhäuser führt.

Hierbei werden neue Anforderungen an die Spezifikation gestellt, die mit der vorliegenden Änderung konkretisiert werden. Damit die Spezifikation den Anforderungen der PPP-RL gerecht wird, soll sie z. B. auch zahlreiche Inhalte berechnen und aggregieren sowie Plausibilisierungen vornehmen. Abbildung 1 stellt die besonderen Anforderungen an die Spezifikation für die PPP-RL dar. Durch die Berechnungen der Spezifikation entfallen zahlreiche auszufüllende Datenfelder für die Krankenhäuser, wie die Änderungen am Ende von Anlage 3 aufzeigen. Damit reduziert sich die erforderliche Dokumentation deutlich um bis zu Zweidrittel.

Abbildung 1: Ablauf der Erhebung, Berechnung und Plausibilisierung der Nachweisdaten durch die Spezifikation



Zu Absatz 13:

DKG:

vgl. Erläuterung zu Absatz 3

Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:Zu Absatz 5 und 6:**DKG:**

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat in ihrer 94. Sitzung am 16. Juni 2021 in einem Beschluss zur PPP-RL den G-BA aufgefordert, die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben „auszusetzen, bis eine Anpassung der Richtlinie (...) erfolgt ist.“ Der Beschluss ist verfügbar unter <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=1145&jahr=2021>. Hintergrund des Beschlusses ist die Sorge der GMK, dass die Vorgaben der PPP-RL eine gemeindenahere, bedarfsgerechte, patientenzentrierte, flexible und sich weiterentwickelnde Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen in teil- und vollstationären Einrichtungen erschweren.

Die drohenden hohen finanziellen Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben bergen die Gefahr, dass die Krankenhäuser ihre Versorgungskonzepte der veralteten Systematik der Mindestvorgaben anpassen und einrichtungs- und stationsübergreifende sowie settingübergreifende Behandlungsformen reduzieren. Ferner werden kleine Standorte, wie Tageskliniken, die für eine wohnortnahe Versorgung zentral sind, durch die Vorgaben gefährdet. Kleine Standorte können aufgrund größerer Aufwände in der Personalvorhaltung und -steuerung die unverhältnismäßig starren Vorgaben häufig nicht einhalten und müssen sich von der Versorgung abmelden oder sogar schließen. Vor diesem Hintergrund werden die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben um zwei weitere Jahre ausgesetzt. Vor Inkrafttreten von Sanktionen ist eine entsprechende grundsätzliche Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie erforderlich.

GKV-SV:

[Die bisherige Richtlinienregelung wird beibehalten.]

Ein relevanter Anteil der Einrichtungen ist noch davon entfernt, die geforderte Erfüllung von 100 Prozent der Mindestvorgaben zu erfüllen. Deshalb sieht der GKV-Spitzenverband mit seinem Änderungsvorschlag in § 16 Absatz 1 eine Verlängerung der Einführungsphase vor. Die Erfüllung der Mindestvorgaben zu 90 Prozent wird um zwei Jahre verlängert. Die Mindestvorgaben müssen erst ab dem 01. Januar 2026 zu 100 Prozent erfüllt sein (siehe auch die Ausführungen zu dem Änderungsvorschlag des GKV-Spitzenverbands in § 16 Absatz 1 Übergangsregelungen).

Damit die in der PPP-RL vorgesehenen Stufen der Einführungsphase eingehalten werden, ist es jedoch notwendig, dass die Folgen bei Nichteinhaltung wie in § 11 vorgesehen, umgesetzt werden. Die Erfahrungen mit der Umsetzung der PsychPV lehren, dass freiwillige Personalvorgaben nicht von allen Krankenhäusern realisiert werden. Dies zeigen Auswertungen der PsychPV-Nachweise für die Jahre 2017 bis 2019 (Watermann & Neubert 2020).

Eine Mindestausstattung mit Personal ist jedoch höchst relevant im Zusammenhang mit Patientenschutz und Schutz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die mangelnde Umsetzung spielte eine Rolle, als der Gesetzgeber den G-BA beauftragte, verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung zu beschließen. Eine wesentliche Unterschreitung der Mindestvorgaben der Einführungsphase ist deshalb nicht länger tolerierbar. Die in § 13 PPP-RL vorgesehenen Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sollen deshalb wie vorgesehen gelten. Zumal der Wegfall des

Vergütungsanspruchs nur die Standorte betrifft, die unter der 90 Prozent-Grenze liegen. Der Wegfall des Vergütungsanspruchs ist zudem verhältnismäßig gestaltet, denn es ist ein prozentualer Wegfall – abhängig vom Anteil der fehlenden Personalausstattung – vorgesehen. Damit werden die Einrichtungen mit der schlechtesten Personalausstattung gezwungen, endlich Personal aufzubauen.]

Zu § 14 Anpassung der Richtlinie:

Zu Absatz 2:

DKG:

vgl. Erläuterung zu § 2 Absatz 7

Zu § 15 Evaluation der Richtlinie:

Zu Absatz 2:

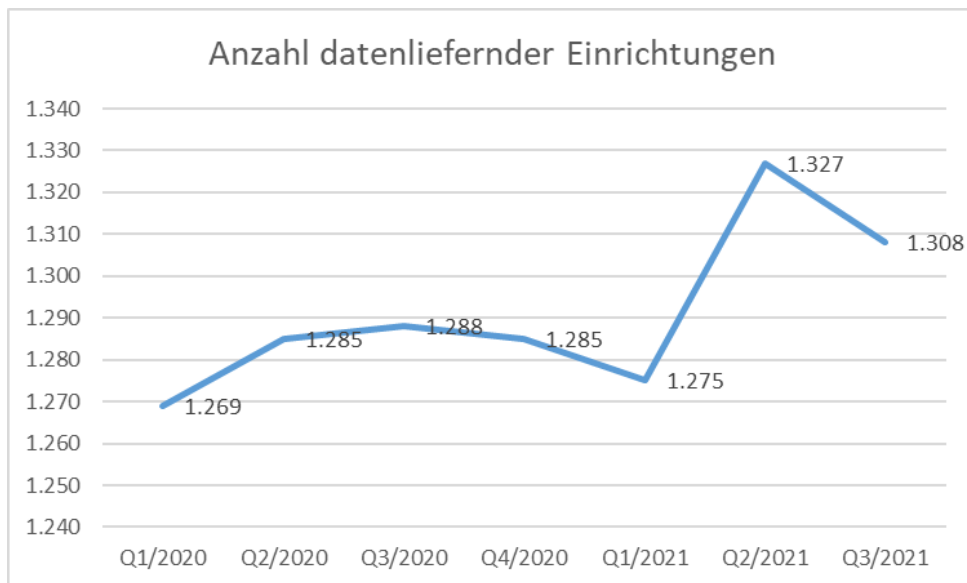
GKV-SV:

Zur Sicherstellung einer höheren Datenqualität, die auch die Qualität der Evaluation beeinflusst, wird die Frist zur Abgabe des Abschlussberichtes um drei Jahre, auf den 31. Dezember 2027, verlängert.

Die noch eingeschränkte Datenqualität der bisher im Rahmen der PPP-RL erfassten Daten begründet sich auf mehreren Ursachen: Zum einen in den neuen Dokumentationsanforderungen eines neugeschaffenen Qualitätssicherungsverfahrens und damit noch ausstehende Lerneffekten. Zum anderen in der bisher vorgesehenen händischen Dokumentation, die tendenziell fehleranfälliger ist. Darüber hinaus ist auch von verschiedenen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Nachweise auszugehen (insbesondere eine veränderte Belegungssituation).

Perspektivisch ist über die absolvierten Erfassungsjahre eine kontinuierliche Qualitätssteigerung zu erwarten, da sich die Lerneffekte über den Zeitverlauf verfestigen werden, siehe nachfolgende Abbildungen und Tabelle. Zudem wird die Datenerhebung anhand von „Servicedokumenten“ ab dem Erfassungsjahr 2024 durch eine Spezifikation auf eine digitale Dokumentationssoftware inklusive umfassenderen Plausibilisierungsmöglichkeiten umgestellt. Dadurch werden die Vollzähligkeit und Vollständigkeit der Daten gesteigert, ab 2025 stehen deshalb umfassend plausibilisierte Daten der Leistungserbringer zur Verfügung. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass die Belastungen der Corona-Pandemie langsam abklingen werden.

Abbildung: Anzahl datenliefernder Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammengefasst)



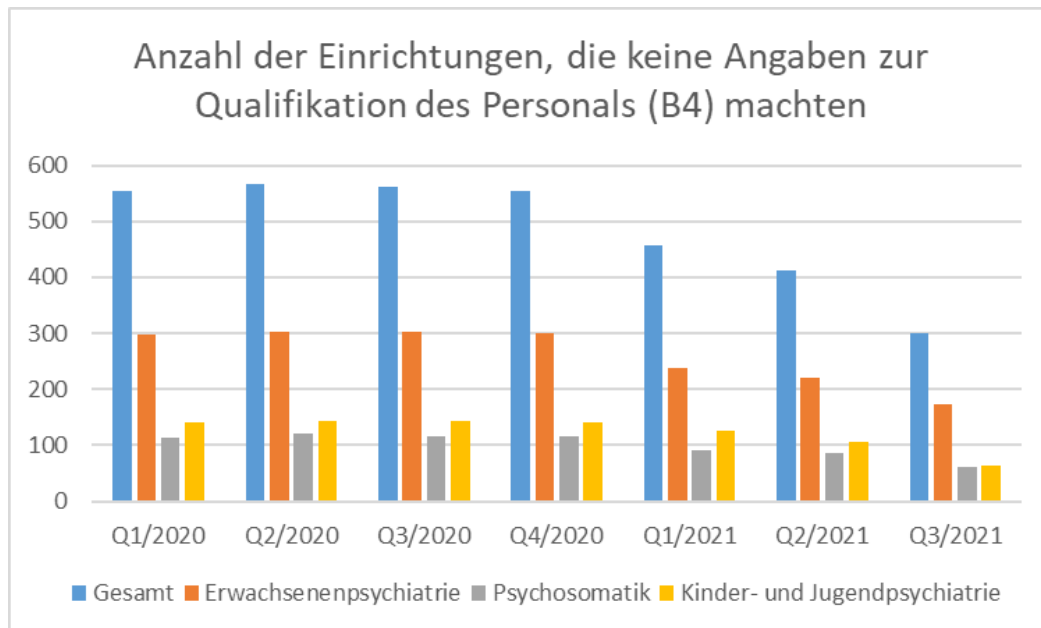
Quelle: eigene Darstellung des GKV-Spitzenverbands auf Basis der IQTIG-Auswertungen

Tabelle: Vollständigkeit der Datenlieferungen (Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammengefasst)

| Jahr | Quartal | Gesamtzahl datenliefernder Einrichtungen | | |
|------|---------|--|----------------|--------------|
| | | unvollständig | vollständig | |
| 2020 | 1 | 1.269 | 1.162 (91,6 %) | 107 (8,4 %) |
| 2020 | 2 | 1.285 | 1.195 (93,0 %) | 89 (7,0 %) |
| 2020 | 3 | 1.288 | 1.172 (91,0 %) | 115 (9,0 %) |
| 2020 | 4 | 1.285 | 1.162 (90,4 %) | 123 (9,6 %) |
| 2021 | 1 | 1.275 | 1.012 (79,4 %) | 261 (20,6 %) |
| 2021 | 2 | 1.327 | 1.038 (78,2 %) | 289 (21,8 %) |
| 2021 | 3 | 1.308 | 512 (39,1 %) | 796 (60,9 %) |

Quelle: eigene Darstellung des GVK-Spitzenverbands auf Basis der IQTIG-Auswertungen

Abbildung: Anzahl der Einrichtungen, die keine Angaben zur Qualifikation des Personals (Angaben in Tabellen B4 der Anlage 3 PPP-RL) machen



Quelle: eigene Darstellung des GVK-Spitzenverbands auf Basis der IQTIG-Auswertungen

DKG:

[Keine Übernahme der Änderungsvorschläge im RL-Text.]

In der Erstfassung der PPP-RL wurde mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2020 die Durchführung einer Evaluation bis zum 31. Dezember 2024 beschlossen. Das heißt gleichzeitig, dass mit Vorlage des Abschlussberichtes zur Evaluation, die PPP-RL fünf Jahre die Mindestvorgaben für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Krankenhäusern verbindlich geregelt hat. Der G-BA ist als Normgeber verpflichtet, die Auswirkungen seiner Regelungen zu beobachten und ggf. erforderliche Anpassungen vorzunehmen. Vor allem aber hat der G-BA auch die Aufgabe, zu prüfen, ob die Ziele der Regelungen und somit eine Verbesserung der Versorgung erreicht wurde. Dies ist sowohl aus Perspektive der Patientinnen und Patienten erforderlich, die zu Recht eine bestmögliche Versorgung erwarten. Dies ist allerdings auch aus Sicht der Einrichtungen unabdingbar, da diese sich an die Regelungen halten müssen, entsprechende Nachweise hierfür erbringen, Prüfungen zur Umsetzung bewältigen und ggf. mit Sanktionen bei Nichteinhaltung der Vorgaben konfrontiert sind. Darüber hinaus erwarten Sie, dass geprüft wird, ob es Möglichkeiten gibt, die umfangreiche Dokumentation auf ein notwendiges Mindestmaß zu reduzieren.

Das Nachweisverfahren der PPP-RL wird zur Beantwortung der Frage, ob die Regelungen der PPP-RL geeignet sind, die Patientenversorgung zu verbessern, nur sehr eingeschränkt bis keine Antworten liefern können. Auch liefert das Nachweisverfahren keine Antworten, ob die PPP-RL die Versorgungsstrukturen verändert, bzw. verbessert hat. Dies ändert sich auch nicht mit einer erhofften Verbesserung der Datenqualität mit Umsetzung der Spezifikation, da sich die grundsätzliche Systematik des Nachweisverfahrens nicht gravierend verändern wird. Vor diesem Hintergrund liegen keine Gründe für eine Verschiebung des Evaluationszeitraumes vor. Ganz im Gegenteil ist es zwingend erforderlich, die Überprüfung der Regelungen der PPP-RL auf ihre Wirksamkeit zügig zu starten, um ggf. erforderliche Anpassungen zeitnah initiieren zu können.]

DPR:

[...]

Zu § 16 Übergangsregelungen:

Zu Absatz 1:

GKV-SV:

Aufgrund der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren bei der Erstfassung der PPP-RL im Jahr 2019 und den Ergebnissen der ersten Auswertungen der Psych-PV-Nachweise nach § 18 Absatz 2 Satz 2 und 3 BPfIV für das Jahr 2017 wurde eine schrittweise Einführung der Mindestvorgaben vorgesehen. Hintergrund war, dass fast 50 Prozent der Einrichtungen unter 100 Prozent Umsetzungsgrad der Psych-PV lagen. U. a. sollte den betroffenen Einrichtungen die erforderliche Zeit zur Personalbestandsanpassung gegeben werden (G-BA 2019).

Die Mindestvorgaben gemäß PPP-RL waren ab dem 01. Januar 2020 zu 85 % erfüllen, ab dem 01. Januar 2022 sind sie zu 90 % zu erfüllen. Bislang war vorgesehen, dass die Vorgaben ab 01. Januar 2024 zu 100 % zu erfüllen sind. Dabei gelang es manchen Einrichtungen auch vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie nur teilweise, während andere den Personalaufbau realisieren konnten. Das zeigen die ausgewerteten PPP-RL-Nachweise. Die bisher vorliegenden Daten zu den Nachweisen offenbaren insbesondere in der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte Defizite bei der Umsetzung der Mindestvorgaben. Dies betrifft die Erwachsenenpsychiatrie ebenso wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Etwa 20 Prozent der erwachsenenpsychiatrischen Einrichtungen haben im dritten Quartal 2021 den ab 01. Januar 2020 geforderten Umsetzungsgrad von 85 Prozent in der Berufsgruppe der Pflege nicht erreicht.

Aufgrund der aus den dargestellten Daten ersichtlichen deutlichen Defizite in der Umsetzung der Mindestvorgaben, erfolgt eine Verlängerung der Einführungsphase um zunächst zwei Jahre.

Mit der Verlängerung der Einführungsphase essentiell verknüpft ist die Umsetzung der Regelung in § 13 zu den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben. Damit der Personalaufbau in der PPP-RL realisiert wird, eingehalten werden, ist es jedoch notwendig, dass die Folgen bei Nichteinhaltung wie in § 11 vorgesehen, umgesetzt werden. Freiwilligkeit bei den Personalvorgaben zeigt leider nicht bei allen Krankenhäusern Wirkung. Dies zeigen Auswertungen der PsychPV-Nachweise für die Jahre 2017 bis 2019 (Watermann & Neubert 2020).

Zu Nummer 3 (neu):

PatV/BÄK/BPtK:

Um den betroffenen Einrichtungen die erforderliche Zeit zur Personalbestandsanpassung in den Berufsgruppen der Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu geben, werden die Minutenwerte schrittweise gemäß Anlage 1 Tabelle 1b) bis zum 31. Dezember 2028 erhöht.

Zu Absatz 4:**DKG:**

Damit Einrichtungen der Psychosomatik nicht frühzeitig ihre Versorgungskonzepte umstellen, um den Vorgaben der PPP-RL gerecht zu werden, erfolgt die Verschiebung des Inkrafttretens der Mindestvorgaben um ein weiteres Jahr. Ebenso erfolgen zunächst keine Regelungen für den pflegerischen Nachtdienst, welche mit Wirkung zum 1. Januar 2015 festzulegen sind. Die Gründe für die Überschreitung der Höchstgrenzen sind in den Nachweisen unter Tabelle 5.1.2 darzulegen.

Zu Absatz 5:

Eine Umsetzung der Spezifikation wird ab dem 1. Januar 2023 nicht zur Verfügung stehen. Diese Änderung ermöglicht deshalb den Einsatz der Servicedokumente zur Übermittlung der Daten für ein weiteres Jahr. Für das Jahr 2023 wird der G-BA ein neues Servicedokument zur Verfügung stellen.

DKG:

vgl. Erläuterung zu § 2 Abs. 7

Zu Absatz 6:**GKV-SV:**

Für die Dokumentation der bei den behandelten Patientinnen und Patienten erbrachten Regelaufgaben gemäß Anlage 4 der PPP-RL erfolgt die Erfassung durch die Übermittlung der OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98. Das IQTIG wurde bereits am 21. Januar 2021 beauftragt, dies in der zu entwickelnden Spezifikation monats- und stationsbezogen umzusetzen.

DKG:

Die Erfassung der Regelaufgaben im Sinne der Richtlinie bedeutet, dass die Einrichtungen, alle Tätigkeiten, die durch das therapeutische Personal erfolgen, zu dokumentieren hätte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es sich um im Wesentlichen um definierte Inhalte aus der Erstfassung der Psych-PV aus den 1990er-Jahren handelt.

Die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweisverfahren der PPP-RL entfällt solange, bis eine Spezifikation umgesetzt wird. Die Dokumentation der Regelaufgaben – auch wenn sie auf der Dokumentation der Abrechnungssystematik im Sinne der OPS-Codes aufsetzt – stehen im Rahmen einer Dokumentation über Servicedokumente in Excel-Tabellen in keinem Verhältnis von Aufwand und Nutzen. Somit steht dies dem Ziel einer Entbürokratisierung diametral entgegen. Bisher liegen keine Erkenntnisse über Art und Weise möglicher Auswertungen sowie über Ansätze einer möglichen Nutzung dieser Daten zur Weiterentwicklung der PPP-RL vor. Auch wurde bisher nicht dargelegt, welche Schlüsse für die Qualität der Behandlung und Anhalte für die Verbesserung der Versorgung gezogen werden kann. Darüber liegen keine konkreten Vorschläge für eine Systematik zu einer möglichen Zuordnung der Ergebnisse innerhalb der Einrichtungen vor.

Darüber hinaus entfällt im Sinne einer Aufwandsreduktion im Nachweisverfahren die gesamte Anlage B.

Zu Absatz 6 (neu):

DKG:

Da noch keine ausreichenden Informationen für die Wirkungen der festgelegten Höchstgrenzen von Nicht-PPP-RL-Personal auf die PPP-RL-Berufsgruppen vorliegt, wird das Inkrafttreten der Regelungen um ein weiteres Jahr verschoben.

Zu Absatz 8 (neu):

DPR:

Die festgelegte Mindestpersonalausstattung muss zum 1. Januar 2027 zu 97 Prozent erfüllt sein.

Ab dem 1. Januar 2023 müssen die Einrichtungen 80 Prozent der Mindestpersonalausstattung erfüllen. Ab dem 1. Januar 2025 müssen 90 Prozent der Mindestpersonalausstattung erfüllt sein. Damit soll den betroffenen Einrichtungen die erforderliche Zeit zur Anpassung des Personalbestands gegeben werden.

2.2 Zu Anlage 1

Zu Nummer 1 Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene:

GKV-SV:

vgl. Erläuterung zu § 3

Zu Buchstabe a (neu):

PatV (zur Spalte „Pflegefachpersonen“):

In der Spalte der Pflegefachpersonen werden in allen Behandlungsbereichen, die eine 24 stündige Anwesenheit von Pflegefachpersonen erfordern, die Minutenwerte nach folgender Maßgabe angehoben, um eine 24 stündige Anwesenheit des Personals an 7 Tagen in der Woche zu gewährleisten:

Zu berücksichtigende Zeit:

10 Stunden + 30 Minuten Übergabe = 630 Minuten x 7 Wochentage = 4410 Minuten

Bei der Regelbehandlung auf einer 18-Betten Station wird bei der Besetzung auf die Mindestvorgabe von 1 Pflegefachperson abgestellt:

4410 Minuten / 18 Patientinnen und Patienten = 245 Minuten / Patient

Da gemäß Übergangsregelung § 16 Absatz 1 Nr. 2 die Mindestvorgaben bis zum 31.12.2023 zu 90 Prozent erfüllt sein müssen, jedoch in keiner Schicht weniger als 1 Pflegefachperson anwesend sein kann, werden die Minutenwerte ab 1.1. 2023 wie folgt angepasst:

245 Minuten / Patientin und Patient x 100 / 90 = 272 Minuten (kaufmännisch gerundet)

Dieser Wert wird der Regelbehandlung wie folgt hinzugerechnet:

A1: 856 Minuten + 272 Minuten = 1128 Minuten pro Patientin und Patient je Woche

Um den pflegerischen Aufwand in den über die Regelbehandlung hinausgehenden Behandlungsbereichen abzubilden, wird entsprechend der Mindestvorgaben für den

Tagdienst die Berechnung für die gesamten 24 Stunden mit nachstehendem Faktor vorgenommen.

A 2: 1536 Minuten / A1: 856 Minuten = 1,79 (auf 2 Nachkommastellen kaufmännisch gerundet)

Dieser Faktor wird mit dem der Regelbehandlung zugerechneten Wert multipliziert:

272 Minuten x 1,79 = 487 Minuten (kaufmännisch gerundet)

Dieser Wert wird der A2 wie folgt hinzugerechnet:

A2: 1536 Minuten + 487 Minuten = 2023 Minuten pro Patientin und Patient je Woche

Entsprechend wird mit der Hinzurechnung für alle Behandlungsbereiche verfahren, in denen eine Personalbesetzung über 24 Stunden vorgesehen ist, mindestens jedoch wird der Hinzurechnungswert zur Regelbehandlung in Ansatz gebracht, um die Besetzung mit mindestens einer Pflegefachperson zu jeder Zeit zu gewährleisten.

PatV/BÄK/BPtK:

Zur vollständigen Umsetzung des gesetzlichen Auftrags gemäß § 136 a Absatz 2 Satz 1, 2 und 9 SGB V (Mindestvorgaben für Psychotherapeuten), der auch in der Selbstverpflichtung des G-BA gemäß § 14 Absatz 2 PPP-Richtlinie letzter Spiegelstrich zum Ausdruck kommt, erfolgt eine Erhöhung der Minutenwerte der Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit dem Ziel die Psychotherapie entsprechend ihrer Bedeutung für die Behandlung psychischer Erkrankungen zu stärken. Um die Psychotherapie entsprechend ihrer Bedeutung für die Behandlung abzubilden, kann nur eine Orientierung an der für eine leitliniengerechte Behandlung mindestens erforderlichen Therapiedosis erfolgen. Die vorgeschlagenen Minutenwerte für Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen stellen im Sinne von Mindestanforderungen daher die mindestens erforderliche Personalausstattung für eine an Leitlinien orientierte psychotherapeutische Behandlung dar.

Die Anpassung der Minutenwerte erfolgt für Behandlungsbereiche der Erwachsenenpsychiatrie, da hier der größte Nachholbedarf im Bereich der Psychotherapie besteht. Die Minutenwerte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden bei Einführung der PPP-RL bereits erhöht und lagen entsprechend des Bezugs zur Psych-PV bereits höher als in der Erwachsenenpsychiatrie, auch bezogen auf Psychotherapie. Deshalb wird aktuell für die Jahre 2023/2024, so ein Ergebnis der vom G-BA durchgeführten Fachgespräche, hier keine Notwendigkeit der Erhöhung im Sinne der PPP-RL gesehen. Die vorläufigen Vorgaben für die Behandlungsbereiche der Psychosomatik wurden bislang in der Versorgungspraxis nicht überprüft (Die Personalausstattung in der Psychosomatik unterlag nicht der Psych-PV). In einer Pilotstudie ergaben sich jedoch bereits deutliche Hinweise, dass eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche vor allem für PatientInnen mit einem erhöhten somatisch-medizinischen als auch einem erhöhten psychotherapeutischen Aufwand sowie eine Anpassung der Mindestvorgaben für die einzelnen Berufsgruppen in der Psychosomatik ebenfalls dringend notwendig sind (1). Es soll daher in der Psychosomatik zunächst eine empirische Datengrundlage der Ist-Personalausstattung geschaffen werden, als Voraussetzung für die weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Anpassung der Minutenwerte

Die Erhöhung in der Erwachsenenpsychiatrie stellt sicher, dass gemäß dem gesetzlichen Auftrag eine Stärkung der Psychotherapie in allen Behandlungsbereichen erfolgt und damit nicht nur Patientinnen und Patienten, die in Behandlungsbereiche eingestuft werden, in denen ein (intensiv-) psychotherapeutisches Behandlungskonzept bereits umgesetzt wird, eine an Leitlinien orientierte psychotherapeutische Behandlung erhalten. können Im ersten Quartal 2020 entfielen nach dem IQTiG Quartalsbericht 2020-1 lediglich 1.4% aller

Behandlungstage in der Erwachsenenpsychotherapie auf den Behandlungsbereich „A7 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung“ und weitere 1.8% der Behandlungstage auf den Behandlungsbereich „Psychotherapie (A5)“. In der Sucht- und Gerontopsychiatrie liegen die Anteile an den Behandlungstagen sogar bei weit weniger als 1%. Das bedeutet, dass bis zu 95% der Patientinnen und Patienten, die im ersten Quartal 2020 in einer Erwachsenenpsychiatrie behandelt wurden, keine angemessene Psychotherapie erhalten haben, weil die hierfür erforderliche Mindestpersonalausstattung nicht vorgehalten werden musste.

- Gesetzlicher Hintergrund

Von 1991 bis 2019 erfolgte die Personalbemessung für die Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie nach den Bestimmungen der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV). Anfangs war die Psychotherapie noch keine verbreitete Therapiemethode, ihre Wirksamkeit noch nicht ausreichend untersucht und die vorgeschriebenen Behandlungs- und Personalkapazitäten entsprechend gering. Fast drei Jahrzehnte später gehört die Psychotherapie zu den wichtigsten Behandlungssäulen und wird praktisch in allen Leitlinien empfohlen. Im Kontext der Ablösung der PsychPV durch die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zum 1. Januar 2020 wurde entsprechend einhellig von allen beteiligten Experten eine substantielle Aufwertung der Psychotherapie im Rahmen der voll- und teilstationären psychiatrischen Versorgung gegenüber der PsychPV empfohlen [2-10,].

In der Erstfassung der PPP-RL wurden die notwendigen Anpassungen nicht umgesetzt. Der Deutsche Bundestag beschloss deshalb eine entsprechende Anpassung der Mindestvorgaben vorzuziehen. Der G-BA erhielt den Auftrag, bis zum 30. September 2020 mit Wirkung zum 1. Januar 2021 sicherzustellen, dass die Psychotherapie entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgung psychisch und psychosomatisch Erkrankter durch Mindestvorgaben für die Zahl der notwendigen Psychotherapeuten abgebildet wird (§ 136 a Absatz 2 Satz 9 SGB V). Aufgrund der Corona-Pandemie wurde die Frist zum 1. Januar 2022 verlängert. Die entsprechend veränderte Version der Richtlinie ist zu diesem Zeitpunkt in Kraft getreten, wobei lediglich ein Teil des gesetzlichen Auftrags umgesetzt wurde. Die für eine Abbildung der Psychotherapie entsprechend ihrer Bedeutung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen erforderliche Anpassung der Minutenwerte der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsgruppen wurde gemäß § 14 Absatz 2 der PPP-Richtlinie auf das Jahr 2022 verschoben.

- Patientenbezogener Psychotherapiebedarf in der Erwachsenenpsychiatrie

Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus findet unter besonderen Bedingungen statt. Die Patientinnen und Patienten befinden sich typischerweise in akuten Krankheitsphasen, einschließlich Notfallsituationen mit Suizidalität und seltener auch Fremdgefährdung. Die Patientinnen und Patienten sind hinsichtlich ihrer Krankheitssymptomatik, somatischer Komorbidität, Funktionsfähigkeit und Chronifizierung überwiegend schwer beeinträchtigt und leiden vorwiegend unter depressiven Erkrankungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen und Psychosen [11]. Außerdem ist oftmals zunächst keine stabile Behandlungsmotivation gegeben und die Fähigkeit, an psychotherapeutischen Interventionen aktiv teilzunehmen und davon zu profitieren, reduziert. Die Dauer und die Frequenz der psychotherapeutischen Behandlungseinheiten sind deshalb flexibel an den individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten anzupassen.

Psychotherapie in der Psychiatrie folgt einem modularen Konzept [12]: Interventionen im Sinne der Psychoedukation werden mit motivierenden Gesprächstechniken sowie funktions- und störungsorientierten Methoden, oft unter Einbezug von Partnerinnen bzw. Partnern und

Familie, verbunden. Einzelbehandlungen werden mit Gruppentherapien in ihren Zielen abgestimmt, verbale Methoden ergänzt um körpertherapeutische Interventionen und unterstützende nonverbale Behandlungsangebote. Die Behandlung erfolgt dabei durch ein multidisziplinäres Team von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten und Pflegepersonal, wobei Psychotherapie im engeren Sinn durch die hierfür qualifizierten Berufsgruppen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbracht wird. Systematische Untersuchungen belegen, dass die Interventions- bzw. Therapiezeiten hier auch deutlich kürzer als 50 Minuten sein können und müssen [13]. Im Rahmen der stationären, teilstationären und aufsuchenden und ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen bzw. psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung spielen daher psychotherapeutische Interventionen von kürzerer Dauer (z. B. 25 Minuten) sowie Gruppenpsychotherapie eine bedeutende Rolle.

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag zur Stärkung der Psychotherapie im engeren Sinne erfolgt eine Anpassung der Minutenwerte der Berufsgruppen „Ärztinnen und Ärzte“ und „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“, basierend auf dem patientenbezogenen Psychotherapiebedarf in den verschiedenen Behandlungsbereichen der Erwachsenenpsychiatrie (Tabelle 1).

Tabelle 1: Patientenbezogener Mindestbedarf an Einzel- und Gruppenpsychotherapie pro Woche sowie Anzahl an Therapiesitzungen pro Woche, nach Behandlungsbereichen

| | A1 | A2 | A5 | A6 | S1 | S2 | S5 | S6 | G1 | G2 | G5 | G6 |
|--------------------------------|-----|----|-----|-----|-----|----|-----|-----|----|----|-----|-----|
| Minuten Einzel | 100 | 75 | 100 | 100 | 75 | 50 | 100 | 100 | 75 | 25 | 100 | 100 |
| pro Woche (SOLL) | | | | | | | | | | | | |
| Anzahl Sitzungen Einzel | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 |
| Minuten Gruppe (6 Pat.) | 180 | 60 | 180 | 180 | 180 | 60 | 180 | 180 | 90 | 0 | 180 | 180 |
| pro Woche (SOLL) | | | | | | | | | | | | |
| Anzahl Sitzungen Gruppe | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 0 | 3 | 3 |

- Evidenzbasierung

Eine von der Fachberatung Medizin des G-BA durchgeführte systematische Evidenzrecherche ist zu dem Ergebnis gekommen, dass der Personalbedarf für eine leitliniengerechte Versorgung nicht auf der Basis von systematischen Studien festgelegt werden kann. Die AG PPP ist vor diesem Hintergrund zu dem Schluss gekommen, dass die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nur normativ unter Hinzuziehung der am besten verfügbaren Evidenz, d. h. auf der Basis von Expertenmeinungen festgelegt werden können.

Eine Reihe von Arbeiten zum normativen, auf Expertenmeinungen basierenden Personalbedarf für eine leitliniengerechte stationäre psychotherapeutische Behandlung der wichtigsten Störungsbilder zeigt auf, dass eine angemessene Behandlung wöchentlich in der Regel mindestens 100 Minuten Einzelpsychotherapie sowie 180 Minuten Gruppenpsychotherapie umfasst [2-10, 14). Diese insgesamt 280 Minuten pro Woche beziehen sich auf Psychotherapie im engeren Sinne, die durch Fachärztinnen und Fachärzte und Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten (zukünftig

Fachpsychotherapeutinnen und -therapeuten) bzw. durch Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Weiterbildung unter Supervision erbracht wird. Hinzu kommen psychotherapeutisch basierte Interventionen, die durch geschultes Pflegepersonal oder Gesundheitsfachleute mit entsprechenden Kenntnissen unter Anleitung durchgeführt werden können. Die Dauer und die Frequenz der psychotherapeutischen Behandlungseinheiten sind entsprechend der oben beschriebenen Besonderheiten an den individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten anzupassen.

Der patientenbezogene Psychotherapiebedarf (Tabelle 1) wurde deshalb normativ auf Basis der publizierten Expertenmeinungen sowie der Ergebnisse der vom G-BA durchgeführten Fachgespräche festgelegt.

- Personalbedarf für die Erbringung von Psychotherapie

Um die in Tabelle 1 beschriebenen Mindestzeiten an Psychotherapie umsetzen zu können, ist eine Erhöhung der Minutenwerte der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsgruppen wie folgt erforderlich (Tabelle 2).

Tabelle 2: Patientenbezogener Psychotherapiebedarf pro Patient und Woche im Vergleich zur aktuellen PPP-Richtlinie

| | A1 | A2 | A5 | A6 | S1 | S2 | S5 | S6 | G1 | G2 | G5 | G6 |
|---|-----|----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|----|-----|-----|
| Minuten Einzel pro Woche (SOLL) | 100 | 75 | 100 | 100 | 75 | 50 | 100 | 100 | 75 | 25 | 100 | 100 |
| Minuten Einzel pro Woche PPP-Richtlinie (IST) | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| Minuten Gruppe (6 Pat.) pro Woche | 180 | 60 | 180 | 180 | 180 | 60 | 180 | 180 | 90 | 0 | 180 | 180 |
| Minuten pro Woche Gruppe PPP-Richtlinie (IST) | 120 | 40 | 160 | 160 | 120 | 0 | 160 | 140 | 100 | 0 | 160 | 140 |

Die zusätzlich erforderlichen Minutenwerte werden zuzüglich Vor- und Nachbereitungszeiten von Einzel- und Gruppensitzungen zu gleichen Teilen auf die Berufsgruppen „Ärztinnen und Ärzte“ und „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ verteilt. Die Anrechenbarkeit der beiden Berufsgruppen gemäß § 8 Absatz 3 PPP-Richtlinie bleibt unberührt.

Zu Buchstabe b (neu):

PatV/BÄK/BPtK:

Um den betroffenen Einrichtungen ausreichend Zeit für die Erfüllung der Mindestvorgaben zu geben, werden diese schrittweise erhöht.

Quellenangaben:

- (1) Friedrich HC, Heuft G, Cuntz U et al (2018) Staffing level: Survey among psychosomatic-psychotherapeutic institutions in Germany. *Z Psychosom Med Psychother* 64(4):334-349. [https://doi: 10.13109/zptm.2018.64.4.334](https://doi.org/10.13109/zptm.2018.64.4.334)
- (2) Hauth I (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. *Der Nervenarzt* 87:276–277. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0092-2>

- (3) Kiefer F, Koopmann A, Godemann F et al (2016) Personalbedarfsermittlung für eine leitliniengerechte stationäre Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. *Der Nervenarzt* 87:295–301. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-0053-1>
- (4) Klein JP, Zurowski B, Wolff J et al (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Zwangsstörung. *Der Nervenarzt* 87:731–738. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0112-2>
- (5) Mehl S, Falkai P, Berger M et al (2016) Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. *Der Nervenarzt* 87:286–294. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-0056-y>
- (6) Schnell K, Hochlehnert A, Berger M et al (2016) Leitlinienentsprechende stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der chronischen Depression. *Der Nervenarzt* 87:278–285. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0084-2>
- (7) Bandelow B, Lueken U, Wolff J et al (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung von Angsterkrankungen. *Der Nervenarzt* 87:302–310. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0085-1>
- (8) Bohus M, Schmahl C, Herpertz SC et al (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Der Nervenarzt* 87:739–745. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0132-y>
- (9) Berger M, Wolff J, Normann C et al (2015) Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung: Normative Personalermittlung am Beispiel Depression. *Nervenarzt* 86:542–548. <https://doi.org/10.1007/s00115-015-4310-0>
- (10) Pfennig A, Conell J, Ritter P et al (2017) Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei bipolaren Störungen: Welche Ressourcen werden dafür benötigt? *Der Nervenarzt* 88:222–233. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0083-3>
- (11) Franz M, Gary A, Jung D, Wolff J (2020) Störungsbezogene Fallgruppen für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. *Der Nervenarzt*. doi: 10.1007/s00115-019-00853-4
- (12) Herpertz SC, Schnell K, Falkai P (2013) *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Kohlhammer, Stuttgart
- (13) Donoghue K, Patton R, Phillips T et al (2014) The Effectiveness of Electronic Screening and Brief Intervention for Reducing Levels of Alcohol Consumption: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research* 16: e142. <https://doi.org/10.2196/jmir.3193>
- (14) Peth J. et al., Arbeitsgruppe Klinische Versorgungsforschung Psychische Störungen, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Inhaltsanalyse zur Auswertung und Zusammenfassung von sieben Fachgesprächen zu den Aufwänden einer leitliniengerechten Behandlung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, 2019)

Zu Nummer 2 Psychiatrische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche:

GKV-SV:

vgl. Erläuterung zu § 3

PatV (zur Spalte „Pflegefachpersonen“):

In der Spalte der Pflegefachpersonen und Erziehungsdienst werden in allen Behandlungsbereichen, die eine 24 stündige Anwesenheit von Pflegefachpersonen erfordern, die Minutenwerte angehoben, um eine 24 stündige Anwesenheit des Personals an 7 Tagen in der Woche zu gewährleisten. Dabei wird bei der Regelbehandlung auf einer 12-Betten Station bei der Besetzung auf die Mindestvorgabe von 1 Pflegefachperson abgestellt. Um dies keinesfalls zu unterschreiten, werden die Minutenwerte so berechnet, dass bereits ab dem 1. Januar 2023 die Mindestvorgaben nach § 16 Absatz 1, Satz 1 erfüllt sind.

Zu berücksichtigende Zeit:

10 Stunden + 30 Minuten Übergabe = 630 Minuten x 7 Wochentage = 4410 Minuten

Bei Regelbehandlung, das ist hier die KJ2, wird auf einer 12-Betten Station bei der Besetzung auf die Mindestvorgabe von 1 Pflegefachperson abgestellt:

4410 Minuten / 12 Patientinnen und Patienten = 368 Minuten / Patientin und Patient

Da gemäß Übergangsregelung gemäß § 16 Absatz 1 Nr. 2 die Mindestvorgaben bis zum 31.12.2023 zu 90 Prozent erfüllt sein müssen, jedoch in keiner Schicht weniger als 1 Pflegefachperson anwesend sein kann, werden die Minutenwerte ab 1.1. 2023 wie folgt angepasst:

$368 \text{ Minuten} / \text{Patientin und Patient} \times 100 : 90 = 409 \text{ Minuten}$ (kaufmännisch gerundet)

Dieser Wert wird der Regelbehandlung wie folgt hinzugerechnet:

$\text{KJ2: } 1874 \text{ Minuten} + 409 \text{ Minuten} = 2283 \text{ Minuten}$ pro Patientin und Patient je Woche

Um den pflegerischen Aufwand in den über die Regelbehandlung hinausgehenden Behandlungsbereichen abzubilden, wird entsprechend der Mindestvorgaben für den Tagdienst die Berechnung für die gesamten 24 Stunden mit nachstehendem Faktor vorgenommen.

$\text{KJ1: } 2015 \text{ Minuten} / \text{KJ2: } 1874 \text{ Minuten} = 1,08$ (auf 2 Nachkommastellen kaufmännisch gerundet)

Dieser Faktor wird mit dem der KJ2 zugerechneten Wert multipliziert:

$409 \text{ Minuten} \times 1,08 = 442 \text{ Minuten}$ (kaufmännisch gerundet)

Dieser Wert wird der KJ1 wie folgt hinzugerechnet:

$\text{KJ1: } 2015 \text{ Minuten} + 442 \text{ Minuten} = 2457 \text{ Minuten}$ pro Patientin und Patient je Woche

Entsprechend wird mit der Hinzurechnung für alle Behandlungsbereiche verfahren, in denen eine Personalbesetzung über 24 Stunden vorgesehen ist, mindestens jedoch wird der Hinzurechnungswert zur KJ in Ansatz gebracht, um die Besetzung mit mindestens einer Pflegefachperson zu jeder Zeit zu gewährleisten.

2.3 Zu Anlage 2

GKV-SV: vgl. auch Erläuterungen zu § 3 und zu § 6 Absatz 3

Die Änderungen in den Eingruppierungsempfehlungen resultieren aus den Änderungen bei den Behandlungsbereichen in § 3 und der Streichung der der Stichtagserhebung in § 6 Abs. 3.

Durch die Streichung der Behandlungsbereiche A4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker), A5 (Psychotherapie), S4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker bei Abhängigkeitskranken) S5 (Psychotherapie bei Abhängigkeitskranken), G4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker in der Gerontopsychiatrie), G5 (Psychotherapie in der Gerontopsychiatrie) und KJ5 (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) entfallen die entsprechenden Vorgaben in den Eingruppierungsempfehlungen.

Die bisher in diesen Behandlungsbereichen in sehr seltenen Einzelfällen eingruppierten Patienten werden zukünftig in eine der verbliebenen Behandlungsbereiche zugeordnet. Durch den sehr geringen Anteil der Behandlungsbereiche ergibt sich auch bei den Standorten die diese noch angewendet haben keine wesentliche Änderung der einrichtungsbezogenen Mindestvorgaben.

Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie wird ein neuer Behandlungsbereich A3 (Regelbehandlung mit erhöhter Psychotherapie) ergänzt. In diesen Behandlungsbereich sind akut psychisch Kranke einzustufen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 erfüllen und einen erhöhten psychotherapeutischen Behandlungsbedarf haben. Dazu können auch

psychisch Kranke im Alter von ≥ 65 Jahren oder/und Abhängigkeitskranke mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19 gehören, da auf eine spezifische Festlegung von Minutenwerten für die Gerontopsychiatrie und Abhängigkeitskranke verzichtet wird. Die Höhe der Minutenwerte für diesen neuen Behandlungsbereich erfolgt bei den Berufsgruppen a) Ärztinnen und Ärzte d) Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen in Höhe des Behandlungsbereiches A1 Regelbehandlung und bei den Berufsgruppen b) Pflegefachpersonen und c) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologinnen und Psychologen in Höhe des gestrichenen Behandlungsbereiches A5.

Die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungstage erfolgt zukünftig nicht mehr über die Durchführung einer Stichtagserhebung, sondern auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des Kapitel 9 der Internationalen Klassifikation der Prozeduren (OPS) in den Routinedaten. In den Eingruppierungsempfehlungen sind den einzelnen Behandlungsbereichen die entsprechenden OPS-Kodes sowie den Merkmalen Alter (<14 Jahre und ≥ 14 in der KJP sowie ≤ 65 Jahr und > 65 Jahre in der Erwachsenenpsychiatrie), Hauptdiagnose (Hauptdiagnose aus ICD F10-F19 und andere Hauptdiagnose in der Erwachsenenpsychiatrie) und Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, stationsäquivalent) zugeordnet. Die folgende Übersicht zeigt die Zuordnungen:

A Allgemeine Psychiatrie

A1 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung

A2 = 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung

A6 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung

A7 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung

A8 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung

A9 = stationsäquivalente Behandlung

S Abhängigkeitskranke

S1 bis S9 = wie Bereich A + Hauptdiagnose aus ICD F10-F19

G Gerontopsychiatrie

G1 bis G9 = wie Bereich A + Alter > 65 Jahre

P Psychosomatik

P1 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene + 9-61 Intensivbehandlung Erw. & vollstationäre Behandlung

P2 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & vollstationäre Behandlung

P3 = 9-607 Regelbehandlung Erwachsene + 9-61 Intensivbehandlung Erw. & teilstationäre Behandlung

P4 = (unverändert) 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene + 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene & teilstationäre Behandlung

KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie

KJ1 = bis 14 Jahre & 9-656 Regelbehandlung KJP + 9-672 Intensivbehandlung KJP & vollstationäre Behandlung

KJ2 = ab 14 Jahre & 9-656 Regelbehandlung KJP & vollstationäre Behandlung

KJ3 = ab 14 Jahre & 9-672 Intensivbehandlung KJP & vollstationäre Behandlung

KJ6 = 9-686 Eltern-Kind-Setting KJP & vollstationäre Behandlung

KJ7 = teilstationäre Behandlung

KJ9 = stationsäquivalente Behandlung

Die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungsbereiche auf Basis der OPS-Kodes ist in den Erläuterungen zu § 6 Absatz 3 beschrieben. Da die Zuordnung der Patientinnen und Patienten nicht mehr über eine individuelle Einstufung an den Stichtagen erfolgt, sondern sich aus den Vorgaben zur Kodierung der Behandlungsarten im Psych-OPS direkt ergibt, könne die Angaben zu den Behandlungszielen, Behandlungsmitteln, Erläuterungen und Beispielen entfallen.

2.4 Zu Anlage 3

Zu Weitere Erläuterung zum Nachweis:

DKG:

Die Änderung bzw. Ergänzung des Teil A ergibt sich aus der Anpassung aus § 2 Absatz 7 PPP-RL, der eine Streichung des Teil B des Nachweises umfasst.

Zu Teil A des Nachweises zur PPP-RL:

Zu Tabelle A3.2:

GKV-SV:

Die Streichung der Tabelle stellt eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 6 Absatz 3 dar.

Zu Tabelle A3.3:

GKV-SV:

Die Ergänzung im Hinweis zur Tabelle A3.3 stellt eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 6 Absatz 3 dar.

Zu Tabelle A5.1.1:

DKG:

Die Ergänzung stellt eine redaktionelle Klarstellung im Sinne des § 8 Absatz 5 dar.

Zu Tabelle A5.1.2:

DKG:

vgl. Erläuterung zu § 16 Absatz 4 PPP-RL

Zu Tabelle A5.1.3:**DKG:**

vgl. Erläuterung zu § 7 Absatz 5

Zu Tabelle A5.1.4:**DKG:**

vgl. Erläuterung zu § 7 Absatz 6 (neu)

Zu Tabelle A5.2:

Die neu aufgenommene Abfrage zur Umsetzung der Regelung zu den pflegerischen Nachtdiensten ergibt sich aus § 6 Absatz 7 PPP-RL.

GKV-SV: Zu Tabelle A5.4:

Die neue Tabelle wird als Folgeänderung zur Ergänzung von Vorgaben zum Nachtdienst in § 6 Absatz 7 in den Nachweisen ergänzt.

DPR: Zu Tabellen A5.4 und A5.5:

Die neuen Tabellen werden zum Nachweis der Mindestvorgaben für den Nachtdienst ergänzt.

Bsp. zur Befüllung:

Tabelle A5.4: Mindestvorgaben der Pflegefachpersonen im Nachtdienst

| Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen | Pflichtversorgung Nachtdienst | Stationsgrößen gemäß § 9 Absatz 1 | Vereinbarte vollstationäre Tagesbelegung | Mindestnachtdienstplätze Nach PPP-RL |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <i>Bsp.:</i> | | | | |
| 29 | Ja | 18 | 256,1 | 24 |

Tabelle A5.5: Tatsächliche Besetzung der Nachtdienste

| Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen | Geleistete Nachtdienste im Quartal | Anzahl Nächte im Quartal | Anzahl der geleisteten Nachtdienste je Kalendernacht | Mindestnachtdienstplätze nach PPP-RL (A5.4 Nr. 5) | Nachtdienstbesetzung PPP-RL in % |
|--|------------------------------------|--------------------------|--|---|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <i>Bsp.:</i> | | | | | |
| 29 | 2148 | 91 | 23,6 | 24 | 98,33% |

Zu Tabelle A6.3:**DKG:**

Die Änderung in Bezug auf die konkrete Angabe des Zeitraums ist erforderlich um eine sinnvolle Datenauswertung zu ermöglichen.

Zu Teil B des Nachweises zur PPP-RL:

DKG:

vgl. Erläuterung zu § 2 Absatz 7

Zu Tabelle B1.2:

GKV-SV:

Die Streichung der Tabelle stellt eine Folgeänderung zu den Änderungen in § 6 Absatz 3 dar.

Zu Tabelle B1.3:

GKV-SV:

vgl. Erläuterung zu § 6 Absatz 3

Zu Tabelle B3:

GKV-SV:

Redaktionelle Folgeänderung zu der Änderung in § 16 Absatz 6. Mit den Änderungen in Tabelle B3 wird die bislang ausgesetzte Erfassung der Regelaufgaben umgesetzt. Die bisherigen Tabellen B3.1 und B3.2 werden als Folgeänderungen gelöscht.

Zu Tabelle B5:

GKV-SV: *vgl. Erläuterung zu § 7 Absatz 8*

GKV-SV zu „Module der Nachweise“:

Nicht alle Inhalte der Nachweise müssen durch die Krankenhäuser dokumentiert, sondern können durch eine Spezifikation vorausgefüllt und berechnet werden. Die folgende Abbildung stellt die inhaltlichen Zusammenhänge der Nachweise zwischen Teil A und B der Anlage 3 dar.

Die Ergänzung in der Richtlinie verdeutlicht, welche Daten durch die Krankenhäuser dokumentiert werden müssen. Diese entsprechen dem so genannten „Erhebungsdatensatz“ der Spezifikation.

Abbildung: Inhalte der Nachweise gemäß Anlage 3 - Differenzierung zwischen Erhebung durch das Krankenhaus und Berechnung durch die Spezifikation.

| Inhalte der Nachweise | Einrichtung & Quartal | Station & Monat |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------|
| Administrative Daten | Abfrage | |
| Strukturangaben | Abfrage | |
| Gesamtbehandlungstage | Berechnung | Abfrage |
| Stichtagserhebung | Berechnung | Abfrage |
| Behandlungstage nach Eingruppierung | Berechnung | Berechnung |
| Mindestvorgabe | Berechnung | Berechnung |
| Tatsächliche Personalausstattung | Berechnung | Abfrage |
| Umsetzungsgrade | Berechnung | Berechnung |
| Einhaltung der Mindestvorgabe | Berechnung | |
| Ausnahmetatbestände | Abfrage | |
| Regelaufgaben (ausgesetzt) | | Abfrage |
| Qualifikation des Personals | Abfrage | |
| Nachtdienste | | Abfrage |

Quelle: eigene Darstellung des GKV-Spitzenverbands

Um zu verdeutlichen, wie sehr eine Spezifikation die Dokumentationslast der Krankenhäuser reduziert, werden nachfolgend die Datenfelder aufgeführt, die durch eine Spezifikation vorausgefüllt oder berechnet werden:

1. Strukturangaben (A2): Datenfelder zur Organisationsstruktur des Standorts
 - Tabelle A2.2: Therapeutische Einheiten: Spalte 1-2
2. Gesamtbehandlungstage (A3, B1): Datenfelder zur Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche
 - Tabelle B1.1: Gesamtbehandlungstage: Spalte 1-4
 - Tabelle B1.3: Behandlungstage nach Behandlungsbereichen
 - Tabelle A3.1: Gesamtbehandlungstage: Spalte 1-3
 - Tabelle A3.3: Behandlungstage nach Behandlungsbereichen: Spalte 1-4
3. VKS-IST (A4): Datenfelder für die tatsächliche monatsbezogene und stationsbezogene Personalausstattung im Tagdienst
 - Tabelle A4: Tatsächliche Personalausstattung pro Monat und Station: Spalte 1-2
4. VKS-MIND (A5, B2): Datenfelder für Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen
 - Tabelle A5.1: Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Berufsgruppe: Spalten 1-9
 - Tabelle A5.2: Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen im Quartal für die Einrichtungen, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik: Spalte 1-4
 - Tabelle A5.3: Anrechnung von Fachkräften gemäß § 8 im Tagdienst: Spalte 1-6
 - Tabelle B2.1: Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Berufsgruppe je Station: Spalte 1-3, 5-8

5. Ausnahmetatbestände (A6): Datenfelder zu den Ausnahmetatbeständen pro Einrichtung

- Tabelle A6.1: Ausnahmetatbestand Nummer 1 (kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle): Spalte 4
- Tabelle A6.2: Ausnahmetatbestand Nummer 2 (kurzfristig stark erhöhte Patientenzahl in der Pflichtversorgung): Spalte 3-5
- Tabelle A6.4.2: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung: entsprechend Tabelle A5.1
- Tabelle A6.4.3: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Umsetzungsgrad und Erfüllung: entsprechend Tabelle A5.2
- Tabelle A6.4.4: Einhaltung der Mindestvorgaben bei nicht quartalsbezogenen Ausnahmetatbeständen – Anrechnung von Fachkräften im Tagdienst: entsprechend Tabelle A5.3

6. B3. Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Dokumentation der Leistungen zu den Regelaufgaben gemäß Anlage 4)

- Tabelle B3: Spalte 4-6

2.5 Zu Anlage 5 (neu)

Kernaufgaben der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter

DKG:

vgl. Erläuterung zu § 9 Absatz 2

PatV:

Kernaufgaben – Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik

Die Grundprinzipien

Der Schwerpunkt der Tätigkeit der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter liegt auf der Begleitung der Patientinnen und Patienten und dem recoveryorientierten Arbeiten im Team. Ihre eigenständige Sichtweise und Qualifikation ermöglichen das kritische Hinterfragen der Behandlungsabläufe und das gemeinsame Finden neuer Lösungswege. Ihr Ziel ist es, bei Entscheidungen und Abläufen Transparenz zwischen dem Team und den Betroffenen zu schaffen und Brücken zu schlagen. Sie verfolgen hierbei keine therapeutische, pflegerische oder sozialarbeiterische Zielsetzung und beteiligen sich nicht an Zwangsmaßnahmen. Dennoch haben sie durch die Begleitung der Patientinnen und Patienten und dem recoveryorientierten Arbeiten im Team eine wichtige therapeutische Funktion. Ihre Tätigkeiten sind nicht mit denen anderer Berufsgruppen austauschbar oder gegenseitig anrechenbar. Alle Aufgaben werden in Abstimmung mit dem Patienten und dem therapeutischen Team erfüllt. Sie verfügen über einen Arbeitsvertrag auf einer für sie ausgewiesenen Stelle im Stellenplan.

An den klinischen Abläufen nehmen sie in der Form teil, wie es zur Erfüllung ihrer Kernaufgaben erforderlich ist.

Die Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter orientieren sich an den Grundsätzen der UN-BRK.

1. Grundversorgung durch Genesungsbegleitung

Die Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter beteiligen sich bei Anamnese und Befunderhebung durch Einbringung der Erfahrungsexpertise. Zugleich sorgen sie für Transparenz zwischen dem Team und der/dem Betroffenen, informieren gegenseitig über Abläufe und Entscheidungen und beteiligen sich an der (Therapie-)Planung durch das Einbringen der Erfahrungsexpertise. Sie nehmen an den Visiten teil (z.B. Oberarztvisite, Kurvenvisite) sowie an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team und bringen sich bei der schriftlichen / elektronischen Dokumentation des Verlaufs ein. Die Tätigkeit ist grundsätzlich am Dialog orientiert und basiert auf systemischem Denken unter Einbeziehung des Umfelds.

2. Einzelfallbezogene Tätigkeiten

Neben der verbalen, ergebnisoffenen Kontaktaufnahme spielt die außersprachliche Kommunikation, das Dabeisein, das Aushalten angespannter Situationen, der Beistand und, wenn erforderlich, die stille Begleitung eine wichtige Rolle. Die Begleitung erfolgt ohne Absicht und Drängen zur Verhaltensänderung.

Tätigkeiten sind hier insbesondere die Wahrnehmung des Willens und der Präferenzen der Patientinnen und Patienten mit Methoden der Selbsthilfe und des Recovery und deren Vermittlung in das Behandlungsteam als Teil des Entlass-Managements.

Neben den Einzelgesprächen können auch mit schriftlicher Zustimmung der Betroffenen Kontakte zu Familie oder Bezugspersonen aufgenommen werden. Dies gilt ebenso für Kontakte mit Stellen außerhalb des Krankenhauses wie beispielsweise bei der Rehabilitations- und Nachsorgeplanung.

Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter unterstützen das therapeutische Team bei der Deeskalation von Krisensituationen und der Vermeidung von Zwangsmaßnahmen. Sie informieren proaktiv und beraten im Hinblick auf die Erstellung von Patientenverfügung, Behandlungsvereinbarung und Vorsorgevollmachten.

Sie unterstützen bei der Kontaktaufnahme und Vernetzung der Patientin oder des Patienten zur Lebenswelt in Abstimmung und unter Beachtung der informellen Selbstbestimmung.

3. Gruppen

Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter führen selbständig oder in Ko-moderation themenspezifische Gruppenangebote durch und/oder initiieren diese. Dazu gehören auch Angehörigengruppen, sowie offene Angebote für Begegnung und Austausch innerhalb der Einrichtung.

4. Mittelbare patientenbezogene Tätigkeiten

Die Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter nehmen teil an Konferenzen des therapeutischen Personals, an Konzeptbesprechungen im Team und an Therapiekonferenzen. Sie nehmen teil an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung und an Supervision und Balintgruppen. Sie unterhalten Außenkontakte zu ambulanten und komplementären Diensten, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen und Interventionsangeboten.

Literatur:

- Ash D, Suetani S, Nair J, Halpin M (2015) Recovery-based services in a psychiatric intensive care unit—the consumer perspective. *Australas Psychiatry* 62(5):591–597
- Ashford, R. D., Curtis, B., & Brown, A. M. (2018). Peer-delivered harm reduction and recovery support services: initial evaluation from a hybrid recovery community drop-in center and syringe exchange program. *Harm reduction journal*, 15(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0258-2>
- Bschor, T., Baethge, C., Grunze, H., Lewitzka, U., Scherk, H., Severus, E., & Bauer, M. (2020). S3-Leitlinie Bipolare Störungen–1. Update 2019. *Der Nervenarzt*, 91(3), 216–221.

- Clarke, G. N., Herinckx, H. A., Kinney, R. F., Paulson, R. I., Cutler, D. L., Lewis, K., & Oxman, E. (2000). *Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care*. *Mental health services research*, 2(3), 155-164.
- Corrigan, P. W., Kraus, D. J., Pickett, S. A., Schmidt, A., Stellan, E., Hantke, E., & Lara, J. L. (2017). *Using Peer Navigators to Address the Integrated Health Care Needs of Homeless African Americans With Serious Mental Illness*. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 68(3), 264–270. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600134>
- Craig T, Doherty I, Jamieson-Craig R, Boocock A, Attafua G (2004) *The consumer-employee as a member of a Mental Health Assertive Outreach Team. I. Clinical and social outcomes*. *J Ment Health* 13(1):59–69
- DGPPN e.V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe: *S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung, 2019, Version 1.0, zuletzt geändert am 15. März 2019, verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.htm>*
- Gather, J, & Otte, I et al. (2019): *Integration von Genesungsbegleitern in psychiatrische Behandlungsteams*. *Nervenheilkunde*. 38. 184-189.
- Gühne U, Weinmann S, Riedel-Heller SG, Becker T. *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Springer-Verlag; 2019. 495 S.
- Johnson S, Lamb D, Marston L, Osborn D, Mason O, Henderson C, et al. *Peer-supported selfmanagement for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial*. *The Lancet*. 2018 Aug;392(10145):409–18.
- Kido, Y., Kawakami, N., & Kayama, M. (2018). *Comparison of hospital admission rates for psychiatric patients cared for by multidisciplinary outreach teams with and without peer specialist: a retrospective cohort study of Japanese Outreach Model Project 2011-2014*. *BMJ open*, 8(8), e019090. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019090>
- Knuf, A, Bridler S. (2008):. *Vom Empowerment zu Recovery: Grundideen für eine neue Psychiatrie?* In Christoph Abderhalden, Ian Needham, Michael Schulz, Susanne Schoppmann & Stefan Harald (Hrsg.), *Psychiatrische Pflege, psychische Gesundheit und Recovery* (S. 24-32). Unterostendorf: Ibicura.
- Lawn S, Smith A, Hunter K. *Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: An Australian example of consumer driven and operated service*. *J Ment Health*. 2008 Jan;17(5):498–508.
- Mahlke et al. (2015): *Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung Übersicht des internationalen Forschungsstandes*. *Nervenheilkunde*. 34. 235-239.
- Mahlke, C, Schulz, G, Sielaff, G, Nixdorf, R & Bock, T. (2019): *Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung*. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62(2), 214-221.
- Mamdani, Z., McKenzie, S., Pauly, B., Cameron, F., Conway-Brown, J., Edwards, D., Howell, A., Scott, T., Seguin, R., Woodrow, P., & Buxton, J. A. (2021). "Running myself ragged": stressors faced by peer workers in overdose response settings. *Harm reduction journal*, 18(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00449-1>
- Min, S. Y., Whitecraft, J., Rothbard, A. B., & Salzer, M. S. (2007). *Peer support for persons with co-occurring disorders and community tenure: a survival analysis*. *Psychiatric rehabilitation journal*, 30(3), 207.
- NICE (2014) *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management [CG 178]*. National Institute for Health and Clinical Excellence, London
- NICE (2016) *Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities [NG44]*. National Institute for Health and Care Excellence, London
- NICE (2016) *Transition between inpatient mental health settings and community or care home settings [NG53]*. National Institute for Health and Care Excellence, London
- NICE (2018) *People's experience in adult social care services: improving the experience of care and support for people using adult social care services [NG86]*. National Institute for Health and Care Excellence, London
- Parkes, T., Matheson, C., Carver, H., Budd, J., Liddell, D., Wallace, J., Pauly, B., Fotopoulou, M., Burley, A., Anderson, I., MacLennan, G., & Foster, R. (2019). *Supporting Harm Reduction through peer support (SHARPS): testing the feasibility and acceptability of a peer-delivered, relational intervention for people with problem substance use who are homeless, to improve health outcomes, quality of life and social functioning and reduce harms: study protocol. Pilot and feasibility studies*, 5, 64. <https://doi.org/10.1186/s40814-019-0447-0>
- Shalaby, R., Hrabok, M., Spurvey, P., Abou El-Magd, R. M., Knox, M., Rude, R., Vuong, W., Surood, S., Urichuk, L., Snatarse, M., Greenshaw, A. J., Li, X. M., & Agyapong, V. (2021). *Recovery Following Peer and Text*

- Messaging Support After Discharge From Acute Psychiatric Care in Edmonton, Alberta: Controlled Observational Study. JMIR formative research, 5(9), e27137. <https://doi.org/10.2196/27137>*
- Sledge, W. H., Lawless, M., Sells, D., Wieland, M., O'Connell, M. J., & Davidson, L. (2011). Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. Psychiatric services, 62(5), 541-544.*
- Steinert, T., & Hirsch, S. (2020). S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Der Nervenarzt, 91(7), 611-616.*
- Stergiopoulos, V., Gozdzik, A., Nisenbaum, R., Durbin, J., Hwang, S. W., O'Campo, P., Tepper, J., & Wasylenki, D. (2018). Bridging Hospital and Community Care for Homeless Adults with Mental Health Needs: Outcomes of a Brief Interdisciplinary Intervention. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 63(11), 774–784. <https://doi.org/10.1177/0706743718772539>*
- Utschakowski J (2015): Mit Peers arbeiten. Leitfaden für die Beschäftigung von Experten aus Erfahrung. Köln: Psychiatrie-Verlag*
- Wakefield PA, Randall GE, Richards DA (2011): Identifying barriers to mental health system improvements: an examination of community participation in assertive community treatment programs. Int J Ment Health Syst ,5:27*

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der Anlage I.

4. Verfahrensablauf

Am 29. März 2022 begann die Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (AG PPP) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusentwurfes. In sechs Sitzungen wurde eine Änderungsfassung zur Richtlinie erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a 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, zur Änderungsfassung zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 1. Juni 2022 wurde das Stellungnahmeverfahren am 15. Juni 2022 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in Anlage III. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 13. Juli 2022.

[...]

5. Fazit

[...]

6. Zusammenfassende Dokumentation

[Anlagen]

Berlin, den 15. September 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



G-BA

Postfach 120606

10596 Berlin

PPP-RL@g-ba.de

Cc: Jürgen Dusel, Behindertenbeauftragter der Bundesregierung, Mauerstr. 53, 10117 Berlin

Berlin, 21.6.2022

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*. Erfreulicherweise ist im letzten Entwurf die **Anerkennung der Berufsgruppen der HeilpädagogInnen und HeilerziehungspflegerInnen** in §5 Absatz (1) in der stationär psychiatrischen Behandlung von Erwachsenen aufgenommen worden. Dies begrüßen wir ausdrücklich und bedanken uns für die Umsetzung dieser Anregung.

Weiterhin unberücksichtigt ist jedoch die **Aufnahme von spezifischen Behandlungsbereichen** (Behandlungsbereich „I“) für Personen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung, wie in den Stellungnahmen der DGSGb vom 14.6.2019, vom 12.8.2020 und vom 26.6.2021 gefordert. Auch alternative Lösungsvorschläge wie die Eingruppierung dieses Personenkreises entsprechend dem kognitiven bzw. emotionalen Referenzalter in die KJ-Behandlungsbereiche sind nicht aufgenommen worden. Die für die Genesung von psychisch kranken Personen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung erforderlichen Rahmenbedingungen sind somit in der PPP-RL weiterhin nicht berücksichtigt. „Behinderung“ findet sich nur im Kontext der KJP auf und ignoriert, dass es sich dabei definitionsgemäß um einen lebenslangen Zustand handelt. In Deutschland leben ca. 1 Million Bürgerinnen und Bürger mit einer kognitiven Behinderung und jeder Dritte leidet zusätzlich an einer psychischen Erkrankung. Die Behandlung ist deutlich aufwändiger als bei Personen ohne kognitive Beeinträchtigung. Die fehlende Berücksichtigung der behinderungsassoziierten Bedarfe steht im Widerspruch zur UN-Behindertenrechtskonvention. Daher erlauben wir uns, den Behindertenbeauftragten der Bundesregierung über die weiterhin fehlende Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung in der stationär-psychiatrischen Behandlung in Kenntnis zu setzen. An der mündlichen Anhörung am 25.8.22 möchten wir gerne teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'TS' or similar initials.

PD Dr. Tanja Sappok
Stellvertretende Vorsitzende der DGSGb

Vorstand

Dr. Brian Fergus Barrett, Meckenbeuren (Vorsitzender)
Priv.-Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin (Stellv. Vorsitzende)
Dr. Meike Wehmeyer, Dachau, (Stellv. Vorsitzende)
Dipl.-Psych. Dr. Anne Styp von Rekowski, Windisch CH (Schatzmeisterin)
Markus Bernard, Höchberg (Schriftführer)
Dr. Wolfgang Köller, Berlin
Dipl.-Psych Annika Kleischmann, Dortmund

Geschäftsstelle

C/O Liebenau Kliniken
Siggenweilerstr. 11
88074 Meckenbeuren

Tel: 07542-105320
Fax: 07542-10985320
E-Mail: .geschaeftsstelle@dgsgb.de



Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE) Becker-Göring-Str. 26/1 76307 Karlsbad

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06

10596 Berlin

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

Vorstand
Standards & Qualität
Birthe Hucke

[REDACTED]
[REDACTED]
Karlsbad, 11.07.2022

Stellungnahme des Deutschen Verbandes Ergotherapie e.V (DVE) zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie / Ihr Schreiben vom 15.06.2022

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten fristgerecht die anliegende Stellungnahme des Deutschen Verbandes Ergotherapie e.V. (DVE) zur Änderung der PPP-RL einreichen.

An der geplanten Anhörung am 25.08.2022 werden wir gerne teilnehmen.

Bitte bestätigen Sie den Eingang dieses Schreibens.

Mit freundlichen Grüßen



Birthe Hucke

Vorstandsmitglied für Standards und Qualität
Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)

Stellungnahme des Deutschen Verbandes Ergotherapie e.V (DVE)

(gemäß § 91 Abs. 5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Mit erheblichem Unmut vor allem aber mit großem Bedauern haben wir feststellen müssen, dass erneut in diesem vorliegenden Entwurf keinerlei Inhalte aus unseren vorangegangenen Stellungnahmen Berücksichtigung gefunden haben.

Wir fragen uns, inwieweit es überhaupt noch sinnvoll oder zielführend ist, hier einen Beitrag zu leisten – auch wenn wir als Deutscher Verband Ergotherapie die einzigen sind, die eine entsprechende fachliche Expertise für Aspekte aus dem Bereich Ergotherapie einbringen können. Anscheinend besteht aber keinerlei Interesse daran oder die Sichtweise und Interessen anderer Professionen wird vollständig über die unsere gestellt.

Uns ist durchaus bewusst, dass im Zusammenhang mit der PPP-RL noch an einigen Stellen Regelungsbedarf besteht und die Details, die die Ergotherapie betreffen vielleicht nicht die allerhöchste Priorität haben – aber auch nach Jahren immer noch vollständig von der Weiterentwicklung der PPP-RL ausgeschlossen geblieben zu sein und mit Verschlechterungen im Vergleich zur PsychPV da zu stehen, ist für uns nicht mehr nachvollziehbar.

Ergotherapeut:innen sind eine der größten Berufsgruppen im Bereich der psychiatrischen Versorgung und sie haben den meisten Kontakt mit Patient:innen – offensichtlich besteht aber kein Interesse deren Expertise zu berücksichtigen oder deren Anliegen nachzugehen. Das ist aus unserer Sicht gleichbedeutend mit einem Desinteresse an sachgerechter und zeitgemäßer Versorgung und Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Wir sind sprachlos, dass dringend notwendige Nachbesserungen in der PPP-RL für eine angemessene ergotherapeutische Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter Berücksichtigung aktueller und internationaler Standards für eine zeitgemäße Ergotherapie weiterhin vollkommen unberücksichtigt geblieben sind und noch nicht einmal in Aussicht gestellt werden.

Wir stellen unsere Expertise jederzeit gerne zur Verfügung, um eine zeitgemäße Versorgung der Klient:innen zu gewährleisten – wenn wir ein Signal bekommen, dass unsere Beiträge auf Resonanz stoßen.

Bzgl. der inhaltlichen Anliegen verweisen wir auf unsere letzte Stellungnahme, die wir als Anlage beigefügt haben.

Karlsbad, 11.07.2022

Stellungnahme des Deutschen Verbandes Ergotherapie e.V (DVE) 2021
(gemäß 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)
zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie:
Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisierung bzw. Überarbeitung weiterer
Regelungen

Mit großem Erschrecken und Bedauern haben wir festgestellt, dass auch in diesem vorliegenden Entwurf keinerlei Inhalte aus unseren vorangegangenen Stellungnahmen Berücksichtigung gefunden haben.

Daher möchten wir hier zunächst das zentrale Problem aus der Perspektive der Ergotherapie noch einmal in den Fokus der Aufmerksamkeit stellen:

Das zentrale und grundlegende Problem bleibt das Konstrukt der „Spezialtherapeuten“. Es beginnt damit, dass der Begriff der „Spezialtherapeuten“ nicht eindeutig definiert ist und in unterschiedlichen Zusammenhängen unterschiedliche Berufsgruppen umfasst (z.B. hier in der PPP-RL oder in den Komplexleistungen im OPS). Zudem ist der Begriff selbst ungeeignet, da es um spezifische therapeutische Fachleistungen geht.

Darüber hinaus ist die derzeitige Zusammenfassung einzelner Berufsgruppen unter den Begriff der „Spezialtherapeuten“ fragwürdig: Entweder müssten alle therapeutisch tätigen Berufsgruppen hier subsumiert werden oder alle bleiben eigenständig. Die jetzige Aufteilung ist nicht begründbar.

Das zusammenfassende Konstrukt der „Spezialtherapeuten“ verursacht zudem diverse Folgeprobleme:

- Es braucht trotzdem jeweils eigenständige Tätigkeitsbeschreibungen. Es ist fachlich nicht möglich diese Tätigkeitsbeschreibung über Berufe hinweg gemeinsam zu formulieren. Die bestehende Tätigkeitsbeschreibung bezieht sich ausschließlich auf die Ergotherapie und ist fachlich vollkommen veraltet (> 30 Jahre!). Es ist absolut unzeitgemäß und fachlich falsch diese noch zu nutzen.
- Die Zuweisung von Minutenwerten an eine Gesamtgruppe ignoriert die unterschiedlichen Qualitäten der verschiedenen therapeutischen Leistungen und verringert die Chancen der Patient:innen auf ein breites therapeutisches Angebot. Es konterkariert zudem die Anrechnungsthematik und birgt die Gefahr des Missbrauchs.

Vor diesem Hintergrund fordern wir die Abkehr von dem Konzept der „Spezialtherapeuten“. Wir fordern, dass die Klärung dieser Problematik der Anpassung der Richtlinie (§14 Abs 2) verankert wird, ebenso in Folge die Aktualisierung der Tätigkeitsbeschreibung und Anpassung der Berechnung der Minutenwerte.

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

Nun noch zu einzelnen Änderungsvorschlägen

§5 Abs 2 d):

Die Problematik des Konzepts der „Spezialtherapeuten“ wurde oben bereits erläutert. Entsprechend können wir die Idee der Subsummierung der Sprachtherapeuten/Logopäden unter die „Spezialtherapeuten“ so nicht unterstützen.

§8 Abs 3

Eine gewisse Anrechnung von Berufsgruppen untereinander ist eine Notwendigkeit im Sinne der Flexibilität für die Kliniken und der Individualität des Behandlungsprozesses. Dennoch braucht es klare Grenzen, um Missbrauch zu verhindern und den Patient:innen alle Möglichkeiten der Behandlung zu bieten. Eine Anrechnung ist nur dann sinnvoll, wenn es um überschneidende Aufgabenbereiche geht. Dann muss sie allerdings auch in beide Richtungen möglich sein. Eine einseitige Anrechnungsmöglichkeit ist nicht sachgerecht und führt zu weiteren Verzerrungen.

§16 Abs 8

Hier unterstützen wir die Position von GKV-SV und PatV, also die Ablehnung der Anrechnung außerhalb der Regelaufgaben.

Anlage 1

Die Notwendigkeit der Anpassung der Minutenwerte für Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Psychologen ist gegeben – allerdings ist auch die Anpassung der Minutenwerte für die Therapieberufe ebenso notwendig. Die Ergotherapie hat durch das Konstrukt der „Spezialtherapeuten“ bereits eine tatsächliche Reduzierung der Minutenwerte erfahren – im Gegenteil ist aber eine Erhöhung notwendig. Hier müssen entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

Anlage 2

Die Anlage 2 ist weiterhin sehr inkonsistent in der Formulierung – insbesondere bei der Beschreibung der Behandlungsmittel (Spalte 4) und der Erläuterungen (Spalte 5). Berufsgruppen, Interventionsbereiche oder Einzelmaßnahmen werden hier unsystematisch und undefiniert gebraucht. Ein spezifisches Behandlungskonzept ist nicht mehr erkennbar. Hier bedarf es einer grundlegenden Überarbeitung der gesamten Anlage.

Anlage 4: Spezialtherapeuten

Wir anfangs schon ausgeführt, ist zum einen die Beschreibung der Ergotherapie in dem vorliegenden Entwurf weiterhin vollkommen veraltet, zum anderen wirft hier das Konzept der „Spezialtherapeuten“ das Problem der sachgerechten Darstellung der hier derzeit

subsummierten Berufe auf. Eine zeitgemäße und fachlich fundierte Tätigkeitsbeschreibung wäre zudem ein Beitrag auch die Anlage 2 auf dieser Grundlage dann sachgerecht zu formulieren.

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 zu gewährleisten.

05.07.2021

Deutscher Verband für
Physiotherapie (ZVK) e.V.

Geschäftsstelle Köln:
Postfach 21 02 80
50528 Köln
Telefon 02 21/98 10 27-0
Telefax 02 21/98 10 27-25

Anschrift für Paketsendungen:
Deutzer Freiheit 72-74
50679 Köln
info@physio-deutschland.de
www.physio-deutschland.de

**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 |
|--|--|--|
| § 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen | Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert: e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten | Welche Qualifikationen wird für den Bewegungstherapeuten gezählt? Laut Bundesagentur für Arbeit gibt es kein einheitliches Berufsbild Bewegungstherapeut. Daher muss hier spezifiziert werden um welchen Berufsabschluss es sich handelt um sicherzustellen, dass eine qualitative und patientengerechte Therapie stattfinden kann. |
| Anlage 1: 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. 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 |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>(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.</p> <p>Ebenso stellt sich die Frage, ob die Therapie in Einzeltherapie oder auch Gruppentherapie durchgeführt werden kann und ob dies genauer definiert werden sollte.</p> |
|--|--|---|

11.07.2022



BApK e.V. Oppelner Str. 130 53119 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

BApK e.V.

Geschäftsstelle

Fon: 0228-71002400

Fax: 0228-71002429

Mail: bapk@psychiatrie.de

Internet : www.bapk.de

11.07.2022

Betreff: Stellungnahmerecht gemäß § 91 Abs. 5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel 8 Abs. 2 VerfO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hier: Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3 (PPP-RL@G-BA.de)

Sehr geehrte Frau Katrin Starke,

gerne nimmt der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK e. V.) zu den Vorschlägen zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie Stellung.

- 1) Wenn es Mindestvorgaben für den Tagdienst gibt, so sollte es solche auch für den Nachtdienst geben. Insofern unterstützt der BApK die Position des GKV-SV bei **§ 3 Grundsätze (2)**.
- 2) Der BApK unterstützt in **§ 3 Grundsätze (7) und (8)** die Haltung der PatV.
- 3) Der BApK freut sich, dass die Anregung aus seiner letzten Stellungnahme zum **§ 9 Weitere Qualitätsempfehlungen (2)** aufgenommen wurde und den Genesungsbegleitern in der **Anlage 5 Kernaufgaben** zugewiesen wurden.
- 4) In allen aktuellen Leitlinien wird die wichtige Rolle der Angehörigen hervorgehoben. In den Regelaufgabenbeschreibungen vieler Berufsgruppen dieser Richtlinie findet die Arbeit mit den Angehörigen Berücksichtigung. Keinen Widerhall findet dieses in den strukturellen Qualitätsvorgaben der Richtlinie.

Um die für die Angehörigen vorgehaltenen strukturellen Ressourcen sichtbar zu machen, wünscht der BApK für den **§ 9 Weitere Qualitätsempfehlungen** nachfolgende zusätzliche Qualitätsempfehlung:

(3) In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollen zusätzlich zu den in § 5 genannten Berufsgruppen Angehörigenbegleiterinnen und Angehörigenbegleiter auf den Stationen eingesetzt werden.

Diese Qualitätsempfehlung sollte in der **Anlage 3** dann ebenso nachgewiesen und veröffentlicht werden wie die Genesungsbegleiter.



- 5) Darüber hinaus erachtet der BApK es als notwendig, dass in der **Anlage 3** je Station die geplanten Ressourcen zur Angehörigenarbeit aufgeführt werden.

Wir hoffen, die Diskussion mit unserer Stellungnahme befruchtet zu haben und verbleiben
mit freundlichen Grüßen



Dr. Rüdiger Hannig

Stellv. Vorsitzender BApK e.V.



DGPSF e.V. · Obere Rheingase 3 · D-56154 Boppard

An
Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung und sektoren-
übergreifende Versorgungskonzepte
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Prof. Dr. Christiane Hermann
Präsidentin

Geschäftsstelle
Obere Rheingasse 3
D-56154 Boppard
Tel: 06742/8001-21
Fax: 06742/8001-22

Email: praesident@dgpsf.de
www.dgpsf.de

10.7.2022

**Stellungnahme zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
– Erste Anpassung gemäß §1 Abs. 3**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit, zu o.g. Richtlinienänderung von Seiten der DGPSF Stellung zu nehmen.

Gemäß §136a Absatz 2 SGB V war und ist es das Ziel der geplanten Richtlinienänderung sicherzustellen, dass Patient*innen mit psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen ausreichend psychotherapeutisch versorgt werden, nicht zuletzt auf vor dem Hintergrund entsprechender AWMF-Leitlinien. Der G-BA hat als notwendige Anpassung der Mindestvorgaben insbesondere sicherzustellen, dass die Psychotherapie gemäß ihrer Bedeutung in der Versorgung der o.g. Patient*innen mit entsprechenden personellen Ressourcen abgebildet wird.

Wie bereits in unserer Stellungnahme im Sommer 2021 formuliert, unterstützt die DGPSF dieses Ziel nachdrücklich. Nun wurde der gesetzliche Auftrag zu Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen in der Änderung der PPP-RL vom September 2021 nur teilweise umgesetzt. Im Einzelnen nimmt die DGPSF zu den nunmehr vorgeschlagenen Änderungen wie folgt Stellung:

§ 6 Abs. 3: Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

Änderungsvorschlag GKV-SV/PatV/ BPtK:

Die DGPSF befürwortet die in Abs. 3 vorgeschlagene kontinuierliche Einstufung in die Behandlungsarten gemäß Kapitel 9 des OPS.

Begründung: Zwecks besserer Nachvollziehbarkeit der Behandlungsarten pro Patient*in auch über die Zeit und der auf dieser Grundlage ermittelten Behandlungstage je Behandlungsbereich und letztlich der sich daraus ergebenden Mindestvorgaben für die Personalausstattung ist eine an OPS orientierte kontinuierliche Einstufung zwingend erforderlich. Eine 14-tägige Einstufung ist also zu grob in ihrer Auflösung einzuordnen und dementsprechend nur bedingt sachlich angemessen, um die Behandlungstage je Behandlungsbereich zu ermitteln.

Anlage 1 – Minutenwerttabelle (S. 31/32):*Änderungsvorschlag PatV/BÄK/BPtK:*

Die DGPFSS befürwortet die in o.g. Tabelle von PatV/BÄK/BPtK aufgeführten Zeitwerte in Minuten pro Patient*in für Ärzt*innen sowie Psychotherapeut:innen bis zur Zielerreichung am 31.12.2028 für den Behandlungsbereich Erwachsenenbereich.

Begründung: Die Erhöhung der Behandlungsminuten pro Patient*in durch die Berufsgruppen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen ist erforderlich, um der evidenzbasierten Festlegung eines Mindestumfangs an Psychotherapie auch im stationären Setting Rechnung zu tragen. In der ambulanten Versorgung werden üblicherweise mind. 50 min Einzelpsychotherapie pro Woche vorgesehen. Bei einer stationären Behandlung kann infolgedessen die einzelpsychotherapeutische Versorgung nicht darunter liegen. Gerade weil die stationäre Behandlung dann indiziert ist, wenn eine ambulante Behandlung als nicht mehr ausreichend eingeschätzt wird, ist sachlich gut begründet, dass pro Patient im Durchschnitt 75-100 Minutenwerte Einzelpsychotherapie erforderlich sind. Grundsätzlich kann Psychotherapie austauschbar von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen erbracht werden.

§ 16 Abs. 3 (3) Übergangsregelungen (sowie Anlage 1B Minutenwerttabelle):*Änderungsvorschlag PatV/BÄK/BPtK:*

Die DGPFSS befürwortet die in der Tabelle von PatV/BÄK/BPtK aufgeführte schrittweise Erhöhung der Minutenwerte bis zum 31.12.2028 für den Behandlungsbereich Erwachsenenbereich.

Begründung: Die Erhöhung der Behandlungsminuten pro Patient*in ist zweifellos nur schrittweise umsetzbar, um die Gewinnung von entsprechendem Personal zu ermöglichen. Gerade wenn die Personalgewinnung eine gewisse Herausforderung darstellt, sind attraktive Arbeitsbedingungen durch eine bessere Personalausstattung besonders wichtig. Ein Verweis auf mögliche Probleme bei der Gewinnung von Fachpersonal ist nicht stichhaltig, da nur eine entsprechende Personalausstattung einerseits die Vorgabe der Stärkung der Psychotherapie umsetzt und andererseits so die Attraktivität der Tätigkeit von Psychotherapeut*innen im stationären Setting erhöht werden kann, nicht zuletzt im Sinne der Eröffnung entsprechender beruflicher Perspektiven.

Ich hoffe, dass die Stellungnahme der DGPSF zur Konsensbildung bei den noch abschließend abzustimmenden Änderungen der PPP-Richtlinie beitragen kann.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Christiane Hermann
Präsidentin der DGPSF



Deutsche Gesellschaft
für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.

DGKJP - Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
Geschäftsstelle • Reinhardtstraße 27 B • 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss

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

Präsident

Prof. Dr. med. Michael Kölich
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

Schriftführerin

Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag
Direktorin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Universitätsklinikum Frankfurt

Beisitzerin

Prof. Dr. med. Renate Schepker
Beisitzerin, Schwerpunkt fachpolitische
Geschäftsführung
ZfP Südwürttemberg, Ravensburg
[REDACTED]

Beisitzerin

Univ.-Prof. Dr. Tanja Legenbauer
Leiterin Forschung und Testdiagnostik an der Klinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität
Bochum

Beisitzerin

Prof. Dr. med. Luise Poustka
Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie der Georg-August-Universität,
Universitätsmedizin Göttingen

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
[REDACTED]

E-mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de

Internet: <http://www.dgkjp.de>

Berlin, 11.07.2022

Kommentar der DGKJP zum überarbeiteten Entwurf der PPP-RL des G-BA

Sehr geehrte Damen und Herren, Kolleginnen und Kollegen des Unterausschusses zur PPP-RL des G-BA,

wir bedanken uns erneut für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Wir können vorab seitens der DGKJP noch nicht erkennen, dass es sich um eine „erste, grundlegende Überarbeitung“ handelt, da wesentliche Punkte noch kontrovers sind. Wir betonen erneut, dass etliche allgemeine Kritikpunkte an der PPP-RL, die wir kontinuierlich geäußert und in das Stellungnahmeverfahren verschiedentlich eingebracht haben, fortbestehen.

Wir nehmen zu den die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) betreffenden Punkten im folgenden nacheinander Stellung.

Zu § 2 Grundsätze, Absatz 7 und 8, den Vorschlägen zu Absatz 11 und 12

- Wir stimmen dem Vorschlag der DKG zu, den Stationsbezug aufzugeben. Das entspricht einer langjährigen Forderung nicht nur von uns sondern der wissenschaftlichen Fachgesellschaften insgesamt.

Begründung: Wichtig ist, für die Summe der Patient:innen genügend Personal vorzuhalten, unabhängig davon, wie sich diese Patient:innen tagsüber im stationären oder teilstationären Status mischen und auf welcher Station welche indikationsbezogene Gruppe besucht wird.

Die Unterstellung, dass manche Stationen gegenüber anderen unterausgestattet sein könnten, trifft für unser Fachgebiet nicht zu, da die in der Anzahl geringen Stationen (in der Regel 1-4 pro Einrichtung ohne dezentrale Tageskliniken) in der Regel altersgestaffelt belegt werden und die meisten Kliniken keine getrennten Stationen für besonders aufwändige Patient:innen vorhalten, für weitere Analysen hilft die von uns bereits im letzten und vorletzten Stellungnahmeverfahren als für das Fachgebiet nicht zutreffend kritisierte Stationstypologie (wir hatten im September 2021 einen Alternativvorschlag eingereicht) ebenfalls nicht weiter.

Im Bedarfsfall ist es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr üblich, dass Personal, insbesondere im Pflege- und Erziehungsdienst (PED), aber auch im ärztlichen Dienst und in den Fachtherapien, stundenweise zwischen den Stationen wechselt, ohne dass sich das in den Dienstplänen widerspiegelt oder dokumentiert würde. Die Realität der Personalverteilung ist somit im Stationsbezug per se nicht erfassbar. Dadurch entfällt auch die Notwendigkeit einer Definition der Stationseinheit in § 2 (12).

2. Dem weitergehenden Vorschlag von DKG, LV, BÄK und BPtK,p den Monatsbezug zu streichen, stimmen wir ebenfalls zu.

Begründung: Ausgleiche für Personalausfälle über größere Zeiträume sind einfacher zu bewerkstelligen als im sehr engen Monatsbezug - vor allem in Zeiten der weiterhin zu erwartenden Pandemiewellen. Das gilt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch deswegen, da die üblichen Verweildauern von Patient:innen bundesdurchschnittlich im Jahr 2021 35 Tage (mit einer extremen Streubreite aufgrund von Krisenaufenthalten vs. Regelaufenthalten, vgl. hierzu auch INeK Daten) betragen, und für Nicht-Krisen-Patient:innen regelhaft 6 Wochen und länger dauern, d.h. allfällige Schwankungen in der Personalbesetzung im Laufe einer Behandlung werden in aller Regel durch das Nachholen von Therapieeinheiten wieder ausgeglichen.

Der Ergänzung der DKG hinsichtlich des Absatzes 11 ist zuzustimmen, vor allem vor dem Hintergrund der offensichtlich regional sehr problematischen Budgetverhandlungen wäre es wichtig, für die Besonderheiten der Nachtdienstsituation eine „Budgetverhandlungs-Leitlinie“ zu haben. Siehe unsere Ausführungen zu § 6 Absatz 7 bis 9 weiter unten, man könnte diese Hinweise auch dort verorten.

Zu § 3 Behandlungsbereiche

Wir begrüßen die überfällige Streichung der Kategorie KJ 5, die keine Rolle mehr in der heutigen Klinikrealität spielt. Eine gesonderte Ausweisung einer psychotherapeutischen Kategorie für unser Fachgebiet halten wir ebenfalls für nicht erforderlich, da der Psychotherapie- incl. Familientherapie-Einsatz in allen Behandlungsbereichen recht hoch ist und Psychotherapie allen stationär behandelten Patient:innen regelhaft zugutekommt.

Zu § 4 Tätigkeiten sowie Tag- und Nachtdienste

Hinsichtlich der Festlegung von Zeiten für den Nachtdienst stimmen wir der Auffassung der Patientenvertretung zu.

Begründung: Es ist völlig unklar, warum ein Nachtdienst festgelegt werden muss auf 10 Stunden und 30 Minuten – viele KJPP-Einrichtungen machen mit einem gestaffelten Spätdienst am Tag (der letzte Tagdienst geht um 22.00, erst dann gehen ja Jugendliche schlafen) sehr gute Erfahrungen, die Frühschicht beginnt demgegenüber zwingend um 6.00 oder je nach Schulbeginn auch um 6:30, um die Vorbereitung auf den Schulbesuch gewährleisten zu können. Somit sollten die Nachtdienstzeiten an die Schlafenszeiten der Patient:innen angepasst werden können und nicht umgekehrt.

Zu § 5 Abs. 2 Berufsgruppen

Wir haben bereits im Jahr 2020 die restriktive Berufsgruppenbeschreibung in unserem Fachgebiet kritisiert und für eine Öffnung für weitere pädagogische Berufe zusätzlich zu den Heilpädagog:innen votiert. Somit stimmen wir dem Vorschlag von DKG und BPtK zu.

Begründung: Generell ist pädagogisches Personal, das auf vielfältige Weise in Deutschland qualifizierte Abschlüsse erreicht, in der KJPP unverzichtbar und bereits fester Bestandteil. Die Fassungen der PPP-RL machen das Dilemma deutlich, das solches Personal einer „Schublade“ zugeordnet werden muss. Solange die Austauschbarkeit bezogen auf die Anrechenbarkeit erhalten bleibt, wird das oft unproblematisch sein. Andernfalls müsste die Gruppe der Pädagog:innen auch bei Pflegepersonen und bei Spezialtherapeut:innen auftauchen.

Folgerichtig sind verschiedene pädagogische Grundberufe u.E. qualifiziert, auch im fachtherapeutischen Bereich tätig zu sein. Das betrifft Theaterpädagog:innen, Kunst- und Musikpädagog:innen für die künstlerischen Therapien, Sportpädagog:innen für die Bewegungstherapie, Kindheitspädagog:innen und Entwicklungspädagog:innen für die Heilpädagogik,

Medienpädagogen für die Behandlung von Mediensucht u.v.a.m. Hier sollte der Realität der mittlerweile diversen angebotenen Bachelor-Studiengänge Rechnung getragen werden, die durchaus auch klinische Bezüge lehren, teils mit Unterstützung unserer Lehrstühle. Es sei darauf hingewiesen, dass der Sachverhalt der unterschiedlichen Abschlüsse im Rahmen der 2021 erstmals erfolgten StrOPS-Prüfungen mit den Medizinischen Diensten ausgiebig diskutiert worden ist, und dass diverse Mitarbeitende mit unterschiedlichen Grundqualifikationen bereits seit langer Zeit in der KJPP tätig sind. Ebenfalls ist darauf hinzuweisen, dass für die Berufsgruppe der Bewegungstherapeut:innen, für die keine festgelegte Studien- oder Fachschulausbildung vorausgesetzt ist, die gleichen Prinzipien bereits angewendet werden. Es erfolgt hier laut StrOPS-Prüfungen keine „Anrechnung“, sondern eine vollständige Anerkennung im Rahmen des Personaltableaus. Analog verhält sich vergleichsweise § 7 des Kindertagesbetreuungsgesetzes.

Zu § 6 Absatz 3 Ermittlung der Mindestvorgaben, hier: Patienteneinstufung

Wir halten den Vorschlag der GKV für erwägenswert, für die KJPP die Routinedaten der OPS-Einstufung zu verwenden. Allerdings sollten dann im GKV-Vorschlag die Sätze *„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“* gestrichen werden, denn diese Vorgaben haben nichts mit der Patienteneinstufung zu tun und würden dazu führen, dass für die Mitarbeitenden der Klinikverwaltungen doch ein erhöhter Aufwand entstehen würde: für die Behandlungstage nach PEPP-V 2022 müsste nämlich eine andere, nochmalig neue Berechnung erfolgen als für die Behandlungstage für den Mindestpersonalnachweis nach der PPP-RL. Ausdrücklich sei darauf hingewiesen, dass anders als im DRG-Bereich bei der mathematisch hinsichtlich der realen Aufwände festgelegten PEPP-Berechnung der Entlasstag sehr wohl als Behandlungstag zählt (siehe PEPP-V 2022 § 1 Abs. 3 Satz 2). Gerade der Entlasstag generiert in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nachweislich einen hohen Personalaufwand: Abschluss- und Übergabegespräche mit den Eltern, Auszug aus dem Zimmer nach oft langem Aufenthalt, Abschiedsrituale in der Patientengruppe, letzte Medikamentenaufklärung für Patient:innen und Sorgeberechtigte

etc. müssen stattfinden. Durch die hier für die PPP-RL vorgeschlagene Art der Berechnung würde die erforderliche Personalmindestausstattung vor allem für die Kliniken mit einem hohen Patienten-turnover und damit laut PEPP-System relativ höheren Aufwänden nicht höher ausfallen als für Kliniken mit geringerem Patienten-turnover (vorausgesetzt, dass eine Neubelegung am gleichen Tag erfolgt). Ebenfalls würden bei Abzug der „Beurlaubungstage“, wie hier seitens des GKV-SV definiert („Tage, an denen eine über Mitternacht hinausgehende Beurlaubung oder Abwesenheit beginnt“), Patient:innen bereits bei einem Fehlen zu Mitternacht geringere Personalmindestausstattungen generieren, d.h. personell schlecht ausgestattete Kliniken hätten einen sehr hohen Anreiz, Patient:innen unabhängig vom Therapiefortschritt gegebenenfalls sogar über 2 Nächte nach Hause zur Belastungserprobung zu schicken und damit die Personalmindestvorgaben künstlich zu senken. Auch hier weicht die PEPP-V 2022 definitorisch ab: „Vollständige Tage der Abwesenheit sind Kalendertage, an denen der Patient sich während einer voll- oder teilstationären Behandlung nicht im Krankenhaus befindet bzw. bei stationsäquivalenter Behandlung kein direkter Patientenkontakt stattfindet.“ (§ 1 Abs. 4 Satz 1 PEPP-V).

Nebenbei ist darauf hinzuweisen, dass in den „Tragenden Gründen“ auf Seite 11 die kinder- und jugendpsychiatrische tagesklinische Behandlung KJ7 fehlt.

Alternativ könnte man – ohne zur Rechnungslegung abweichende Definitionen der zugrunde zu legenden Behandlungstage – die 14-tägigen Stichtagserhebungen durch eine Abfrage der aktuellen OPS-Kategorien aus den Krankenhausinformationssystemen ersetzen. Darauf hinzuweisen ist, dass vermutlich bei dieser gänzlich anderen Bezugsgröße andere Bemessungszahlen entstehen könnten, da sich die Einstufungskriterien in KJ3 und in den OPS-Kode 9-672 unterscheiden, denn der OPS 9-672 bildet auch die typischen aufwändigen Störungsmanifestationen des Kindesalters ab. Ein empirischer Vergleich der OPS-9-672 mit den KJ3-Einstufungen für Jugendliche ist uns nicht bekannt. Die daraus entstehenden ggfs. höheren Mindestvorgaben wären uns aus Sicht der DGKJP eher willkommen, müssten dann aber seitens der GKV auch gegenfinanziert werden.

Zu § 6 Absatz 7 bis 9

Hier kann sich die DGKJP nach Austausch mit den Pflegeexpert:innen im Fachgebiet keinem der übermittelten Vorschläge vollständig anschließen.

Folgende Grundvoraussetzungen müssten für die Nachtwachenkapazität und -verteilung gegeben sein:

- Jedes psychisch kranke Kind und jeder Jugendliche muss in der Nacht eine erreichbare, wache Nachtwache in der Nähe haben. Das gilt auch für Stationen, die kleiner sind als 12 Betten. Ein „Divisor“ von 12 in allen Berechnungen verkennt, dass es Stationen gibt, die nur 8 oder 10 Plätze haben. Aus räumlichen Gründen und aus Gründen des Patientenschutzes können Stationen oft nachts nicht „zusammengelegt“ werden (zumal dann erst recht die Kapazität von 12 überschritten würde).
- Die Aufsichtspflicht muss gewährleistet sein, d.h. potenzielle Übergriffe von Patient:innen untereinander oder das unerwünschte Eindringen von Personen von außen dürfen einer stetigen Aufsicht nicht entgehen, wozu die räumlichen Bedingungen zu berücksichtigen sind.
- Nachtwachenkapazität muss unterschiedlich – je nach Entwicklungsstand, Art und Intensität der Störung, Bedürfnislagen und Gefahrenlagen hinsichtlich der zu betreuenden Patient:innen – zwischen den Stationen verteilbar sein.
- Für die bis auf wenige Ausnahmen sämtlich pflichtversorgenden KJPP-Stationen muss genügend flexibles Personal schnell verfügbar sein, um neben der Aufsichtspflicht und dem Nachkommen der Bedürfnisse der anwesenden Kinder und Jugendlichen eine Aufnahme in einem separaten Raum durchführen zu können. Die Personaldecke muss daher deutlich über einer Person pro Station liegen (neben hinzuzurechnenden Ausfallzeiten). Nur die wenigsten Abteilungen (Durchschnittsgröße einer Abteilung: 40 Betten, allerdings in schiefer Verteilung, d.h. darunter sind viele mit nur 20-30 Betten) verfügen über eine eigene „Notfall- und Krisenstation“.
- Notfallaufnahmen bzw. Krisenpatient:innen in der Nacht (bundesweit liegt der Anteil an Notfallaufnahmen aktuell bei ca. 50% der Fälle) müssen weiterhin je nach aktueller Bettenkapazität und Geschlechtszugehörigkeit verteilt werden. Die durchschnittlichen Belegungen betragen rund 90% jahresdurchschnittlich und liegen tagesaktuell auch einmal bei 120% oder mehr, Flurbetten sollten vermieden werden, die räumliche Situation ist zwischen Pavillonbauweise und langen Fluren sehr unterschiedlich.

Dafür müssen Nachtwachen(anteile) nachts flexibel eingesetzt werden können.

Diese Anforderungen begründen, dass a) ein starrer und darüber hinaus nachzuweisender Stationsbezug der Nachtwachen dysfunktional wäre (hier ist der GKV-Vorschlag widersprüchlich formuliert: er benennt einen Einrichtungs- und einen Stationsbezug). Sie begründen auch, dass b) ein Bezug auf die Planbetten (wie im GKV-Vorschlag; unklar formuliert im DKG-Vorschlag; unklar formuliert im DPR-Vorschlag) in sinnvoller Höhe hinsichtlich der Vorhalteleistungen für Notfälle aus unserer Sicht am Sinnvollsten wäre. In Anbetracht der gleichen Anforderungen sind wir außerdem der Meinung, dass c) die Nachtwachenkapazität unter Berücksichtigung der räumlichen Voraussetzungen und der Versorgungsumgebung sowie des regionalen Notfallaufkommens nur vor Ort verhandelt werden kann, da die Nachtdienst-Situation in den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie höchst unterschiedlich ist. Nur auf diese Weise können pädagogisch-pflegerische Bereitschaftsdienste – die ja weiterhin getrennt und vor Ort verhandelt werden sollen – in die Gesamtbetrachtung mit einbezogen werden. Allein diese Bereitschaftsdienste garantieren die nötige Flexibilität. Dabei ist ein nächtlicher pädagogisch-pflegerischer Bereitschaftsdienst für alle Tage des Jahres mit einer Stellenkapazität von rund 0,75 Stellen anzurechnen. Der jetzt vorgelegte Entwurf der PPP-RL enthält keinen Hinweis auf ergänzende, alternierende oder bedarfsadaptierte (Anwesenheits-/Schlaf-)Bereitschaften.

Empfehlung: Die DGKJP schlägt vor, dass ein Korridor für die Verhandlungen vor Ort definiert wird, bei dem berücksichtigt werden muss, dass ein evtl. Einberechnen von Intensiv-Anteilen auch die nachts in der Regel bedürftigeren Kinder unter 14 Jahren (KJ1) einbeziehen muss; dass Stationen mit weniger als 12 Betten mit einem bettenbezogenen Mehrbedarf in die Berechnung eingehen, und dass Übergabezeiten vorzuhalten sind. Daneben sollte festgelegt werden, dass seitens der Krankenhausabteilung gleichzeitig ein Konzept für den Einsatz pädagogisch-pflegerischer Bereitschaftsdienste unter Berücksichtigung der baulichen Gegebenheiten und des Notfallaufkommens vorgelegt und verhandelt wird.

Zu § 7 Umsetzungsgrad

Die DGKJP unterstützt den Vorschlag der DKG, bei dezentralen Tageskliniken die Erfüllung der Mindestpersonalausstattung auf die Einrichtung zu beziehen.

Begründung: Im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie existieren besonders viele sehr kleine dezentrale Tageskliniken, bis hin zu 5 zu einer bettenführenden Einrichtung gehörige mit jeweils 10-12 Plätzen, im Ausnahmefall bis zu 25 Plätzen. Einige Bundesländer (z.B. Berlin, Bayern, Brandenburg) weisen teilstationäre Plätze im Verhältnis zu vollstationären von bis zu 1:1 auf. Tageskliniken haben mehr als vollstationäre Einheiten die Möglichkeit, im Sinne einer „therapeutischen Gemeinschaft“ berufsgruppenübergreifend zu arbeiten. Wir unterstützen daher den Vorschlag der DKG, bei „stand alone“ Tageskliniken den Umsetzungsgrad berufsgruppenübergreifend auf die Einrichtung nach § 2 KHG zu beziehen. Da in den StrOPS-Prüfungen das Vorhandensein der Berufsgruppen nach OPS nachgewiesen sein muss, entfällt das Argument einer möglichen Dequalifizierung.

Zu § 8 Abs. 3 und 5 Anrechnungsfähigkeit von Berufsgruppen

Die DGKJP stimmt dem Vorschlag der DKG zu, dass ärztliche Tätigkeiten an andere Berufsgruppen delegiert werden können wie es in der Realität geschieht, würde aber eine niedrigere Obergrenze veranschlagen.

Begründung: Es haben sich, teils sogar erst seit der Einführung der PPP-RL, neue Berufsgruppen etabliert wie die „Medical assistants“ – hier können z.B. auch Ärzt:innen ohne Approbation eingesetzt werden (wie migrierte oder geflüchtete Ärzt:innen aus Nicht-EU-Staaten, die auf die berufsrechtliche Anerkennung warten, die gleichwohl für die Berufsausübung qualifiziert werden müssen - hier würde eine Regelung entsprechend der Anrechnung von Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege nach § 8 Abs. 2 geschaffen). Des Weiteren wird teilweise Dokumentationsarbeit (gerade die aufwändigen OPS-Kodierungen bzw. deren Kontrolle und Freigabe) von Medizincontroller:innen übernommen, die ein Tätigkeitsmerkmal nach Anlage 4 darstellt. Die Definition delegationsfähiger Leistungen der DKG ist aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie allerdings zu weitgehend, da nicht-PPP-RL-Personal wie MFAs etc. hier sehr umfänglich berücksichtigt wird und aufwändige diagnostische und Laboruntersuchungen im Fachgebiet nur sehr selten anfallen. Daher plädieren wir für einen anrechnungsfähigen Umfang von 1,5 %.

Weitergehend würden wir seitens der DGKJP fordern, eine analoge Regelung wie für Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (hier noch als „Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege“ benannt) auch für Auszubildende in den erzieherischen Berufsgruppen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einzuräumen, um diesbezüglich eine Gleichbehandlung mit der Erwachsenenpsychiatrie herzustellen. Leider bestehen hier zur Anrechnung von Auszubildenden auf Vollkräfte nur Regelungen nach Landesrecht, nicht nach Bundesrecht. Bisher zählen z.B. Praktikant:innen im Anerkennungsjahr oder in einer praxisintegrierten Ausbildung zur Erzieher:in in der PPP-RL als „Hilfskräfte“, werden jedoch in Kindertagesstätten etc. überwiegend, zumindest anteilig (in Baden-Württemberg z.B. in einem Schlüssel von bis zu 0,4 VK in Vollzeit), als Fachkräfte geführt. Laut Kindertagesbetreuungsgesetz § 7 Abs 4 zählen Auszubildende im Berufspraktikum als „Fachkräfte“.

Unser Formulierungsvorschlag wäre:

„Je nach Bundesland ist analog zu Jugendhilfe- oder sozialpädagogischen Einrichtungen die Anrechnung von Auszubildenden und in erzieherischen Berufen innerhalb des Pflege- und Erziehungsdienstes nach dem in Landesverordnungen vorgesehenen Schlüssel möglich. Berufspraktikanten (Praktikanten im Anerkennungsjahr) werden analog zu Kindertagesbetreuungsgesetz § 7 Abs 4 als Fachkräfte angerechnet.“

Zu § 11 Nachweisverfahren

Siehe unsere Ausführungen zu § 2 Abs. 7. Teil B des Nachweises ist ebenfalls nach Auffassung der DGKJP zu streichen.

Zu Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die DGKJP folgt unabhängig von § 3 Abs. 2 und § 6 Abs 3 der Initiative des GKV-Spitzenverbandes, die aufwändigen Spalten 3 – 5 zu streichen und für die jeweiligen Kategorien einen Bezug zum OPS herzustellen. Allerdings sollte die Formulierung geändert werden in: („Patienten, die [...] behandelt werden und bei denen die abrechnungsfähigen Leistungen mit den OPS-Kodes 9-565 oder 9-672 angegeben werden“). Nicht Patienten erfüllen einen OPS, sondern der OPS beschreibt Prozeduren an Patienten.

Zu Teil B des Nachweises der PPP-RL laut Anlage 3

Die DGKJP folgt dem Vorschlag der DKG, den gesamten Teil B zu streichen; hilfsweise folgen wir dem Vorschlag der GKV zu B 3.

Begründung: Der Nachweis der Qualifikation des therapeutischen Personals gemäß Nachweis B4 erfolgt zwischenzeitlich umfangreich über die StrOPS-Prüfungen. Eine Doppelerfassung sollte vermieden werden. Die Erfassung der Regelaufgaben soll laut GKV-SV nun im Nachweis B3 aus den OPS abgeleitet werden. Dieser Auffassung stimmen wir hilfsweise, sollte es nicht zu einer Streichung des gesamten Teils B kommen, ausdrücklich zu, sie entspricht einer unserer früheren Anregungen.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. M. Kölch
Präsident der DGKJP



Prof. Dr. R. Schepker
Fachpolitische
Geschäftsführung DGKJP



Deutsche Gesellschaft für
Rehabilitationswissenschaften e.V.

DGRW Geschäftsstelle · Universität Bielefeld · Fakultät für
Gesundheitswissenschaften · PF 10 01 31 · 33501 Bielefeld
An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte
per Mail
cc: AWMF (st-gba@awmf.org)

Präsident:

Prof. Dr. Thorsten Meyer
Stiftungsprofessur
Rehabilitationswissenschaft | Rehabilitative
Versorgungsforschung
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld

Bielefeld/Berlin, den 12.07.2022

STELLUNGNAHME DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR REHABILITATIONSWISSENSCHAFTEN e. V.

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

Die DGRW begrüßt grundsätzlich die Weiterentwicklung der Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL), denn Psychotherapie hat in den vergangenen Jahrzehnten einen zunehmenden Stellenwert auch in der Behandlung von psychisch schwer erkrankten Menschen gewonnen. Psychotherapie wird in allen Behandlungsleitlinien für psychische Erkrankungen als bedeutsamer Wirkfaktor beschrieben. Für die Rehabilitation ist eine leitliniengerechte Behandlung in der Akutversorgung von zentraler Bedeutung, da hier die Grundlage für die Rehabilitations- und Teilhabefähigkeit gelegt wird.

Nach § 136a Absatz 2 SGB V soll die Psychotherapie gemäß ihrer Bedeutung für die Behandlung psychisch und psychosomatisch Erkrankter durch die Mindestvorgaben für die Zahl der vorzuhaltenden Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen abgebildet werden. Dies ist aus unserer Sicht in der letzten Bearbeitung der PPP-RL nicht in ausreichendem Umfang erfolgt.

Geschäftsstelle

DGRW Geschäftsstelle
Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
PF 10 01 31
33501 Bielefeld
Tel.: +49 521 106-67608
Email: dgrw@uni-bielefeld.de
Web: www.dgrw-online.de

Vorstandsmitglieder

Prof. Dr. Thorsten Meyer
Prof. Dr. Matthias Bethge
Prof. Dr. Anke Menzel-Begemann
Dr. Désirée Herbold
Prof. Dr. Wilfried Mau
Prof. Dr. Klaus Pfeifer
Dr. Marco Streibelt
Prof. Dr. Felix Welti



Zu Anlage 1a Minutenwerttabellen:

Die DGRW schließt sich deshalb dem Vorschlag von Patientenvertretung, Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer zu den Minutenwerten der Berufsgruppen „Ärzt*innen“ und „Psychotherapeut*innen“ gemäß Anlage 1a) an. Eine entsprechende Erhöhung der Minutenwerte für Psychotherapie wird von der DGRW dringend empfohlen, um dem Anspruch einer leitliniengerechten Versorgung genügen zu können.

In Vertretung der DGRW wird Dr. Ulrike Worringen an der Anhörung teilnehmen:

*Dr. phil. Ulrike Worringen
Leitung des Bereichs Interdisziplinäre Zusammenarbeit
Abteilung Rehabilitation
Deutsche Rentenversicherung Bund*

*Postanschrift: 10704 Berlin
Tel. 030 86582087
Fax. 030 865 82123
E-Mail: dr.ulrike.worringen@drv-bund.de*



Prof. Dr. Thorsten Meyer
Präsident der DGRW

unter Mitarbeit der Arbeitsgruppe Psychologie / Psychotherapie in der DGRW-Kommission Aus-, Fort- und Weiterbildung, AG-Sprecherinnen Prof. Beate Muschalla und Dr. Ulrike Worringen

DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und sektoren-
Übergreifende Versorgungskonzepte
Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Bundesvorstand

Vorsitzender

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich
Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine
Innere Medizin und Psychosomatik
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie Klinikum Lüdenscheid Paulmannshö-
her Str. 14, 58515 Lüdenscheid

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner

Klinikdirektorin der Klinik für Psychosomatische Medi-
zin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gus-
tav Carus an der TU Dresden,
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Past-Vorsitzender

Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik
und Psychotherapie des Universitätsklinikums
Gießen und Marburg
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen

Beisitzer

Dr. med. Götz Berberich
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100, 86949 Windach

Dr. med. Nicola Blum

Praxis für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Redlinger Straße 4 a, 49074 Osnabrück

Dr. med. Norbert Hartkamp

Praxis für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Rheinstr. 37, 42697 Solingen

Prof. Dr. med. Florian Junne

Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Leinziner Straße 44, 39120 Magdeburg

Prof. Dr. med. Volker Köllner

Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow

Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Prof. Dr. med. Peter Henningsen
Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstr. 3, 81675 München

Geschäftsführerin

Dr. Christine Knigge
Jägerstr. 51, 10117 Berlin

Geschäftsstelle

Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 20648243, Fax: 030 20653961
info@dgpm.de

www.dgpm.de

Berlin, den 12. Juli 2022

Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses durch die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychothera- pie (DGPM)

Hier: Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie: Erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3 (Stand: 01.06.22)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) dankt für die Möglichkeit zur Änderungsfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP- RL Stand 01.06.22) Stellung nehmen zu können. Die Stellungnahme ist mit der Chefarzt-konferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) abgestimmt.

Im Folgenden wird zuerst auf die auch weiterhin bestehenden grundlegenden Herausforderungen in der Erarbeitung von Personalmindestvorgaben in der Psychosomatik (Psychosomatischen Medizin) eingegangen und danach zu einzelnen Punkten der Änderungsfassung Stellung genommen.

Die DGPM begrüßt die Festlegung, dass Sanktionsmaßnahmen im Jahr 2023 in Psychosomatischen Einrichtungen auch weiterhin ausgesetzt werden. Entsprechend sollten wie von der DKG gefordert (§16 Absatz 4) auch die Ermittlung der Personalmindestvorgaben sowie der Umsetzungsgrad für das Jahr 2023 ausgesetzt werden.

In der Psychosomatischen Medizin fehlen bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben. Eine voreilige Umsetzung von nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde daher zu Verwerfungen in der Versorgung führen und die etablierten Therapieprogramme im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung gefährden. In der Psychosomatischen Medizin liegen keine Berichte über Minder- oder Fehlversorgung vor, die einen solchen Eingriff rechtfertigen würden.

Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin für ein weiteres Jahr ist jedoch keinesfalls ausreichend, um eine valide empirische Datenbasis zu erarbeiten. Der Personalaufwand in der Psychosomatischen Medizin orientiert sich in hohem Maße an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung aller beteiligten Berufsgruppen (Therapieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand. Vor diesem Hintergrund ist für die Festlegung der Personalmindestvorgaben sowie die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche zusätzlich eine Erfassung der therapeutischen Leistungen als auch des medizinisch-somatischen Aufwands erforderlich.

Diese Daten werden im Rahmen der PPP-RL Nachweise nicht erfasst. Somit stellen die Nachweise der PPP-RL keine ausreichende Datengrundlage für eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin dar.

Im Rahmen der aktuell laufenden und durch den Innovationsfonds geförderten EPPIK-Studie (Laufzeit: 01.04.21 – 31.03.24) erfolgt eine repräsentative, bundesweite Beobachtungsstudie in Psychosomatischen Einrichtungen, die die Personalausstattung in Beziehung zu den therapeutischen Leistungen und zum medizinisch-somatischen Aufwand setzt. Die fristgerechte Veröffentlichung der Ergebnisse der EPPIK-Studie wird im Frühjahr 2024 erwartet, so dass eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben frühestens im Sommer 2024 erfolgen kann. Aus den oben genannten Gründen und vor dem Hintergrund des zeitlichen Ablaufs der Studie, kann eine differenzierte Festlegung der Personalmindestvorgaben für die Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin frühestens 2025 vorgenommen werden.

Die Fachgesellschaft fordert, dass für die Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin die gleiche Sorgfalt angewendet wird, wie zur Erarbeitung der seit 1990 existierenden Vorgaben für das Fachgebiet der Psychiatrie, deren Erarbeitung sich über einen umfangreichen Zeitraum erstreckte.

Die am Versorgungsaufwand orientierte Stärkung der Psychotherapie in der PPP-RL wird durch die DGPM ausdrücklich begrüßt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Summe der psychotherapeutischen (ärztlich, nicht-ärztlich) Minuten als Mindestvorgaben in allen Behandlungsbereichen der Psychosomatischen Medizin in der letzten Fassung vom 18.3.2021 bereits eine hohe psychotherapeutische Behandlungsintensität definiert. Es ist aufgrund der Rückmeldungen zahlreicher spezialisierter Abteilungen gut vorstellbar, dass als Ergebnis der aktuell laufenden wissenschaftlichen Untersuchungen höhere Mindestvorgaben für psychotherapeutische Leistungen (ärztlich, nicht-ärztlich) in spezialisierten Abteilungen aufgrund der Behandlungsnotwendigkeiten empfohlen werden. Die Gefahr bereits die aus fachlicher Perspektive ausreichend hohe Vorgaben weiter zu erhöhen, ist jedoch auf der Grundlage der Rückmeldungen anderer Einrichtungen mindestens ebenso wahrscheinlich. Eine sinnvolle Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Überprüfung der Minutenwerte müssen zuerst anhand der unterschiedlichen Behandlungsnotwendigkeiten und -profile erfolgen (s.o.).

Auch ist zu berücksichtigen, dass viele der in Psychosomatischen Kliniken (teil-)stationär behandelten Patientinnen und Patienten neben der psychischen Erkrankung zusätzlich an einer pathognomonisch assoziierten chronischen körperlichen Erkrankung leiden. Die psychosomatische und psychopharmakologische Behandlung muss daher im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans hinsichtlich des Settings, der Dosis sowie des therapeutischen Vorgehens auf die Ausprägung der somatischen und psychischen Beschwerden und die psychosomatischen und somatopsychischen Interaktionen bestmöglich zugeschnitten werden. Hierzu bedarf es der ärztlichen Expertise und der ärztlichen psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung. Das klassisch ambulante psychotherapeutische Setting sowie die Behandlung im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie ist mit einer multimodalen und interdisziplinären stationären Behandlung in Psychosomatischen Einrichtungen nicht vergleichbar. Vor diesem Hintergrund setzt die einseitige Verteilung zusätzlicher Minuten in den Mindestvorgaben auf die Berufsgruppe c das falsche Signal. Soweit personeller Mehrbedarf für Psychotherapie festgestellt wird, ist dieser auf die Berufsgruppen a und c zu verteilen. Die Psychosomatische Medizin kann ihrem spezifischen Versorgungsauftrag nur gerecht werden, wenn die psychischen und somatischen Beschwerden und Störungen nicht getrennt behandelt.

Im Folgenden werden wir auf die dissidenten Änderungsvorschläge eingehen, die den Versorgungsbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie betreffen.

Im Einzelnen

§ 2 Grundsätze und Anlage 3

(3) Die verbindlichen Mindestvorgaben gelten für den Regeldienst am Tag (Tagdienst).

In der Psychosomatischen Medizin erfolgt der wesentliche Teil der Leistungserbringung im Tagdienst. Aufwände in der Nacht entstehen nur für den ärztlichen (Ruf-)bereitschaftsdienst und die Pflege.

Die Umfänge der anfallenden Leistungen sind dabei variabel und in hohem Maße konzeptabhängig, so dass hier zunächst keine Festlegung von Minutenwerten erfolgen sollte. Die PPP-RL ist noch nicht in Kraft getreten und entfaltet in der Praxis noch keine Wirkung. Es ist daher zu früh, bereits weitere Regelungen einzuführen. Diese gilt in besonderem Maße für die Psychosomatische Medizin, für die noch keine sinnvollen Mindestvorgaben für den Tagdienst formuliert werden konnten (s.o.). Die Psychosomatische Medizin muss daher zum jetzigen Zeitpunkt auf jeden Fall auch von Vorgaben für den Nachtdienst ausgenommen werden.

Eine Definition des Stationsbegriffs, wie vom GKV-SV in Absatz 12 vorgeschlagen, wird nicht empfohlen, weil dadurch eine konzeptuelle Rigidität befördert wird, die einer personalisierten medizinisch-psychotherapeutischen Behandlung und der Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten, die einen unterschiedlichen „Personalmix“ erfordern, entgegensteht. Anders als bei den Pflegepersonaluntergrenzen, die nur eine Berufsgruppe erfassen, bezieht sich die PPP-RL auf alle Berufsgruppen einer multimodalen Komplexbehandlung. Die PPP-RL hat damit eine Regelungstiefe, wie sie in der deutschen Krankenversorgung noch nie erprobt wurde. Schon aus reiner Vorsicht sollte deswegen zunächst beobachtet werden, wie sich die Richtlinie auswirkt, bevor die rigiden Regeln der PPP-RL für die kleinstmögliche Organisationseinheit verbindlich erklärt werden. Die aktuelle Versorgungspraxis und erste Erkenntnisse zur Heterogenität von Personalstellenplänen in den mittlerweile 278 (Stand 2020) psychosomatischen Einrichtungen deuten stark darauf hin, dass für eine bedarfsgerechte Versorgung eine gewisse Flexibilität im Personaleinsatz möglich sein muss. Anders als vom GKV-SV angenommen, orientiert sich eine einrichtungsbezogene Festlegung der Personalausstattung an den aktuellen Behandlungsnotwendigkeiten und Schutzbedürfnissen der Patienten. Die DGPM unterstützt daher den Vorschlag von DKG/ LV/ BÄK/ BpTK (Absätze 7,8) den Nachweis der Personalmindestvorgaben quartals- und einrichtungsbezogen sowie die Einhaltung der Personalmindestvorgaben einrichtungsbezogen zu führen. Die entsprechenden Erfassungsfelder in Anlage 3 Teil A sowie der gesamte Teil B des Nachweises können entfallen.

§ 3 Behandlungsbereiche

Die Vorschläge zu einer Veränderung der Behandlungsbereiche betrifft die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie sowie der KJP, sodaß hierzu seitens der DGPM nicht Stellung genommen wird.

Festzustellen ist allerdings, dass die bisherige Differenzierung der Psychosomatischen Medizin in 4 Behandlungsbereiche zur aufwandsangemessenen und sachgerechten Abbildung in diesem Gebiet nicht ausreichend und sachgerecht ist. Eine weitere Ausdifferenzierung sollte aber nicht vorschnell anhand von gedachten Versorgungskonzepten erfolgen, sondern auf der Basis empirisch ermittelter Versorgungsstrukturen und -bedarfe, wie dies augenblicklich im Rahmen der EPIK-Studie geschieht.

§ 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste

§ 4 (3) Der Festlegung der Tag- und Nachtdienststunden für das Pflegefachpersonal bei vollstationärer Behandlung kann zugestimmt werden. Anders verhält es sich bei den Tageskliniken. Die dort bisher geltenden Minutenwerte in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatischen Medizin sind auf einen Tagdienst von acht Stunden bezogen, der dem tatsächlich notwendigen Personalbedarf nicht gerecht

wird. Bei einer täglichen Anwesenheit der Patienten von 8 Stunden ist eine Präsenz der Pflegeperson von mindestens 9 Stunden erforderlich, um Vor- und Nachbereitung des Behandlungstages leisten und instabilen Patienten vor der täglichen Verabschiedung noch gerecht werden zu können.

§ 4 (3), zweiter Halbsatz ist zu streichen: „sowie bei einer gleichbleibenden Personalbesetzung im Pflegedienst an Wochenenden und Feiertagen.“ Am Wochenende ist aufgrund reduzierter pflegerischer Therapie keine volle Besetzung wie an Werktagen nötig. Dies entspricht einer überholten Vorstellung der pflegerischen Tätigkeit mit viel geringerer Behandlungsdichte. Moderne psychosomatische Pflege hat auch co-therapeutische Aufgaben, die an Werktagen erbracht werden.

§ 5 (1) f)

Die Berufsgruppe der Sozialarbeiterinnen und -arbeiter wird sinnvoll und abschließend durch die inhaltlich verwandten Qualifikationen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen ergänzt. Eine weitere Öffnung für alle möglichen Pädagogen wird im Hinblick auf die erforderlichen Qualifikationskriterien kritisch gesehen. Insofern unterstützen wir die Auffassung von GKV-SV und PatV.

Ferner muss für die Psychosomatische Medizin die Aufzählung in § 5 (1) b) der Berufe und Ausbildungen, die die Voraussetzung für die Eingliederung in die Gruppe der Pflege bilden, erweitert werden. Es fehlen die Medizinischen Fachangestellten (MFA), deren Einsatz vor allem in psychosomatischen Fachkliniken üblich ist. Der Einsatz von MFA ist auf der Grundlage ihrer Ausbildung angesichts der pflegerischen Aufgaben in der Psychosomatische Medizin als unterstützende Berufsgruppe medizinisch sachgerecht. Sollte eine Aufnahme dieser Berufsgruppe in § 3 (1) b) nicht möglich sein, so muss unbedingt darauf geachtet werden, dass die Option der Anrechenbarkeit gemäß § 8 (5) für die Psychosomatische Medizin entsprechend ausreichend berücksichtigt wird. 10% wären dann deutlich zu wenig.

§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

Die Übernahme des Vorschlags von DKG/LV/DPR wird empfohlen:(3) Die Behandlungstage je Behandlungsbereich ergeben sich für das jeweilige Krankenhaus aus der Anzahl der im jeweiligen Quartal des Vorjahres behandelten Patientinnen und Patienten und deren 14-tägiger Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2.

Der Vorschlag des GKV-SV einer kontinuierlichen Einstufung in die Behandlungsarten des Kapitel 9 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) ist im Hinblick auf eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes grundsätzlich interessant. Gleichzeitig wird dadurch der Leistungsbezug, wie ihn die DGPM von Anfang an gefordert hat, deutlicher in der Richtlinie verankert. Dies ist allerdings nur dann sachgerecht, wenn für alle Berufsgruppen wieder eine Erfassung der Therapieeinheiten vorgesehen wird. Das Ziel der Richtlinie, die Qualität der Behandlungen zu verbessern, würde damit eher erreicht, als die ausschließliche Vorgabe des anwesenden Personals, dessen patientenbezogener Leistungsumfang auch über die Angabe von Regelaufgaben nicht hinreichend erfasst werden.

Neben der verbesserten Steuerungsfunktion ergibt sich an dieser Stelle eine Möglichkeit zur erheblichen Entbürokratisierung der PPP-RL. Die aufwändige Dokumentation von Regelaufgaben könnte damit entfallen. Die gegenseitige Anrechenbarkeit der Therapieeinheiten der Berufsgruppen müsste dann allerdings auch für die Erfassung der Therapieeinheiten möglich werden, und zwar ohne wieder auf die Dokumentation von Regelaufgaben zurückzukommen.

Für den P-Behandlungsbereich kommt der Vorschlag des GKV-SV allerdings zu früh, da zunächst eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Anpassung der Minutenwerte erforderlich ist. Des Weiteren ist die Ausgestaltung nicht sachgerecht. So bilden die P1-Minutenwerte den Behandlungsbereich 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene vollstationär, wie im Vorschlag des GKV-SV angegeben, nicht ab. Die Behandlungsbereiche P2 und P4 entsprechen den psychosomatik-spezifischen OPS-Kodes 9-634. Für aufwandsintensivere (somatomedizinische, psychotherapeutische) Behandlungen sind entsprechende Behandlungsbereiche erst noch zu schaffen, aber nicht willkürlich, sondern auf Basis empirisch ermittelter settingbezogener Aufwände. Hier sind die Ergebnisse der EPPIK-Studie abzuwarten.

Daher folgen wir dem Votum der DKG. In den tragenden Gründen wird zutreffend ausgeführt: „Eine 1:1-Übertragung der gegenwärtigen OPS-Systematik ist nicht möglich, weil andere Kategorien und Einstufungen mit einer anderen Zielstellung (Abrechnungssystem) zugrunde liegen.“

Bei der Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste (neu geschaffene Absätze 7 -9) werden vom GKV-SV für Einrichtungen der Psychosomatische Medizin, Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung und Einrichtungen ohne Intensivpatienten keine Mindestvorgaben festgelegt. Der Vorschlag der DKG nimmt die Psychosomatische Medizin ebenfalls aus. Dies halten wir aus den vom GKV-SV dargelegten Gründen für derzeit sinnvoll.

§ 7 (6) Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

Zum jetzigen Zeitpunkt ist noch nicht absehbar, ob und nach welcher Systematik Personaluntergrenzen für die Pflege in der Nacht in der Psychosomatische Medizin festgelegt werden sollten. Der Vorschlag der DKG in Absatz 6 erfolgt daher zu früh. Es sollte zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Regelung für die Psychosomatische Medizin getroffen werden.

§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen

(3) Bis zum 31.12.2024 ist eine Anrechnung der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g möglich [DKG, PatV].

Vor dem Hintergrund gravierender Unterschiede in der Personalzusammensetzung zwischen z.B. Psychosomatischen Einrichtungen mit erhöhtem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand versus intensivierter psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung ist eine gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen, wie von DKG, BÄK und DPR gefordert sinnvoll und notwendig. Sobald eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben vorgenommen wurden, kann auf die flexiblere Anrechenbarkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g verzichtet werden. Die Ausdifferenzierung ist frühestens im Jahr 2024 zu erwarten (s.o.).

Ferner befürwortet die DGPM, wie bereits in früheren Stellungnahmen zur PPP-RL ausführlich dargestellt, eine Zusammenlegung der Kategorien der SpezialtherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen und SozialarbeiterInnen in eine Kategorie SpezialtherapeutInnen. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psycho-sozialem Behandlungsbedarf unterschiedliche spezialtherapeutische Behandlungsbedarfe auslösen, ist eine Zusammenlegung der Berufsgruppen sinnvoll und medizinisch begründet: z.B. 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. Dass es hier zu einer Trennung der Berufsgruppen kam, war in der PEPP-Logik wahrscheinlich durch vergütungsbezogene Berufsgruppenunterschiede begründet.

Sofern eine Zusammenlegung der Berufsgruppen vom G-BA nicht vorgenommen wird, ist eine gegenseitige Anrechenbarkeit von berufsgruppenübergreifenden therapeutischen Leistungen sicherzustellen. Die Psychosomatischen Fach- und Trägergesellschaften haben eine Neufassung der Regelaufgaben ausgearbeitet, die dem Aspekt der gegenseitigen Anrechenbarkeit der Berufsgruppen d-f Rechnung trägt. Die Regelaufgaben sind dieser Stellungnahme beigelegt (Anlage 1).

§ 10 Ausnahmetatbestände

Zu Abs. 1 Nr. 1. Die Regelung in Absatz 1 Nr. 1 sollte entsprechend dem Vorschlag der DKG auf kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle in der jeweiligen Berufsgruppe angepasst werden, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 15 Prozent) hinausgehen. Ein Bezug der Regelung auf das gesamte vorzuhaltende Personal ist nicht sachgerecht, da sich die Erfüllung der Mindestvorgaben danach ergibt, ob in jeder einzelnen Berufsgruppe der Umsetzungsgrad gleich oder über 100 % ist (§ 7 Abs 4). Es ist sachgerecht den Ausnahmetatbestand entsprechend anzupassen und auf die einzelnen Berufsgruppen zu beziehen.

Auch wenn die tatsächliche Personalausstattung in kleineren Einrichtungen gemäß der ersten (noch unzuverlässigen) IQTIG-Auswertungen besser erscheint, ist es bisher insbesondere bei kleineren Einrichtungen häufig nicht möglich, Personalausfälle in einzelnen Berufsgruppen über das Quartal hinweg zu kompensieren. Gerade im Kontext der Pandemie ist dies deutlich geworden. Mitarbeiter innerhalb einer Berufsgruppe haben in aller Regel in der Einrichtung mehr Kontakt zueinander. Bei dynamischen Infektionsgeschehen ist die vermehrte Betroffenheit einer Berufsgruppe keine Seltenheit. Auch eine Kompensation von Ausfällen über die Anrechnung aus anderen Berufsgruppen ist wegen der insgesamt geringeren Personaldecke in kleineren Organisationseinheiten nicht möglich.

Zu Abs. 1 Nr. 3. Aus denselben Gründen wird die Möglichkeit zur vorübergehenden Nicht-Erfüllung der Vorgaben für kleinere, dezentrale Organisationseinheiten gem. Absatz 1 Nr. 3 befürwortet. Deren Existenz ist sonst für Träger ein zu hohes wirtschaftliches Risiko und ein zu hoher Aufwand. Gerade bei dezentralen Standorten entsteht bei der Notwendigkeit einer kurzfristigen Entsendung von Personal von den Hauptstandorten in der Praxis erheblicher Widerstand. Solch dezentrale Standorte sind versorgungspolitisch jedoch wünschenswert und senken die Schwelle für die Inanspruchnahme. Der bessere Schutz kleinerer Einrichtungen in der PPP-RL ist deshalb auch der Schwerpunkt der Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in der 95. Sitzung am 22./23. Juni, die an der Rigidität der PPP-RL Kritik üben und die Sorge negativer Folgen für die Versorgung zum Ausdruck bringen.

§ 11 Nachweisverfahren und Anlage 3

Zu (1) und (13). In Übereinstimmung mit der DKG stellen wir fest, dass der seit 2020 in den Nachweisen der PPP-RL vorgesehene Stationsbezug die für eine leitliniengerechte Versorgung erforderliche Flexibilität beim Personaleinsatz massiv einschränkt. Der Stationsbezug hindert die Krankenhäuser daran, kurzfristig auf gestiegene Patientenzahlen, Veränderung der Patientenbedarfe und auch Personalausfälle reagieren zu können.

Derzeit müssen die Krankenhäuser mit viel Aufwand das überwiegend stationsübergreifend tätige Personal auf die Stationen aufteilen und zuordnen, was der notwendigen Entbürokratisierung in der Versorgung entgegensteht. Es besteht überdies die Gefahr, dass durch kleinteilige stationsbezogene Mindestvorgaben nicht flexibel und angemessen auf wechselnde Bedarfe in der Patientenversorgung und stationsübergreifende sensible Versorgungsbereiche eingegangen werden kann. Stationsbezogene Nachweise widersprechen grundlegend modernen stationsübergreifenden Versorgungs- und Behandlungskonzepten. Störungsspezifische Gruppen werden z.B. von PatientInnen verschiedener Stationen wahrgenommen. Des Weiteren zeichnet innovative Versorgungskonzepte auch der Wechsel zwischen stationärer und tagesklinischer Behandlung unter Beibehaltung des Behandlerteams aus. Vor diesem Hintergrund ist zum einen die Sinnhaftigkeit der stations- und monatsbezogenen Nachweisführung nicht gegeben, zum anderen können daraus keine Schlüsse für eine sinnvolle Weiterentwicklung der PPP-RL gezogen werden. Deshalb fordert die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in der 95. Sitzung am 22./23. Juni zu Recht deren künftigen Entfall. In einer Bewertung von Aufwand und Nutzen entfällt demnach in Erfüllung der Aufgabe für eine Reduktion des Dokumentationsaufwands gemäß § 14 Absatz 2 Satz 3 PPP-RL der Stations- und

Monatsbezug in der PPP-RL. Wie bereits dargelegt, entfallen dann auch die entsprechenden Felder in Teil A der Anlage 3. Der Teil B der Anlage 3 sollte dann ebenfalls insgesamt entfallen.

Zu (3). Ein abweichender Turnus für die Meldung von Unterschreitungen 14 Tage nach Quartalsende setzt die Einrichtungen unter starken Druck sehr zeitnah die aktuellen Besetzungsstände je Berufsgruppe bezogen auf die Belegung zu ermitteln. Sie sollte daher auch auf 6 Wochen ausgeweitet werden, wie alle anderen Meldungen auch. Sonst bedeutet diese Festlegung zur kurzfristigeren Meldung einen hohen zusätzlichen Verwaltungsaufwand, für den es keinen Anlass gibt. 14 Tage nach Quartalsende sind zahlreiche Patienten nicht abgerechnet. Es können sich im Nachhinein noch Verschiebungen bei

den Pflegetagen ergeben. Auch ist die Personalabrechnung für unstete Einsätze 14 Tage nach Monatsende nicht immer in den Systemen verfügbar. Auf jeden Fall gibt es in der Psychosomatische Medizin keine Versorgungssituation, in der ein solche kurzfristige Meldung an die genannten Stellen Vorteile für die Patienten ergäbe und diesen Aufwand rechtfertigen würde. Für die Abgabe nach dem Jahresende sind gemäß Absatz 1 und Absatz 13 jeweils 6 Wochen für die Erstellung der Nachweise vorgesehen, was eine sinnvolle Fristsetzung ist.

§13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Zu Absatz 5 und 6:

Die DGPM begrüßt den Vorschlag der DKG, den Vergütungswegfall bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben bis Ende 2024 auszusetzen. Dies ist besonders in der Psychosomatische Medizin erforderlich (s.o.).

Die ansonsten drohenden hohen finanziellen Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben würden dazu führen, dass die Krankenhäuser ihre Versorgungskonzepte an die für die Psychosomatische Medizin unpassenden Mindestvorgaben anpassen. In der Psychosomatische Medizin fehlen bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben, wie wir weiter oben und in den bisherigen Stellungnahmen mehrfach betont haben. Eine voreilige Umsetzung von nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde zu Verwerfungen in der Versorgung führen und die etablierten Therapieprogramme im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung gefährden. In der Psychosomatischen Medizin liegen keine Berichte über Minder- oder Fehlversorgung vor, die einen solchen Eingriff rechtfertigen würden.

In einzelnen Fällen wird schon jetzt in vorausgehendem Gehorsam angepasst, weil die Krankenausleitungen zu Recht davon ausgehen, dass ihnen sonst zu wenig Zeit zur Anpassung verbleibt, um Sanktionen zu vermeiden. Es ist aus medizinischen Gründen nicht vertretbar, dass nicht geprüfte Personalmindestvorgaben das therapeutische Vorgehen und etablierte Behandlungskonzepte beeinflussen und bestimmen.

Kleine Standorte, wie Tageskliniken oder Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die für eine wohnortnahe Versorgung zentral sind, werden durch die Vorgaben in besonderem Maße gefährdet. Wie bereits dargelegt, können kleine Standorte aufgrund größerer Aufwände in der Personalvorhaltung und

-steuerung die unverhältnismäßig starren Vorgaben häufiger nicht einhalten und müssen sich von der Versorgung abmelden oder sogar schließen. Vor diesem Hintergrund sollten die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben um zwei weitere Jahre ausgesetzt werden. Die Einrichtungen benötigen jetzt vor allem Rechtssicherheit, damit nicht zur wirtschaftlichen Absicherung (weiterer) Schaden in der Versorgung entsteht.

Wie bereits dargelegt, muss vor Inkrafttreten von Sanktionen eine entsprechende grundsätzliche Ausdifferenzierung und Anpassung der Mindestvorgaben in der Psychosomatische Medizin erfolgen. Dies sollte für die Psychosomatische Medizin auf Grundlage der Ergebnisse der EPPIK-Studie geschehen. Diese Ergebnisse werden frühestens im Frühjahr des Jahres 2024 vorliegen.

Die Auswertungen des IQTIG sind nicht geeignet für die weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche, da weder die therapeutische Leistung noch der somatische Aufwand erhoben werden. Des

Weiteren enthalten die Auswertungen des IQTIG zum jetzigen Zeitpunkt noch Implausibilitäten. Die Träger stehen wegen der drohenden Sanktionen unter hohem Druck eine Erfüllung der Vorgaben nachzuweisen, haben wenig Erfahrung mit der Erstellung der Nachweise und die Nachweise sind komplex, aktuell nur manuell auszufüllen und bürokratisch aufwendig. Die Einrichtungen müssen Fehlzeiten, Leitungskräfte, Nachdienste, nicht-medizinische Tätigkeiten, Tätigkeiten nach § 2 Abs. 10, abziehen, um den zu meldenden relevanten Personalstand für die PPP-RL zu erhalten. Es bestehen Zweifel, ob dies in der Praxis tatsächlich durchgängig richtig geschieht, so dass von einer Überschätzung der Personalausstattung durch das IQTIG auszugehen ist. Die Notwendigkeit zur Verbesserung der Datenqualität stellt auch der GKV-SV zu Recht in den Tragenden Gründen zur Verschiebung des Datums für den Abschlussbericht der Evaluation Richtlinie auf das Jahr 2027 in § 15 fest.

Die hier aufgezeigten Differenzen und ihre möglichen Ursachen sollten dringend untersucht und geklärt werden, bevor die PPP-RL Wirkung in der Versorgung entfaltet.

Vor diesem Hintergrund erscheinen die von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in der 94. Sitzung am 16. Juni 2021 und erneut in der 95. Sitzung am 22./23. Juni bekräftigten Beschlüsse nachvollziehbar, nach denen „Die Aussetzung der in der jetzigen PPP-RL vorgesehenen Sanktionen bis zur grundlegenden Überarbeitung der Richtlinie ist erforderlich [ist], um die Versorgung nicht zu gefährden,...“ gefordert wird.

Die Mindestvorgaben für die Psychosomatische Medizin befinden sich aktuell noch in der Formulierung. Trotzdem entfalten die vorstehend genannten Zusammenhänge auch in der Psychosomatische Medizin in der oben beschriebenen Weise ihre Wirkung, wenn die Einrichtungen nicht rechtzeitig Rechtssicherheit zu deren Inkrafttreten erhalten.

§16 Übergangsregelungen

Zu Absatz 4:

Die DGPM begrüßt den Vorschlag der DKG, die Ermittlung der Personalmindestvorgaben sowie Berechnung des Umsetzungsgrades um ein weiteres Jahr zu verschieben, damit Einrichtungen der Psychosomatische Medizin nicht frühzeitig und fachlich-inhaltlich nachteilhaft ihre

Versorgungskonzepte umstellen, um den Vorgaben der PPP-RL gerecht zu werden. Ebenso ist zu begrüßen, dass zunächst keine Regelungen für den pflegerischen Nachtdienst erfolgen, welche mit Wirkung zum 1. Januar 2025 festzulegen sind.

Die in den vorstehenden Absätzen zu § 13 dargelegten Gründe zum Entfall der finanziellen Sanktionen (§ 13 Abs. 5 und 6) treffen hier in besonderem Maße zu. Die voreilige Umsetzung von empirisch nicht validierten und nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde zu Verwerfungen in der Versorgung führen. Dies ist dringend zu vermeiden. Besonders wichtig ist die Aussetzung aller Berichtspflichten bis auf die tatsächliche Personalausstattung nach § 6 Abs. 7. Die Mindestvorgaben haben eine starke Signalwirkung für die Einrichtungen. Ihnen wird suggeriert, dass es sich um normativ gerechtfertigte Vorgaben handelt, die in Kürze rechtlich sanktionsbewehrt einzuhalten sind, wenn diese ermittelt und berichtet werden müssen. Dieser Eindruck entsteht vor allem dann, wenn nur die Sanktionen ausgesetzt werden, aber die Mindestvorgaben künftig ermittelt werden müssen. Sollen die unerwünschten Anpassungen im vorausseilenden gehorsam (s.o.) vermieden werden, ist deshalb auch der Entfall der Ermittlung der Mindestvorgaben besonders wichtig.

Nach Wahrnehmung der psychosomatischen Verbände besteht im Ziel des vorstehenden Absatzes – unerwünschte Verwerfungen in der psychosomatischen Versorgung durch falsche Signale zu verhindern – zustimmender Konsens in der Selbstverwaltung. Es wäre sehr wünschenswert, wenn dem Fachgebiet Psychosomatische Medizin die erforderliche Zeit zur Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Formulierung sinnvoller Mindestvorgaben eingeräumt würde. Durch die immer wieder kurzfristig erfolgende Verschiebung des Inkrafttretens der Mindestvorgaben entsteht unnötige Verunsicherung in den Einrichtungen.

Zu Absatz 6:

Die Erfassung der Regelaufgaben im Sinne der Richtlinie bedeutet für die Kliniken einen erheblichen zusätzlichen personalintensiven Dokumentationsaufwand, ohne dass dadurch ein zusätzlicher Nutzen im Sinne einer verbesserten Behandlungsqualität erkennbar ist. In der aktuell vorliegenden Form (Tabelle B3) ist die praktische Umsetzbarkeit dieses Dokumentationserfordernisses fraglich. Die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweisverfahren der PPP-RL sollte mindestens solange entfallen, bis eine Spezifikation umgesetzt wird.

Wir sind wie die DKG der Auffassung, dass der Aufwand der Dokumentation der Regelaufgaben – auch wenn sie in reduzierter Form auf der Dokumentation der Abrechnungssystematik im Sinne der OPS-Codes aufsetzen würde – keinem Verhältnis zum Nutzen steht. Es entsteht enormer bürokratischer Aufwand – essentiell fast eine Vollerhebung der medizinischen Krankenakten aller Patienten – für die Gewinnung von Daten, die im Rahmen der Verbesserung der PPP-RL keinem erkennbaren Zweck dienen könnten. Es ist nicht ersichtlich, wie sinnvolle Qualitätsvorgaben für die Behandlung aus diesen Daten formuliert werden sollten. Die Erhebung der Regelaufgaben sollte daher insgesamt entfallen.

Die DGPM begrüßt den Vorschlag der DKG, der durch die gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen auch außerhalb der Regelaufgaben den Kliniken mehr therapeutische Flexibilität ermöglicht. Die Höchstgrenzen für die Anrechnungen nach § 8 Absatz 5 sollten entsprechend dem Vorschlag der DKG erst ab dem 1. Januar 2024 zur Anwendung kommen. Dabei kann eine Überschreitung der ab 2024 geltenden Höchstgrenzen ab dem ersten Quartal 2023 und bis zum vierten Quartal 2023 im Nachweis begründet werden.

Zur Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

P. Psychosomatik

Der Vorschlag des GKV-SV einer kontinuierlichen Einstufung in die Behandlungsarten des Kapitel 9 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) ist im Hinblick auf eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes grundsätzlich interessant. Gleichzeitig wird dadurch der Leistungsbezug, wie ihn die DGPM von Anfang an gefordert hat, deutlicher in der Richtlinie verankert. Dies ist allerdings nur dann sachgerecht, wenn für alle Berufsgruppen wieder eine Erfassung der Therapieeinheiten vorgesehen wird. Das Ziel der Richtlinie, die Qualität der Behandlungen zu verbessern, würde damit eher erreicht, als die ausschließliche Vorgabe des anwesenden Personals, dessen patientenbezogene Tätigkeiten

auch über die Angabe von Regelaufgaben nicht hinreichend erfasst werden. Die aufwändige Dokumentation von Regelaufgaben könnte damit entfallen. Die gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen könnte ebenfalls über die Erfassung der Therapieeinheiten erfolgen.

Für den P-Behandlungsbereich kommt der Vorschlag des GKV-SV allerdings zu früh, da zunächst eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Anpassungen der Minutenwerte erforderlich sind. Des Weiteren ist die Ausgestaltung nicht sachgerecht. So bilden die P1-Minutenwerte den Behandlungsbereich 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene vollstationär, wie im Vorschlag des GKV-SV angegeben, nicht ab. Die Behandlungsbereichen P2 und P4 entsprechen den psychosomatik-spezifischen OPS-Kodes 9-634. Für aufwandsintensivere (somatomedizinisch, psychotherapeutisch) psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungen sind entsprechende Behandlungsbereich erst noch zu schaffen, aber nicht willkürlich, sondern auf Basis empirisch ermittelter settingbezogener Aufwände. Hier sind die Ergebnisse der EPPIK-Studie abzuwarten.

Zur Anlage 3 Nachweise

Teil A

Tabelle A5.1.1

Die von der DKG vorgeschlagenen Erläuterungen zur Spalte 4 sind notwendig, um Umsetzungsfehler der Einrichtungen zu verhindern.

Tabelle A5.1.2 „Erläuterung von Überschreitungen der Höchstgrenzen gemäß § 8 Absatz 5 PPP-RL“ ist zu übernehmen. Wie unter § 8 (5) dargestellt, werden z.B. in der Pflege in Fachkliniken eine größere Anzahl Medizinischer Fachangestellte erwartet. Eine Möglichkeit zur Darstellung im Nachweis würde die Transparenz hierzu verbessern.

Tabelle A5.1.4 Durchschnittliche Personalausstattung des pflegerischen Nachtdienstes in der Psychosomatik

Spalte 1 ist zu streichen. Ansonsten wird den Einrichtungen suggeriert, eine größenskalierende Bezugsgröße könnte in Zukunft für die Bemessung des Personaleinsatzes von Bedeutung sein. Es gibt derzeit keinerlei Evidenz, um den Einrichtungen ein solches Signal zu geben.

Anlage 4 Regelaufgaben

3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

Die Berufsgruppen d-f sollten in der Psychosomatischen Medizin zusammengelegt werden, wie oben ausgeführt. Sofern eine Zusammenlegung der Berufsgruppen nicht vorgenommen wird, ist eine gegenseitige Anrechenbarkeit von berufsgruppenübergreifenden therapeutischen Leistungen sicherzustellen. Die Psychosomatischen Fach- und Trägergesellschaften haben eine Neufassung der Regelaufgaben ausgearbeitet, die dem Aspekt der gegenseitigen Anrechenbarkeit der Berufsgruppen d-f Rechnung trägt. Die Regelaufgaben sind dieser Stellungnahme beigelegt (Anlage 1).

Zusammenfassung und Schlussbemerkung

Der Entwurf, Stand 01.06.2022, nach Sitzung des UA QS, der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatische Medizin mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie/PPP-RL) weist einige notwendige Änderungen und Präzisierungen auf, die die DGPM als wissenschaftliche Fachgesellschaft unterstützt. Es finden sich im Entwurf jedoch auch weiterhin einige Feststellungen, die wir wegen ihrer Bedeutung für eine qualitativ hochwertige und sachgerechte Patientenversorgung im Fachgebiet kritisieren und um Änderung bitten:

1. Der Personalaufwand in der Psychosomatischen Medizin orientiert sich in erster Linie an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung (Therapieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen und psychosomatischen Versorgungsaufwand. Dieser ist bei den derzeit vorliegenden P-Behandlungsbereichen nicht angemessen berücksichtigt und zu wenig differenziert. Die Minutenwerte bei den derzeit vorliegenden Behandlungsbereichen nehmen Bezug auf nicht mehr zeitgemäße Personalanhaltszahlen (Heuft et al. 1993).

2. Eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin ist dringend erforderlich. Hierzu braucht es aber eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Der Vorschlag die Eingruppierung in Behandlungsbereiche anhand leistungsbezogener OPS-Prozeduren vorzunehmen, erscheint grundsätzlich sinnvoll, aber erst dann, wenn eine weitere Ausdifferenzierung der Prozeduren und Behandlungsbereiche für die Psychosomatische Medizin anhand der Ergebnisse der EPPIK-Studie evidenzbasiert vorgenommen werden kann und wenn eine Erfassung von Therapieeinheiten bei allen Berufsgruppen möglich ist.

3. Zur Entbürokratisierung der PPP-RL sollte künftig dringend der Stations- und Monatsbezug entfallen. Es ist kein zusätzlicher Informationsgewinn aus diesen Daten und Meldungen zu erwarten, die den Aufwand rechtfertigen. Bei Einstellung dieser Berichtspflichten würde viel Dokumentationsaufwand entfallen. Dies würde zur Akzeptanz der PPP-RL in den Einrichtungen und damit zum Gelingen der Ziele dieser Richtlinie beitragen.

4. Die Differenzierung der Berufsgruppen gemäß § 5 und der Anrechnungsmöglichkeiten gemäß § 8 ist im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige und leitliniengerechte psychosomatische Behandlung von erheblicher Bedeutung. Hier würde die Zusammenfassung der Berufsgruppen nach Buchstabe d, e und f mehr therapeutisch sinnvolle Flexibilität ermöglichen. Die zu rigiden Regelungen der PPP-RL würden so etwas entschärfen. Es resultieren sonst eine starre Vorhaltung von Personal, das im Einzelfall gar nicht benötigt wird und die Vernachlässigung bestimmter Patientengruppen. Auch eine Überarbeitung der Regelaufgaben ist in diesem Zusammenhang dringend erforderlich. Ein Vorschlag ist dieser Stellungnahme beigelegt.

5. Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie der Sanktionsmaßnahmen für psychosomatische Einrichtungen wird bis Ende 2025 erforderlich sein, da erst im Frühjahr 2024 mit den Ergebnissen der EPPIK-Studie und damit der empirischen Grundlage für Personalmindestzeiten in verschiedenen Behandlungsbereichen gerechnet werden kann.

6. Die spezialisierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung in den Behandlungsbereichen P2 und P4 kann qualitativ sachgerecht und leitliniengemäß nur durch einen Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht werden, so wie es auch in der entsprechenden OPS-Prozedur 9-634 festgelegt ist. Dies ist in Anlage 2 der PPP-RL zu präzisieren.

Mit freundlichen Grüßen



Univ.-Prof. Dr. Hans-Christoph Friederich
Vorsitzender



Dr. Gerhard Hildenbrand
Stellvertretender Vorsitzender



Prof. Dr. Kerstin Weidner
Stellvertretende Vorsitzende

Anlage:
Neufassung der Regelaufgaben der Psychosomatik

Anlage 1: Neufassung Regelaufgaben Psychosomatik

1. Berufsgruppenübergreifende Regelaufgaben

a. Grundversorgung

- Mitwirken bei der Therapieplanung
- Verlaufskontrolle
- Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team (ad Psychotherapie)
- Teilnahme Visite/Kurvenvisite der/des Fachärztin/Facharztes (ad Psychotherapie)
- Anleitung und Hilfe bei präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen
- Mitwirkung beim Aufnahme- und Entlassmanagement

b. Einzelfallbezogene Behandlung und Gruppentherapie

- Krisenintervention
- Entlastende und orientierungsgebende Gesprächskontakte: für Patientinnen und Patienten, Angehörige und andere außenstehende Personen, einschließlich telefonischer Kontakte
- Vermittlung und Unterstützung von Alltagsfertigkeiten
- Mitwirkung an der Therapie durch andere Berufsgruppen
- Therapiezielorientierte Behandlung
- Mitwirkung an speziellen psychotherapeutischen Maßnahmen (z.B. Familientherapien)

c. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung medizinischer oder psychosomatisch-psychotherapeutischer Interventionen
- Therapie- und Arbeitsbesprechungen auch stationsübergreifend, z.B. Dienstübergaben, Dienstbesprechungen, Konzeptbesprechungen, Teambesprechungen, Therapiekonferenzen, Reflexionsprozesse unter Teilnahme mehrerer Personen, z.B. Balint-Gruppen, und kollegiale Fallberatung etc.
- Externe und interne Terminplanung (und Koordination) diagnostischer und therapeutischer Leistungen.
- Koordination der Arbeitsabläufe, Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Dienstplanung, Ausfallmanagement
- Außenkontakte, Gespräche mit Angehörigen
- Netzwerk-, Gremienarbeit

d. Weiterbildung und Schulung

- Anleitungs- und Unterweisungsaufgaben, z. B. von internen wie externen Auszubildenden sowie Praktikantinnen oder Praktikanten
- Supervision der Einzeltherapie und Gruppentherapie, stationsbezogene Supervision, bzw. Teamsupervision
- Teilnahme und Durchführung interner Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen
- Personalentwicklungsmaßnahmen
- Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimationstraining etc.)

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

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

- Medizinische Grundversorgung
 - Behandlungsplanung in Abstimmung mit der/dem Fachärztin/Facharzt
 - Diagnostik: Körperliche und psychosomatische Anamnese und Befunderhebung, Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik und Labordiagnostik, Befundauswertung, Veranlassung weiterer Untersuchungen
 - Körperliche Therapie: Medikation, Medikamentenkontrolle, weitere medizinische Behandlungen
 - Visiten, Kurvenvisiten, Verlaufsuntersuchungen (ad medizinische Aspekte)
 - Dokumentation des körperlichen Verlaufs und der psychosomatischen Interaktion, Aktenführung, Arztbrief (med. Teil)
 - Teambesprechungen (ad körperliche Befunde)
- Psychotherapeutische Grundversorgung
 - Behandlungsplanung in Abstimmung mit der/dem Fachärztin/Facharzt
 - Psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans
 - Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Entlassbericht psychotherapeutisch
 - Abklärung medizinischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
- Einzelfallbezogene Behandlung
 - Psychotherapie im Einzelsetting

- Familiengespräche/Familientherapie
 - Gruppentherapie
 - Gruppenpsychotherapie
 - Durchführung von Stationsversammlungen, einschließlich Morgenrunden, Wochenabschluss
 - Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
 - Vor- und Nachbereitung ärztlicher und ärztlich-therapeutischer Leistungen
 - Angehörigengruppen auf der Station
 - Weiterbildung und Schulung
 - Betreuung von Studierenden
 - Selbsterfahrung (intern)
- b. Regelaufgaben der Oberärztinnen und Oberärzte
- Grundversorgung
 - Behandlungsplanung
 - Erstellung oder Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans
 - Kontrolle der Verordnungen in der Therapieplanung
 - Leitung der oder Teilnahme an Visiten (inkl. Kurvenvisiten)
 - Kontrolle und Unterschrift des Entlassberichts
 - Leitung oder Teilnahme an den täglichen Verlaufsbesprechungen im Team
 - Leitung der interdisziplinären Fall- und Therapiebesprechungen
 - Kontrolle der Verordnungen im Rahmen des Aufnahme- und Entlassmanagements
 - Einzelfallbezogene Behandlung
 - Psychotherapie im Einzelsetting
 - Familiengespräche/Familientherapie
 - Gruppentherapie
 - Gruppenpsychotherapie
 - Durchführung von Stationsversammlungen, einschließlich Morgenrunden, Wochenabschluss
 - Mittelbar Patientenbezogene Tätigkeiten
 - Leitung von Therapie- und Arbeitsbesprechungen auch stationsübergreifend, z.B. Dienstübergaben, Dienstbesprechungen, Konzeptbesprechungen, Teambesprechungen, Therapiekonferenzen, Reflexionsprozesse unter Teilnahme mehrerer Personen, z.B. Balint-Gruppen, und kollegiale Fallberatung etc.
 - Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden

- Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung der Zusammenarbeit in der psychosomatischen Versorgung
- Weiterbildung und Schulung
 - Betreuung von Studierenden, Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Aus-, Fort- und Weiterbildung
 - Konzeption, Koordinierung und Überwachung der Maßnahmen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung
 - Tätigkeiten im Zusammenhang mit Weiterbildungsermächtigungen intern und ggü. externen Institutionen
 - Supervisionstätigkeit und Leitung von Selbsterfahrungskursen

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

a. Grundversorgung

- Behandlungsplanung in Abstimmung mit der Fachärztin bzw. dem Facharzt
- Psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans
- Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Entlassbericht psychotherapeutisch
- Abklärung medizinischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses

b. Einzelfallbezogene Behandlung

- Psychotherapie im Einzelsetting
- Familiengespräche/Familientherapie

c. Gruppentherapie

- Gruppenpsychotherapie
- Durchführung von Stationsversammlungen, einschließlich Morgenrunden, Wochenabschluss

d. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung therapeutischer Leistungen
- Angehörigengruppen auf der Station

e. Weiterbildung und Schulung

- Betreuung von Studierenden, Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Tätigkeiten im Zusammenhang mit Weiterbildungsermächtigungen intern und ggü. externen Institutionen
- Selbsterfahrung (intern)

- Supervisionstätigkeit und Leitung von Selbsterfahrungskursen

4. Regelaufgaben des Pflegedienstes

a. Somatische Pflege

- Somatische Pflegeanamnese und individuelle Pflegeplanung im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans, Überwachung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung, Körperpflege, Trinkmenge und Nahrungsaufnahme, Hygienemaßnahmen
- Mitwirkung bei Blutentnahmen, Injektionen, Infusionen, Legen von Magensonden und andere medizinische Verordnungen
- Regelmäßige Vitalzeichenkontrolle
- Durchführung prophylaktischer Maßnahmen (z.B. Pneumonie-, Kontraktur-, Soor-, Dekubitus-, Thromboseprophylaxe)
- Mobilisation (z.B. Unterstützung bei der Benutzung von Gehilfen und Rollstühlen)
- Wundversorgung und postinterventionelle Pflege, Vorbereitung Anschlussbehandlung
- Richten und Ausgeben von Medikamenten
- Vor- und Nachbereiten von Untersuchungen, Begleitung zu diagnostischen und therapeutischen Untersuchungen
- Mitwirkung bei diagnostischen Maßnahmen (z.B. EKG, Lungenfunktion, Bio-Impedanz-Analyse) Mitwirkung bei der Notfallversorgung und Durchführen von Maßnahmen der Ersten Hilfe

b. Grundversorgung

- Spezifische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans
- Unterstützung bei der Abklärung medizinischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses
- Dokumentation der spezifischen Maßnahmen und des Therapieverlaufs und Mitwirkung am Entlassbericht

c. Einzelfall- und gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

- Therapeutische Aufgaben im Einzel- und Gruppensetting gemäß Gesamtbehandlungsplan und/oder nach Indikationsstellung durch ärztliche Psychotherapeutin bzw. ärztlicher Psychotherapeut
- Beziehungsaufbau
- Wahrnehmungsförderung und -differenzierung, Steuerung der Aufmerksamkeit

- Förderung von Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit und Selbständigkeit
 - Aktivierung realistischer Körper- und Selbstwahrnehmung
 - Affekt- Spannungs- und Antriebsregulierung, Entwicklungsförderung
 - Förderung der sozialen Kompetenz
 - Training sozialer, realitätsbezogener und alltagsrelevanter Kompetenzen
 - Förderung von Krankheitsverständnis, Psychoedukation
 - Expositionen bei Angst- und Zwangsstörungen
 - Essensbegleitung
 - Vermittlung von Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit, Tagestrukturierung
- d. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
- Vor- und Nachbereitung pflegerischer Leistungen
 - Angehörigengruppen auf der Station
 - Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung und -wartung, Verwaltungsaufgaben, sonstige Organisationsaufgaben

5. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

- a. Grundversorgung
- Spezifische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans
 - Dokumentation der spezifischen Maßnahmen und des Therapieverlaufs und Mitwirkung am Entlassbericht
- b. Einzelfall- und gruppenbezogene Behandlung und Betreuung
- Therapeutische Aufgaben im Einzel- und Gruppensetting gemäß Gesamtbehandlungsplan und/ oder nach Indikationsstellung durch ärztliche Psychotherapeutin bzw. ärztlicher Psychotherapeut
 - Beziehungsaufbau
 - Wahrnehmungsförderung und -differenzierung, Steuerung der Aufmerksamkeit
 - Förderung von Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit und Selbständigkeit
 - Aktivierung realistischer Körper- und Selbstwahrnehmung
 - Affekt- Spannungs- und Antriebsregulierung, Entwicklungsförderung
 - Förderung der sozialen Kompetenz
 - Training sozialer, realitätsbezogener und alltagsrelevanter Kompetenzen
 - Förderung von Krankheitsverständnis, Psychoedukation
 - Expositionen bei Angst- und Zwangsstörungen
 - Essensbegleitung
 - Vermittlung von Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit, Tagestrukturierung

- Einsatz kreativer und künstlerischer Methoden
- Förderung der aktiven und rezeptiven Gestaltungscompetenz
- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
- c. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
 - Vor- und Nachbereitung therapeutischer Leistungen
 - Angehörigengruppen auf der Station
 - Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung und -wartung, Verwaltungsaufgaben, sonstige Organisationsaufgaben

6. Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

- a. Grundversorgung
 - Spezifische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans
 - Dokumentation der spezifischen Maßnahmen und des Therapieverlaufs und Mitwirkung am Entlassbericht
- b. Einzelfall- und gruppenbezogene Behandlung und Betreuung
 - Therapeutische Aufgaben im Einzel- und Gruppensetting gemäß Gesamtbehandlungsplan und/ oder nach Indikationsstellung durch ärztliche Psychotherapeutin bzw. ärztlicher Psychotherapeut
 - Beziehungsaufbau
 - Wahrnehmungsförderung und -differenzierung, Steuerung der Aufmerksamkeit
 - Förderung von Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit und Selbständigkeit
 - Aktivierung realistischer Körper- und Selbstwahrnehmung
 - Affekt- Spannungs- und Antriebsregulierung, Entwicklungsförderung
 - Förderung der sozialen Kompetenz
 - Training sozialer, realitätsbezogener und alltagsrelevanter Kompetenzen
 - Förderung von Krankheitsverständnis, Psychoedukation
 - Expositionen bei Angst- und Zwangsstörungen
 - Essensbegleitung
 - Vermittlung von Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit, Tagestrukturierung
 - Ausdauertraining, Beweglichkeits- und Geschicklichkeitstraining
 - Physiotherapie
 - Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
- c. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten
 - Vor- und Nachbereitung therapeutischer Leistungen

- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben, sonstige Organisationsaufgaben

7. Regelaufgaben Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

a. Grundversorgung

- Spezifische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans
- Dokumentation der spezifischen Maßnahmen und des Therapieverlaufs und Mitwirkung am Entlassbericht
- Abklärung juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses

b. Einzelfall- und gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

- Therapeutische Aufgaben im Einzel- und Gruppensetting gemäß Gesamtbehandlungsplan und/oder nach Indikationsstellung durch ärztliche Psychotherapeutin bzw. ärztlicher Psychotherapeut
- Beziehungsaufbau
- Förderung von Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit und Selbständigkeit
- Affekt- Spannungs- und Antriebsregulierung, Entwicklungsförderung
- Förderung der sozialen Kompetenz
- Training sozialer, realitätsbezogener und alltagsrelevanter Kompetenzen
- Förderung von Krankheitsverständnis, Psychoedukation
- Essensbegleitung
- Vermittlung von Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit, Tagesstrukturierung
- Berufliche Belastungserprobung
- Bewerbungstraining
- Sozialberatung

c. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung therapeutischer Leistungen
- Angehörigengruppen auf der Station
- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung und -wartung, Verwaltungsaufgaben, sonstige Organisationsaufgaben

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und sektoren-
Übergreifende Versorgungskonzepte
Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Per Mail: ppp-rl@g-ba.de

Präsident

Univ. Prof. Dr. Stephan Herpertz
LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-
Universität Bochum für
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Alexandrinenstr. 1-3, 44791 Bochum

Vizepräsidentin und President elect

Univ. Prof. Dr. Christiane Waller
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Klinikum Nürnberg
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg

Berlin, den 12. Juli 2022

**Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5
SGB V zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses
durch Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin
(DKPM)**

**Hier: Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und
Psychosomatik-Richtlinie: Erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3
(Stand: 01.06.22)**

Sehr geehrte Damen und Herren,
das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)
dankt für die Möglichkeit zur Änderungsfassung der
Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
(PPP- RL Stand 01.06.22) Stellung nehmen zu können.

Es schließt sich vollumfänglich der Stellungnahme der Deutschen
Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche
Psychotherapie (DGPM) an.

Mit freundlichen Grüßen



Univ.-Prof. Dr. Martin Teufel

Vizepräsident



Univ.-Prof. Dr. Carsten Spitzer

Schatzmeister

Vizepräsident

Univ. Prof. Dr. Martin Teufel
Universität Duisburg-Essen
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
LVR-Klinikum Essen
Virchowstraße 174, 45147 Essen

Generalsekretärin

Univ. Prof. Dr. rer. nat. Katrin Giel
Medizinische Universitätsklinik Tübingen
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Osianderstr. 5, 72076 Tübingen

Schatzmeister

Univ. Prof. Dr. med. Carsten Spitzer
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Universitätsmedizin Rostock
Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock

DKPM Geschäftsstelle

Sascha Hellendahl
Jägerstr. 51
10117 Berlin

Website: www.dkpm.de
E-Mail: info@dkpm.de



Vereinte

**Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Beschlussentwurf über eine Änderung der

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie: Erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3

zur Anhörung am 25. August 2022

Berlin, 12. Juli 2022

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Mit der Einführung der Richtlinie wurde das Ziel verfolgt, die Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu sichern.

Mindestvorgaben sollen einen Beitrag zur leitliniengerechten Behandlung leisten. Mehr als 2,5 Jahre nach Inkrafttreten der PPP-RL sind nur in einigen psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen lediglich geringfügige Verbesserungen bei der Personalausstattung und damit auch der Versorgungssituation erkennbar.

Im zweiten Quartal 2022 hat ver.di auf über 90 Stationen mit über 1.800 Betten eine bundesweite Umfrage durchgeführt¹. In der Erwachsenenpsychiatrie ergab sich eine durchschnittliche Personalausstattung von gerade einmal 78 Prozent der PPP-RL. Dabei waren die Stationen nicht wie empfohlen mit durchschnittlich 18, sondern mit 22 Patient*innen belegt. Im Vergleich mit den Ergebnissen des Versorgungsbarometers 2019² hat sich die Situation nicht positiv verändert. Sie zeigt vielmehr deutlich, wie unverändert hoch der Druck auf die Arbeitsbedingungen und damit auch auf die Versorgungsqualität ist. Verbindliche Personalvorgaben, die dem Bedarf der Patient*innen entsprechen, sind lange überfällig. Dazu gehören verbindliche Vorgaben zu Stationsgrößen, Empfehlungen genügen nicht. Die zu Grunde liegenden Zeitwerte in Minuten pro Patient*in und Woche wurden in den achtziger Jahren erhoben und entsprechen nicht ansatzweise dem aktuellen Behandlungsstandard. Diverse zusätzliche Tätigkeiten, wie z.B. die Dokumentation, sind darin überhaupt nicht enthalten. Es zeigt sich, dass die aktuellen Minutenwerte, trotz geringfügigen Anpassungen mit der Einführung der PPP-RL, völlig unzureichend sind und deutlich nach oben angepasst werden müssen. Es fehlen weiter Vorgaben für den Nachtdienst, die Ausfallzeiten, 1:1-Betreuungen, Leitungstätigkeiten und für strukturelle Besonderheiten in den Psychiatrischen Einrichtungen. Eine Neubewertung der Tätigkeitsmerkmale der einzelnen Berufsgruppen muss zeitnah und evidenzbasiert erfolgen. Wir sehen in der Umsetzung der Richtlinie Chancen, aber auch ganz erheblichen Weiterentwicklungsbedarf.

¹ Vgl. [Psychiatrien: systematische Verstöße – ver.di \(verdi.de\)](#), abgerufen 11.07.22

² Vgl. [2019-09_Auswertung Versorgungsbarometer Psychiatrie_end.pdf \(verdi.de\)](#), abgerufen 07.07.22

Die ver.di Ergebnisse der Befragung, die im Frühjahr 2022 durchgeführt wurden, zeigen den dringenden Handlungsbedarf:

- In der Gesamtbewertung bewegt sich die PPP-RL Ausstattung am Bett zwischen 55 Prozent bei den Physiotherapeut*innen und 95 Prozent bei den Psychotherapeut*innen. Damit erfüllt lediglich die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen die aktuelle Vorgabe von 90 Prozent.
- In der Kinder- und Jugendpsychiatrie fällt eine sehr geringe Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten auf. Diese liegt lediglich bei 82 Prozent, was bei einer Vollbelegung zu einem noch schlechteren Erfüllungsgrad der Richtlinie als in der Erwachsenenpsychiatrie führen würde.
- Ein wichtiges Thema ist die Personalausstattung in den Nachtdiensten. Hier sind zu viele Dienste mit lediglich einer Fachkraft besetzt. Auch, wenn die Besetzung oberhalb einer Fachkraft geplant ist, erfolgt häufig eine Versetzung, um Personalausfälle zu kompensieren oder erhöhten Betreuungsaufwand, bis hin zur 1:1 Betreuung, zu gewährleisten.
- Im Rahmen der ver.di-Befragung 2022 wurde häufig berichtet, dass die Anzahl der nicht dreijährig qualifizierten Pflegepersonen steigt. In Extremfällen führt das dazu, dass lediglich eine Pflegefachkraft im Dienst geplant ist und die weiteren Pflegepersonen über eine Qualifikation als Pflegehelfer*in verfügen oder angeleitet sind. Dies bringt diverse Probleme im Behandlungsalltag und erzeugt zusätzlichen Stress.

Die aktuelle Personalausstattung wirkt sich dramatisch auf die Versorgungsqualität aus. Dies belastet die Beschäftigten zusätzlich. Viele Beschäftigte werden unter dieser ständigen Überlastungssituation krank, wechseln die Einrichtung oder verlassen den Beruf gänzlich, weil die Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation für sie unerträglich ist. Dabei zeigt eine aktuell durch die Hans-Böckler-Stiftung veröffentlichte Studie „Ich pflege wieder, wenn...“, dass mindestens 300.000 Vollzeit-Pflegekräfte in Deutschland durch Rückkehr in den Beruf oder Aufstockung der Arbeitszeit zusätzlich zur Verfügung stehen, sofern sich die Arbeitsbedingungen deutlich verbessern³. Als stärkste Motivation für eine mögliche Rückkehr nennen die Befragten eine Personaldecke, die sich tatsächlich am Bedarf der pflegebedürftigen Menschen ausrichtet. Mehr Zeit für menschliche Zuwendung zu haben, nicht unterbesetzt arbeiten zu müssen und verbindliche Dienstpläne sind für die Befragten weitere zentrale Bedingungen. Es hilft daher nicht, wenn aufgrund des bestehenden Fachkräftemangels die Anforderungen an die Einhaltung von Qualitätsvorgaben gesenkt werden. Der Weg aus dem

³ Vgl. [Neue Studie: Mindestens 300.000 zusätzliche Pflegekräfte durch Wiedereinstieg in Beruf oder aufgestockte Arbeitszeit möglich - Hans-Böckler-Stiftung \(boeckler.de\)](#), abgerufen 11.07.22

Teufelskreis: Bessere Arbeitsbedingungen führen zu mehr Pflegekräften, mehr Personal ermöglicht gute Arbeitsbedingungen. Der Fachkräftemangel darf nicht als Ausrede für verschobene Nachweisregelungen und Sanktionen herhalten. Auch der Umstand der Zergliederung der Krankenhäuser durch Ausgründung, Fremdvergabe und Bildung von Tochtergesellschaften erschwert die Situation zusätzlich. Einige Stationen können nur noch durch den dauerhaften Einsatz von Leiharbeiter*innen betrieben werden. Synergien aus der Arbeit im Team, die in den Psychiatrischen Einrichtungen unabdingbar sind, werden dadurch aufgelöst und das System Krankenhaus funktioniert nicht mehr. Darunter leidet auch der Behandlungserfolg.

Nach den pandemiebedingten Verzögerungen bei der Umsetzung der PPP-RL kann inzwischen von einer weitgehenden Normalisierung im Klinikalltag ausgegangen werden. Allerdings ist zukünftig von einem verstärkten Versorgungsbedarf durch verzögerte Behandlungen und pandemiebedingten psychischen Erkrankungen auszugehen⁴.

ver.di kritisiert, dass die Umsetzung der Richtlinie durch das Krankenhausmanagement häufig verzögert angegangen wurde. Die Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine hochwertige Versorgung, die Beschäftigten in psychiatrischen Einrichtungen brauchen dringend Entlastung. Dafür sind klare Vorgaben zur Personalausstattung nötig, die auch eingehalten werden. Werden sie unterschritten, muss das Konsequenzen haben. Die Nichterfüllung der Vorgaben muss Konsequenzen haben. Hinsichtlich abgestufter, differenzierter Sanktionsmaßnahmen ist der Gesetzgeber weiterhin gefordert. Krankenhäuser bleiben in der Verantwortung, alle Möglichkeiten zu nutzen, um das notwendige Personal zu halten und aufzubauen. ver.di spricht sich daher entschieden gegen eine weitere Verschiebung des Inkrafttretens des Sanktionsregimes aus.

Ein weiterer Grund der verzögerten Umsetzung der Richtlinie ist, dass die vollständige Finanzierung der psychiatrischen Einrichtungen durch den Gesetzgeber sichergestellt werden muss. Das einzusetzende Personal wird in den Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vereinbart. Die in der PPP-RL vorgegebenen Mindeststandards erheben weder den Anspruch, Arbeitsschutzstandards für Beschäftigte abschließend zu berücksichtigen, noch können sie eine leitliniengerechte Versorgung gewährleisten. Dafür ist ein Personaleinsatz deutlich über den Vorgaben der Richtlinie erforderlich. Es bleibt die Verantwortung der

⁴ Vgl. Auswertung der Nako-Gesundheitsstudie zur Zunahme psychischer Erkrankungen im ersten Corona-Lockdown: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/118962/Umfrage-zeigt-psycho-soziale-Auswirkungen-der-Pandemie>

Krankenhausgeschäftsführungen und Krankenkassen vor Ort, die über die Richtlinie hinausgehenden Personalbedarfe entsprechend

§ 3 Abs. 4 Nr. 5 i. V. m. § 18 BPfIV in den Budgetverhandlungen zu berücksichtigen. Der Gesetzgeber bleibt gefordert, die Finanzierung der bedarfsnotwendigen Personalausstattung verbindlich zu regeln. Voraussetzung ist, dass gegenüber den Kostenträgern die Besetzung und entsprechende Personalkosten nachgewiesen werden.

Dies muss selbstverständlich für das gesamte medizinisch-therapeutische Personal sowie die weiteren Berufsgruppen gelten, nicht für die von der PPP-RL erfassten Berufsgruppen. Einige Änderungen gehen aus der ver.di-Perspektive grundsätzlich in die richtige Richtung.

Änderungsbedarf wird im Detail gesehen und im Einzelnen ausgeführt.

Der vorliegende Beschlussentwurf heilt nicht die grundsätzlichen, in früheren Stellungnahmen aufgeführten Mängel der PPP-RL:

- Es fehlt eine zeitgemäße Einstufung der Patient*innen in moderne Behandlungsbereiche bzw. nach Behandlungsbedarf unter Einbeziehung ambulanter Versorgungsformen. Die sektorenübergreifende Versorgung ist regional sehr unterschiedlich.
- Die weitgehend aus der PsychPV übernommenen Regelaufgaben und Minutenwerte sind an die realen Aufgaben und deren erheblich gestiegenen Zeitbedarf anzupassen und sollten sich an bedarfsgerechter Behandlung orientieren (z.B. auch Umsetzung der S3- Leitlinie zur Verhinderung von Gewalt und Zwang, Recovery-Konzepte, Safewards etc.). Diese ist in einem Krankenhausbereich, in dem Menschen zum Teil zwangsweise versorgt werden, jedenfalls zu garantieren. Auch muss der deutlich erhöhte administrative Zeitaufwand abgebildet werden.
- Um eine hohe Fachlichkeit sicherzustellen, müssen die Mindeststandards durch Fachkräfte erfüllt werden. Darüber hinaus ist eine hohe Quote von Fachweiterbildungen oder vergleichbaren weiteren Qualifikationen in der Richtlinie zu verankern und deren tatsächliche Umsetzung sicherzustellen.
- Die Lücke, die durch die Möglichkeit der Herausnahme der Modellprojekte nach § 64b SGB V aus dem Geltungsbereich der Richtlinie entstanden ist, muss dringend durch adäquate Standards auch für diesen Bereich geschlossen werden.
- Nach wie vor fehlen Regelungen zu adäquaten Ausfallkonzepten und weiteren in

§ 2 Abs. 10 aufgeführte Personalbedarfen, die nicht durch die bisherigen Mindestvorgaben erfasst werden. Diese sind zu quantifizieren und für die örtlichen Budgetverhandlungen abzubilden. Hier ist eine Regelung unerlässlich, um die Einhaltung der Qualitätsstandards zur Personalausstattung zu gewährleisten.

Diese Kritikpunkte sind im Rahmen der Weiterentwicklung gezielt aufzugreifen und solange der Gesetzgeber die Entwicklung und Erprobung eines bedarfsgerechten Personalbemessungsverfahrens für die Psychiatrien noch nicht beauftragt, im G-BA zu bearbeiten.

Zu den Regelungen im Einzelnen

§ 2 Grundsätze

zu Absatz 3:

Die Festlegung verbindlicher Mindestvorgaben für den Nachtdienst ist ausdrücklich zu begrüßen. Es muss dabei aber sichergestellt werden, dass die gefährliche Alleinarbeit ausgeschlossen wird.

zu Absatz 7 und 8:

Der Änderungsvorschlag der DKG/LV/BÄK/BPtK mit einer quartals- und einrichtungsbezogenen Betrachtung läuft darauf hinaus, dass eine Behandlung grundsätzlich auch bei Unterschreitung der Mindestvorgaben zulässig ist. Die Folge kann eine mangelhafte Versorgung und Überlastung des Personals sein. Gerade in Einrichtungen, die zu einem wesentlichen Teil Patient*innen behandeln, die nicht freiwillig untergebracht sind, ist diese maßgebliche Qualitätsrichtlinie unbedingt einzuhalten. Ein geeigneter Personalpuffer ist vorzusehen und zu finanzieren, ein Ausfallmanagement adäquat auszugestalten. Eine Belegungssteuerung findet in der betrieblichen Praxis ohnehin statt und ist auf das Ziel der bedarfsgerechten Personalausstattung hin auszurichten. Hier ist es die Aufgabe des Krankenhausmanagements, eine belastbare Personalplanung zu gewährleisten. Die Vorschläge von GKV-SV und PatV werden daher als sinnvoll bewertet.

zu Absatz 10:

Unter Berücksichtigung der Regelung in § 2 Absatz 3 und unserem Vorschlag zu § 4 Absatz 2 und 3, ist die Streichung zu begrüßen und vereinfacht den Nachweis, da dieser nicht separat für den Tag- und Nachtdienst erbracht werden muss.

Absatz 11 (neu):

Der Vorschlag enthält keine Lösung. Die aktuelle Personalsituation zeigt, dass die Krankenhäuser einrichtungsindividuelle Personalbedarfe nicht ausreichend vorhalten. Diese sind, wie von der DKG vorgeschlagen, bei der Budgetvereinbarung auf der Ortsebene zu berücksichtigen. Zur Sicherstellung müssen umgehend Änderungen in der PPP-RL erfolgen, durch die zum einen die adäquate Personalplanung und entsprechende bedarfsgerechte Besetzung gewährleistet wird und bei Nichteinhaltung die Sanktionierung sichergestellt wird.

zu Absatz 12 (Neu):

Diese Definition der GKV-SV/PatV ist ausdrücklich zu begrüßen. Dadurch wird der Fokus auf das tatsächliche Behandlungsumfeld gelegt und eine Kontinuität des, an der Behandlung beteiligten Teams gefördert. Um adäquate Ausfallkonzepte sicherzustellen, müssen stationsübergreifende Personaleinsätze, wie z.B. durch Personalpools, in die PPP-RL aufgenommen werden. Deren Zuordnung muss im Rahmen der Personalplanung auf Basis der tatsächlichen Ausfälle berechnet, in den Budgetvereinbarungen vereinbart, finanziert und ggf. unterjährig angepasst werden.

§ 3 Behandlungsbereiche

Die Einführung der A3 und der Wegfall der A4, A5, S4, S5, G4, G5 und KJ5 führt zu Verwerfungen bei der Mindestpersonalausstattung. Die Verringerung einzelner Minutenwerte ist nicht hinreichend begründet. Hier ohne ausreichende Evidenz eine Verschiebung zwischen den Berufsgruppen vorzunehmen, ist nicht sinnvoll. Eine evidenzbasierte Bedarfsermittlung ist weiterhin erforderlich. Die Begründung der geringen Anzahl der Fälle ist nicht ausreichend. Es käme in einzelnen Bereichen zu Verschlechterungen der Versorgung. In der vorliegenden Form lehnt ver.di die vorgeschlagenen Änderungen ab.

§ 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienstezu Absatz 2 und 3:

Die von der PatV vorgeschlagene Ausweitung der Vorgaben auf 24 Stunden ist zu begrüßen, müsste aber durch eine Anpassung der Aufteilung im Tagdienst und Nachtdienst begleitet werden. Zehnstündige Nachtdienste sind nicht die Regel. In tarif- und arbeitsvertraglichen Regelungen werden ganz überwiegend Arbeitszeiten von täglich 7,6 bis 8 Stunden vereinbart. Daher würde eine Anpassung der Verteilung der Minutenwerte auf 16 Stunden im Tagdienst und 8 Stunden im Nachtdienst die Realität deutlich besser abbilden. Bis zu einer Neubewertung der Minuten je Patient*in und Woche sollten die Tagesminuten im Verhältnis von 14 Stunden

täglich auf 16 Stunden täglich hochgerechnet werden. Auf Grundlage dieser Werte hat dann eine Berechnung der Nachtminuten in Abhängigkeit der Behandlungsbereiche und somit der Schweregrade zu erfolgen. Dabei muss die Qualitätsempfehlung von 18 Behandlungsplätzen für die Erwachsenenpsychiatrie die Bezugsgröße sein. In der Erwachsenenpsychiatrie ist der Behandlungsbereich der S1 am geringsten bewertet und sollte somit die Basis für die Berechnung bilden. Hier sollte rechnerisch der Wochenminutenwert für 2 Nachtdienstplätze mit jeweils 8 Nachtdienststunden, für jeden Tag in der Woche, ermittelt werden. Es würde sich ein Wert von 373 Nachtminuten je Woche und Patient*in ergeben. Die Summe des hochgerechneten Tagesminutenwertes und des Nachtminutenwertes ergibt dann den neuen Minutenwert je Patient*in und Woche für 24 Stunden im Behandlungsbereich S1. Alle weiteren Nachtminutenwerte sollten dann mit der Bezugsgröße 373 Minuten für alle weiteren Berechnungen, unter Berücksichtigung des Verhältnisses zu den Tagesminuten, berechnet werden. Für die KJPP sollte der Behandlungsbereich KJ2 herangezogen werden. Auf Basis der Qualitätsempfehlung von zwölf Behandlungsplätzen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ergeben sich hier 560 Nachtminuten. Alle Minutenwerte des Pflegefachpersonals gelten jeweils zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit vom Tagdienst zum Nachtdienst und vom Nachtdienst zum Tagdienst. Der Absatz 4 wäre, wie im Vorschlag PatV vorgesehen, zu streichen.

§ 5 Berufsgruppen

zu Absatz 1 und 2 Buchstabe f):

Die Aufnahme der Sozialpädagog*innen und der Heilpädagog*innen kann insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Vorteil sein. Bei der Heilpädagogik wäre darauf zu achten, dass sich der Abschluss auf dem Qualifikationsniveau der Sozialen Arbeit und der Sozialpädagogik befindet. Ein adäquater Einsatz hängt sehr stark von den Behandlungskonzepten der einzelnen Einrichtungen ab und kann für die Behandlung von Vorteil sein.

§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

zu Absatz 3:

Kritisch bewertet ver.di den Vorschlag der GKV-SV/PatV/BPtK, dass die Einstufung an die OPS-Codes geknüpft wird. Das PEPP-System ist noch nicht abschließend evaluiert, sein Beitrag zu patientengerechter Behandlung mindestens umstritten. Aufgrund seines Charakters einer pauschalierten Vergütung mit hohem Einzelleistungsbezug wird PEPP von ver.di abgelehnt. Die Personalbemessung sollte keinesfalls in dieser Form an einzelne OPS-Kodes geknüpft werden.

zu § 6 Absatz 7 (neu) und § 6a (neu):

Das ver.di-Versorgungsbarometer hat besorgniserregende Zustände aufgezeigt. Auch die ver.di-Befragung 2022 zeigt, dass auf zu vielen Station der Nachtdienst allein arbeitet oder für eine zu große Anzahl von oft akuten Patient*innen verantwortlich ist. Das stellt eine unverantwortliche Gefährdung von Patient*innen und Beschäftigten dar und muss dringend durch ein Verbot der Alleinarbeit auf psychiatrischen Stationen unterbunden werden. Die aufgeführten Berechnungen in den Tragenden Gründen beschreiben die tatsächliche und schlechte Personalausstattung. Diese gilt es zu verhindern und nicht festzuschreiben. Wir verweisen auf den ver.di-Vorschlag zu § 4 Absatz 2 und 3. Dieser würde dafür Sorge tragen, dass in den Bereichen der Regelbehandlung eine Besetzung vorgehalten wird, die das Alleinarbeiten verhindert. In allen anderen Bereichen, insbesondere in der Intensivbehandlung und der Behandlung langdauernder Schwer- und Mehrfachkranker, wäre eine, an die erhöhten Behandlungsbedarfe angepasste Personalausstattung abgebildet. Der ver.di-Vorschlag beinhaltet auch Besetzungsvorgaben für die Psychosomatik. Da in diesem Behandlungsbereich in der Regel keine Akut Patient*innen behandelt werden, liegt diese unter zwei Nachtdienstplätzen.

zu § 6 Absatz 7 (Neu) GKV-SV:

Die einrichtungsbezogene Ermittlung der Nachtdienstplätze im Quartal riskiert, dass Bereiche ohne Nachtdienstbesetzung sein könnten. Daher muss eine Festlegung auf Stationsebene für jede einzelne Nacht erfolgen. Eine Differenzierung der Nachtdienstplätze in Abhängigkeit der Schweregrade ist zu begrüßen. Mit diesem Vorschlag werden die gefährlichen Nachtdienstbesetzungen zu Lasten der Beschäftigten und der Patient*innen aber eher legitimiert. Gelten soll dieser ab dem 01.01.2024 und dann bis zum 01.01.2026 nur zu 80 Prozent. Als erfüllt gilt die Nachtdienstbesetzung im Quartalsdurchschnitt bereits ab 95 Prozent. Somit ergeben sich rechnerisch folgende Besetzungen. Diese ist deutlich zu gering.

| Anteil Intensiv | bis 2024 | ab 2024 | ab 2026 |
|-----------------|----------|---------|---------|
| 0% | 0 | 0 | 0 |
| bis 30% | 0 | 0,91 | 1,22 |
| ab 30% | 0 | 1,14 | 1,52 |

Kritisch ist die Anrechnung der Dienste mit Anteilen an den 10 Stunden Nachtdienst zu sehen. Dadurch würde z.B. der Spätdienst mit einer Besetzung von 2 oder 3 Beschäftigten diese Werte noch einmal deutlich absenken.

DKG

Die einrichtungsbezogene Ermittlung der Nachtdienstplätze im Quartal ermöglicht es, dass Bereiche ohne Nachtdienst sein könnten. Daher muss eine Festlegung auf Stationsebene für jede einzelne Nacht erfolgen. Eine Differenzierung der Nachtdienstplätze in Abhängigkeit der Schweregrade ist zu begrüßen. Die hier vorgeschlagene Regelung ist aber ungeeignet und unzureichend. Um die Schweregrade abzubilden, könnte eine direkte Abhängigkeit zu den Minutenwerten des Tagdienstes hergestellt werden. Mit diesem Vorschlag werden die gefährlichen Nachdienstbesetzungen zu Lasten der Beschäftigten und der Patient*innen legitimiert. Dies ist abzulehnen. Rechnerisch ergibt sich folgendes Bild zur Einhaltung der Mindestvorgaben der Nachtdienstplätze:

| Patient*innen | A2/G2 | S2 | Nachtdienste |
|---------------|--------|--------|--------------|
| 18 | 33,33% | 18,22% | 1,42 |
| 18 | 33,33% | 0,00% | 1,33 |
| 18 | 0,00% | 18,22% | 1,09 |
| 18 | 0,00% | 0,00% | 1,00 |

Kritisch ist die Anrechnung der Dienste mit Anteilen an den 10 Stunden Nachtdienst zu sehen. Dadurch würde z.B. der Spätdienst mit einer Besetzung von 2 oder 3 Beschäftigten diese Werte noch einmal deutlich absenken.

zu § 6a (neu) DPR:

Die einrichtungsbezogene Ermittlung der Nachtdienstplätze im Quartal ermöglicht es, dass Bereiche ohne Nachtdienst sein könnten. Daher muss eine Festlegung auf Stationsebene für jede einzelne Nacht erfolgen. Eine klare Differenzierung nach Schweregraden enthält dieser Vorschlag nicht, die pauschale Betrachtung ist zu bemängeln. Mit diesem Vorschlag werden die gefährlichen Nachdienstbesetzungen zu Lasten der Beschäftigten und der Patient*innen legitimiert. Rechnerisch ergibt sich folgendes Bild: Es wird von 1,7 Nachtdienstplätzen ausgegangen. Diese reduzieren sich um 0,2 Nachtdienstplätze für stationsungebundene Aufgaben. Die verbleibenden 1,5 Nachtdienstplätze beinhalten den Aspekt des erhöhten Betreuungsbedarfes, z.B. hochakuter Patient*innen. Somit reduziert sich die Besetzung faktisch auf 1,0 Nachtdienstplätze. Kritisch ist die Anrechnung der Dienste mit Anteilen an den 10 Stunden Nachtdienst zu sehen. Dadurch würde z.B. der Spätdienst mit einer Besetzung von 2 oder 3 Beschäftigten diese Werte noch einmal deutlich absenken.

PatV:

Die Tabelle beruht auf dem jeweiligen Zuwachs der Minutenwerte für die Nacht. Sie wurde hier mit den Werten der DKG-Tabelle verglichen. Im Ergebnis ist festzustellen, dass sich die Minutenwerte der Tagdienste als Basis der Berechnung eignen. Diese müssen nur deutlich höher angesetzt werden. Es ist auch der Stationsbezug zu begrüßen. Die Ermittlung des Monatsdurchschnitts ist kritisch zu sehen, dadurch kann es in einzelnen Schichten zu Unterschreitungen kommen.

| Patienten | VK je Nacht (10h) | Vorschlag DKG |
|-------------------------------|-------------------|---------------|
| G1 (8,72) G2 (6,00) S2 (3,28) | 1,97 | 1,42 |
| G1 (12) G2 (6) | 1,90 | 1,33 |
| G1 (18) | 1,73 | 1,00 |
| A1 (8,72) A2 (6,00) S2 (3,28) | 1,65 | 1,42 |
| A1 (12) A2 (6) | 1,47 | 1,33 |
| S1 (14,72) S2 (3,28) | 1,34 | 1,33 |
| A1 oder S1 (18) | 1,17 | 1,00 |

Kritisch wäre ebenfalls eine Anrechnung der Dienste mit Anteilen an den 10 Stunden Nachtdienst zu sehen. Dadurch würde z.B. der Spätdienst mit einer Besetzung von 2 oder 3 Beschäftigten diese Werte noch einmal deutlich absenken.

ver.di-Vorschlag zu Minutenwerte gemäß § 4 Absatz 2 und 3 :

| | | | | | | |
|---------------------|---|--------------------|--|--|--|--|
| Behandlungsbereiche | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeuteninnen und Psychotherapeuten | Pflegefachpersonen | Psychotherapeuteninnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeuteninnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen | Spezialtherapeuteninnen und Spezialtherapeuten | Bewegungstherapeuteninnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuteninnen und Physiotherapeuten | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|---------------------|---|--------------------|--|--|--|--|

| | | | nnen und Psychologe n | | | Heilpädago gen |
|----|-----|-----------|-----------------------------|-----|----|-------------------|
| A1 | 207 | 856 1361 | 49 | 122 | 28 | 76 |
| A2 | 257 | 1536 2442 | 35 | 117 | 29 | 74 |
| A4 | 132 | 1012 1609 | 75 | 113 | 27 | 59 |
| A5 | 154 | 476 662 | 107 | 103 | 31 | 14 |
| A6 | 114 | 329 | 107 | 176 | 17 | 67 |
| A7 | 265 | 509 809 | 132 | 102 | 50 | 49 |
| A8 | 265 | 201 | 132 | 102 | 50 | 49 |
| A9 | - | - | - | - | - | - |
| S1 | 226 | 835 1328 | 61 | 72 | 35 | 109 |
| S2 | 256 | 1562 2484 | 68 | 51 | 34 | 153 |
| S4 | 106 | 961 1528 | 102 | 112 | 38 | 77 |
| S5 | 131 | 477 758 | 106 | 101 | 31 | 48 |
| S6 | 115 | 318 | 105 | 154 | 16 | 101 |
| S9 | - | - | - | - | - | - |
| G1 | 183 | 1270 2019 | 56 | 102 | 35 | 75 |
| G2 | 211 | 1645 2615 | 37 | 78 | 40 | 51 |
| G4 | 100 | 1187 1887 | 63 | 72 | 44 | 42 |
| G5 | 119 | 519 825 | 98 | 76 | 31 | 13 |
| G6 | 115 | 372 | 107 | 167 | 26 | 68 |
| G9 | - | - | - | - | - | - |
| P1 | 154 | 476 757 | 107 | 103 | 31 | 14 |
| P2 | 265 | 509 809 | 132 | 102 | 50 | 49 |
| P3 | 114 | 329 | 107 | 176 | 17 | 67 |
| P4 | 265 | 201 | 132 | 102 | 50 | 49 |

| | | | | | | |
|---------------------|---|--------------------|--|--|---|--|
| Behandlungsbereiche | Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und | Pflegefachpersonen | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche | Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten | Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiothera | Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen |
|---------------------|---|--------------------|--|--|---|--|

| | Psychotherapeuten | | Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologinnen | | apeutinnen und Physiotherapeuten | und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen |
|-----|-------------------|-----------|--|-----|----------------------------------|---|
| KJ1 | 270 | 2015 2905 | 193 | 179 | 86 | 165 |
| KJ2 | 264 | 1874 2702 | 190 | 182 | 78 | 128 |
| KJ3 | 337 | 2495 3597 | 173 | 62 | 22 | 77 |
| KJ5 | 151 | 2143 3090 | 134 | 244 | 101 | 97 |
| KJ6 | 277 | 845 966 | 209 | 142 | 80 | 155 |
| KJ7 | 259 | 799 | 196 | 161 | 66 | 140 |
| KJ9 | - | - | - | - | - | - |

§ 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

zu Absatz 4:

Der Teilsatz „der durchschnittliche Umsetzungsgrad für die Einrichtung über oder gleich 100 Prozent ist und“ ist entbehrlich, wie vom GKV-SV vorgeschlagen. Wenn keine Berufsgruppen unter 100 Prozent Umsetzungsgrad liegen, kann auch der durchschnittliche Umsetzungsgrad nicht unter 100 Prozent liegen. Dadurch wird einer Verrechnung zwischen den Berufsgruppen entgegengewirkt. Das ist zu begrüßen.

Der Änderungsvorschlag der DKG/LV läuft darauf hinaus, dass für die Behandlung an Standorten, die ausschließlich eine Tagesklinik umfassen grundsätzlich eine Unterschreitung der Mindestvorgaben zulässig ist. Das riskiert eine mangelhafte Versorgung und Überlastung des Personals und ist deshalb abzulehnen.

zu Absatz 4a:

Die Einhaltung der Nachtdienstbesetzungen zu lediglich 95 Prozent (siehe Tragende Gründe) ist abzulehnen. Weiteres siehe Kommentar zu § 6 Absatz 7 (Neu).

zu Absatz 5:

Der Vorschlag der DKG/PatV führt dazu, dass die tatsächliche Belegung und Besetzung nicht mehr ermittelt wird. Weiteres siehe Kommentar zu § 6 Absatz 7 (neu).

zu Absatz 6:

GKV-SV

Siehe Kommentar zu § 6 Absatz 7 (Neu).

DKG (Absatz 5)

Gegenüber der Position des GKV-SV kommt noch eine Verschlechterung durch den Quartals- und Einrichtungsbezug hinzu und wird von ver.di daher abgelehnt.

DKG (Absatz 6)

Damit ergibt sich die Besetzung mit einem Nachtdienstplatz bei 100 Prozent Auslastung und Einhaltung der Belegungsvorgabe. Hier besteht bei einer Auslastung unter 100 Prozent die Gefahr, dass weniger als eine Nachtdienstbesetzung vorgehalten wird. Hinzu kommt die bereits beschriebene Problematik der Anrechnung der Spätdienste.

zu Absatz 7:

DKG

Die Streichung führt dazu, dass keine Belegung erhoben wird. Weiteres siehe zu § 6 Absatz 7.

PatV

Die Betrachtung ist zwar logisch, nachvollziehbar und wurde lediglich an die 24h Betrachtung angepasst. Hinsichtlich einiger Kritikpunkte verweisen wir auf die Kommentierung zu § 6 Absatz 7.

zu Absatz 8:

GKV-SV

Die Regelung ist ein Schritt in die richtige Richtung, greift allerdings zu kurz. Sie verhindert weiterhin nicht das Alleinarbeiten in der Nacht. Hinzu kommt die mögliche Anrechnung davor und danach liegender Dienste zu Lasten der Nachtdienstbesetzung.

DKG/PatV:

Siehe Kommentar zu § 6 Absatz 7.

zu Absatz 9:

DPR

Diese Regelung ist abzulehnen. Sie senkt die Besetzung um weitere 3% ab.

§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppenzu Absatz 3:

Die Kolleg*innen aus den Einrichtungen berichten immer wieder, dass die Anrechnung gem.

§ 5 (2) missbräuchlich verwendet wird und Beschäftigte hinzugerechnet werden, die nicht an der Behandlung beteiligt sind. Hier wären beispielhaft die Hygienefachkräfte und die Kodierassistent*innen zu nennen. Diese Regelung ermöglicht die ohnehin schon zu weitgehende Verrechnung über 2023 hinaus und wird entschieden abgelehnt.

zu Absatz 5:

Die von der DKG/LV/BPtK vorgeschlagene weitere Ausdehnung der ohnehin schon sehr weitgehenden Anrechnungsregelungen wird von ver.di entschieden abgelehnt. Sie geht klar zu Lasten der anderen Berufsgruppen.

zu Absatz 6:

Tätigkeiten von Genesungsbegleiter*innen unterscheiden sich durch ihre Kenntnisse und Erfahrungen klar von anderen medizinisch/therapeutischen Beschäftigtengruppen. Mit dem Einsatz wird ein zusätzliches, wertvolles Angebot für Menschen in psychischen Krisen geschaffen. ver.di begrüßt diese Entwicklung im Sinne einer sozialen und patientenorientierten Psychiatrie ausdrücklich. Erforderlich sind eine gute konzeptionelle Einbindung, klare Rollen und Aufgaben sowie eine professionelle Begleitung der Genesungsbegleiter*innen z.B. durch eine*n Ex/In-Trainer*in. Fragen nach Verantwortung, Zuständigkeiten und Kompetenzen müssen klar beantwortet sein. Wo Genesungsbegleiter*innen im Rahmen des psychiatrischen Konzeptes eingesetzt werden, müssen die Krankenkassen die entstehenden Personalkosten finanzieren. Genesungsbegleiter*innen setzen ihr Erfahrungswissen zum Wohl der Patient*innen ein. Sie sind jedoch keine Fachkräfte und ersetzen diese keinesfalls. Sie sind daher im Rahmen der Personalmindeststandards nicht auf die Personalkapazitäten anderer Berufsgruppen (insbesondere der Pflege) anzurechnen.

Der Einsatz von Genesungsbegleiter*innen, ohne zertifizierte Fortbildung, ist sehr kritisch zu betrachten.

Der Einsatz von Genesungsbegleiter*innen, mit einer zertifizierten Fortbildung (Ex/In Deutschland), ist ausdrücklich zu begrüßen und zu fordern. Bei Beschäftigten, die als Genesungsbegleiter*innen eingestellt werden, aber über eine abgeschlossene Ausbildung in einem von der PPP-RL in § 5 genannten Berufsgruppen verfügen, ist zu prüfen, ob sie wirklich die Tätigkeit eines*r Genesungsbegleiter*in ausüben oder als Fachkraft unter Nutzung ihrer diesbezüglichen Qualifikation eingesetzt werden. In diesem Fall dürfen entweder die Tätigkeiten einer Fachkraft eben nicht übertragen werden oder es muss eine vorübergehende Übertragung mit der entsprechenden Höhergruppierung erfolgen. Wenn die Übertragung auf Dauer erfolgen

soll, muss ein Arbeitsvertrag für die entsprechende Tätigkeit als Fachkraft mit der entsprechenden Vergütung abgeschlossen werden.

Genesungsbegleiter*innen mit einer zertifizierten Fortbildung (Ex/In Deutschland) Die Tätigkeiten der Genesungsbegleiter*innen unterscheiden sich teilweise erheblich:

- in den Handlungsebenen: von der Ebene der individuellen Patientenbetreuung über die Teamebene (z.B. Vermittlung von Recovery-Orientierung) bis zur Ebene der Einrichtung (Verbesserung der Angebote),
- im Grad der notwendigen Kompetenzen (Beziehungsaufbau, Begleitung, Beratung, Gruppenleitung, Dokumentation, Kenntnis und Vermittlung von Recoveryinstrumenten),
- im Grad der Selbständigkeit der auszuübenden Tätigkeit,
- im Grad der übertragenen Verantwortung,
- im Grad der Schwierigkeit der auszuübenden Tätigkeiten,
- schwierige Aufgaben, für die erhöhte Kompetenzen erforderlich sind und die einen höheren Grad an Verantwortung und Selbständigkeit nach sich ziehen, sind z.B. (nicht abschließend)
 - Ebene der individuellen Patient*innenbetreuung,
 - eigenverantwortliche Einzel- und Gruppenangebote der/s Genesungsbegleiters*in (z.B. eigenverantwortliche Moderation einer Recoverygruppe),
 - Unterstützung bei der Integration in soziale und kulturelle Zusammenhänge (z.B. Begleitung in das Wohnumfeld),
- Anhand der Entgeltordnung TVöD, für andere Tarifverträge sind die vergleichbaren Eingruppierungen einzusetzen,
- Ebene des Teams: Fortbildung der Beschäftigten in der Psychiatrie in Recovery,
- Ebene der Einrichtung: Mitwirkung bei der Verbesserung der Angebote.

§ 9 Weitere Qualitätsempfehlungen

zu Absatz 2:

siehe Anlage 5

§ 10 Ausnahmetatbestände

zu Absatz 1, Nr. 1:

Die von der DKG vorgeschlagene Abweichung von den verbindlichen Mindestvorgaben geht zu Lasten der Beschäftigten und der Patient*innen. Wenn nicht genügend Personal zur Verfügung steht, muss die Zahl, der zu behandelnden Patient*innen, angepasst werden. Die weitere Belastung des Personals ist zu verhindern. Der Vorschlag stellt eine weitere Aufweichung der schon sehr allgemeinen Regelung dar. Hinzu kommt, dass die PPP-RL bereits genügend

Spielraum für die Verrechnung der Berufsgruppen untereinander bietet. Die Erfahrung während der Pandemie hat gezeigt, dass auch kurzfristig Patient*innen verlegt oder die Behandlung unterbrochen werden kann. Diese Maßnahmen wären bei einem derart akuten Personalmangel auch hier das mildere Mittel und notwendig, um Abstriche an der Versorgungsqualität durch eine Personalunterbesetzung zu verhindern. Darüber hinaus sind auch Arbeits- und Gesundheitsschutzvorgaben für Beschäftigte zwingend einzuhalten.

zu Absatz 3:

DKG

Der Änderungsvorschlag der DKG läuft darauf hinaus, dass „Stand-alone-Tageskliniken“ die Mindestvorgaben regelhaft unterschreiten dürfen. Das muss unbedingt verhindert werden. Erschwerend kommt hinzu, dass „Stand-alone-Tageskliniken“ bei Personalausfällen temporär, bis zum Eintreffen von Personal aus dem Ausfallkonzept, mit einer Unterbesetzung arbeiten. Hier sind die Krankenhäuser gefordert geeignete Ausfallkonzepte zu entwickeln und die Krankenkassen sind gefordert, diese zu finanzieren.

§ 11 Nachweisverfahren

zu Absatz 1:

Siehe Kommentar zu § 2 Absatz 7.

zu Absatz 2:

Die Einführung eines vereinfachten Nachweises ist grundsätzlich zu begrüßen. Ob dies durch die Einführung dieses modularen Systems erreicht werden kann, muss zumindest bezweifelt werden. Zielführend wäre datenschutzkonformer Nachweis auf Basis der Daten aus dem Krankenhausinformationssystem, der elektronischen Dienstplanung und der elektronischen Zeiterfassung.

zu Absatz 3:

Der Vorschlag der DKG führt zu einem verzögerten Informationsfluss bei der Nichterfüllung der Mindestvorgaben. Damit würden diese Meldungen mit einer Verzögerung von bis zu 10 Monaten und 2 Wochen erfolgen. Mindestvorgaben könnten ins Leere laufen. Selbst die quartalsbezogene Betrachtung kann dazu führen, dass die Mindestbesetzung für mehrere Wochen unterschritten werden kann.

zu Absatz 6:

Der Vorschlag der GKV-SV ist sachgerecht.

zu Absatz 13:

Die Streichung des Absatzes ist abzulehnen, dieser korrespondiert mit dem Vorschlag aus Absatz 3 und soll eine zeitnahe Meldung unterschrittener Mindestvorgaben verhindern.

§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgabenzu Absatz 5:

Eine weitere Verzögerung der 100prozentigen Umsetzung der PPP-RL und der Umsetzung der Sanktionen ist abzulehnen und muss verhindert werden. Ohne verbindliche Konsequenzen wird der dringend erforderliche Personalaufbau nicht erfolgen und der jetzt schon bestehende Personalmangel wird sich auch in den Folgejahren fortsetzen und sogar verschärfen. Bei fehlendem Personal muss die Belegung entsprechend nach unten angepasst werden.

zu Absatz 6:

Nach Umsetzung der Sanktionen in 2023 müssen diese umgehend weiterentwickelt werden. Eine weitere Verzögerung ist nicht hinnehmbar. Siehe Kommentar zu Absatz 5.

§ 14 Anpassung der Richtliniezu Absatz 2:

Siehe Kommentar zu § 2 Absatz 7.

§ 15 Evaluation der Richtliniezu Absatz 1:

Eine weitere Verzögerung der Evaluation wird von ver.di abgelehnt. ver.di fordert, dass die zur Evaluation erforderliche Datenmeldung in der notwendigen Qualität erfolgen muss. Hier sei der Hinweis erlaubt, dass die Abrechnung der Leistungen, auch in der Pandemie, weitestgehend ohne Einschränkungen erfolgt sein muss. Auch die Diskussion um pandemiebedingte Hilfen erfolgte stets auf einer in den Kliniken erhobenen Datenbasis. Warum dies ausgerechnet bei den Nachweisen zur PPP-RL nicht erfolgen kann, ist nicht nachvollziehbar.

§ 16 Übergangsregelungenzu Absatz 1, Nr. 1:

Eine weitere Verlängerung der Übergangsregelungen ist kategorisch abzulehnen. Es wäre ein fatales Signal an die Beschäftigten, die seit 30 Jahren auf die Umsetzung der PsychPV und in deren Ablösung der PPP-RL warten. Die PPP-RL muss qualitativ weiterentwickelt werden, statt weiter zu verzögern.

zu Absatz 1, Nr. 3:

Die Überarbeitung der Minutenwerte auf Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen zu beschränken ist Stückwerk und kann damit nicht homogen sein. Im multiprofessionellen Team scheint eine nur teilweise Überarbeitung der Regelaufgaben wenig sachgerecht. Es ist allerdings zu begrüßen, dass die dringend notwendige Überarbeitung dieses Grundbausteins einer Personalbemessung in Angriff genommen wurde. Die notwendige Erhöhung der Minutenwerte als Konsequenz aus dieser Überarbeitung muss dringend erfolgen. Die Werte aus der Anlage 1 Tabelle 1b sind nicht hinreichend begründet und können daher nicht abschließend bewertet werden.

zu Absatz 4:

ver.di lehnt eine weitere Benachteiligung der Psychosomatik ab.

zu Absatz 6:

Die Erfassung auf Basis der OPS-Kodes, wie von der GKV-SV/PatV/BPtK vorgeschlagen, wird von ver.di kritisiert. Zur Begründung wird auf die Kommentierung der Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen, A. Allgemeine Psychiatrie verwiesen.

zu Absatz 7:

Eine weitere Verzögerung der Umsetzung der Höchstgrenzen, der ohnehin zu weit gefassten Anrechnungen, nach § 8 Absatz 5, über den 1. Januar 2023 hinaus, wie von der DKG vorgeschlagen, wird von ver.di abgelehnt. Eine zeitliche Verzögerung würde zu einer weiteren Verschlechterung der Fachpersonalquote führen. Daran würde eine Erläuterung im Nachweis für 2023 wenig ändern.

zu Absatz 8:

Die Position des DPR ist abzulehnen. Es muss eine zeitnahe und bedarfsgerechte Personalausstattung, insbesondere im Nachtdienst vorgeschrieben und umgesetzt werden. Weiteres siehe Kommentar zu § 6a.

Anlage 1 MinutenwerttabellenTabelle 1a:

Der Ansatz, die Minutenwerttabelle zu überarbeiten, ist ausdrücklich zu begrüßen. Diese erfolgte aber nicht durchgängig auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse oder der Messung der tatsächlichen erforderlichen Zeiten, sondern nur punktuell und ohne ausreichende Betrachtung der Zusammenhänge im multiprofessionellem Team. ver.di fordert eine zeitnahe und

qualifizierte Neubewertung der Minutenwerte für den Tag und den Nachtdienst, in Verbindung mit den Regelaufgaben, der einzelnen Berufsgruppen auf Basis der aktuellen, wissenschaftlich belegten Behandlungsmethoden und der S3 Leitlinien. Dabei muss sichergestellt werden, dass der Alleindienst in der Nacht zukünftig ausgeschlossen ist. Ein Hinzufügen und Löschen einzelner Behandlungsbereichen ohne ausführliche Erläuterung zu den Auswirkungen wird abgelehnt. Die Begründung, dass es kaum Patient*innen in diesen Behandlungsbereichen gibt, erscheint nicht ausreichend.

Tabelle 1b:

Die Minutenwerte der Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen ist nicht hinreichend begründet. Hier ohne ausreichende Evidenz Veränderungen vorzunehmen, ist nicht hilfreich. Es muss eine zeitnahe Neubewertung für alle Berufsgruppen, unter Betrachtung des multiprofessionellen Teams und der daraus resultierenden tatsächlich erforderlichen Minutenwerte erfolgen. In der vorliegenden Form lehnt ver.di die vorgeschlagenen Änderungen ab. Um den betroffenen Einrichtungen ausreichend Zeit für die Erfüllung der Mindestvorgaben als Grund anzugeben, ist der falsche Weg. Hier wäre wohl eher eine Absenkung der Belegung erforderlich, bis wieder ausreichend Personal zur Verfügung steht.

Tabelle 2:

Der Aufwuchs der Zeitwerte in Minuten für den Nachtdienst ist völlig unzureichend. Aufgrund der Orientierung auf eine Belegung mit 12 Patient*innen ergibt sich folgende ND-Besetzung:

Bei 12 KJ2 Patient*innen = 1,17 Nachtdienstplätze

Bei 8 KJ2 und 4 KJ 1 Patient*innen = 1,20 Nachtdienstplätze

Bei 8 KJ2 und 4 KJ 3 Patient*innen = 1,30 Nachtdienstplätze

Kritisch ist die Anrechnung der Dienste mit Anteilen an den 10 Stunden Nachtdienst zu sehen.

Dadurch würde z.B. der Spätdienst mit einer Besetzung von 2 oder 3 Beschäftigten diese Werte noch einmal deutlich absenken.

Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

A. Allgemeine Psychiatrie:

Kritisch bewertet ver.di den Vorschlag der GKV-SV, dass die Einstufung an die OPS-Codes geknüpft wird. Das PEPP-System ist noch nicht abschließend evaluiert, sein Beitrag zu patientengerechter Behandlung mindestens umstritten. Aufgrund seines Charakters einer pauschalierten Vergütung mit hohem Einzelleistungsbezug wird PEPP von ver.di abgelehnt. Die

Personalbemessung sollte keinesfalls in dieser Form an einzelne OPS-Codes geknüpft werden.

Die Änderungen werden als unzureichend abgelehnt.

Die Einführung der A3 und der Wegfall der A4, A5, S4, S5, G4, G5 und KJ5 führt zu Verwerfungen bei der Mindestpersonalausstattung. Die Verringerung einzelner Minutenwerte ist nicht hinreichend begründet. Hier ohne ausreichende Evidenz eine Verschiebung zwischen den Berufsgruppen vorzunehmen, ist nicht hilfreich. Eine echte Bedarfsermittlung hat immer noch nicht stattgefunden. In der vorliegenden Form lehnt ver.di die vorgeschlagenen Änderungen ab.

Anlage 3 Nachweis:

Siehe Kommentar zu § 11 Absatz 2.

Nachweis Teil A PPP-RL

Tabelle A2:

Durch die von der DKG beantragte Streichung ist die Organisationsstruktur des Standortes nicht mehr nachvollziehbar. Der Vorschlag ist abzulehnen.

Tabelle A3.1 Hinweis:

Die beantragten Streichungen und Ergänzungen sind abzulehnen.

Tabelle A3.2:

Siehe Kommentar zu § 6 Absatz 3:

Tabelle A3.3 Hinweis, Tabelle A4:

Siehe Kommentar zu § 2 Absatz 7.

Tabelle A5.1.1:

Die Einfügung rechtfertigt und etabliert, dass Fach- und Hilfskräfte bei einem Einsatz gleichgestellt werden. Dies gefährdet die Fachkraftquote und ist abzulehnen.

Bei dem ergänzenden Hinweis der DKG zu Spalte 4 bleibt die Frage offen, wie dieser ggf. anteilige Einsatz nachgewiesen und dieser Nachweis überprüft werden soll. Es besteht die Gefahr, dass Personal, das gar nicht direkt an der Behandlung beteiligt ist, pauschal hinzugerechnet wird.

Tabelle A5.1.2:

Siehe Kommentar zu § 8 Absatz 5.

Tabelle A5.1.3:

zu § 6 Absatz 7 und § 6a

Tabelle 5A.1.4:

Siehe § 7 Absatz 6 (neu).

Tabelle 5A.2:

Siehe § 7 Absätze 4 und 6 bis 9.

Tabelle A5.3:

Siehe Kommentar zu § 7 Absatz 5.

Tabelle A5.4:

Siehe Kommentar zu § 6 Absatz 7 und § 6a (Neu).

Teil B des Nachweises zur PPP-RLFolgedissens zu § 2 Abs. 7, Tabelle B1.2:

Siehe Kommentar zu § 2 Absatz 7.

Tabelle B1.3 Hinweis:

Es würde der Stichtagsbezug wegfallen und nur noch ein Quartalsnachweis erfolgen.

Nachweis Teil B Folgedissens zu § 16 Abs. 6:

Siehe Kommentar zu § 16 Absatz 6.

Module der Nachweise, Folgedissens zu § 11 Abs. 6:

Siehe Kommentar zu § 11 Absätze 2 und 6.

Anlage 5 Kernaufgaben der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter:

Siehe Kommentar zu § 8 Absatz 6.

Bonn, den 12.07.2022

Stellungnahme

Entwurf der Änderung der Personalausstattung Psychiatrie- und Psychosomatikrichtlinie (PPP-RL) - erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3

Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie:

Die Aktion Psychisch Kranke hat die Richtlinie PPP RL bei der Einführung grundsätzlich begrüßt, hatte jedoch zugleich Weiterentwicklungsbedarfe und sektorübergreifende Perspektiven angemahnt. Gegenüber der Einführung folgenden Konkretisierung der Sanktionsregelungen wurden von der APK starke Bedenken geäußert.

Der vorgelegte aktuelle Entwurf stellt angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels in den psychiatrischen Einrichtungen und der regional deutlich erkennbaren Zurückhaltung der Vertragspartner zur Ausfinanzierung der bisherigen Vorgaben die PPP-RL in Bezug auf ihre kleinteiligen, bürokratieaufwändigen Vorgaben und Nachweisen einen Anachronismus dar, der die notwendige Weiterentwicklung in Bezug auf sektorübergreifende Transformation des Versorgungssystems wesentlich behindert.

Die vorgelegte Anpassung der Richtlinie für 2023 enthält keine Ansätze, die Transformation des psychiatrischen Versorgungssystems in Richtung einer setting- und sektorübergreifenden, integrierten Versorgung zu fördern. Eher entsteht im Einzelfall Druck auf ambulante Strukturen, Personal bei Ausfällen (wie unter Pandemiebedingungen) im Klinik-Bereich zu kompensieren, d. h. eine Zentrierung auf die stationäre und teilstationäre Versorgung. Die vorgesehene Scharfstellung der Sanktionen für 2023 und die Form der Sanktionen wird diese Dynamik manifestieren.

Die APK schlägt vor, die Zentrierung auf die Institution Krankenhaus in den Qualitäts- und Personalvorgaben aufzugeben und stattdessen integrierte ambulant-stationäre Versorgungsnetzwerke mit regionalem Sicherstellungsauftrag in den Mittelpunkt der Überlegungen zu stellen. Zielführend wären Personalvorgaben, die im regionalen Verbund unabhängig von der Versorgungsstufe (ambulant, teilstationär, stationär, stationsäquivalent) und unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (Krankenhaus, besondere Wohnformen, zu Hause) pro versorgten Patienten je nach Einstufung verbindlich eingehalten werden müssen. Es kommt darauf an, dass psychisch erkrankte

Menschen im gemeindepsychiatrischen Verbund adäquat behandelt und versorgt werden und nicht darauf, ob zu einer bestimmten Uhrzeit, an einem bestimmten Standort, eine bestimmte Berufsgruppe in einem zentral vorgegebenen Ausmaß vorhanden ist oder nicht. Die Teilhabeorientierung, die integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung und die Kooperation und Abstimmung mit den Leistungen zur Teilhabe und Pflege sind unabdingbar und in der Personalbemessung zu berücksichtigen.

Zugleich sieht die Aktion Psychisch Kranke die Scharfstellung der Sanktionen 2023 für nicht angemessen an. Es hat sich gezeigt, dass neben den pandemiebedingten Auswirkungen auch für die Umstellung auf veränderte Bemessungsvorgaben mehr Zeit als vorgesehen notwendig ist. Zu berücksichtigen sind hier auch die enormen Probleme in der Personalgewinnung. Hier sollte die Aussetzung der Sanktionen auch für die nächsten Jahre fortgesetzt und die Zeit genutzt werden, die Sanktionsregelungen zu überarbeiten.

Die APK nimmt vor diesem Hintergrund Stellung zum vorgelegten Entwurf. Die Vorschläge zielen darauf ab, einer Qualitätsverschlechterung des Regelwerkes entgegenzuwirken.

§ 2 Grundsätze Absatz (3)

Die APK befürwortet die Position der DKG und spricht sich für einen Wegfall des Stationsbezugs und gegen Vorgaben für die Mindestausstattung in der Nacht aus. Die Besetzung des Nachtdienstes sollte regional vor Ort unter der Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und der Vernetzungsmöglichkeiten mit anderen Einrichtungen (z. B. ein übergeordneter Springerdienst für Krankenpflegepersonal mit einer neurologischen Abteilung) festgelegt werden.

§ 2 Grundsätze Absatz (7) und (8)

Die APK lehnt die Position der GKV-SV ab, die Nachweispflicht von Quartal und Einrichtung auf Monate und Stationen auszudehnen. Eine monats- und stationsbezogene Nachweispflicht erhöht den Bürokratieaufwand dramatisch und engt die Flexibilität des Personaleinsatzes massiv ein. Eine Anlehnung des Stationsbegriffs an die PPUgV verkennt die patientenorientierten Besonderheiten der Psychiatrie. Wenn etwa die Gerontopsychiatrie zu Recht als „besonders sensibel“ definiert wird, hat der

G-BA bisher versäumt diesen Bereich in der PPP-RL auf die aus Sicht der APK dringend erforderliche höhere Mindestbesetzung anzuheben.

„Erste Auswertungsdaten“, auf die die GKV in den „Tragenden Gründen“ rekurriert, sollten für eine Stellungnahme der Verbände öffentlich gemacht werden.

§ 3 Behandlungsbereiche

Die APK lehnt die Einführung eines neuen Behandlungsbereiches A3 „Regelbehandlung mit erhöhter Psychotherapie“ ab. Psychotherapie ist Bestandteil der Regel- und Intensivbehandlung. Erhöhter Psychotherapieaufwand müsste sich als Intensivbehandlung abbilden.

§ 5 Berufsgruppen Absatz (1)f

Die APK befürwortet den Vorschlag der GKV-SV. Die Berufsgruppen Heilpädagoginnen und Heilpädagogen wird zugelassen und ist in der klinischen Versorgung für intelligenzgeminderte Patient*innen, aber auch für Demenzkranke unentbehrlich.

§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung Absatz (3)

Die APK lehnt den Vorschlag des GKV Spitzenverbandes, die 14-tägige Einstufung der Behandlungsbereiche durch ein System der kontinuierlichen Einstufung der Behandlung mit OPS-Codes, entschieden ab. Eine Mindestpersonalbemessung, die jeder kurzfristigen Veränderung des Krankheitsbildes oder Änderungen der Diagnose folgt, ist nicht praktikabel.

§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen

Gerade die Behandlung und Versorgung von chronisch psychisch Kranken profitiert von multiprofessionellen Teams, deren Zusammensetzung flexibel gehandhabt werden kann. Dazu gehört auch, dass Berufsgruppen, die in der PPP-RL nicht berücksichtigt sind wertvolle Beiträge im Gesamtteam leisten. Die Psychiatrie profitiert von dieser Pluralität und Flexibilität für deren bürokratische Einschränkung jegliche Evidenz fehlt. Die Anrechnungsregelungen, die laut Absatz 3 bis 2023 überprüft werden

sollen, sollten bereits jetzt bis auf rechtlich definierte Vorbehaltstätigkeiten entfallen. Laut Auffassung der APK gilt das gesagte ausdrücklich nicht für Hilfskräfte.

§ 11 Nachweisverfahren

Die Personalnachweise sind quartals- und einrichtungsbezogen zu führen. Eine monats- oder stationsbezogene Erhebung entbehrt jeder logischen Grundlage und schränkt die Flexibilität in Krisensituationen erheblich ein. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass Stationen relative Begriffe sind, die kurzfristig umorganisiert werden können und müssen. Personal muss dort eingesetzt werden, wo es gebraucht wird und nicht dort, wo die PPP-RL auf einer historischen Datenbasis vermutet, wo es gebraucht werden könnte.

Teil B des quartalsbezogenen Nachweises (Anlage 3) ist ersatzlos zu streichen. Die Qualifikationen des Personals werden in den StrOPS-Prüfungen detailliert erhoben; es handelt sich hier um eine Doppelerfassung.

In §11 Absatz (1) sind die Worte „monatsbezogen“ und „stationsbezogen“ zu streichen.

In §11 Absatz (2) ist das Wort „standortbezogen“ zu streichen. Damit entfällt auch die Diskussion um „stand-alone“ Tageskliniken und ähnliche kleine Einrichtungen, da ein Versorgungs Krankenhaus sein Personal für die gesamte Einrichtung inklusive aller dezentralen, gemeindenahen Angebote nachweist. Qualitätsziel ist eine ausreichende personelle Besetzung im Versorgungssektor oder Versorgungsgebiet und nicht der kleinteilige Nachweis jeder einzelnen Berufsgruppe in jeder Behandlungseinheit (Station, Tagesklinik, StäB). Eine Beibehaltung würde die Gefahr bergen, dass ein Trend zurück zum „Groß Krankenhaus“ ohne kleine gemeindenahe Einheiten entsteht, für die eine Personalsteuerung - angepasst an sehr starre Vorgaben - kaum leistbar ist.



12.07.2022

Gemeinsamer Bundesausschuss
gem. § 91 SGB V Qualitätssicherung
Berlin

per Email
PPP-RL@g-ba.de

Stellungnahmerecht gemäß § 91 SGB V
Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie:
Erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3

Sehr geehrte Damen und Herren,

die BDK begrüßt sehr, dass sie zu einer Stellungnahme zu der aktuell vorliegenden Fassung der PPP-RL, Stand 01.06.2022, aufgefordert wird. Wir befürworten grundsätzlich die Festlegung von personellen Mindestvorgaben, um die Patientensicherheit in der Versorgung gewährleisten zu können.

Im aktuellen Stellungnahmeverfahren schließt sich die BDK den Änderungsvorschlägen der DKG im Grundsatz an.

Wir möchten darüber hinaus an dieser Stelle betonen, dass wir weiterhin grundlegende Probleme in der Richtlinie selbst sehen:

- Die Personalrichtlinie definiert nur eine sanktionsbewehrte Mindestgrenze, aber keinen Sollwert an Personalmengen, der eine leitliniengerechte moderne Versorgung sichern würde; dieses Ziel wurde einfach aufgegeben. Die Kostenträger werden nun in Zukunft gerade noch dieses verordnungserlaubte Personal-Minimum finanzieren, da es ja keinen adäquaten Sollwert gibt.
- Die Implementierung innovativer und auch ambulanter Versorgungsstrukturen wird durch die Folgen des kleinteiligen Stationsbezugs der Personalrichtlinie eher behindert als vorangetrieben. Durch den Standortbezug wird insbesondere die wohnortnahe Versorgung unserer Patienten in externen Tageskliniken in der Fläche absehbar massiv bedroht.

- Die Personalrichtlinie wird mit Einführung der überzogenen Sanktionen bei Unterschreitung der Personalmindestgrenzen bei Fachkräftemangel zur existenziellen Gefährdung vieler psychiatrischer Kliniken (auch und gerade in der Notfallversorgung) führen – und wird damit letztendlich zu einem dysfunktionalen Instrument der Krankenhausplanung.

In Übereinstimmung mit den kürzlich ergangenen Beschlüssen der GMK vom 22./23.06.2022 fordert auch die BDK erneut:

Die bestehende Personalrichtlinie ist grundlegend so zu überarbeiten, dass sie die (den Bundesländern obliegende Aufgabe) Entwicklung angemessener und moderner psychiatrischer Versorgungsstrukturen nicht verhindert, sondern zukünftig ermöglicht.

Wir fordern - wie die GMK - weiterhin die Bildung eines beratenden Expertengremiums zur grundlegenden Überarbeitung der PPP-RL sowie die Aussetzung der vorgesehenen Sanktionen bis zur Vorlage einer neuen gesetzlichen Regelung.

Freundliche Grüße



Dr. med. Sylvia Claus
BDK-Vorsitzende

Korrespondenzadresse:
BDK-Vorsitzende
Dr. med. Sylvia Claus
Ärztliche Direktorin und Chefärztin
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie AdÖR
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster



WFKT • Sigmaringerstr. 15/ 2 • 72622 Nürtingen • www.wfkt.de

Prof. Dr. Constanze Schulze-Stampa
1. Vorsitzende der WFKT

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Abt. Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte

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

12.07.2022

**Stellungnahme der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien/
WFKT zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie:
Erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst bedanken wir uns für die Möglichkeit als Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien/ WFKT (www.wfkt.de) eine schriftliche Stellungnahme zu den Änderungen der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie einreichen zu können. Damit verbunden planen wir gerne die Teilnahme an der mündlichen Stellungnahme (Anhörung) in der Sitzung am 25. August 2022.

Die Künstlerischen Therapien, differenziert in Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a., sind etablierte Bestandteile in den klinischen Behandlungsbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Gemäß ihrer wissenschaftlichen Grundlegung sowie ihrer aktuellen Forschungs- und Evidenzlage zielen die Künstlerische Therapie insbesondere auf Ressourcenaktivierung, Kommunikations- und Kreativitätsförderung und damit auf die Verbesserung von Selbstwirksamkeit. Sie ergänzen durch ihr Spektrum an speziell kreativitätsfördernden Interventionsformen und dem speziellen Einsatz künstlerischer Medien und Materialien die klinische Diagnostik und Therapieangebote um wichtige erfahrungs-, kommunikations- und handlungsorientierte Zugangsmöglichkeiten zu Patientinnen und Patienten.

Erneut möchten wir mit unserer Stellungnahme ausdrücklich darauf verweisen, wie bereits in vorliegenden Positionen zum ersten Beschlussentwurf für diese Richtlinie, dass uns eine genaue und dezidierte Ausführung der Tätigkeits- bzw. Regelaufgaben der Künstlerischen Therapien als „Spezialtherapien“ wichtig ist. Dazu gehört vor allem eine durchgehend klare Begrifflichkeit, da innerhalb der Gruppierung der Spezialtherapien auch Ergotherapie zugeordnet ist. Uns ist es ein großes Anliegen, dass die (*speziellen*) Inhalte und Schwerpunkte der ausgewiesenen Spezialtherapien (inklusive deren Professionalisierung) vermittelt werden und damit nachvollziehbar sind. Dafür stehen wir als wissenschaftliche Fachgesellschaft zur Verfügung.

Ebenso in einer früheren Stellungnahme haben wir bereits auf die Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT, www.bagkt.de) verwiesen, die differenzierte Kompetenzbeschreibungen für die klinische Versorgung erstellt hat und online abrufbar vorliegen. Diese dienen darüber hinaus als Basis-Instrument der Qualitätssicherung.



Im Folgenden (siehe ANLAGE) benennen wir konkrete Textstellen in der Änderungsfassung der PPP-RL, auf die wir uns in unserer Stellungnahme beziehen.

Mit herzlichen Grüßen

(Prof. Dr. Constanze Schulze-Stampa)



ANLAGE

Folgende drei Punkte zur Stellungnahme der WFKT möchten wir in diesem Rahmen anführen:

1) Als WFKT vertreten wir die Künstlerischen im Sinne des wissenschaftlich begründeten Einsatzes der verschiedenen Therapieformen, wie Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie in der leitliniengerechten Behandlung, so auch innerhalb der Psychiatrie und Psychosomatik. Eine **einheitliche Begriffsführung** erachten wir als daher als wichtig **in der vorliegenden Änderung der PPP-RL**. Entsprechend sehen wir es als sehr positiv, dass in der vorliegenden Änderung durchgehend für unsere Berufsgruppe die Bezeichnung „**Künstlerische Therapie**“ bzw. „Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten“ verwendet wird.

2) Die **Künstlerische Therapie** wird in den vorliegenden Änderungen den **Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten zugeordnet** bzw. werden unter diesem Obergriff einerseits **für die Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik** zusammen mit der Ergotherapie geführt. **Für die Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie** gehören zu den Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten neben der Ergotherapie, der Künstlerischen Therapie auch die Sprachheiltherapie und Logopädie (S. 7 und 9, Änderung der PPP-RL, erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3). Diese **(noch) undifferenzierte Bündelung** halten wir weiterhin für kritisch. Dies führt zu einer inhaltlichen und damit berufsgruppenbezogenen „Verwässerung“, anstatt die jeweilige Spezifik der Therapieangebote zu präzisieren. Künstlerische Therapie bietet beispielsweise durch ihren nicht-verbalen und speziell ressourcen-orientierten Ansatz erweiterte Zugänge zu den Patientinnen und Patienten, was für die klinische Diagnostik und Behandlung relevant ist.

3) Die **Beschreibung der Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten** in der ANLAGE 4 - denen die Künstlerische Therapie zugeordnet ist - ist für uns (noch) ungenau formuliert bzw. wird hier wieder allgemein und synonym von „Kreativitätsfördernder Therapie“ und verwirrend von „Gestaltungstherapie“ gesprochen (was oben in der Berufsgruppenbeschreibung nicht genannt wird). Hier sehen wir Änderungsbedarf und stehen für Formulierungsänderungen sehr gerne zur Verfügung.

Änderungsvorschläge ANLAGE 4

Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Erwachsenenpsychiatrie

2. Einzelfallbezogene Behandlung: „spezifische ressourcen- und kreativitätsfördernde Behandlung der verschiedenen künstlerischen Therapieformen (u.a. Kunst-, Musiktherapie)“ (S. 131).

3. Gruppenbezogene Behandlung: „Kreativitätsfördernde Interventionen der verschiedenen künstlerischen Therapieformen“ (S. 131)

Analog sind die Formulierungen zu den Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik - der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten aus unserer Sicht zu ändern, d.h. auf den Seiten: 138-139, 146-147.

STELLUNGNAHME

DGSP
 Deutsche Gesellschaft für
 Soziale Psychiatrie e.V.


DGSP-Stellungnahme zur Änderung der PPP-Richtlinie in der Fassung vom 01.06.2022

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 01.06.2022 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 leitliniengerechten Versorgung beitragen. Es werden lediglich Mindestvorgaben im Sinne einzuhaltender Untergrenzen beschrieben.

Das notwendigerweise ausreichend vorhandene Personal der verschiedenen Fachdisziplinen sowie Menschen mit eigener Krisenerfahrung als Genesungsbegleiter:innen 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 PPP-Richtlinie zu überarbeiten, es geht darum, Menschen die bestmögliche Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen anbieten zu können.

In den weiteren Qualitätsempfehlungen nach § 9 heißt es:

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

In der Begründung wird ausgeführt, dass Genesungsbegleitung in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen mit einem Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen empfohlen wird. Die Richtlinie bleibt weiterhin auch mit dieser Änderung bei der grundsätzlich begrüßenswerten Anerkennung von Genesungsbegleiter:innen sehr unverbindlich. Eine verbindliche Regelung wird die breite Etablierung dieser für die Umsetzung des Recoveryansatzes wichtigen Unterstützungspersonen befördern. Wir weisen darauf hin, dass Genesungsbegleiter:innen zusätzlich zum Personal einzusetzen sind und die professionellen Berufsgruppen weder ersetzen noch kompensieren können.

- § 4 (3) Die Minutenwerte gelten bei Pflegefachpersonen gemäß § 5 für 24 Stunden.
- In Anlage 1, der Minutenwertetabelle, schlägt die PatV deutliche Verbesserungen der Personalausstattung vor, besonders der Pflegefachpersonen in allen Behandlungsbereichen. Dies ist aus Sicht der DGSP dringend notwendig.
- In Anlage 5 werden die Kernaufgaben der Genesungsbegleiter: innen beschrieben. Wir präferieren die differenziertere Auflistung der PatV gegenüber der „beispielhaften Aufzählung“ der DKG.

Zudem unterstützen wir die Position des Deutschen Pflegerats:

- § 7 (9) Die Vorgaben für die Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste sind erfüllt, wenn quartalsdurchschnittlich die täglich durch Pflegefachpersonen gemäß § 5 geleisteten Nachtdienste mindestens 97 Prozent der berechneten Vorgaben beträgt.

Des Weiteren sind die Kritikpunkte unserer Stellungnahme von 2020 weiterhin aktuell:

- Wir können nicht erkennen, inwieweit 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 schwersterkrankte 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.
- 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 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.
- 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 Hilffssystemen 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.

- Anlage IV der Tragenden Gründe
- 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.

Der begrenzte Zeitraum zwischen der Veröffentlichung der Änderung am 15. Juni 2022 und die Frist zur Einreichung der Stellungnahme bis 13. Juli 2022 lässt kaum Raum für unsere verbandsinterne Kultur der gemeinsamen Meinungsbildung und dem dazu gehörigen Abstimmungsprozess.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Der Vorstand

29. Juni 2022

i. A. P. Nieswand

Patrick Nieswand

Im Auftrag

Köln, 13.07.2022





Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung
und Suchttherapie e.V.

Postfach 1453
59004 Hamm

Telefon: 02381/417998
E-Mail: dg-sucht@t-online.de

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Nachfolgenden nehmen wir Stellung zu der uns übersandten Änderungsfassung der PPP-RL im Rahmen des Stellungnahmeverfahren für die Fachgesellschaft DG-Sucht.

§2 Grundsätze: In den im §2 abzustimmenden dissidenten Punkte schließen wir uns der Einschätzung der DKG an.

§3 Behandlungsbereiche: Auch hier schließen wir uns der Einschätzung der DKG an. Die Argumentation der GKV, dass die Behandlungsbereiche A4, S4, G4 und KJ5 kaum genutzt wurden, liegt aus unserer Sicht in der mangelnden Bedeutung der Eingruppierung in der Vergangenheit. Dies wird sich im Rahmen der Sanktionsbehauptung bei Einführung der PPP-RL ändern, weshalb diese Behandlungsbereiche weiterhin Bestand haben sollten.

§4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste: Hier ist aus Sicht der Fachgesellschaft den Änderungsvorschlägen der Patientenvertreter zu folgen, die den Einrichtungen mehr Flexibilität belässt.

§5 Berufsgruppen: Hier ist der Argumentation und dem Änderungsvorschlag der DKG zu folgen, wie er in den tragenden Gründen ausführlich beschrieben ist.

§6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung: So wünschenswert eine Vereinfachung und ein Verzicht auf die 14-tätige Stichtagserhebung wäre, so nachvollziehbar bleibt jedoch die Argumentation der DKG, dass eine Übertragung der OPS-Systematik hier nicht zielführend ist. Daher schließt sich die Fachgesellschaft auch hier der Einschätzung der DKG an.

§6a Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste: Die aktuell normativ festgelegten Limitierungen müssen überprüft und neu festgelegt werden. Da die Berechnung sowie Kalkulation

der Nachdienste auch schwankt, benötigt es hier eine einheitliche Personalbemessungsgrundlage auf Bundesebene als Grundlage. Die weitere Festlegung sollte dann den Verhandlungspartnern auf der Ortsebene überlassen werden.

§7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad: Zu Absatz 4 ist die Argumentation der DKG nachvollziehbar, dass für Tageskliniken hier andere Regelungen gefunden werden müssen. Daher erscheint die von der DKG vorgeschlagene Änderung sinnvoll.

§8 Anrechnung von Berufsgruppen: Hier sollte wie von der DKG und der Patientenvertretung vorgeschlagen die Anrechenbarkeit der Berufsgruppen nicht nur in psychosomatischen Einrichtungen, sondern generell auch in psychiatrischen Einrichtungen ermöglicht werden. Eine Anrechenbarkeit auch im ärztlichen Bereich, wie von der DKG zu Absatz 5 vorgeschlagen, würde die Nachweispflicht vieler Einrichtungen deutlich erleichtern und ist aus unserer Sicht unproblematisch, da – wie von der DKG beschrieben – der Gesetzgeber klar definiert hat, welche Leistungen dem Arztvorbehalt unterliegen. Ebenso sollte eine Anrechenbarkeit von Genesungsbegleiter*innen zulässig sein, wie in Absatz 6 von der DKG vorgeschlagen.

§10 Ausnahmetatbestände: Die von der DKG vorgeschlagenen Regelungen für Standorte, die ausschließlich eine Tagesklinik umfassen, sind sehr nachvollziehbar, da sonst diese Standorte nicht in der Lage sein werden, die Nachweispflicht entsprechend zu erfüllen.

§11 Nachweisverfahren: Das sehr umfangreiche Nachweisverfahren ist für die Krankenhäuser und Abteilungen ausgesprochen schwierig und bindet umfangreiche Ressourcen, die letztlich in der Patientenversorgung fehlen. Eine Vereinfachung des Nachweisverfahrens und dadurch eine Entlastung der Krankenhäuser ist daher auch aus Sicht der DG-Sucht geeignet, die Patientenversorgung wesentlich zu verbessern. Dementsprechend ist der Vorschlag der DKG hier zu unterstützen.

§13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben: Eine Verschiebung der Sanktionsbehauptung ist dringend notwendig, da die Kliniken auch aufgrund der sehr hohen Komplexität des Nachweisverfahrens und der damit verbundenen Bürokratie noch nicht in der Lage sein werden, flächendeckend die Anforderungen zu erfüllen und daher die Gefahr von kurzfristigen Ausfällen in der Versorgung schwerkranker Patienten entstehen können. Eine Verschiebung der Sanktionsbehauptung um 24 Monate erscheint daher durchaus sinnvoll.

§15 Evaluation der Richtlinie: Hier erscheint eine Verschiebung der Evaluation der Richtlinie nicht sinnvoll, da sich im Rahmen der Implementierung der PPP-RL zahlreiche Probleme finden, so dass eine zeitnahe erneute Überarbeitung der Richtlinie unbedingt notwendig ist. Eine von der GKV vorgeschlagene Verschiebung die Evaluierung auf 2027 erscheint aus Sicht der Fachgesellschaft nicht zielführend.

Sonstige Punkte: Ergänzend zu den schon gemachten Ausführungen ist aus Sicht der Fachgesellschaft noch folgender Punkt wesentlich zu ergänzen.

Unter §2 (Grundsätze), Absatz 3 ist beschrieben, dass zum Regeldienst im Sinne dieser Richtlinie nicht zählen: Bereitschaftsdienst, ärztliche Rufbereitschaft und ärztlicher Konsiliardienst sowie Tätigkeiten in Nachtkliniken. Eine Besonderheit vieler Kliniken ist jedoch, dass ärztlicher

Bereitschaftsdienst nicht mehr in der klassischen Form als Bereitschaftsdienst stattfindet und vergütet wird, sondern als Schichtdienst (im Volldienst) betrieben wird. Nach der momentanen Logik der PPP-RL haben diese Kliniken einen relevanten Nachteil, da der Bereitschaftsdienst klar neben dem Regeldienst ausgewiesen werden kann, der ärztliche Schichtdienst jedoch nur zu einem geringeren Teil. Dementsprechend sind Kliniken, die eine intensivere ärztliche Besetzung vorhalten hier schlechter gestellt als Kliniken, die lediglich eine ärztliche Rufbereitschaft oder einen Bereitschaftsdienst vorhalten. Dies sollte dahingehend spezifiziert werden, dass auch ärztlicher Volldienst außerhalb der Regelarbeitszeit (die im Allgemeinen 8h beträgt) nicht zum Regeldienst im Sinne dieser Richtlinie zählt.



Prof. Falk Kiefer
Präsident der DG-Sucht



Prof. Thomas Hillemacher
Vorstandmitglied DG-Sucht



DEUTSCHE
MUSIKTHERAPEUTISCHE
GESELLSCHAFT

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft Naumannstraße 22 10829 Berlin

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss

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

**Stellungnahme der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft
e.V. (DMtG) zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und
Psychosomatik-Richtlinie / Ihr Schreiben vom 15.06.2022**

12.07.2022

Sehr geehrte Damen und Herren,

für Ihre Anfrage einer Stellungnahme zur oben genannten Änderung der PPP- RL und die Einladung zur Anhörung am 25. August 2022, der wir gern nachkommen, danken wir.

Für unsere Planung wäre es hilfreich zu erfahren, ob diese Sitzung in Präsenz oder digital stattfindet.

Bitte berücksichtigen Sie neben der beiliegenden Stellungnahme 2022 auch die ergänzend im Anhang befindliche Stellungnahme 2021.

Wir hoffen auf Ihr Verständnis für unsere Kommentare zur aus unserer Sicht zu befürchtenden Entwicklung der Versorgung der Patient*innen im Bereich von Psychiatrie und Psychosomatik mit den spezifischen und von anderen Berufsgruppen nicht ersetzbaren Interventionsmöglichkeiten unserer Berufsgruppe.

Wir würden es sehr begrüßen, wenn Sie uns vor der Erarbeitung der nächsten Änderungsvorschläge Informationen über die weiteren geplanten Arbeitsschritte zukommen lassen und eine Ansprechperson für evtl. bestehende Fragen benennen!

Selbstverständlich stehen weiter sehr gern für eine Mitwirkung von Expert*innen unserer Berufsgruppe an der weiteren Überarbeitung zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Beatrix Evers- Grewe
Beisitzerin im Vorstand

Seite 1 von 2



**Stellungnahme der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft e.V. (DMtG) zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
Ihr Schreiben vom 15.06.2022**

Nachdem unsere Stellungnahmen bisher unberücksichtigt blieben und in der nun vorgelegten Fassung der PPP- RL für unsere Berufsgruppe gewünschte Themen wie z.B. die Tätigkeiten und eine Änderung des in unterschiedlichen Definitionen verwendeten Begriffs „Spezialtherapien“ nicht bearbeitet wurden, verweisen wir auf unsere zu vorangegangenen Fassungen eingereichten Stellungnahmen (2021 s. Anhang).

Die aktuellen Änderungsvorschläge möchten wir nur kurz kommentieren:

Musiktherapeut*innen und anderen Künstlerischen Therapeut*innen sind (mit weiteren Berufsgruppen) von Änderungen wie der einseitigen Anrechnungsmöglichkeit der Stellenanteile von Psychotherapeut*innen indirekt betroffen. Gegen diese einseitige Anrechnungsmöglichkeit für die Psychosomatik hatten wir uns bereits ausgesprochen. Statt der vorgeschlagenen Ausdehnung auf die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie halten wir eine einseitige Anrechnungsmöglichkeit nach wie vor für kontraproduktiv und sprechen uns deshalb weiter ausdrücklich dagegen aus.

Die Aktualisierung der Regelaufgaben für alle Berufsgruppen betrachten wir als Voraussetzung auch für die Frage der Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen; insofern erscheint es zumindest verfrüht, (auch wenn es uns ebenfalls nicht direkt betrifft), nun weitere, nicht für therapeutische Arbeit ausgebildete Berufsgruppen in die unter § 5 f) festgelegten zu integrieren, weil damit Ausbildungs- und Tätigkeitsprofile verwischt und Behandlungskonzepte für Patient*innen verändert werden.

Auch die Streichung von Berufsgruppen in den Spalten 4. und 5. (Behandlungsmittel und Erläuterungen) der Tabelle „Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte“ wirkt ohne entsprechende Bearbeitung von deren Tätigkeiten und Minutenwerten „schnellschüssig“.

Die zeitgemäße Versorgung der Patient*innen erfordert wahrscheinlich eine Erhöhung der Minutenwerte, nicht nur für einzelne Berufsgruppen (wie nun wieder vorgeschlagen), sondern auch für andere, deren Entwicklung sich u.a. in ihrer Aufnahme in Leitlinien abbildet. Für die Musiktherapie gibt z.B. die AWMF Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen einen relativ aktuellen Stand der Studienlage wieder mit einer Empfehlung aufgrund nachgewiesener Reduktion psychopathologischer Symptome (Positiv- und Negativsymptomatik), möglicherweise auch eine Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität und des Selbstwertgefühls.

Auch wenn wir davon ausgehen, dass die vorgelegten Änderungsvorschläge einen erheblichen Arbeitsaufwand erforderten, bleibt die vorgelegte Fassung Stückwerk. Als nicht in die Arbeitsabläufe einbezogene Berufsgruppe haben wir noch nicht einmal die Möglichkeit zu beurteilen, ob, wann und wie die Bearbeitungsvorgänge, die unsere Berufsgruppe direkt betreffen, in Ihrer Planung enthalten sind. Dem Anspruch der zeitgemäßen leitliniengerechten Behandlung wird diese Form der Überarbeitung der PPP RL nicht gerecht. Eine auf gute klinische Versorgung schwer kranker Patient*innen ausgerichtete Arbeitsweise sollte kontinuierlich auch Berufsgruppen einbeziehen, die im Unterausschuss nicht vertreten sind. Die multiprofessionelle Behandlung, die ein Charakteristikum klinischer Behandlung ist, erhält sonst einen immer stärkeren Schwerpunkt bei ärztlich/ psychotherapeutischer Behandlung, der auf die Behandlungsmöglichkeiten für Patient*innen der Psychiatrie und Psychosomatik im Prozess der Bearbeitung der PPP- RL eine verzerrende Wirkung zum Nachteil handlungsorientierter Therapien haben kann.



DEUTSCHE
MUSIKTHERAPEUTISCHE
GESELLSCHAFT

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft Naumannstraße 22 10829 Berlin

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und sektorenüber-
greifende Versorgungskonzepte

Per E-Mail: PPP-RL@g-ba.de

**Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5a und § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V zur
Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-
Richtlinie: Mindestvorgaben für Psychotherapeuten und Präzisie-
rung bzw. Überarbeitung weiterer Regelungen**

01.07.2021

Sehr geehrte Frau Kötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren,
herzlichen Dank für Ihre Einladung zum Stellungnahmeverfahren!

Hiermit folgen wir der Einladung zur schriftlichen Stellungnahme. Darüber hinaus sagen wir auch unsere Teil-
nahme an der Anhörung am 25.8.2021 zu.

Bevor wir auf einzelne Textstellen des vorgelegten Entwurfs eingehen, möchten wir grundsätzlich feststellen,
dass wir weiterhin dringenden Bedarf sehen, nicht nur die Aufgaben und Minutenwerte der Psychologischen
Psychotherapeut*innen zu überprüfen, sondern auch die der Künstlerischen Therapien, wie z.B. der Musikthera-
pie. Allerdings sehen wir keine Möglichkeit, hierzu einen konkreten Änderungsvorschlag zu formulieren, weil die
vorzunehmenden Änderungen die gesamte Struktur betreffen und nur unter Beteiligung der betroffenen Berufs-
gruppen adäquat behandelt werden können. Dazu gehört auch die derzeit angewendete Definition des Begriffs
Spezialtherapien als Oberbegriff für Ergotherapie, Künstlerische Therapien, in der KJP nun auch Logopädie so-
wie ggfs. weitere Berufsgruppen; die Verwendung dieses Begriffs betrachten wir weiterhin als vollkommen ver-
wirrend und deshalb ungeeignet, also grundlegend überprüfungsbedürftig. Deshalb bitten wir dringend darum,
in den überarbeiteten Entwurf eine entsprechende Textpassage aufzunehmen, dass bis zur nächsten Änderung
alle Formulierungen für Fachtherapien und Soziale Arbeit überarbeitet werden! Unsere Zustimmung zur In-
tegration der Logopädie in diesen Bereich machen wir von der Integration einer solchen Textpassage abhängig.
Entsprechendes gilt sinngemäß für die Referenztable B4.3: Qualifikationen des Personals in der Kinder- und
Jugendpsychiatrie.

Mit freundlichen Grüßen

Beatrix Evers- Grewe
Beisitzerin im Vorstand

**Stellungnahme zu einzelnen Änderungsvorschlägen:**

Die zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen von DKG/BÄK/DPR bzw. die vorgeschlagene Änderung, die Berufsgruppen c oder a und c auch auf die Berufsgruppe d einseitig anzurechnen, halten wir für nicht sachgerecht und kontraproduktiv. Wo es Überschneidungen bei den Regelaufgaben gibt, wäre bei Bedarf evtl. eine gegenseitige Anrechnungsmöglichkeit denkbar, die also in beide Richtungen zulässig ist. Eine einseitige Regelung würde den gesamten Ansatz der PPP RL in Frage stellen. Wir betrachten solche Vorschläge als einseitige Interessenvertretung der im Unterausschuss vertretenen Berufsgruppen, der dringend Stellungnahmen auch der bisher nicht vertretenen Berufsgruppen entgegengesetzt werden sollten, für die niemand mandatiert ist zu sprechen, wie z.B. die Bewegungstherapie und die Soziale Arbeit.

Die zu § 16 Übergangsregelungen von der DKG vorgeschlagene Änderung lehnen wir ab:

„(8) Eine Anrechnung gemäß § 8 Absatz 3 Satz 4 ist bis zum 31. Dezember 2022 auch bei Übernahme von Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppe **außerhalb der Regelaufgaben** gemäß Anlage 4 möglich.“ Auch die in den Tragenden Gründen dazu ausgeführten Erläuterungen leuchten nicht ein, aber der Anmerkung der DKG, dass „die Regelaufgaben in den anderen Berufsgruppen bis zum 30. September 2022 zu prüfen und mit Wirkung zum 1. Januar 2023 anzupassen“ sind, schließen wir uns gern an.

Die in der Anlage 2 von der GKV-SV vorgeschlagene Einfügung der Künstlerischen Therapien und Streichung des Begriffs „funktionelle Therapien“ in die Eingruppierungsempfehlungen im Bereich der KJP in die Spalte Behandlungsmittel (KJ 1/ KJ 2/ KJ 7) schlagen wir auch für KJ 3 und 6 vor, wo der Einsatz nicht auf sprachliche Mittel angewiesener Künstlerischer Therapien besonders angezeigt sein kann. Auch die vorgeschlagene Einfügung in der Spalte Erläuterungen (KJ 5) unterstützen wir, schlagen dafür aber die Formulierung vor: „Die pflegerischen, betreuerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden ergänzt durch Ergotherapie und Künstlerische Therapien.“ und bitten um durchgängige Beachtung der korrekten Schreibweise!

In Anlage 4 Regelaufgaben halten wir die Formulierung unter c. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die von der BPTK für die Erwachsenenpsychiatrie wie die Psychosomatik vorgeschlagen wurde, „Therapieplanung (**einschließlich Indikationsstellung für Spezialtherapien, z.B. Ergotherapie**)“ für nicht sachdienlich und bitten um Streichung des Textes in Klammern. Diese Formulierung entspricht nicht der klinischen Praxis und macht die Verordnungs- und Verantwortungsbereiche der verschiedenen Berufsgruppen zusätzlich zu den aktuell in der Praxis bestehenden Schwierigkeiten noch komplizierter. Entsprechendes gilt für die Regelaufgaben der leitenden Psychotherapeut*innen unter 1. Stationsbezogene Tätigkeiten (Gesamtbehandlungsplan in Bezug auf die psychische Erkrankung, **einschließlich Spezialtherapien**, Therapieplanung), für die Worte „einschließlich Spezialtherapien“ in allen Bereichen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik wie KJP).

In den Regelaufgaben der Spezialtherapeut*innen, die wir – wie auch die Minutenwerte - für grundlegend überarbeitungsbedürftig halten, möchten wir vorerst dennoch auch darauf hinweisen, dass die unter 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten in allen Bereichen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik wie KJP) aufgelistete letzte Tätigkeit (Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie) selbstverständlich nicht nur für die Ergotherapie gelten kann. Darüber hinaus möchten wir noch einmal darauf hinweisen, dass Konzentrative Bewegungstherapie in der Regel nicht zu den Regelaufgaben von Spezialtherapeut*innen sondern zu denen der Bewegungstherapeut*innen gehört.



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

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Berlin, 05.07.2022

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

Meldung als Stellungnahmeberechtigter für Entscheidungen des G-BA zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantragen wir die Aufnahme der Fachgruppe „Seelische Gesundheit“ des „Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V.“ (DNVF) als Stellungnahmeberechtigten für Entscheidungen des G-BA zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie.

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 besteht inzwischen aus 412 Mitgliedern (davon 52 Fachgesellschaften, 45 Wissenschaftliche Institute und Forschungsverbünde, 22 Juristische Personen und Personenvereinigungen, 293 natürlichen Personen und 23 unterschiedlichen Fach- und Arbeitsgruppen).

Die im Jahr 2017 gegründete Fachgruppe „Seelische Gesundheit“ des DNVF 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;
- sowie die Anregung, Aufbereitung und Diskussion von gesundheitspolitischen Themen.

Die Förderung von multiprofessioneller, koordinierter und strukturierter Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen Unterstützungsbedarf, nimmt dabei einen zentralen Stellenwert ein. Darüber hinaus verfügt ein Großteil der Fachgruppenmitglieder über mehrjährige Evaluationserfahrungen aus integrativen und sektorenübergreifenden psychiatrischen Versorgungsprojekten (z.B. Modellvorhaben nach §64b SGB V), welche sich ebenfalls an das o.g. Patienten Klientel

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. Falkai (kooptiertes Vorstandsmitglied der AWMF e.V.)

Geschäftsführer: Dr. Thomas Bierbaum

richten. Insofern liegen die zukünftigen Entscheidungen des G-BA zu Entscheidungen des G-BA zur berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung innerhalb unserer Expertise, so dass wir gerne eine Stellungnahme erarbeitet haben und uns am weiteren Verfahren beteiligen möchten. 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 nach §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 die stationäre Inanspruchnahme sinkt, zweitens das psychosoziale Funktionsniveau der Behandelten längerfristig höher liegt und drittens auch andere Variablen der psychosozialen Versorgung einen positiven Trend in Studien aufweisen. Zur Synopsis der Modellvorhaben wird aktuell ein Scoping Review durch die AG Seelische Gesundheit vorbereitet. Es gibt auch Hinweise darauf, dass die Behandlungen durch das Krankenhaus kosteneffizienter sind (hierzu liegen Studienergebnisse in der Studie PsychCare [3] vor, die demnächst publiziert werden.

Wie bereits in unserer Stellungnahme zur PPP-RL vom 03.09.2020 ausgeführt plädieren wir generell dafür,

- den nicht zeitgemäßen Stationsbezug zu streichen;
- den Einrichtungen genügend Gestaltungsmöglichkeiten bei der Bildung klinikbereichsübergreifender Teams zu geben;
- sowohl in der Psychosomatik als auch in der Psychiatrie und Psychotherapie eine attraktive Anreizsetzung zur Ausgestaltung komplex-ambulanter Angebote zu geben, und klinikbereichsübergreifende Behandlungspfade, die sich z.B. in einer gemeinsamen Nutzung von Gruppenangeboten durch stationäre, teilstationäre und komplex-ambulante Patient*innen realisieren, zu etablieren.

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. Es besteht wissenschaftliche Evidenz, dass sich unterschiedliche Anreiz- und Steuerungssysteme auf die Qualität der Versorgung auswirken [4].

Die Anwendung der PPP-RL könnte damit verbunden sein, dass zunehmend stationäre Behandlungsformen wieder bevorzugt und klinikbereichsübergreifende Angebote von den Klinikträgern nicht realisiert werden. Beleg hierfür ist, dass nach wie vor 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.

Zudem scheint, nachdem einige Modellprojekte nun nach Ablauf von 8 Jahren verlängert werden müssen, die Anwendbarkeit der PPP-RL ein Verhandlungshemmnis zwischen den Vertragsparteien, welches zu sachlich schwierigen Verhandlungen und zu Verhandlungsabbrüchen führt, wodurch die Anzahl er für die Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Modellkliniken eher abnimmt. Dies bedeutet für die Forschung, dass alternative Steuerungsanreize nicht evaluativ bewertet werden können, da solche nicht ausreichend evaluiert werden können.

Vorstand des DNVF – Wahlperiode 2020-2022: 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. Falkai (kooptiertes Vorstandsmitglied der AWMF e.V.)

Geschäftsführer: Dr. Thomas Bierbaum

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 zwischen den Parteien strittigen Punkte möchten wir dennoch zwei Stellen hervorheben:

Wie bereits oben dargestellt ist der Stationsbezug (§2, Absätze 7, 8 und 10) aus der PPP-RL zu streichen, da er der Realität innovativer Krankenhausversorgung (bereichsübergreifender Personaleinsatz, Flexibilität der Art und des Ortes der Leistungserbringung, Erbringung komplexer Leistungen) widerspricht, deren Evidenz bzgl. der Ergebnisqualität und Effektivität mittlerweile empirisch gut belegt ist.

In innovativen Versorgungsmodellen hat sich ebenfalls eine Evidenz dafür ergeben, dass in diesen Modellen neue Berufsgruppen mit zum Teil anders als der herkömmlichen Arbeitsprofilen entstanden sind bzw. entstehen werden (z.B. Genesungsbegleiter). Für diese Entwicklung, die auch angesichts der Schwierigkeiten der Personalakquise für die psychiatrische Versorgung hochaktuell ist, sollte Rechnung getragen werden. Daher scheinen die sehr strikten Bestimmungen zur Anrechnung von Berufsgruppen (§8) ebenso wenig zielführend.

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



Prof. Dr. Martin Heinze

(Sprecher der Fachgruppe Seelische Gesundheit)

Im Auftrag des Vorstands des Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung e.V.

Vorstand des DNVF – Wahlperiode 2020-2022: 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. Falkai (kooptiertes Vorstandsmitglied der AWMF e.V.)

Geschäftsführer: Dr. Thomas Bierbaum

- [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/fpsy.2018.00785/full>
- [2] Schwarz J, Galbusera L, Bechdorf 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/fpsy.2020.00426/full>
- [3] Soltmann, B., Neumann, A., March, S., Häckl, D., Kliemt, R., Baum, F., Marcel Romanos, Von Peter, S., Ignatyev, Y., Schwarz, J., Arnold, K., Swart, E., Heinze, M., Schmitt, J., & Pfennig, A. (2021). Multiperspective and multimethod evaluation of flexible and integrative psychiatric care models in Germany: Study protocol of a prospective controlled multicenter observational study (PsychCare). *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.659773>
- [4] Schwarz, J., Schmid, C., Neumann, A., Pfennig, A., Soltmann, B., Heinze, M., & von Peter, S. (2021). [Implementing a Global Treatment Budget for Psychiatric Hospital Services—What are Incentives, Requirements, and Challenges?]. *Psychiatrische Praxis*. <https://doi.org/10.1055/a-1421-3283>
- [5] Berghöfer A, Hubmann S, Birker T, u. a. Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in Regional Psychiatry Budget - A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. *Int J Integr Car* 2016; 16: 17

Vorstand des DNVF – Wahlperiode 2020-2022: 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. Falkai (kooptiertes Vorstandsmitglied der AWMF e.V.)

Geschäftsführer: Dr. Thomas Bierbaum



Stellungnahme der DFPP e.V. zu den Änderungsvorschlägen der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), Stand 01.06.2022

Die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrie Pflege (DFPP e.V.) dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Unsere Rückmeldung zu den §§ siehe S. 2 ff.

Eine große Veränderung für die Pflege ist die Festlegung der Nachtdienste. Die PsychPV überlies diesen Punkt den Verhandlungspartnern vor Ort, damit klinikspezifische Versorgungssituationen und -strukturen abgebildet werden können. Entsprechend durchdacht muss eine Regelung im Rahmen der PPP-RL sein. Unter den Ausführungen zu §2 benennen wir die grundsätzlichen Erwägungen.

Weiter sind für die Psychotherapeuten neue Werte definiert, Psychotherapie soll im stationären Handeln richtigerweise angemessener abgebildet werden. Falsch ist die Annahme, dass nur Psychotherapeuten und Ärzte evidenzbasierte psychotherapeutische Leistungen erbringen. Für die bessere Abbildung psychotherapeutischer Leistungen müssen auch in der Pflege entsprechende Anpassungen erfolgen. Pflegefachpersonen bieten vielfältige supportive, übende, motivationsfördernde, edukative, reflektierende und weitere niedrigschwellige Verfahren an; sie begleiten Expositionen und Umsetzungen von Therapieempfehlungen, wirken co-therapeutisch in Gruppensituationen mit, bereiten Therapiesitzungen mit den Patienten vor und nach. Diese Angebote finden nicht ausschließlich zu fest vereinbarten Zeiten statt, im Grundsatz rund um die Uhr. Gerade in der Akutbehandlung sind solche (oft zeitintensiven) Formen psychotherapeutischen Handelns vorrangig erforderlich – oder ausschließlich möglich. Für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen sind weder eine Erhöhung der Minutenwerte, noch die Erweiterung der Tätigkeitsprofile vorgesehen (!). Wir haben bislang in jeder Stellungnahme zur PPP-RL diese (und weitere) Aktualisierungsbedarfe vorgegetragen und begründet. Wir sind durchaus überrascht, dass unsere Forderungen offenbar nicht im Ansatz diskutiert wurden. Die DFPP fordert daher bei der PPP-RL-Fortschreibung im kommenden Jahr endlich auf diese dringlichen Aktualisierungserfordernisse einzugehen.

Die DFPP wird vertreten durch Prof. Michael Löhr und Präsidentin Dorothea Sauter; wir werden am Anhörungstermin (25.08.2022) zugegen sein.

Ulm, den 13.07.2022

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'D. Sauter', written in a cursive style.

Dorothea Sauter
Präsidentin

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Michael Löhr', written in a cursive style.

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

Stellungnahme DFPP e.V. zu den konkreten Änderungsvorschlägen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), Stand 01.06.2022

Redaktionelle Anmerkung:

In der PPP-RL wird noch auf „externen Krankenpflegeschülerinnen oder externen Krankenpflegeschülern“, sowie [...] „Zivildienstleistende“ Bezug genommen (auf Seite 129 und 137 in 2. Regelaufgaben des Pflegepersonals/3.2 – 4. Spiegelstrich).

Eine zeitgemäße Richtlinie sollte von „Auszubildenden und Studierenden in Pflegeberufen“ sowie von „Freiwilligendiensten“ sprechen.

§ 2, Absatz (7) und (8) sowie entsprechend § 11, Absatz (1) und weitere

Bezug und Frequenz Nachweise

Die DFPP plädiert mit DKG/LV/BÄK/BPtK für die Streichung von (bei 7) „monatsbezogen und stationsbezogen“ und (bei 8) „auf einer Station“

Begründung:

Die DFPP schließt sich den Tragenden Gründen der DKG umfänglich an. Über den Monats- und Stationsbezug entstehen neben immensem Dokumentationsaufwand vielfältige Verzerrungen und Fehlanreize (so können etwa kurzfristige Personalverschiebung zur Fehlzeitkompensation auf anderen Stationen das mühsame Herstellen einer therapeutischen Allianz konterkarieren). Fachlich ist ein stationsbezogener Nachweis ohnehin nur sinnvoll, wenn sich eine Personalberechnung an Patientenbedarfen wie auch an Leitlinien oder konsentierten/evidenzbasierten Empfehlungen orientiert. Weitgehend am Rande der Mindestausstattung vereinbarte Stellenpläne erfordern sehr häufig tagesaktuelle Gefährdungsbeurteilungen, die über notwendige Verschiebungen von Personalstunden oder -dienste letztlich den Einsatz der Pflegefachpersonen im Gesamthaus bestimmen. Stationsbezogene Vorgaben verhindern eine gefährdungspräventiven Personalausstattung vorwiegend auf Stationen mit Intensivpatienten mit Auswirkungen auf die Patienten und das Pflegepersonal. Dem Ziel, dass bewilligte Personalkosten auch in Personal eingesetzt werden, wird auch der Ganzhausansatz mit Jahresbezug gerecht.

§ 2, Absatz (10, 11, 12)

Nachtdienste

Die DFPP plädiert für die Ergänzungen in Absatz 11 der DKG.

Die DFPP plädiert für die Streichung der Ergänzungen in Absatz 12 von GKV-SV/PatV; für diese Erläuterung wird kein Bedarf gesehen.

Begründung für die Ergänzungen (11):

Die DFPP schließt sich den Tragenden Gründen der DKG an und plädiert für die Berechnung und den Nachweis des Nachtdienstes ohne Stationsbezug. Im Stationsbezug könnten generelle Präsenz und viele Verrichtungen in den Nachtdienststunden abgebildet werden, doch Krisenpatienten, Akutereignisse und Intensivbetreuungen binden an verschiedensten und nicht vorhersehbaren Stellen Personal, das entsprechend flexibel eingesetzt werden muss.

Folgende grundlegende Erwägungen für den Nachtdienst sind unseres Erachtens maßgeblich:

Der Nachtdienst stellt eine vulnerable Größe in der Personalbesetzung dar. Zur Zeit der Entwicklung der Psych-PV gab es noch vielerorts Langzeitbereiche in den Fachkliniken, wobei die Verweildauern länger, der Schweregrad der Erkrankung eher durchmischt und die zu behandelnden Patienten über einen intensivierten Beziehungsaufbau in ihrem Versorgungsbedarf besser einschätzbar waren. Heute fokussiert die stationäre und teilstationäre Behandlung auf den akut erkrankten Patienten mit deutlich kürzeren Verweildauern und einer höheren Anzahl akuter Verläufe. (Das Vorliegen eines grundsätzlichen Hilfe-/Betreuungsbedarfs in der Nacht ist oft das Kriterium, damit eine Behandlung vollstationär erfolgen muss und nicht tagesklinisch geleistet werden kann.)

Die Besetzung im Nachtdienst muss der Spezialisierung der Behandlung und der Akuität der Fälle gerecht werden. Die Nachtsituation ist für viele Patienten in psychischen Krisen eine sehr vulnerable. Das Gewährleisten von Sicherheit, präventives, intervenierendes oder postventives Krisenhandeln, sowie das Reagieren auf akute Symptomlast und auf dringliche Bedürfnisse müssen in der Nacht im Sinne einer Vorhalteleistung jederzeit gewährleistet werden können. Weitere den Nachtdienst berührende zusätzliche Beanspruchungen an eine für Sicherheit von Patienten und Personal ausreichende Ausstattung an Personal ergeben sich aus den Urteilen des Bundesgerichtshofs 2012 zur Zwangsbehandlung psychisch Kranker (BGH, Az.: XII ZB 236/05) und des Bundesverfassungsgerichts 2018 zu Fixierungen (2 BvR 309/15 & 2 BvR 502/16). Sie erfordern eine langdauernde Intensivbetreuung von psychisch kranken Menschen mit erheblicher Einschränkung der Selbststeuerungsfähigkeit und bedürfen einer intensivierten 1:1 Betreuung auch in der Nacht. Insofern bedarf es im Nachtdienst einer Besetzungsrelation, die die Patientensicherheit und eine würdevolle, pflegfachlich kompetente Pflege gewährleistet, sowie den Gesundheitsschutz der Pflegenden sicherstellt. Vor allem auf gerontopsychiatrischen Stationen geht der hohe somatische Versorgungsbedarf mit gleichzeitig erheblicher Desorientierung einher. Hier macht die Zunahme an Patienten mit demenziellen Störungen und multimorbidem Krankheitsgeschehen die pflegerische Versorgung ausgesprochen komplex und nicht planbar.

Diesen Anforderungen wird nach Einschätzung der DFPP keiner der vorliegenden Vorschläge gerecht.

Die Relation sollte eine durchschnittliche Stationsgröße von EP 18, KJP 12 und PSM 25 berücksichtigen. Die Länge des Nachtdienstes sollte 10 Std. nicht überschreiten, plus 30 Min. Übergabezeit. Eine Arbeitszeit von 8 Stunden ist aus gesundheitlichen Gründen zu bevorzugen (siehe AMWF Leitlinie Nachtdi). Beginn und Ende des Nachtdienstes müssen flexibel für die Bedürfnisse der Klientel einer Station anzupassen sein. Die Pausenzeiten sind nach AZG einzuhalten.

- Für *alle* (elektiv aufnehmenden, Konzept-)Stationen gilt, dass mindestens eine Pflegefachperson anwesend sein muss und ein zweiter Nachtdienst jederzeit abrufbar ist. Um die im AZG festgehaltenen Pausenzeiten zu gewährleisten, werden für eine entsprechende Anzahl an Stationen ein oder mehrere weitere Nachtdienste benötigt, die übergreifend tätig sind.
- Für *alle Akutstationen* Stationen gilt, dass niemand im Nachtdienst alleine auf der Station im Dienst sein sollte, um in Gefahrensituationen, in herausfordernden Krisen oder bei medizinischen Notfällen entsprechende Präsenz vor Ort zu haben. Das dient der Patientensicherheit und der Mitarbeitersicherheit. Für ortsgebundene nicht planbare Tätigkeiten (z.B. nächtliche Zugänge, Patientenübergriffe) ist ein weiterer Nachtdienst einzusetzen.

- Je nach Einstufung der Patienten sind weitere Relations-Zuschläge vorzusehen. *Kriseninterventionsstationen* (reine Akutstationen aller Kategorien, (fakultativ) geschlossen geführt, Aufnahmeverpflichtung für den Fachbereich) sind jeweils mit drei Nachdiensten pro 18 Betten (bzw. 12 Betten KJP) auszustatten. Gleiches gilt für *Stationen mit einem hohen Anteil an G2 Patienten*. Hier handelt es sich häufig um eine Patientenklientel, welche aufgrund von Desorientierung und Fehleinschätzung sich und/oder andere gefährdet. Durch personelle Präsenz können durch die Nacht indizierte Komplikationen bei den Patienten abgemildert oder verhindert werden.
- Ein extrem hoher nächtlicher Personalaufwand ist mit der 1:1 Betreuung verbunden. Sie ist nicht nur bei Zwangsmaßnahmen teils gesetzlich verpflichtend, sondern gerade zur Vermeidung einer solchen und daher häufig das Mittel der Wahl. Auch im Kontext von selbstverletzendem Verhalten ist diese Intervention erforderlich und wird häufig genutzt. Da Kliniken mit Aufnahmeverpflichtung für die diese Krisen vorbereitet sein müssen, sind die damit verbundenen Vorhaltekosten zu berücksichtigen.

Aufgrund der Gebundenheit der Nachtdienste benötigt jede Einrichtung mit Aufnahmeverpflichtung einen Hauptnachtdienst, der in einer Leitungsfunktion (übergreifende Stationsleitung der Nachtdienste) mit dem ärztlichen Nachtdienst eine jederzeitige personelle Verfügbarkeit in Krisensituationen mit koordinierenden und unterstützenden Aufgaben sicherstellt. In der Nacht entstehen in der Psychiatrie vielfach Krisen und Konflikte. Die Entstehungsgründe sind vielfältig und reichen von der Ruhe in der Nacht, die eine Person nicht aushält, bis zu expansiven Neuaufnahmen. Auch ist die Nachtarbeit nicht mit der Tagarbeit zu vergleichen und benötigt eine besondere Aufmerksamkeit. Diesbezüglich existiert eine S2 Leitlinie (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/002-030I_S2k_Gesundheitliche-Aspekte-Gestaltung-Nacht-und-Schichtarbeit_2020-03.pdf) der AMWF, deren Ergebnisse aus unserer Sicht zwingend zu berücksichtigen sind. Aus Sicht der DFPP sind folgende Aspekte aus der Leitlinie im Kontext der Primärprävention in dieser Richtlinie zu berücksichtigen.

Nachtarbeit - Empfehlung 1

Der Umfang von Nachtarbeit soll auf ein Minimum begrenzt werden, um Konzentrationsschwierigkeiten, Fehlern und Unfällen vorzubeugen.

Empfehlung 2

Für Beschäftigte in Nachtarbeit sollen Arbeitsgestaltung, technischer und individueller Arbeitsschutz optimiert werden. Ziel ist es, auch in Phasen geringerer Aufmerksamkeit der Beschäftigten sicheres Arbeiten zu gewährleisten und Risiken für Mitmenschen auszuschließen.

Empfehlung 6

Um Konzentrationsstörungen, Fehler und Unfällen zu verhindern, sollte darüber hinaus eine weitere Kumulation von arbeitsbedingten Risiken vermieden werden. Gesetzliche Pausen sollen eingehalten und zusätzliche Kurzpausen sollen gewährt werden.

Die Basis zur Vermeidung der weiteren Kumulation von Risiken bei Nachtarbeit sind, wie im Kapitel zur Schichtplangestaltung (4.15, AMWF Leitlinie) beschrieben:

- Schichten umfassen nicht mehr als 8 Stunden,
- in vorwärts rotierenden Schichtsystemen,
- maximal drei Nachtschichten in Folge sowie
- Einhaltung der gesetzlichen Pausen.

In der dargestellten Leitlinie sind verschiedene primär, sekundär und tertiär präventive Maßnahmen beschrieben, um gegen typische Erkrankungen vorzugehen, die mit Nachtarbeit indiziert sind.

Zusammenfassend lehnt die DFPP alle vorliegenden Vorschläge zur Berechnung des Nachtdienstes in der Pflege als völlig unzureichend ab. Es braucht eine Bemessungsgrundlage, die einerseits die arbeitsmedizinischen Erkenntnisse zur Nachtarbeit berücksichtigt und andererseits die Nacht als vulnerable Situation anerkennt und die Personalausstattung an dem hohen Gut der Patientensicherheit und Mitarbeitenden-sicherheit ausrichtet.

§ 6, Absatz (3)

Berechnung Behandlungstage

Die DFPP schließt sich DKG/LV/DPR an und plädiert für die 14-tägige Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3

Begründung:

Die DFPP schließt sich den Tragenden Gründen der DKG umfänglich an.

§ 6, neuer Absatz (7 oder 6a)

Berechnung Nachtdienste

Wir beziehen uns auf unsere zu §2 ausgeführten Begründungen für eine patienten- und personalsichere Nachtdienstbesetzung. Die hierzu aufgeführten Vorschläge sind insofern insuffizient.

Begründung:

s. Ausführungen unter §2

§ 7, Absatz (4)

Erfüllungsgrad Mindestvorgabe

Die DFPP schließt sich der DKG an und plädiert für die 100%-Umsetzung der Mindestvorgabe pro Berufsgruppe.

Die DFPP weist mit Schärfe den Vorschlag von DKG/LV zurück, in stand-alone-Tageskliniken die Mindestvorgaben berufsgruppenübergreifend zu erfüllen.

Begründung:

Gerade die Tageskliniken waren in der Vergangenheit nach den Psych-PV-Vorgaben stark unterbesetzt, das gilt im Besonderen für den Pflegedienst. Die Klientel der Tageskliniken hat sich in den jüngeren Dekaden sehr stark verändert, hin zu Patienten, welche chronische Verläufe, mehr Krankheitsschwere und persistierende Symptomatik, mehr Komorbidität sowie mehr physische, psychische und psychosoziale Funktionseinschränkungen aufweisen. Genau diese Arten von Hilfebedarf adressieren im Besonderen an die Pflege, deren Aufgabe die Förderung der Alltagsbewältigung (einschließlich Management von Funktionseinbußen sowie Handeln zur Bewältigung von Krankheitsanforderungen) ist.

§ 7, Absatz (4a bis 9)

Erfüllungsgrad Mindestvorgabe Nachtdienst

Die DFPP plädiert für die Übernahme von Abschnitt (5) wie von der DKG vorgeschlagen. Im Besonderen lehnt die DFPP eine stationsbezogene Erfassung der Nachtdienstbesetzung ab.

§ 8, Absatz (3)

Anrechnungen

Die DFPP schließt sich dem Vorschlag der DKG/VV/BPtK an und plädiert für eine Erweiterung.

Bei einer Anrechnung anderer in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1a, 2a und 1b sowie 2b ist zu berücksichtigen, dass bezüglich Vorbehaltsaufgaben keine Anrechnung erfolgen kann.

Begründung:

Die Übergangsregelung mit Anrechnung der Berufsgruppe c auf die der pflegerischen Versorgung dequalifiziert die pflegfachliche Aufgabenerfüllung und reduziert die pflegfachliche Besetzung außerhalb der sogenannten Regeldienstzeiten (Spät- und Wochenenddienste). Auch muss unterbunden werden, dass ärztliche Unterstützungsleistungen durch dafür eingestellte Mitarbeitenden anderen Berufsgruppen zur Last gelegt werden. Die Erweiterung der Anrechnung für Hilfskräfte im ärztlichen Dienst begrüßen wir daher sehr. Die Ergänzung mit den Vorbehaltsaufgaben haben wir auch für die Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen erweitert.

§ 8, Absatz (5)

Anrechnungen

Die DFPP unterstützt den Vorschlag von DKG/LV/BPtK die Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen auf die Berufsgruppe a ausschließlich für Vorbehaltsaufgaben gänzlich zu untersagen.

Begründung:

Die DFPP schließt sich den Tragenden Gründen der DKG umfänglich an.

Höchstgrenzen – Überlegungen für die nächste Aktualisierung der PPP-RL:

Die DFPP regt für die Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe b an, Aussagen zum erweiterten Skill und Grade Mix zu treffen.

Begründung:

Auf den sich verschärfenden Mangel an Fachpflegepersonen muss reagiert werden, gleichzeitig müssen mit hoher Dringlichkeit weitere Deprofessionalisierungsprozesse in der Pflege verhindert werden. Die DFPP kann sich eine spezifische Erweiterung der Höchstgrenzen in der pflegerischen Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten mit einem Pflegegrad mit 20% Anrechenbarkeit von qualifiziertem Pflegeassistenzpersonal nach Landesrecht vorstellen. Gleichzeitig muss die Debatte um eine Quote von Fachpersonen mit akademischem Abschluss bzw. Zusatzqualifikationen mit dem Ziel einer verbindlichen Regelung eröffnet werden. Der Zusammenhang von Patientenoutcomes nicht nur mit der Zahl, sondern auch der Qualifikation der Pflegefachpersonen ist eindrücklich belegt.

§ 10, Absatz (1)

Ausnahmetatbestände

Die DFPP unterstützt die Vorschläge der DKG

§ 15, Absatz (2)

Frist Evaluation der Richtlinie

Die DFPP unterstützt den Vorschlag des DPR

§ 16, Absatz (1)

Übergangsregelung Fristen

Die DFPP unterstützt mit Dringlichkeit den Vorschlag von DKGPatV/DPR, dass die 100%-Erfüllung ab 2024 eingefordert wird.

§ 16, Absatz (4)

Übergangsregelung Psychosomatik

Die DFPP unterstützt die Vorschläge der DKG

Anlage 1

Minutenwertetabelle

Die DFPP fordert spätestens mit der nächsten Aktualisierung die Minutenwerte und die Tätigkeitsprofile der Pflege sachgerecht anzupassen. Sowohl hinsichtlich des psychotherapeutischen Handelns der Pflege (siehe oben, Präambel), als auch hinsichtlich der generellen bedarfsgerechten Versorgung der Patienten.

Karlsbad, 12.07.2022

Stellungnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu der „Änderung der PPP-RL“ möchten wir insbesondere zum Thema der Genesungsbegleitung wie folgt Stellung nehmen:

Zu § 9 Weitere Qualitätsempfehlungen

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

Wir begrüßen sehr die Empfehlung des Einsatzes von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern. Ergänzen könnte man hier, dass es um qualifizierte Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter geht.

Wir würden uns gleichzeitig bereits jetzt eine Verpflichtung hierzu wünschen.

Wir sehen, dass derzeit solche Stellen nicht in jeder Klinik besetzt werden könnten, jedoch hat jede Klinik durch bspw. §16 Übergangsregelung die Möglichkeit ihre Bemühungen darzustellen und die Nichtbesetzung einer solchen Stelle zu begründen.

Derzeit erarbeiten wir ein Konzept, was zukünftig eine berufsbegleitende Qualifizierung ermöglicht, wodurch diese Stellen bereits mit Peers besetzt werden könnten, die dann im Rahmen der Anstellung die Qualifizierung erlangen.

Grundsätzlich befürworten wir auch den Einsatz im Bereich der Kinder – und Jugendpsychiatrie.

Zu Anlage 5: Kernaufgaben der Genesungsbegleitung

Wir möchten anmerken, dass wir nach wie vor begrüßen würden, wenn Genesungsbegleiterinnen oder Genesungsbegleiter die Beteiligung an Zwangsmaßnahmen freigestellt werden würde und diese:r selbst entscheiden kann.

Weiter stellen wir den Begriff der Co-Therapeutenrolle sehr in Frage. Bereits in der Begrifflichkeit erleben wir keine Augenhöhe. Uns scheint vielmehr relevant, dass gleiche Rollen nicht gleich ausgeführt werden müssen (also bspw. hat bei der Leitung einer Gruppe der eine Therapeut die organisatorische, der andere eher die inhaltliche Rolle; der eine bringt eine andere Perspektive oder Themenschwerpunkt als der andere ein, o.ä.), wie das in der Praxis auch bei anderen Berufsgruppen erfolgt.



Allgemein

Hinsichtlich der Einstufung von Genesungsbegleiterinnen oder Genesungsbegleitern finden wir die Unterscheidung der Aufgaben mit Blick auf Verantwortlichkeit und „Schwere“ (wie in dem Positionspapier von Ver.Di 11/20 aufgegriffen) eine erste Basis, um eine angemessenere Vergütung, als das bisher der Fall ist, zu verhandeln.

Wir sehen die Schwierigkeit der tariflichen Einordnung bei kaum möglicher Vergleichbarkeit der Qualifizierungswege, so dass hier auch eine eigenständige Tarifgruppe in Betracht gezogen werden könnte, die die Erfahrungen, das Erfahrungswissen und die tatsächlichen Aufgaben der Einsatzstelle berücksichtigen könnte.

Generell leisten Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter einen mittlerweile bestätigten und nachgewiesenen wichtigen Beitrag in unserem Hilfesystem, der entsprechend vergütet gehört, und dies nicht nur in Anstellung, sondern auch bei Beteiligung an Prozessen wie diesem.

Eine ausführlichere Stellungnahme ist uns leider im Ehrenamt nicht möglich.
Für Fragen stehen wir gerne beim nächsten Treffen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



i.A. Catharina Flader
Vorstandsmitglied





Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

- Der Vorstand -

DÄVT c/o Schön Klinik Roseneck, Am Roseneck 6, 83209 Prien

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und sektoren-
übergreifende Versorgungskonzepte
Z. Hd. Katrin Starke
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Via E-Mail: PPP-RL@g-ba.de

Prien, 13.07.2022

Präsidentin
Dr. med. Beate Deckert
Kaiserstr. 8
97070 Würzburg

1. Vizepräsident
Dr. med. Wolfgang Engelhardt
Am Wald 53
66802 Überherrn-Bisten

2. Vizepräsidentin
Dr. med. Stephanie Backmund-Abedinpour
Nymphenburger Str. 148
80634 München

Schatzmeister
Dr. med. Christian Ehrig
Klinik St. Irmingard
Fachabteilung für Psychosomatik
und Psychotherapie
Osternacher Str. 103
83209 Prien am Chiemsee

Beisitzer
Dr. med. Christian Algermissen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik
Harzklínikum Dorothea Christiane Erleben GmbH
Thiestr. 7-10
38889 Blankenburg

DÄVT-Sekretariat
Deutsche Ärztliche Gesellschaft
für Verhaltenstherapie DÄVT
c/o Manuela Ruhstorfer
Schön Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
83209 Prien am Chiemsee
E-Mail: info@daevt.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zusammenhang mit dem Stellungnahmeverfahren nach §§ 8-14 VerFO des Gemeinsamen Bundesausschusses zur ersten Änderung der Personal-ausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) nehmen wir als Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) zu §2 (Grundsätze) Abs. 1, 7 und 8 sowie §3 (Behandlungsbereiche) Stellung. Die Inhalte dieser Paragraphen betreffen die Verfügbarkeit und Organisation von stationärer Verhaltenstherapie in zentraler Weise.

§2 Abs. 1 Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung

Die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik legt verbindliche Mindestvorgaben für Personal fest, von denen angenommen wird, dass sie zur leitliniengerechten Behandlung von psychischen Störungen *mindestens* erforderlich sind. Gemäß §1 Abs. 1 sind die „mit dieser Richtlinie festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben (..) keine Anhaltzahlen zur *Personalbemessung*“. Eine evidenz- und leitlinien-gerechte Behandlung psychischer Störungen beinhaltet in den überwiegenden Fällen immer auch die Umsetzung eines verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatzes.

Eine tatsächlich evidenzbasierte bedarfs- und leitlinienorientierte *Personalbemessung* mit Anpassung an einrichtungsbezogene Besonderheiten ist weiterhin nicht definiert bzw. absehbar nicht verfügbar. Eine Personalausstattung über Mindestgrenzen hinaus ist derzeit faktisch mit Kostenträgern nicht verhandelbar oder erreichbar.

Da *keine* Personalausstattung oberhalb von Mindestvorgaben erreichbar ist, werden besondere Situationen mit erhöhter Ausfallsquote (z.B. Häufung von jahreszeitlichen Krankheitsausfällen, Austritten oder Elternzeiten) unvermeidlich zur kurzzeitigen Unterbesetzung in einzelnen Versorgungsbereichen einer Einrichtung führen. Stationäre und teilstationäre Einrichtungen werden durch die derzeitige Ausgestaltung der PPP-RL und gelebten Praxis bei der Bestimmung des krankenhausesindividuellen Personalbudgets in vielen Fällen systematisch daran gehindert, den Vorgaben nach §1 Abs. 2 einer *jederzeitigen* Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung durch Vorhaltung des erforderlichen Personals zu entsprechen. Dieses umso mehr, als der aktuelle Fachkräftemangel einen Aufbau von qualifiziertem Personal vielfach erheblich erschwert, verzögert oder verunmöglicht.

Es sind daher grundsätzliche Ergänzungen der PPP-RL zu fordern, welche bereits jetzt die Verhandelbarkeit eines krankenhausindividuellen Personalbudgets oberhalb von Mindestvorgaben zur Personalausstattung begründen helfen.

§2 Abs. 7 Quartals-/einrichtungsbezogener Nachweis über Einhaltung der Mindestvorgaben

Die Ursachen der o.g. Personalengpässe liegen demnach in erster Linie in der gegenwärtig unvollständigen Ausgestaltung der Richtlinie bzw. dem erreichbaren Personalbudget. Eine Sanktionierung der Personalmangelsituationen ist deshalb eine Sanktionierung von Tatbeständen, deren Ursachen in erster Linie außerhalb der jeweiligen Einrichtung liegen. Jede vorrangig an Behandlungsqualität orientierte Einrichtung hat ein genuines Interesse daran, genügend Personal vorzuhalten.

Der Misstrauensaufwand, um kurzzeitige, d.h. monatsbezogene Situationen mit Personalmangel in einzelnen Teilbereichen (Stationen) einer Einrichtung zu identifizieren, steht nicht im Verhältnis zum Bemühen, die Ursachen des Personalmangels zu reduzieren. Der quartals- und einrichtungsbezogene Nachweis, dass die Mindestvorgaben der PPP-RL eingehalten werden, ist zur Qualitätssicherung in der stationären psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ausreichend und verhältnismäßig, um anhaltende, ggf. strukturelle Qualitätsmängel einer Einrichtung zu erkennen.

Aus der Perspektive der Verhaltenstherapie (s.o.) ist zu fordern, Regelungen und Nachweisformen in der PPP-RL zu entwickeln, die es ermöglichen, ein Personalbudget oberhalb der Mindestvorgaben und vorrangig bedarfs- und qualitätsorientiert zu begründen und verhandelbar werden zu lassen. Eine jetzt erstmals nach §14 Abs. 2 PPP-RL durchgeführte Überprüfung der Richtlinie impliziert durch die *qualitätsorientierte* Festlegung der Prüfbereiche (z.B. Personalausstattung in besonders sensiblen Versorgungsbereichen oder dezentralen Einrichtungen), dass ein Zeitbezug der Dokumentation nachrangig ist. Erst durch eine tatsächlich bedarfs- und leitlinienorientierte Personalbemessung werden spezielle Behandlungsansätze einer stationären Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach SGB V vollständig umsetzbar.

Dem Änderungsvorschlag zu §2 Abs. 7 von GKV-SV/PatV ist nicht zuzustimmen.

§2 Abs. 8 Feststellung über die Einhaltung der Mindestvorgaben

Die Bewältigung von vorübergehenden Personalengpässen ist von jeweils konkreten, jedoch einrichtungsbezogen deutlich unterschiedlichen Struktur- und Organisationsmerkmalen (z.B. Einrichtungsgröße bzw. Versorgungsstufe, Weiterbildungsaufgaben, angewandte Psychotherapie-Hauptverfahren, Fachkliniken u.a.), abhängig.

Insbesondere stationäre, verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungskonzepte sind indikationsbezogen, stationsunabhängig und settingübergreifend (voll-/teilstationär) organisiert. Der Personaleinsatz für moderne, modular aufgebaute, kombinierte einzel- und gruppentherapeutische Behandlungskonzepte ist häufig multiprofessionell (Ärzte, Psychologen, Fachpflege) geplant, z.B. in einem Setting mit Moderatoren/Co-Moderatoren oder multiprofessionell organisierter Psychoedukation mit stationsunabhängigen Vertretungsmöglichkeiten. Da die PPP-RL die Systematik einer obsoleten Psych-PV fortschreibt, entspricht die Grundsystematik der PPP-RL weiterhin nicht der gegenwärtig entstandenen Versorgungsrealität. Da jedoch auch die PPP-RL bisher ein *einrichtungsbezogenes* Personalbudget ermittelt, blieb der Personaleinsatz bisher innerhalb der Einrichtung flexibel und konnte für leitliniengerechte Versorgungsformen in verschiedenen Patientenkollektiven mit verschiedenen Personalbedarfen angepasst werden. Ein Stationsbezug der Nachweispflichten gefährdet diese flexiblen und passgenauen Ausgestaltungsmöglichkeiten von Behandlungs- und Vertretungskonzepten. Durch eine stationsbezogene Nachweispflicht würden Behandlungskontinuitäten für Patienten durch Zunahme an Vertretungssituationen und diskontinuierlicher Zuordnung der Behandler zu Organisationseinheiten vermindert und dem Ziel untergeordnet, eine lediglich rechnerisch korrekte Entsprechung der Personalrichtlinie in vorübergehenden Personalengpässen zu erreichen.

Aus Sicht der Fachgesellschaft ist zu erwarten, dass zutreffendere Maßnahmen bei vorübergehenden Personalengpässen in der jeweiligen Einrichtung und konkreten Situation besser in der fachlichen Eigenverantwortung der ärztlich medizinischen Leitung zu entwickeln sind als durch eine unflexible, stationsbezogene Anwendung einer veralteten Grundsystematik der PPP-RL. Erneut würde ein erheblicher und unverhältnismäßiger bürokratischer Misstrauensaufwand erzeugt werden, um die Möglichkeit von „Fehlversorgungen“ zu identifizieren und ungeeignet rechnerisch zu beheben. Hinzu kommt, dass eine Definition des Stationsbegriffs kaum möglich ist, da der Begriff ein breites Spektrum unterschiedlicher Organisationformen und Strukturen umfasst und dadurch sehr verschiedene Möglichkeiten für Vertretungsregelungen und des Personaleinsatzes bei Personalengpässen innerhalb der Einrichtung möglich sind. Wirksame Vertretungsregelungen sind überwiegend möglich, ohne die Zuordnung von Mitarbeitern:innen zu einem Stationsbereich aufzuheben.

Entgegen der Darlegung der GKV-SV ist eine stationsbezogene Nachweispflicht nicht dazu geeignet, die Behandlungsqualität innerhalb einer Einrichtung zu befördern und insbesondere die Organisation verhaltenstherapeutischer Therapieansätze in stationären Einrichtungen zu unterstützen.

Eine stationsbezogene Nachweispflicht entsprechend des Änderungsvorschlages zu §2 Abs. 8 durch GKV-SV/PatV ist daher abzulehnen.

§3 Abs. 1 Behandlungsbereiche

Nach Auffassung der GKV-SV sind die Behandlungsbereiche A4, G4, S4 und KJ5 (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker) sowie die Behandlungsbereiche A5, S5 und G5 (stationäre Psychotherapie) der PPP-RL entbehrlich und (ersatzlos) zu streichen, da diese Behandlungsbereiche derzeit nur für die Einstufung eines jeweils nicht bedeutsamen Anteils zwischen 0,2 – 1,6% der Behandlungstage genutzt werden.

Entgegen dieser Auffassung weisen wir darauf hin, dass die Patientengruppen der Schwer- und Mehrfachkranken in stationären Einrichtungen und andererseits Patienten mit vorwiegendem Bedarf einer stationären Psychotherapie weiterhin einem bedeutsamen Anteil der Versorgungsleistung sowohl im Bereich der Psychiatrie als auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychosomatik darstellen. Insbesondere Fachkrankenhäusern kommt die Aufgabe zu, Patienten mit chronischen und therapieresistenten Krankheitsphasen in einem erheblichen prozentualen Anteil zu versorgen.


Übereinstimmend mit unseren Aussagen zu §2 Abs. 8 (s.o.) ist die äußerst geringe Einstufung der Behandlungstage in diese Behandlungsbereiche eher der Diskrepanz zwischen Versorgungsrealität und Grundsystematik (Minutenwerte) der PPP-RL bzw. Psycho-PV zuzuordnen als dem Umstand, dass diese Patientengruppe in der Versorgungsrealität nicht mehr identifizierbar ist. Mit der zunehmenden Behandelbarkeit von Schwer- und Mehrfachkranken und Anwendung stationärer Psychotherapie für wachsende Anteile der (teil-) stationären Patienten- und Störungsgruppen sind die o.g. Behandlungsbereiche nicht mehr zutreffend und werden behelfsweise durch andere Behandlungsbereiche ersetzt.

Nach Ansicht der DÄVT ist vorrangig in denjenigen Behandlungsbereichen der PPP-RL, die sich entsprechend der Auswertungen der GKV-SV als obsolet erweisen, eine Begleitforschung erforderlich, um für Patienten, die in diese Behandlungsbereiche einzustufen sind, eine evidenz- und leitliniengerechte Personalbemessung zu ermöglichen. Dies hätte voraussichtlich eine unmittelbar positive Auswirkung auf die Behandlungsqualität nicht nur aber auch der stationären Verhaltenstherapie für Psychotherapiepatienten bzw. Schwer- und Mehrfachkranke. Die Streichung dieser Behandlungsbereiche würde zu einem Außerachtlassen insbesondere der Langzeit- und Mehrfachkranken führen und widerspräche damit dem Anliegen der PPP-RL, ein zukunftsorientiertes Modell der Personalbemessung für die Behandlung des Gesamtspektrums psychischer Erkrankungen zu entwickeln.

Ein Ersetzen bzw. die Streichung der o.g. Behandlungsbereiche entsprechend den Vorschlägen von GKV-SV/PatV und die Einführung eines Behandlungsbereiches A3 (Regelbehandlung mit erhöhter Psychotherapie) ist abzulehnen, weil damit die Entwicklung einer evidenz- und leitliniengerechte Personalbemessung und damit auch die Verfügbarkeit von Verhaltenstherapie insbesondere für Schwer- und Mehrfachkranke bzw. stationäre Psychotherapiepatienten erschwert wird. Mit dem Vorschlag der GKV-SV/PatV wäre lediglich eine veränderte Zusammenstellung der bereits bestehenden Minutenwerte (ohne Begleitforschung) verbunden.

Mit dieser schriftlichen Stellungnahme ist unsere Bereitschaft verbunden, an einer Sitzung am 25.08.2022 zur Anhörung teilzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Christian Algermissen
i.A. für den DÄVT Vorstand

Stellungnahme

13.07.2022

Stellungnahme der DGPPN zum Entwurf einer Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), Stand 01.06.2022

Die DGPPN bekräftigt erneut die dringende Notwendigkeit einer Erhöhung der Minutenwerte für die Erbringung von Psychotherapie in psychiatrischen Kliniken. Anderenfalls würde der gesetzliche Auftrag, mittels der Personalvorgaben eine leitliniengerechte Behandlung zu ermöglichen, eindeutig verfehlt. Allerdings darf die Nicht-Erfüllung der erhöhten Minutenwerte nicht durch Strafsanktionen bewehrt werden, da es sich dabei nicht um Mindestvorgaben zur Gewährleistung der unmittelbaren Patientensicherheit, sondern um eine Vorgabe zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung handelt.

1. Minutenwerte

Zu Anlage 1: Minutenwerttabellen, Nr. 1 Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene: Der Vorschlag von PatV, BÄK und BPTK wird grundsätzlich unterstützt.

Dass für eine evidenzbasierte und leitliniengerechte Behandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken eine Erhöhung der geltenden Minutenwerte für die Erbringung von Psychotherapie dringend geboten ist, ist sowohl in der einschlägigen Fachliteratur sowie unter Fachexperten unstrittig. Die DGPPN begrüßt deshalb eine Aufwertung der Minutenwerte für die Erbringung von Psychotherapie, wie sie von Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer und Patientenvertretung vorgeschlagen wird, grundsätzlich. Allerdings darf die Nicht-Erfüllung der Vorgaben nicht durch Strafsanktionen bewehrt werden, weil es sich nicht um Mindestvorgaben zur Gewährleistung der unmittelbaren Patientensicherheit im Sinne der Richtlinie handelt, sondern um eine leitlinienorientierte, qualitätsbezogene Vorgabe. Eine weitere Verschärfung der ohnehin sehr umstrittenen Strafsanktionen würde die flächeneckende regionale psychiatrische Versorgung weiter gefährden. Neben der Sanktionsfreiheit muss auch die Finanzierung der Stellenmehrungen gesichert sein.

Wenn dies innerhalb der Systematik der PPP-RL im Rahmen der aktuellen Gesetzeslage nicht möglich ist, müssen die entsprechenden gesetzlichen Regelungen geändert bzw. geschaffen werden.

Zu § 16 Übergangsregelungen: Der Vorschlag von PatV, BÄK und BPtK wird unterstützt.

Eine schrittweise Erhöhung der Minutenwerte bis Ende 2028, wie von PatV, BÄK und BPtK vorgeschlagen, ist aus Sicht der DGPPN nicht nur sinnvoll, sondern unbedingt notwendig, denn die Erfüllung dieser Vorgaben stellt viele Krankenhäuser aufgrund des Fachkräftemangels vor große Herausforderungen. Eine Erhöhung der Minutenwerte darf nicht dazu führen, dass Kliniken, die ohne Selbstverschulden z. B. in ländlichen Gebieten aufgrund des Fachkräftemangels nicht in der Lage sind, das notwendige Personal innerhalb kurzer Zeit zu gewinnen, von Sanktionen und letztendlich einer Schließung bedroht sind. Siehe hierzu auch die obenstehenden Ausführungen zur Anlage 1.

2. Stationsbezug

Zu § 2 Grundsätze, Nr. 7 und 8: Die Vorschläge von DKG/LV/BÄK/BPtK werden unterstützt.

Wie in der Begründung der DKG treffend erläutert, entspricht eine stationsbezogene Personalzuordnung nicht der Realität moderner psychiatrischer Kliniken. Dank *stationsübergreifender* Therapieangebote kann der spezifische Bedarf jedes einzelnen Patienten passgenau über den Behandlungsverlauf abgedeckt werden. Eine stationsbezogene Nachweispflicht erscheint daher unsachgemäß. Sie würde für die Krankenhäuser einen hohen Dokumentationsaufwand sowie eine unnötige Einschränkung der Flexibilität des Personaleinsatzes nach sich ziehen.

3. Sanktionen

Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben, Nr. 5 und 6: Die Position der DKG wird unterstützt.

Die DGPPN teilt die von der DKG in der Begründung dargelegte Ansicht, dass für die Einführung von Sanktionen eine grundsätzliche Überarbeitung der PPP-RL abgewartet werden sollte. Die derzeitige Systematik der Richtlinie ist veraltet und sollte schnellstmöglich durch eine moderne, evidenzbasierte Systematik ersetzt werden. Die DGPPN hat, gemeinsam mit anderen Verbänden der Plattform Personalbemessung, einen entsprechenden Vorschlag erarbeitet, der derzeit mithilfe einer Förderung durch den Innovationsfonds des G-BA validiert wird.

Wenn Sanktionen bereits vor einer grundlegenden Überarbeitung der Richtlinie greifen, besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser gezwungen sind, z. B. einrichtungs- und stationsübergreifende sowie settingübergreifende Behandlungsformen zu reduzieren, um die Vorgaben

der Richtlinie zu erfüllen. Zudem wären kleinere Einheiten wie alleinstehende Tageskliniken von Schließungen bedroht. Dies würde einen Rückschritt auf dem Weg zu einer gemeindenahen, bedarfsgerechten und patientenzentrierten Versorgung bedeuten.

4. Ausnahmen für „stand-alone“ Tageskliniken

Zu § 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad, Nr. 4 sowie § Ausnahmetatbestände, Nr. 3: Die Position der DKG wird unterstützt.

Die DGPPN unterstützt das Ansinnen der DKG, Ausnahmen für dezentrale kleine Tageskliniken einzuführen. Alleinstehende Tageskliniken leisten insbesondere in unterversorgten Regionen einen enorm wichtigen Beitrag zu einer gemeindenahen Versorgung. Gleichzeitig ist es für diese Einrichtungen aufgrund ihrer dezentralen Lage häufig besonders schwierig, schnell auf Personalengpässe zu reagieren. Eine sanktionsbedingte Schließung dieser Angebote wäre fatal, da der Ausfall nicht durch alternative Angebote abgedeckt werden könnte. Die Regeln für die Einhaltung der Personalvorgaben sollten für entsprechende Standorte deswegen im Vergleich zu Krankenhäusern leicht gelockert werden.

5. Streichung von Behandlungsbereichen

Zu § 3 Streichung der Behandlungsbereiche A4, A5, S4, S5, G4 und G5 zugunsten eines neuen Bereiches A3 sowie Anlage 2: Die Position des GKV wird abgelehnt.

Die PPP-RL basiert in allen wesentlichen Punkten auf dem Regelwerk der Psych-PV. Solange keine gravierende und fundierte Überarbeitung der PPP-RL stattgefunden hat, sollte daher auf eine einseitige Veränderung von Rahmenbedingungen verzichtet werden.

Es gibt derzeit keine fundierten Kenntnisse, ob die Bedeutung der Behandlungsbereiche tatsächlich entfällt und falls dem so ist, wie sich der Umstand auf die Mindestvorgaben auswirken würde.

Die Behandlungsbereiche wurden in der Psych-PV aus gutem Grund definiert und im kompletten Regelwerk verankert. Insofern ist eine Streichung abzulehnen.

6. Überführung der Eingruppierungsempfehlungen für Behandlungsbereiche in OPS-Codes

Zu § 6 Überführung der Eingruppierungsempfehlungen für Behandlungsbereiche in OPS-Codes sowie Anlage 2: Der GKV-Vorschlag wird abgelehnt.

Die Argumentation der DKG in den Tragenden Gründen wird vollumfänglich unterstützt.

So wünschenswert eine Begrenzung der administrativen Bürokratie wäre, so wenig hilfreich ist es, einen Vorschlag umzusetzen, zu dem keine Folgenabschätzung vorliegt und der zunächst einen deutlichen administrativen Mehraufwand bedeuten würde.

Obwohl der Vorschlag auf Standarddaten abstellt, die regelhaft bereits vorliegen, müssten diese aber dennoch zur Umsetzung des Vorschlags des GKV-SV aufbereitet und in die restliche Struktur der PPP-RL Berechnungen gebracht werden. In dieser Art liegen die Daten bislang nicht vor. Kurzfristig wäre der Vorschlag somit sicherlich auch nicht bei allen Beteiligten umzusetzen. Zudem wird aus dem formulierten Vorschlag nicht klar, wie die Auswertung letztlich genau vorgenommen werden muss und wie die Kategorisierung abgebildet wird. Der Vorschlag erscheint an sich nicht völlig abwegig, sollte aber vor einer praktischen Umsetzung umfassend evaluiert und in der klinischen Praxis erprobt werden. Es ist nicht im Interesse aller Beteiligten, die Krankenhäuser und Abteilungen durch kurzfristige Aktionen mit weiterem vermeidbarem Aufwand zu konfrontieren.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
Präsident DGPPN
Reinhardtstr. 29
10117 Berlin



Stellungnahme zur Überarbeitung der PPP-RL

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie sieht drei wesentliche Punkte, von denen seine Mitgliedsorganisationen – regionale gemeindepsychiatrische Erbringer von Leistungen aus allen einschlägigen Bänden des Sozialgesetzbuchs – betroffen sind und auf die sich diese Stellungnahme beschränkt.

1. Existenzgefährdung gemeindepsychiatrischer Klinikeinrichtungen

Die Regelungen in §§ 11 und 13 der Richtlinie führen für dezentral organisierte, in die regionale Versorgung integrierte Klinikeinheiten – in der Mehrzahl Tageskliniken – mit multiprofessionellen Teams mit bis zu 10 Mitgliedern zu absurden Situationen in Urlaubs- und Krankheitssituationen. In solchen Teams ist jede Berufsgruppe mit nur ein bis zwei Personen vertreten, ggf. mit Ausnahme der Pflege. Diese müssen bei Abwesenheit nach den Vorgaben der PPP-RL vollzeitig und berufsgruppenspezifisch ersetzt werden; dies kann häufig nicht durch andere reguläre Teammitglieder geleistet werden.

Soweit es sich um ausgelagerte Standorte größerer Kliniken handelt, mag ein Ersatz theoretisch immerhin möglich sein, der ggf. anreisende Oberarzt oder Ergotherapeut kennt dann aber die Patienten nicht (umgekehrt ebenso wenig) und fehlt außerdem in seiner regulären Einheit. Selbständige Tageskliniken haben selbst diese Möglichkeit nicht, sie können nicht für jede Berufsgruppe Ersatzkräfte zusätzlich vorhalten, nur um die formellen Mindestvorgaben einzuhalten.

Ein solcher berufsgruppenspezifischer Ersatz ist im Übrigen fachlich auch nicht erforderlich. Die multiprofessionellen Teams kleiner Klinikeinheiten arbeiten durchweg mit Abwesenheitsvertretungen über die Berufsgruppen hinweg und legen die individuellen Zuständigkeiten ihrer Ärzt*innen und der übrigen Berufsgruppen so fest, dass vorübergehende Abwesenheiten ohne Brüche in der personellen Kontinuität der Einzelbetreuung verkraftet werden. Dieses Vorgehen hat sich seit Gründung der ersten dezentralen Tageskliniken vor mehr als fünfzig Jahren überall etabliert.

Eine schematische Anwendung der Vorschriften der §§ 11 und 13 der PPP-RL würde absehbar zur Schließung kleiner gemeindepsychiatrischer Klinikeinheiten führen. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie sieht darin einen Verlust der Errungenschaften der letzten Jahrzehnte, deren Entwicklung ja gerade zur Dezentralisierung großer Versorgungskliniken und zur Integration stationärer und vor allem teilstationärer klinischer Angebote in regionale gemeindepsychiatrische Verbundstrukturen geführt hat. Diese Entwicklung sollte im Interesse schwer psychisch erkrankter Patienten unbedingt gefördert und keinesfalls behindert oder gefährdet werden.

Wir schlagen vor:

- § 11 PPP-RL und die entsprechenden Anlagen sind so zu modifizieren, dass eine Abwesenheit in der für Urlaub und akute Erkrankungen typischen Zeitspanne – z. B. bis zu sechs Wochen – nicht ersetzt werden muss.
- Soweit der Einsatz von Ersatzkräften erforderlich wird, muss er berufsgruppenübergreifend möglich sein. Mindeststandards sollten allerdings die jederzeitige Anwesenheit einer ärztlichen und einer pflegerischen Kraft bleiben.
- Die Nachweispflichten gemäß § 11 PPP-RL dürfen für kleine regional verankerte Klinikeinheiten nicht sanktionsbewehrt sein, die Vorschriften des § 13 sind auszusetzen.

- Erst bei Vorliegen der Evaluationen gemäß §§ 14 und 15 PPP-RL sollen auf der Grundlage ihrer Ergebnisse erforderlichenfalls Nachweispflichten und Sanktionen für diese Einheiten in einer entsprechend angepassten Form erarbeitet werden.

2. Stärkung der extraklinischen Kooperation

Wir vermissen die Berücksichtigung der Kooperation zwischen Klinikmitarbeiter*innen und ambulanten Leistungserbringern, insbesondere niedergelassenen Ärzten, Psycho- und Soziotherapeuten sowie Pflegediensten, aber auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe, der Arbeitsförderung oder der Familienhilfe. Solche Kooperationen sind bei vielen Patienten regelhaft erforderlich, sei es, dass sie entsprechende Leistungen schon vor der Aufnahme erhalten haben oder dass diese im Rahmen des Entlassmanagements neu anzubahnen sind.

Gemeint ist hier keineswegs nur die Berufsgruppe der Sozialarbeit, sondern ebenso das ärztliche Personal, die Gruppe der Psychologen/Psychotherapeuten, die Pflege und ggf. auch Spezialtherapeuten; sie alle sollten mit ihren ambulant tätigen Pendants idealerweise ab dem Tag der Aufnahme und dann fortlaufend im Austausch stehen.

Die mangelhafte sektorenübergreifende Kooperation wurde im Übrigen kürzlich auch vom Sachverständigenrat (Jahresgutachten 2018, Kap. 16) in einem eigenen Kapitel zur psychiatrischen Versorgung beklagt.

Wir schlagen vor:

- Die PPP-RL sollte in den Minutenwerttabellen die personellen Voraussetzungen dafür schaffen, dass alle Berufsgruppen sich aktiv an fallbezogener sektorenübergreifender Zusammenarbeit beteiligen. Es handelt sich hier nicht um Luxusversorgung, sondern um einen Mindeststandard.

3. Genesungsbegleitung ist eine eigene Pflichtleistung

In unserer Stellungnahme zum Beschlussentwurf zur Änderung der PPP-RL im September 2020 haben wir bereits darauf hingewiesen, dass die PPP-RL die neue Leistungsart der Genesungsbegleitung nur halbherzig berücksichtigt, indem sie sie zwar in § 9 (2) benennt, aber nicht in den Katalog der regulär tätigen Berufsgruppen gemäß § 5 (2) aufnimmt. Je länger dieser Zustand bestehen bleibt, umso mehr fällt die PPP-RL hinter internationale Standards und die wachsende Praxis auch in Deutschland zurück.

In der jetzigen Situation fehlt ein formulierter Mindeststandard für Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Klinikbehandlung in Deutschland. Nach unserem Eindruck behelfen Kliniken sich teilweise damit, dass sie Genesungsbegleiter*innen in anderen Berufsgruppen „unterbringen“ und somit deren eigene Leistungen schwächen.

Wir schlagen vor:

- Spätestens mit der nächsten Überarbeitung sind die Genesungsbegleiter*innen in § 5 Absatz 2 als zusätzliche Berufsgruppe aufzunehmen und mit eigenen Minutenwerten in die Richtlinie einzuarbeiten.

Köln, 13.02.2022


Nils Greve
Vorsitzender



DGPT e.V. Kurfürstendamm 54/55 10707 Berlin www.dgpt.de

Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses durch die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.

Hier: Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie: Erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3

Die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V. bedankt sich ausdrücklich dafür, zur Änderungsfassung der Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL Stand 01.06.2022) Stellung nehmen zu können.

Grundsätzlich unterstützt die DGPT unbedingt die Bemühungen der PPP-RL, zu einer vernünftigen und verbindlichen Mindest-Personalausstattung in den entsprechenden Einrichtungen zu kommen, um eine psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau zu gewährleisten.

Der Gesetzgeber wollte ausdrücklich eine Stärkung der Psychotherapie. Dies kann nicht allein durch eine Ergänzung der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgen, sondern nur durch eine Erhöhung der Personalressourcen, die Psychotherapie im engeren Sinn erbringen, d.h. von Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Die Erhöhung der Minutenwerte pro Patientinnen und Patienten und pro Woche der oben genannten Berufsgruppen sorgt dafür, dass bei komplex erkrankten Patientinnen und Patienten mehr Psychotherapie erbracht werden kann.

Aufgrund der Tatsache, dass bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung der Mindestvorgaben fehlen und die Studien hierzu derzeit noch laufen, begrüßen wir ausdrücklich, dass die Sanktionsmaßnahmen im Jahr 2023 noch ausgesetzt werden. Wir unterstützen deshalb die Forderung, die Ermittlung der Personalmindestausgaben in 2023 auszusetzen.

Bzgl. der Nachweispflicht fürchten wir enorme bürokratische Aufwendungen. Hier sollten Vereinfachungen unbedingt möglich werden. Somit unterstützen wir alle Bestrebungen der Änderungsfassung, die eine Verschlan-
kung der Nachweispflicht ermöglichen.

Deutsche Gesellschaft für
Psychoanalyse,
Psychotherapie,
Psychosomatik und
Tiefenpsychologie e.V.

Geschäftsführender Vorstand

Dr. phil. Dipl.-Psych. Rupert Martin
Vorsitzender
Münsterer Straße 1
51063 Köln

Birgit Jänchen-van der Hoofd
Stellv. Vorsitzende
Fachärztin für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Leonhardtstr. 4
14057 Berlin

Dipl.-Psych. Georg Schäfer
Stellv. Vorsitzender
Baumschulallee 21
53115 Bonn

Ingrid Moeslein-Teising
Vorsitzende der Sektion
„Berufsverband der Ärztlichen Psycho-
analytikerinnen und Psychoanalytiker
und der tiefenpsychologisch tätigen
Ärztinnen und Ärzte (BÄP)*“
Fachärztin für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Ludwig-Braun-Straße 13
36251 Bad Hersfeld

Dipl.-Psych. Birgit Pechmann
Vorsitzende der Sektion
„Berufsverband der Psychologischen
Psychoanalytikerinnen und Psychoana-
lytiker und der tiefenpsychologisch täti-
gen Psychologischen Psychotherapeu-
tinnen und Psychotherapeuten (BPP)*“
Steubenstr. 3
65189 Wiesbaden

Geschäftsstelle

Dr. rer. pol. Felix Hoffmann
Geschäftsführer

RAin Birgitta Lochner
Justitiarin

Kurfürstendamm 54/55
10707 Berlin
Fon: 030 / 8 87 16 39 30
Fax: 030 / 8 87 16 39 59

psa@dgpt.de, www.dgpt.de

Im Einzelnen unterstützen wir folgende Änderungsvorschläge:

§ 2 Grundsätze

§ 2 (3) Wir unterstützen den Vorschlag der DKG.

In der Psychosomatik findet der größte Teil der Leistungserbringung und therapeutischen Maßnahmen tagsüber statt.

§ 2 (7) und (8): wir unterstützen den Vorschlag der BPtK.

Eine Verkleinerung der Organisationseinheiten (auf die Organisationseinheit Station statt der Organisationseinheit Abteilung) erscheint uns nicht sinnvoll. Eine höhere Flexibilität zum Einsatz des Personals sollte gewährleistet werden, um einerseits eine leitliniengerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Vorgaben sicherstellen zu können und andererseits den bürokratischen Aufwand in Grenzen zu halten.

§ 2 (10) wir unterstützen den Vorschlag der PatV

§ 2 (11) wir unterstützen den Vorschlag GKV-SV, PatV – aktuell ist eine Spezifizierung bezüglich des Nachdienstes noch nicht möglich.

§ 2 (12) wir unterstützen den Vorschlag der BÄK/DKG

§ 3 Behandlungsbereiche

§ 3 (1) Wir unterstützen eine höhere Ausdifferenzierung und die Beibehaltung von A4 und A5, bzw. S 4 und S 5, G4 und G5– Vorschlag der DKG

Im Bereich der Psychosomatik plädieren wir für eine weitere Ausdifferenzierung – wir folgen zwar der Anpassung der Minutenwerte im Vorschlag der BPtK (Anlage 1) - sehen hier aber die Notwendigkeit, eine weitere Eingruppierungsmöglichkeit zu schaffen. Es wird je nach Konzept und Ausrichtung einer Organisationseinheit zum Beispiel mehr somatische Abklärung notwendig, dafür weniger konkrete Psychotherapie möglich sein, oder aber auch, wie von der BPtK gefordert, mehr Einzeltherapie notwendig sein, um eine intensive Therapie zu gewährleisten. Hier ist eine sachgerechte und aufwandsgerechte Erweiterung und Differenzierung um weitere Ziffern/Bereiche notwendig – jedoch sollte sich diese an den empirischen Daten, die derzeit erhoben werden, orientieren.

Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Mehrzahl der in psychosomatischen Kliniken (teil-)stationär behandelten Patientinnen und Patienten neben der psychischen Erkrankung zusätzlich an chronischen körperlichen Erkrankung leiden. Die psychosomatische und psychopharmakologische Behandlung muss daher hinsichtlich des Settings, des therapeutischen Vorgehens sowie der Dosis auf die Ausprägung und Interaktion der genannten Merkmale bestmöglich zugeschnitten werden.

§ 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag – und Nachtdienste

Wir unterstützen die Vorschläge der PatV.

In der Tagesklinik ist zu berücksichtigen, dass das Pflegepersonal länger vor Ort sein muss als die Patientinnen und Patienten, auch um Krisen auffangen zu können.

An den Wochenenden ist in der Psychosomatik in der Regel weniger Pflegepersonal notwendig, was zu berücksichtigen ist.

§ 5 Berufsgruppen

Wir unterstützen die Vorschläge der BPtK.

In § 5 (1) b fehlt die Nennung der medizinischen Fachangestellten, deren Ausbildung und die Einsatzbereiche in der psychosomatischen Medizin die Voraussetzungen erfüllen für die Eingliederung in die Gruppe der Pflege.

§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

Wir unterstützen den Vorschlag der BPtK, fordern jedoch zunächst eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche.

§ 6 (6): Es ist nicht nachzuvollziehen, warum die Minutenwerte um 10 % verringert werden, wenn es sich nicht um eine Versorgungseinrichtung handelt, da die leitliniengerechte Therapie mit den entsprechenden Minutenwerten auch in Kliniken ohne Versorgungsauftrag durchgeführt wird.

§ 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

Bezüglich der Nachtdienste unterstützen wir den Vorschlag der PatV.

§ 8 Anrechnung der Berufsgruppen

§ 8 (3) wir unterstützen den Vorschlag der PatV und DKG.

Auch hier benötigt es in der Zukunft eine Ausdifferenzierung der Personalmindestvorgaben aufgrund der hohen Diversität der psychosomatischen Einrichtungen. Solange hierzu noch keine ausreichenden Daten vorliegen, ist eine Anrechnung der Berufsgruppen c auf b, d, e und f sinnvoll.

§ 8 (5) wir unterstützen den Vorschlag der BPtK und DKG sowie PatV bis 2023, außerdem den Vorschlag zu (6) der BPtK

Außerdem halten wir es für sinnvoll, dass die Berufsgruppen der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zusammengelegt werden, um auch hier die Verteilung für spezifische Konzepte flexibler handhaben zu können. Unbedingt sollte jedoch eine Anrechnung der jeweiligen Berufsgruppen gegenseitig möglich sein.

§ 10 Ausnahmetatbestände

§ 10 (1) 1. Wir unterstützen der Vorschlag der DKG, da sich die Erfüllung der Mindestvorgaben aus der Tatsache ergibt, ob in jeder einzelnen Berufsgruppe der Umsetzungsgrad gleich oder über 100% ist. Sich hier auf das gesamte Personal zu beziehen, ist nicht folgerichtig und sachgerecht.

§ 10 (1) 3. Wir unterstützen den Vorschlag der DKG. Es ist nachvollziehbar, dass es für kleinere Einrichtungen schwerer sein kann, innerhalb eines Quartals die Personallücken bei Krankheit zu schließen.

§ 11 Nachweisverfahren und Anlage 3

§ 11 (1) wir unterstützen den Vorschlag der BPtK

§ 11 (3), (6), (12): wir unterstützen die Vorschläge der DKG

Stationsbezogene Nachweise erhöhen die Bürokratisierung und zwingen zu einer künstlichen Zuteilung des Personals zu einzelnen Stationen, auch wenn es stationsübergreifend arbeitet. Außerdem verhindert es eine flexible Vertretungsregelung.

Eine Nachweispflicht 14 Tage nach Ende des Quartals wird in vielen Fällen das Controlling sehr unter Druck setzen, kurzfristige Meldungen erfordern einen hohen Verwaltungsaufwand, eine Fristsetzung von sechs Wochen erscheint uns sinnvoller.

§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

§ 13 (5) Wir unterstützen den Vorschlag der DKG, den Vergütungsausfall bis Ende 2024 auszusetzen und die Resultate der aktuell laufenden Studien abzuwarten.

Es ist nicht vertretbar, dass schon jetzt Anpassungen des Personals geschehen, um drohenden Sanktionen zu entgehen, ohne dass die Personalvorgaben sich an den bisherigen

therapeutischen Vorgehen und empirisch begründeten etablierten Behandlungskonzepten orientieren.

Es ist zu befürchten, dass zu früh einsetzende Sanktionen ohne Überprüfung der Personalvorgaben zu einer Negativspirale führen und gerade kleinere Häuser, die für die wohnortnahe Versorgung zentral sind, schließen müssen.

Deshalb begrüßt die DGPT den Vorschlag der DKG, dass die Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie Sanktionsmaßnahmen bis zum Jahr 2025 weiter ausgesetzt werden.

Es fehlen in der Psychosomatik bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben. Diese Daten werden derzeit in Studien erhoben. Aufgrund der Pandemiebedingungen wird mehr Zeit zur Umsetzung und Auswertung der Studien benötigt. Mit validen Daten ist frühestens Mitte 2024 zu rechnen. Somit ist es wünschenswert, dass diese noch weiter zu erhebenden Daten bei der aktuellen und zukünftigen Überarbeitung der PPP-RL Berücksichtigung finden. Es gibt berufsgruppenübergreifend einen großen Konsens, den Umfang psychotherapeutischer Behandlungen in der stationären Versorgung aufrecht zu erhalten und für spezielle Bereiche auch auszubauen.

§ 14 Anpassung der Richtlinie

§ 14 (2) wir unterstützen den Vorschlag der PatV

§ 15 Evaluation der Richtlinie

Zu § 15 (2) wir unterstützen der Vorschlag der DKG/PatV/LV/BPtK

§ 16 Übergangsregelungen

Zu § 16 (1) 3. Wir unterstützen den Vorschlag der BPtK

(4 und 5) Wir unterstützen die Vorschläge der PatV, BÄK und BPtK

Für die Umsetzung der Richtlinie unterstützen wir zu § 16 (6) den Vorschlag der DKG bzw. zu § 16 (8) den Vorschlag der DPR.

Wichtig ist eine schrittweise Erhöhung der Minutenwerte für Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bis 2028, um den Einrichtungen ausreichend Zeit für den Personalzuwachs zu geben. Kliniken brauchen Zeit, um das entsprechende Personal zu rekrutieren

Dabei ist Fachkräftemangel kein Argument gegen höhere Personalanforderungen. Erst wenn durch eine ausreichende Personalausstattung die Arbeitsbedingungen in den

Einrichtungen besser werden, wird die Tätigkeit in einer psychiatrischen Einrichtung wieder attraktiv(er). Eine mangelnde Personalausstattung bewirkt hingegen eine „Negativ-Spirale“.

Anlage 1 Minutenwerttabelle

Wir unterstützen den Gemeinsamen Vorschlag von Patientenvertretung (PatV), Bundesärztekammer (BÄK) und Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

Die der Anpassung der Minutenwerte zugrundeliegende Psychotherapiedosis ist mindestens erforderlich, um eine stationäre Behandlung zu rechtfertigen.

In der ambulanten Versorgung erhalten Patientinnen und Patienten in der Regel mind. 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche. Um einen stationären Aufenthalt zu rechtfertigen sind deshalb mindestens 75 bis 100 Minuten Einzeltherapie pro Woche erforderlich.

Gleichzeitig ist es wichtig, die Bereiche später nach empirischer Datenlage zu differenzieren, da nicht alle Patienten gleich viel Psychotherapie benötigen, sondern unter Umständen zum Beispiel mehr sozialarbeiterische oder somatische Unterstützung und Behandlung, was sich bei der Unterscheidung zwischen P1 und P2 bzw. P3 und P4 aktuell nicht ausreichend darstellen lässt.

Anlage 2 Eingruppierung

Wir unterstützen die Vorschläge der DKG

Grundsätzlich wäre eine weitere Ausdifferenzierung der Psychosomatischen Bereiche P1-P4 zu begrüßen. (siehe oben)

Eine Anrechnung weiterer Berufsgruppen (z.B. Spezialtherapeuten) auf die Therapieeinheiten wäre sinnvoll.

Anlage 3 Nachweise

Wir unterstützen die Vorschläge der DKG (Erläuterungen zur Spalte 4 in Tab A5.1.1, sowie Tab. A5.1.2.)

Tab A5.1.4 – Streichung der Spalte 1 ist sinnvoll.

Anlage 4 Regelaufgaben

Eine Möglichkeit der gegenseitige Anerkennung der Berufsgruppen d-f wäre zu begrüßen, um in Vertretungsphasen eine höhere Flexibilität und bessere Patientenversorgung zu gewährleisten.

Zusammenfassend:

Die Stärkung der Psychotherapie durch die Festlegung von höheren Mindestvorgaben für ärztliche und (psychologische) Psychotherapeuten wird durch die DGPT ausdrücklich begrüßt.

Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Mehrzahl der in psychosomatischen Kliniken (teil-)stationär behandelten Patientinnen und Patienten neben der psychischen Erkrankung zusätzlich an einer pathognomonisch assoziierten chronischen körperlichen Erkrankung leiden. Die psychosomatische und psychopharmakologische Behandlung muss daher hinsichtlich des Settings, des therapeutischen Vorgehens sowie der Dosis auf die Ausprägung und Interaktion der genannten Merkmale bestmöglich zugeschnitten werden. Hierzu bedarf es der ärztlichen Expertise.

Grundsätzlich sollte jedoch einer Behandlung der psychischen Beschwerden getrennt von den somatischen Beschwerden entgegengewirkt werden, indem die Zusammenarbeit in berufsgruppenübergreifenden Teams gestärkt wird.

Eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatik ist dringend erforderlich. Hierzu braucht es aber eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben.

Eine festzulegende Minutenanzahl von Psychotherapie (z.B. 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche) wäre sowohl von Ärztinnen und Ärzten und/oder (psychologischen) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erbringen.

Für die Ermittlung der Personalmindestvorgaben sowie der Sanktionsmaßnahmen für psychosomatische Einrichtungen ist eine adäquate Datengrundlage anzustreben.

Eine stationäre Notfallbehandlung von entsprechenden Patientinnen und Patienten ist in jedem Fall unabdingbar zu ermöglichen und darf nicht sanktioniert werden.

Berlin, 12.07.22

Der Geschäftsführende Vorstand der DGPT

c/o Ideamed GmbH
Defreggerweg 2-6
83707 Bad Wiessee
Tel.: +49 (0) 8022 / 846-134
info@vpkd.de

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Vorstand:
Ludwig Klitzsch
Dr. Nina Sauer
Prof. Dr. Ulrich Cuntz
Prof. Dr. Hans-Christoph Friederich
Annette Nedderhoff
Sven Schönfeld

Vorab per E-Mail: gs@g-ba.de; PPP-RL@g-ba.de

Bad Wiessee, 13. Juli 2022

**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: Änderungsfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-
Richtlinie: Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-
Richtlinie: Erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3 (Stand: 01.06.22)**

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.

Zur Begründung führen wir wie folgt aus.

Der VPKD vertritt 126 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



Ludwig Klitzsch
1. Vorsitzender

**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: Änderungsfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie:
Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erste
Anpassung gemäß § 1 Abs. 3 (Stand: 01.06.22)**

Bad Wiessee, den 13. Juli 2022

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 01.6.22) nachfolgend Stellung und hofft auf deren Berücksichtigung. Diese Stellungnahme ist in Abstimmung mit der Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) entstanden.

Im Folgenden wird zuerst auf die auch weiterhin bestehenden grundlegenden Herausforderungen in der Erarbeitung von Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin (Psychosomatik) eingegangen und danach zu einzelnen Punkten der Änderungsfassung Stellung genommen.

Die VPKD begrüßt die Festlegung, dass Sanktionsmaßnahmen im Jahr 2023 in Psychosomatischen Einrichtungen auch weiterhin ausgesetzt werden. Entsprechend sollten wie von der DKG gefordert (§16 Absatz 4) auch die Ermittlung der Personalmindestvorgaben sowie der Umsetzungsgrad für das Jahr 2023 ausgesetzt werden.

In der Psychosomatischen Medizin fehlen bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben. Eine voreilige Umsetzung von nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde daher zu Verwerfungen in der Versorgung führen und die etablierten Therapieprogramme im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung gefährden. In der Psychosomatischen Medizin liegen keine Berichte über Minder- oder Fehlversorgung vor, die einen solchen Eingriff rechtfertigen würden.

Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin für ein weiteres Jahr ist jedoch keinesfalls ausreichend, um eine valide empirische Datenbasis zu erarbeiten. Der Personalaufwand in der Psychosomatik orientiert sich in hohem Maße an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung aller beteiligten Berufsgruppen (Therapieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand. Vor diesem Hintergrund ist für die Festlegung der Personalmindestvorgaben sowie die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche zusätzlich eine Erfassung der therapeutischen Leistungen als auch des medizinisch-somatischen Aufwands erforderlich.

Diese Daten werden im Rahmen der PPP-RL Nachweise nicht erfasst. Somit stellen die Nachweise der PPP-RL keine ausreichende Datengrundlage für eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin dar.

Im Rahmen der aktuell laufenden und durch den Innovationsfonds geförderten EPPIK-Studie (Laufzeit: 01.04.21 – 31.03.24) erfolgt eine repräsentative, bundesweite Beobachtungsstudie in Psychosomatischen Einrichtungen, die die Personalausstattung in Beziehung zu den therapeutischen Leistungen und zum medizinisch- somatischen Aufwand setzt. Die fristgerechte Veröffentlichung der Ergebnisse der EPPIK-Studie wird im Frühjahr 2024 erwartet, so dass eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben frühestens im Sommer 2024 erfolgen kann. Aus den oben genannten Gründen und vor dem Hintergrund des zeitlichen Ablaufs der Studie, kann eine differenzierte Festlegung der Personalmindestvorgaben für die Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin frühestens Ende 2024 vorgenommen werden.

Der VPKD fordert, dass für die Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin die gleiche Sorgfalt angewendet wird, wie zur Erarbeitung der seit 1990 existierenden Vorgaben für das Fachgebiet der Psychiatrie, deren Erarbeitung sich über einen umfangreichen Zeitraum erstreckte.

Die am Versorgungsaufwand orientierte Stärkung der Psychotherapie in der PPP-RL wird durch den VPKD ausdrücklich begrüßt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Summe der psychotherapeutischen (ärztlich, nicht-ärztlich) Minuten als Mindestvorgaben in allen Behandlungsbereichen der Psychosomatischen Medizin in der letzten Fassung vom 18.3.2021 bereits eine hohe psychotherapeutische Behandlungsintensität definiert. Es ist aufgrund der Rückmeldungen zahlreicher spezialisierter Abteilungen gut vorstellbar, dass als Ergebnis der aktuell laufenden wissenschaftlichen Untersuchungen höhere Mindestvorgaben für psychotherapeutische Leistungen (ärztlich, nicht-ärztlich) in spezialisierten Abteilungen aufgrund der Behandlungsnotwendigkeiten empfohlen werden. Die Gefahr bereits die aus fachlicher Perspektive ausreichend hohe Vorgaben weiter zu erhöhen, ist jedoch auf der Grundlage der Rückmeldungen anderer Einrichtungen mindestens ebenso wahrscheinlich. Eine sinnvolle Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Überprüfung der Minutenwerte müssen zuerst anhand der unterschiedlichen Behandlungsnotwendigkeiten und -profile erfolgen (s.o.).

Auch ist zu berücksichtigen, dass viele der in Psychosomatischen Kliniken (teil-)stationär behandelten Patientinnen und Patienten neben der psychischen Erkrankung zusätzlich an einer pathognomonisch assoziierten chronischen körperlichen Erkrankung leiden. Die psychosomatische und psychopharmakologische Behandlung muss daher im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans hinsichtlich des Settings, der Dosis sowie des therapeutischen Vorgehens auf die Ausprägung der somatischen und psychischen Beschwerden und die psychosomatischen und somatopsychischen Interaktionen bestmöglich zugeschnitten werden. Hierzu bedarf es der ärztlichen Expertise und der ärztlichen psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung. Das klassisch ambulante psychotherapeutische Setting sowie die Behandlung im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie ist mit einer multimodalen und interdisziplinären stationären Behandlung in Psychosomatischen Einrichtungen nicht vergleichbar. Vor diesem Hintergrund setzt die einseitige Verteilung zusätzlicher Minuten in den Mindestvorgaben auf die Berufsgruppe c das falsche Signal. Soweit personeller Mehrbedarf für Psychotherapie festgestellt wird, ist dieser auf die Berufsgruppen a und c zu verteilen. Die Psychosomatische Medizin kann ihrem spezifischen Versorgungsauftrag nur gerecht werden, wenn die psychischen und somatischen Beschwerden und Störungen nicht getrennt behandelt.

Im Folgenden werden wir auf die dissidenten Änderungsvorschläge eingehen, die den Versorgungsbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie betreffen.

Im Einzelnen

§ 2 Grundsätze und Anlage 3

(3) Die verbindlichen Mindestvorgaben gelten für den Regeldienst am Tag (Tagdienst).

In der Psychosomatischen Medizin erfolgt der wesentliche Teil der Leistungserbringung im Tagdienst. Aufwände in der Nacht entstehen nur für den ärztlichen (Ruf-)bereitschaftsdienst und die Pflege. Die Umfänge der anfallenden Leistungen sind dabei variabel und in hohem Maße konzeptabhängig, so daß hier zunächst keine Festlegung von Minutenwerten erfolgen sollte. Die PPP-RL ist noch nicht in Kraft getreten und entfaltet in der Praxis noch keine Wirkung. Es ist daher zu früh, bereits weitere Regelungen einzuführen. Diese gilt in besonderem Maße für die Psychosomatik, für die noch keine sinnvollen Mindestvorgaben für den Tagdienst formuliert werden konnten (s.o.). Die Psychosomatik muss daher zum jetzigen Zeitpunkt auf jeden Fall auch von Vorgaben für den Nachtdienst ausgenommen werden.

Eine Definition des Stationsbegriffs, wie vom GKV-SV in Absatz 12 vorgeschlagen, wird nicht empfohlen, weil dadurch eine konzeptuelle Rigidität befördert wird, die einer personalisierten medizinisch-psychotherapeutischen Behandlung und der Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten, die einen unterschiedlichen „Personalmix“ erfordern, entgegensteht. Anders als bei den Pflegepersonaluntergrenzen, die nur eine Berufsgruppe erfassen, bezieht sich die PPP-RL auf alle Berufsgruppen einer multimodalen Komplexbehandlung. Die PPP-RL hat damit eine Regelungstiefe, wie sie in der deutschen Krankenversorgung noch nie erprobt wurde. Schon aus reiner Vorsicht sollte deswegen zunächst beobachtet werden, wie sich die Richtlinie auswirkt, bevor die rigiden Regeln der PPP-RL für die kleinstmögliche Organisationseinheit verbindlich erklärt werden. Die aktuelle Versorgungspraxis und erste Erkenntnisse zur Heterogenität von Personalstellenplänen in den mittlerweile 278 (Stand 2020) psychosomatischen Einrichtungen deuten stark darauf hin, dass für eine bedarfsgerechte Versorgung eine gewisse Flexibilität im Personaleinsatz möglich sein muss. Anders als vom GKV-SV angenommen, orientiert sich eine einrichtungsbezogene Festlegung der Personalausstattung an den aktuellen Behandlungsnotwendigkeiten und Schutzbedürfnissen der Patienten. Der VPKD unterstützt daher den Vorschlag von DKG/ LV/ BÄK/ BPtK (Absätze 7,8) den Nachweis der Personalmindestvorgaben quartals- und einrichtungsbezogen sowie die Einhaltung der Personalmindestvorgaben einrichtungsbezogen zu führen. Die entsprechenden Erfassungsfelder in Anlage 3 Teil A sowie der gesamte Teil B des Nachweises können entfallen.

§ 3 Behandlungsbereiche

Die Vorschläge zu einer Veränderung der Behandlungsbereiche betrifft die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie sowie der KJP, sodaß hierzu seitens der VPKD nicht Stellung genommen wird.

Festzustellen ist allerdings, dass die bisherige Differenzierung der Psychosomatik in 4 Behandlungsbereiche zur aufwandsangemessenen und sachgerechten Abbildung in diesem Gebiet nicht ausreichend und sachgerecht ist. Eine weitere Ausdifferenzierung sollte aber nicht vorschnell anhand von gedachten Versorgungskonzepten erfolgen, sondern auf der Basis empirisch ermittelter Versorgungsstrukturen und -bedarfe, wie dies augenblicklich im Rahmen der EPPIK-Studie geschieht.

§ 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste

§ 4 (3) Der Festlegung der Tag- und Nachtdienststunden für das Pflegefachpersonal bei vollstationärer Behandlung kann zugestimmt werden. Anders verhält es sich bei den Tageskliniken. Die dort bisher geltenden Minutenwerte in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik sind auf einen Tagdienst von acht Stunden bezogen, der dem tatsächlich notwendigen Personalbedarf nicht gerecht wird. Bei einer täglichen Anwesenheit der Patienten von 8 Stunden ist eine Präsenz der Pflegeperson von mindestens 9 Stunden erforderlich, um Vor- und Nachbereitung des Behandlungstages leisten und instabilen Patienten vor der täglichen Verabschiedung noch gerecht werden zu können.

§4, (3), zweiter Halbsatz ist zu streichen: „*sowie bei einer gleichbleibenden Personalbesetzung im Pflegedienst an Wochenenden und Feiertagen.*“ Am Wochenende ist aufgrund reduzierter pflegerischer Therapie keine volle Besetzung wie an Werktagen nötig. Dies entspricht einer überholten Vorstellung der pflegerischen Tätigkeit mit viel geringerer Behandlungsdichte. Moderne psychosomatische Pflege hat auch co-therapeutische Aufgaben, die an Werktagen erbracht werden.

§ 5 (1) f)

Die Berufsgruppe der Sozialarbeiterinnen und -arbeiter wird sinnvoll und abschließend durch die inhaltlich verwandten Qualifikationen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen ergänzt. Eine weitere Öffnung für alle möglichen Pädagogen wird im Hinblick auf die erforderlichen Qualifikationskriterien kritisch gesehen. Insofern unterstützen wir die Auffassung von GKV-SV und PatV.

Ferner muss für die Psychosomatik die Aufzählung in § 5 (1) b) der Berufe und Ausbildungen, die die Voraussetzung für die Eingliederung in die Gruppe der Pflege bilden, erweitert werden. Es fehlen die Medizinischen Fachangestellten (MFA), deren Einsatz vor allem in psychosomatischen Fachkliniken üblich ist. Der Einsatz von MFA ist auf der Grundlage ihrer Ausbildung angesichts der pflegerischen Aufgaben in der Psychosomatik als unterstützende Berufsgruppe medizinisch sachgerecht. Sollte eine Aufnahme dieser Berufsgruppe in § 3 (1) b) nicht möglich sein, so muss unbedingt darauf geachtet werden, dass die Option der Anrechenbarkeit gemäß § 8 (5) für die Psychosomatik entsprechend ausreichend berücksichtigt wird. 10% wären dann deutlich zu wenig.

§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

Die Übernahme des Vorschlags von DKG/LV/DPR wird empfohlen:(3) Die Behandlungstage je Behandlungsbereich ergeben sich für das jeweilige Krankenhaus aus der Anzahl der im jeweiligen Quartal des Vorjahres behandelten Patientinnen und Patienten und deren 14-tägiger Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2.

Der Vorschlag des GKV-SV einer kontinuierlichen Einstufung in die Behandlungsarten des Kapitel 9 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) ist im Hinblick auf eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes grundsätzlich interessant. Gleichzeitig wird dadurch der Leistungsbezug, wie ihn die psychosomatischen Fach- und Trägergesellschaften von Anfang an gefordert hat, deutlicher in der Richtlinie verankert. Dies ist allerdings nur dann sachgerecht, wenn für alle Berufsgruppen wieder eine Erfassung der Therapieeinheiten vorgesehen wird. Das Ziel der Richtlinie, die Qualität der Behandlungen zu verbessern, würde damit eher erreicht, als die ausschließliche Vorgabe des anwesenden Personals, dessen patientenbezogener Leistungsumfang

auch über die Angabe von Regelaufgaben nicht hinreichend erfasst werden. Neben der verbesserten Steuerungsfunktion ergibt sich an dieser Stelle eine Möglichkeit zur erheblichen Entbürokratisierung der PPP-RL. Die aufwändige Dokumentation von Regelaufgaben könnte damit entfallen. Die gegenseitige Anrechenbarkeit der Therapieeinheiten der Berufsgruppen müsste dann allerdings auch für die Erfassung der Therapieeinheiten möglich werden, und zwar ohne wieder auf die Dokumentation von Regelaufgaben zurückzukommen.

Für den P-Behandlungsbereich kommt der Vorschlag des GKV-SV allerdings zu früh, da zunächst eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Anpassung der Minutenwerte erforderlich ist. Des Weiteren ist die Ausgestaltung nicht sachgerecht. So bilden die P1-Minutenwerte den Behandlungsbereich 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene vollstationär, wie im Vorschlag des GKV-SV angegeben, nicht ab. Die Behandlungsbereiche P2 und P4 entsprechen den psychosomatikspezifischen OPS-Kodes 9-634. Für aufwandsintensivere (somatomedizinische, psychotherapeutische) Behandlungen sind entsprechende Behandlungsbereiche erst noch zu schaffen, aber nicht willkürlich, sondern auf Basis empirisch ermittelter settingbezogener Aufwände. Hier sind die Ergebnisse der EPPIK-Studie abzuwarten.

Daher folgen wir dem Votum der DKG. In den tragenden Gründen wird zutreffend ausgeführt: *„Eine 1:1-Übertragung der gegenwärtigen OPS-Systematik ist nicht möglich, weil andere Kategorien und Einstufungen mit einer anderen Zielstellung (Abrechnungssystem) zugrunde liegen.“*

Bei der Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste (neu geschaffene Absätze 7 -9) werden vom GKV-SV für Einrichtungen der Psychosomatik, Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung und Einrichtungen ohne Intensivpatienten keine Mindestvorgaben festgelegt. Der Vorschlag der DKG nimmt die Psychosomatik ebenfalls aus. Dies halten wir aus den vom GKV-SV dargelegten Gründen für derzeit sinnvoll.

§ 7 (6) Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

Zum jetzigen Zeitpunkt ist noch nicht absehbar, ob und nach welcher Systematik Personaluntergrenzen für die Pflege in der Nacht in der Psychosomatik festgelegt werden sollten. Der Vorschlag der DKG in Absatz 6 erfolgt daher zu früh. Es sollte zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Regelung für die Psychosomatik getroffen werden.

§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen

(3) Bis zum 31.12.2024 ist eine Anrechnung der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g möglich [DKG, PatV].

Vor dem Hintergrund gravierender Unterschiede in der Personalzusammensetzung zwischen z.B. Psychosomatischen Einrichtungen mit erhöhtem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand versus intensiverer psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung ist eine gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen, wie von DKG, BÄK und DPR gefordert sinnvoll und notwendig. Sobald eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben vorgenommen wurden, kann auf die flexiblere Anrechenbarkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g verzichtet werden. Die Ausdifferenzierung ist frühestens im Jahr 2024 zu erwarten (s.o.).

Ferner befürwortet der VPKD, wie bereits in früheren Stellungnahmen zur PPP-RL ausführlich dargestellt, eine Zusammenlegung der Kategorien der SpezialtherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen und SozialarbeiterInnen in eine Kategorie SpezialtherapeutInnen. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psycho-sozialem Behandlungsbedarf unterschiedliche spezialtherapeutische Behandlungsbedarfe auslösen, ist eine Zusammenlegung

der Berufsgruppen sinnvoll und medizinisch begründet: z.B. 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. Dass es hier zu einer Trennung der Berufsgruppen kam, war in der PEPP-Logik wahrscheinlich durch vergütungsbezogene Berufsgruppenunterschiede begründet.

§ 10 Ausnahmetatbestände

Zu Abs. 1 Nr. 1. Die Regelung in Absatz 1 Nr. 1 sollte entsprechend dem Vorschlag der DKG auf kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle in der jeweiligen Berufsgruppe angepasst werden, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 15 Prozent) hinausgehen. Ein Bezug der Regelung auf das gesamte vorzuhaltende Personal ist nicht sachgerecht, da sich die Erfüllung der Mindestvorgaben danach ergibt, ob in jeder einzelnen Berufsgruppe der Umsetzungsgrad gleich oder über 100 % ist (§ 7 Abs 4). Es ist sachgerecht den Ausnahmetatbestand entsprechend anzupassen und auf die einzelnen Berufsgruppen zu beziehen. Auch wenn die tatsächliche Personalausstattung in kleineren Einrichtungen gemäß der ersten (noch unzuverlässigen) IQTIG-Auswertungen besser erscheint, ist es bisher insbesondere bei kleineren Einrichtungen häufig nicht möglich, Personalausfälle in einzelnen Berufsgruppen über das Quartal hinweg zu kompensieren. Gerade im Kontext der Pandemie ist dies deutlich geworden. Mitarbeiter innerhalb einer Berufsgruppe haben in aller Regel in der Einrichtung mehr Kontakt zueinander. Bei dynamischen Infektionsgeschehen ist die vermehrte Betroffenheit einer Berufsgruppe keine Seltenheit. Auch eine Kompensation von Ausfällen über die Anrechnung aus anderen Berufsgruppen ist wegen der insgesamt geringeren Personaldecke in kleineren Organisationseinheiten nicht möglich.

Zu Abs. 1 Nr. 3. Aus denselben Gründen wird die Möglichkeit zur vorübergehenden Nicht-Erfüllung der Vorgaben für kleinere, dezentrale Organisationseinheiten gem. Absatz 1 Nr. 3 befürwortet. Deren Existenz ist sonst für Träger ein zu hohes wirtschaftliches Risiko und ein zu hoher Aufwand. Gerade bei dezentralen Standorten entsteht bei der Notwendigkeit einer kurzfristigen Entsendung von Personal von den Hauptstandorten in der Praxis erheblicher Widerstand. Solch dezentrale Standorte sind versorgungspolitisch jedoch wünschenswert und senken die Schwelle für die Inanspruchnahme. Der bessere Schutz kleinerer Einrichtungen in der PPP-RL ist deshalb auch der Schwerpunkt der Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in der 95. Sitzung am 22./23. Juni, die an der Rigidität der PPP-RL Kritik üben und die Sorge negativer Folgen für die Versorgung zum Ausdruck bringen.

§ 11 Nachweisverfahren und Anlage 3

Zu (1) und (13). In Übereinstimmung mit der DKG stellen wir fest, dass der seit 2020 in den Nachweisen der PPP-RL vorgesehene Stationsbezug die für eine leitliniengerechte Versorgung erforderliche Flexibilität beim Personaleinsatz massiv einschränkt. Der Stationsbezug hindert die Krankenhäuser daran, kurzfristig auf gestiegene Patientenzahlen, Veränderung der Patientenbedarfe und auch Personalausfälle reagieren zu können.

Derzeit müssen die Krankenhäuser mit viel Aufwand das überwiegend stationsübergreifend tätige Personal auf die Stationen aufteilen und zuordnen, was der notwendigen Entbürokratisierung in der Versorgung entgegensteht. Es besteht überdies die Gefahr, dass durch kleinteilige stationsbezogene Mindestvorgaben nicht flexibel und angemessen auf wechselnde Bedarfe in der Patientenversorgung und stationsübergreifende sensible Versorgungsbereiche eingegangen werden kann. Stationsbezogene Nachweise widersprechen grundlegend modernen

stationsübergreifenden Versorgungs- und Behandlungskonzepten. Störungsspezifische Gruppen werden z.B. von PatientInnen verschiedener Stationen wahrgenommen. Des Weiteren zeichnet innovative Versorgungskonzepte auch der Wechsel zwischen stationärer und tagesklinischer Behandlung unter Beibehaltung des Behandlungsteams aus. Vor diesem Hintergrund ist zum einen die Sinnhaftigkeit der stations- und monatsbezogenen Nachweisführung nicht gegeben, zum anderen können daraus keine Schlüsse für eine sinnvolle Weiterentwicklung der PPP-RL für eine Verbesserung der Versorgung gezogen werden. Deshalb fordert die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in der 95. Sitzung am 22./23. Juni zu Recht deren künftigen Entfall. In einer Bewertung von Aufwand und Nutzen entfällt demnach in Erfüllung der Aufgabe für eine Reduktion des Dokumentationsaufwands gemäß § 14 Absatz 2 Satz 3 PPP-RL der Stations- und Monatsbezug in der PPP-RL. Wie bereits dargelegt entfallen dann auch die entsprechenden Felder in Teil A der Anlage 3. Der Teil B der Anlage 3 sollte dann ebenfalls insgesamt entfallen.

Zu (3). Ein abweichender Turnus für die Meldung von Unterschreitungen 14 Tage nach Quartalsende setzt die Einrichtungen unter starken Druck sehr zeitnah die aktuellen Besetzungsstände je Berufsgruppe bezogen auf die Belegung zu ermitteln. Sie sollte daher auch auf 6 Wochen ausgeweitet werden, wie alle anderen Meldungen auch. Sonst bedeutet diese Festlegung zur kurzfristigeren Meldung einen hohen zusätzlichen Verwaltungsaufwand, für den es keinen Anlass gibt. 14 Tage nach Quartalsende sind zahlreiche Patienten nicht abgerechnet. Es können sich im Nachhinein noch Verschiebungen bei den Pflgetagen ergeben. Auch ist die Personalabrechnung für unstete Einsätze 14 Tage nach Monatsende nicht immer in den Systemen verfügbar. Auf jeden Fall gibt es in der Psychosomatik keine Versorgungssituation, in der ein solche kurzfristige Meldung an die genannten Stellen Vorteile für die Patienten ergäbe und diesen Aufwand rechtfertigen würde. Für die Abgabe nach dem Jahresende sind gemäß Absatz 1 und Absatz 13 jeweils 6 Wochen für die Erstellung der Nachweise vorgesehen, was eine sinnvolle Fristsetzung ist.

§13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Zu Absatz 5 und 6:

Der VPKD begrüßt den Vorschlag der DKG, den Vergütungswegfall bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben bis Ende 2024 auszusetzen. Dies ist besonders in der Psychosomatik erforderlich (s.o.).

Die ansonsten drohenden hohen finanziellen Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben würden dazu führen, dass die Krankenhäuser ihre Versorgungskonzepte an die für die Psychosomatik unpassenden Mindestvorgaben anpassen. In der Psychosomatik fehlen bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben, wie wir weiter oben und in den bisherigen Stellungnahmen mehrfach betont haben. Eine voreilige Umsetzung von nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde zu Verwerfungen in der Versorgung führen und die etablierten Therapieprogramme im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung gefährden. In der Psychosomatischen Medizin liegen keine Berichte über Minder- oder Fehlversorgung vor, die einen solchen Eingriff rechtfertigen würden. I.

In einzelnen Fällen wird schon jetzt in voreuseilendem Gehorsam angepasst, weil die Krankenausleitungen zu Recht davon ausgehen, dass ihnen sonst zu wenig Zeit zur Anpassung verbleibt, um Sanktionen zu vermeiden. Es ist aus medizinischen Gründen nicht vertretbar, dass nicht geprüfte Personalmindestvorgaben das therapeutische Vorgehen und etablierte Behandlungskonzepte beeinflussen und bestimmen.

Kleine Standorte, wie Tageskliniken oder Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die für eine wohnortnahe Versorgung zentral sind, werden durch die Vorgaben in besonderem Maße gefährdet. Wie bereits dargelegt, können kleine Standorte aufgrund größerer Aufwände in der Personalvorhaltung und -steuerung die unverhältnismäßig starren Vorgaben häufiger nicht einhalten und müssen sich von der Versorgung abmelden oder sogar schließen. Vor diesem Hintergrund sollten die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben um zwei weitere Jahre

ausgesetzt werden. Die Einrichtungen benötigen jetzt vor allem Rechtssicherheit, damit nicht zur wirtschaftlichen Absicherung (weiterer) Schaden in der Versorgung entsteht. Wie bereits dargelegt, muss vor Inkrafttreten von Sanktionen eine entsprechende grundsätzliche Ausdifferenzierung und Anpassung der Mindestvorgaben in der Psychosomatik erfolgen. Dies sollte für die Psychosomatik auf Grundlage der Ergebnisse der EPPIK-Studie geschehen. Diese Ergebnisse werden frühestens im Frühjahr des Jahres 2024 vorliegen.

Die Auswertungen des IQTIG sind nicht geeignet für die weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche, da weder die therapeutische Leistung noch der somatische Aufwand erhoben werden. Des Weiteren enthalten die Auswertungen des IQTIG zum jetzigen Zeitpunkt noch Implausibilitäten. Die Träger stehen wegen der drohenden Sanktionen unter hohem Druck eine Erfüllung der Vorgaben nachzuweisen, haben wenig Erfahrung mit der Erstellung der Nachweise und die Nachweise sind komplex, aktuell nur manuell auszufüllen und bürokratisch aufwendig. Die Einrichtungen müssen Fehlzeiten, Leitungskräfte, Nachtdienste, nicht-medizinische Tätigkeiten, Tätigkeiten nach § 2 Abs. 10, abziehen, um den zu meldenden relevanten Personalstand für die PPP-RL zu erhalten. Es bestehen Zweifel, ob dies in der Praxis tatsächlich durchgängig richtig geschieht, so dass von einer Überschätzung der Personalausstattung durch das IQTIG auszugehen ist. Die Notwendigkeit zur Verbesserung der Datenqualität stellt auch der GKV-SV zu Recht in den Tragenden Gründen zur Verschiebung des Datums für den Abschlussbericht der Evaluation Richtlinie auf das Jahr 2027 in § 15 fest.

Die hier aufgezeigten Differenzen und ihre möglichen Ursachen sollten dringend untersucht und geklärt werden, bevor die PPP-RL Wirkung in der Versorgung entfaltet.

Vor diesem Hintergrund erscheinen die von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in der 94. Sitzung am 16. Juni 2021 und erneut in der 95. Sitzung am 22./23. Juni bekräftigten Beschlüsse nachvollziehbar, nach denen *„Die Aussetzung der in der jetzigen PPP-RL vorgesehenen Sanktionen bis zur grundlegenden Überarbeitung der Richtlinie ist erforderlich [ist], um die Versorgung nicht zu gefährden, ...“* gefordert wird.

Die Mindestvorgaben für die Psychosomatik befinden sich aktuell noch in der Formulierung. Trotzdem entfalten die vorstehend genannten Zusammenhänge auch in der Psychosomatik in der oben beschriebenen Weise ihre Wirkung, wenn die Einrichtungen nicht rechtzeitig Rechtssicherheit zu deren Inkrafttreten erhalten.

§16 Übergangsregelungen

Zu Absatz 4:

Der VPKD begrüßt den Vorschlag der DKG, die Ermittlung der Personalmindestvorgaben sowie Berechnung des Umsetzungsgrades um ein weiteres Jahr zu verschieben, damit Einrichtungen der Psychosomatik nicht frühzeitig und fachlich-inhaltlich nachteilhaft ihre Versorgungskonzepte umstellen, um den Vorgaben der PPP-RL gerecht zu werden. Ebenso ist zu begrüßen, dass zunächst keine Regelungen für den pflegerischen Nachtdienst erfolgen, welche mit Wirkung zum 1. Januar 2025 festzulegen sind.

Die in den vorstehenden Absätzen zu § 13 dargelegten Gründe zum Entfall der finanziellen Sanktionen (§ 13 Abs. 5 und 6) treffen hier in besonderem Maße zu. Die voreilige Umsetzung von empirisch nicht validierten und nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde zu Verwerfungen in der Versorgung führen. Dies ist dringend zu vermeiden. Besonders wichtig ist die Aussetzung aller Berichtspflichten bis auf die tatsächliche Personalausstattung nach § 6 Abs. 7. Die Mindestvorgaben haben eine starke Signalwirkung für die Einrichtungen. Ihnen wird suggeriert, dass es sich um normativ gerechtfertigte Vorgaben handelt, die in Kürze rechtlich sanktionsbewehrt einzuhalten sind, wenn diese ermittelt und berichtet werden müssen. Dieser Eindruck entsteht vor allem dann, wenn nur die Sanktionen ausgesetzt werden, aber die Mindestvorgaben künftig ermittelt werden müssen. Sollen die unerwünschten Anpassungen im vorausseilenden gehorsam

(s.o.) vermieden werden, ist deshalb auch der Entfall der Ermittlung der Mindestvorgaben besonders wichtig.

Nach Wahrnehmung der psychosomatischen Verbände besteht im Ziel des vorstehenden Absatzes – unerwünschte Verwerfungen in der psychosomatischen Versorgung durch falsche Signale zu verhindern – zustimmender Konsens in der Selbstverwaltung. Es wäre sehr wünschenswert, wenn dem Fachgebiet Psychosomatik die erforderliche Zeit zur Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Formulierung sinnvoller Mindestvorgaben eingeräumt würde. Durch die immer wieder kurzfristig erfolgende Verschiebung des Inkrafttretens der Mindestvorgaben entsteht unnötige Verunsicherung in den Einrichtungen.

Zu Absatz 6:

Die Erfassung der Regelaufgaben im Sinne der Richtlinie bedeutet für die Kliniken einen erheblichen zusätzlichen personalintensiven Dokumentationsaufwand, ohne dass dadurch ein zusätzlicher Nutzen im Sinne einer verbesserten Behandlungsqualität erkennbar ist. In der aktuell vorliegenden Form (Tabelle B3) ist die praktische Umsetzbarkeit dieses Dokumentationserfordernisses fraglich. Die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweisverfahren der PPP-RL sollte mindestens solange entfallen, bis eine Spezifikation umgesetzt wird. Wir sind wie die DKG der Auffassung, dass der Aufwand der Dokumentation der Regelaufgaben – auch wenn sie in reduzierter Form auf der Dokumentation der Abrechnungssystematik im Sinne der OPS-Codes aufsetzen würde – im Rahmen einer Dokumentation über Servicedokumente in Excel-Tabellen in keinem Verhältnis zum Nutzen steht. Es entsteht enormer bürokratischer Aufwand – essentiell fast eine Vollerhebung aller medizinischen Krankenakten aller Patienten – für die Gewinnung von Daten, die im Rahmen der Verbesserung der PPP-RL keinem erkennbaren Zweck dienen könnten. Es ist nicht ersichtlich, wie sinnvolle Qualitätsvorgaben für die Behandlung aus diesen Daten formuliert werden sollten. Die Erhebung der Regelaufgaben sollte daher insgesamt entfallen.

Der VPKD begrüßt den Vorschlag der DKG, der durch die gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen auch außerhalb der Regelaufgaben den Kliniken mehr therapeutische Flexibilität ermöglicht. Die Höchstgrenzen für die Anrechnungen nach § 8 Absatz 5 sollten entsprechend dem Vorschlag der DKG erst ab dem 1. Januar 2024 zur Anwendung kommen. Dabei kann eine Überschreitung der ab 2024 geltenden Höchstgrenzen ab dem ersten Quartal 2023 und bis zum vierten Quartal 2023 im Nachweis begründet werden.

Zur Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

P. Psychosomatik

Der Vorschlag des GKV-SV einer kontinuierlichen Einstufung in die Behandlungsarten des Kapitel 9 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) ist im Hinblick auf eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes grundsätzlich interessant. Gleichzeitig wird dadurch der Leistungsbezug, wie ihn auch der VPKD von Anfang an gefordert hat, deutlicher in der Richtlinie verankert. Dies ist allerdings nur dann sachgerecht, wenn für alle Berufsgruppen wieder eine Erfassung der Therapieeinheiten vorgesehen wird. Das Ziel der Richtlinie, die Qualität der Behandlungen zu verbessern, würde damit eher erreicht, als die ausschließliche Vorgabe anwesenden Personals, dessen patientenbezogene Tätigkeiten auch über die Angabe von Regelaufgaben nicht hinreichend erfasst werden. Die aufwändige Dokumentation von Regelaufgaben könnte damit entfallen. Die gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen könnte ebenfalls über die Erfassung der Therapieeinheiten erfolgen.

Für den P-Behandlungsbereich kommt der Vorschlag des GKV-SV allerdings zu früh, da zunächst eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Anpassungen der Minutenwerte erforderlich sind. Des Weiteren ist die Ausgestaltung nicht sachgerecht. So bilden die P1-Minutenwerte den Behandlungsbereich 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene vollstationär, wie im

Vorschlag des GKV-SV angegeben, nicht ab. Die Behandlungsbereichen P2 und P4 entsprechen den psychosomatikspezifischen OPS-Kodes 9-634. Für aufwandsintensivere (somatomedizinisch, psychotherapeutisch) psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungen sind entsprechende Behandlungsbereiche erst noch zu schaffen, aber nicht willkürlich, sondern auf Basis empirisch ermittelter settingbezogener Aufwände. Hier sind die Ergebnisse der EPPIK-Studie abzuwarten.

Zur Anlage 3 Nachweise

Teil A

Tabelle A5.1.1

Die von der DKG vorgeschlagenen Erläuterungen zur Spalte 4 sind notwendig, um Umsetzungsfehler der Einrichtungen zu verhindern.

Tabelle A5.1.2 „Erläuterung von Überschreitungen der Höchstgrenzen gemäß § 8 Absatz 5 PPP-RL“ ist zu übernehmen. Wie unter § 8 (5) dargestellt, werden z.B. in der Pflege in Fachkliniken eine größere Anzahl Medizinischer Fachangestellte erwartet. Eine Möglichkeit zur Darstellung im Nachweis würde die Transparenz hierzu verbessern.

Tabelle A5.1.4 Durchschnittliche Personalausstattung des pflegerischen Nachtdienstes in der Psychosomatik

Spalte 1 ist zu streichen. Ansonsten wird den Einrichtungen suggeriert, eine größenskalierende Bezugsgröße könnte in Zukunft für die Bemessung des Personaleinsatzes von Bedeutung sein. Es gibt derzeit keinerlei Evidenz, um den Einrichtungen ein solches Signal zu geben.

Anlage 4 Regelaufgaben

3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

Die Berufsgruppen d-f sollten in der Psychosomatik zusammengelegt werden, wie oben ausgeführt.

Die Psychosomatischen Fach- und Trägergesellschaften haben eine Neufassung der Regelaufgaben ausgearbeitet, der wir uns anschließen.

Zusammenfassung und Schlussbemerkung

Der Entwurf, Stand 01.06.2022, nach Sitzung des UA QS, der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie/PPP-RL) weist einige notwendige Änderungen und Präzisierungen auf, die der VPKD unterstützt. Es finden sich im Entwurf jedoch auch weiterhin einige Feststellungen, die wir wegen ihrer Bedeutung für eine qualitativ hochwertige und sachgerechte Patientenversorgung im Fachgebiet kritisieren und um Änderung bitten:

1. Der Personalaufwand in der Psychosomatischen Medizin orientiert sich in erster Linie an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung (Therapieeinheiten, „TE's“) sowie dem somatisch-medizinischen und psychosomatischen Versorgungsaufwand. Dieser ist bei den derzeit vorliegenden P-Behandlungsbereichen nicht angemessen berücksichtigt und zu wenig differenziert. Die Minutenwerte bei den derzeit vorliegenden Behandlungsbereichen nehmen Bezug auf nicht mehr zeitgemäße Personalanzahlzahlen (Heuft et al. 1993).

2. Eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin ist dringend erforderlich. Hierzu braucht es aber eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Der Vorschlag die Eingruppierung in Behandlungsbereiche anhand leistungsbezogener OPS-Prozeduren vorzunehmen, erscheint grundsätzlich sinnvoll, aber erst dann, wenn eine weitere Ausdifferenzierung der Prozeduren und Behandlungsbereiche für die Psychosomatik anhand der Ergebnisse der EPPIK-Studie evidenzbasiert vorgenommen werden kann und wenn eine Erfassung von Therapieeinheiten bei allen Berufsgruppen möglich ist. Dann ergibt sich eine Chance zur Entbürokratisierung der PPP-RL.
3. Zur Entbürokratisierung der PPP-RL sollte künftig dringend der Stations- und Monatsbezug entfallen. Auch die Quartalsmeldungen sollten eingestellt werden. Es ist kein Informationsgewinn aus diesen Daten und diesen zusätzlichen Meldungen zu erwarten, die den Aufwand rechtfertigen. Bei Einstellung dieser Berichtspflichten würde viel Dokumentationsaufwand entfallen. Dies würde zur Akzeptanz der PPP-RL in den Einrichtungen und damit zum Gelingen der Ziele dieser Richtlinie beitragen.
4. Die Differenzierung der Berufsgruppen gemäß § 5 und der Anrechnungsmöglichkeiten gemäß § 8 ist im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige und leitliniengerechte psychosomatische Behandlung von erheblicher Bedeutung. Hier würde die Zusammenfassung der Berufsgruppen nach Buchstabe d, e und f mehr therapeutisch sinnvolle Flexibilität ermöglichen. Die zu rigiden Regelungen der PPP-RL würden so etwas entschärfen. Starre Vorhaltung von Personal, das im Einzelfall gar nicht benötigt wird und die Vernachlässigung bestimmter Patientengruppen würde sonst resultieren. Auch eine Überarbeitung der Regelaufgaben ist in diesem Zusammenhang dringend erforderlich. Wir schließen uns den Vorschlägen der DGPM an.
5. Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie der Sanktionsmaßnahmen für psychosomatische Einrichtungen wird über den 31.12.2022 erforderlich sein, da erst im Frühjahr 2024 mit den Ergebnissen der EPPIK-Studie und damit der empirischen Grundlage für Personalmindestzeiten in verschiedenen Behandlungsbereichen gerechnet werden kann.
6. Die spezialisierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung in den Behandlungsbereichen P2 und P4 kann qualitativ sachgerecht und leitliniengemäß nur durch einen Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht werden, so wie es auch in der entsprechenden OPS-Prozedur 9- 634 festgelegt ist. Dies ist in Anlage 2 der PPP-RL zu präzisieren.

Wir hoffen auf eine Berücksichtigung unserer Positionen. Wir stehen gerne für Rückfragen und einen konstruktiven Dialog zur Verfügung.

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**

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- III. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

| Nr. | Organisation | Eingangsdatum | Art der Rückmeldung |
|-----|--|---------------|---|
| 1 | Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) | 21. Juni 2022 | Stellungnahme |
| 2 | Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) | 7. Juli 2022 | Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird |
| 3 | Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE) | 11. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 4 | Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK) | 11. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 5 | Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK) | 11. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 6 | Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF) | 11. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 7 | Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (dgkjp) | 12. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 8 | Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW) | 12. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 9 | Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) | 12. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 10 | Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) | 12. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 11 | Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) | 12. Juli 2022 | Stellungnahme |

| Nr. | Organisation | Eingangsdatum | Art der Rückmeldung |
|-----|--|---------------|------------------------|
| 12 | Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) | 12. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 13 | Bundesdirektorenkonferenz (BDK) | 12. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 14 | Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT) | 13. Juli 2022 | Stellungnahme (Teil 1) |
| 15 | Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) | 13. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 16 | Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) | 13. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 17 | Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG) | 13. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 18 | Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung e.V. (DNVF) | 13. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 19 | Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrie Pflege e.V. (DFPP) | 13. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 20 | EX-IN Deutschland e.V. (EX-IN) | 13. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 21 | Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DÄVT) | 13. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 22 | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) | 13. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 23 | Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. | 13. Juli 2022 | Stellungnahme |
| 24 | Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) | 13. Juli 2022 | Stellungnahme |

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in AG-Sitzungen am 9. und 17. August 2022 vorbereitet und durch den Unterausschuss QS in seiner Sitzung am 25. August 2022 durchgeführt.

| Lfd. Zeilen-Nr. | Stellungnehmende Organisation | Inhalt der Stellungnahme | Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 25. August 2022) |
|-----------------|--|--|---|
| 1 | Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB), 21. Juni 2022 | | |
| 1.1 | DGSGB | Erfreulicherweise ist im letzten Entwurf die Anerkennung der Berufsgruppen der HeilpädagogInnen und HeilerziehungspflegerInnen in §5 Absatz (1) in der stationär psychiatrischen Behandlung von Erwachsenen aufgenommen worden. Dies begrüßen wir ausdrücklich und bedanken uns für die Umsetzung dieser Anregung. | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die ausdrückliche Aufnahme der Berufsgruppe der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen erfolgte insbesondere auch unter Berücksichtigung der Behandlung von Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung. Der GKV-SV setzt sich deshalb für die Beibehaltung der expliziten Benennung dieser Berufsgruppe ein</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Das Anliegen wurde auch von der PatV unterstützt.</p> |
| 1.2 | DGSGB | Weiterhin unberücksichtigt ist jedoch die Aufnahme von spezifischen Behandlungsbereichen (Behandlungsbereich „I“) für Personen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung, wie in den Stellungnahmen der DGSGB vom 14.6.2019, vom 12.8.2020 und vom 26.6.2021 gefordert. Auch alternative Lösungsvorschläge wie die Eingruppierung dieses Personenkreises entsprechend dem kognitiven bzw. emotionalen Referenzalter in die KJ-Behandlungsbereiche sind nicht aufgenommen worden. Die für die Genesung von | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Eine Analyse von Fallzahlen aus der unterjährigen Datenlieferung PEPP Januar bis Dezember 2021 (https://datenbrowser.inek.org/) ergibt eine Fallzahl von 4.108 Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung (F70.1-9,F71,F72, F73, F74, F78, F79 Intelligenzstörung, F84 Tiefgreifende Entwicklungs-</p> |

| | | | |
|----------|---|--|---|
| | | <p>psychisch kranken Personen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung erforderlichen Rahmenbedingungen sind somit in der PPP-RL weiterhin nicht berücksichtigt. „Behinderung“ findet sich nur im Kontext der KJP auf und ignoriert, dass es sich dabei definitionsgemäß um einen lebenslangen Zustand handelt. In Deutschland leben ca. 1 Million Bürgerinnen und Bürger mit einer kognitiven Behinderung und jeder Dritte leidet zusätzlich an einer psychischen Erkrankung. Die Behandlung ist deutlich aufwändiger als bei Personen ohne kognitive Beeinträchtigung. Die fehlende Berücksichtigung der behinderungsassoziierten Bedarfe steht im Widerspruch zur UNBehindertenrechtskonvention. Daher erlauben wir uns, den Behindertenbeauftragten der Bundesregierung über die weiterhin fehlende Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung in der stationär-psychiatrischen Behandlung in Kenntnis zu setzen.</p> | <p>störungen), die 2021 mit einer mittleren arithmetischen Verweildauer von 24,8 Tagen unter dem OPS-Kode Intensivbehandlung (9-61, 9-617, 9-618, 9-619, 9-61a, 9-61b) vollstationär in einer psychiatrischen Einrichtung behandelt wurden. Dies entspricht einem Anteil von 1,3% aller Fälle in diesem Zeitraum (4.108 von 321.080 mit einer mittleren arithmetischen Verweildauer von 25,1) bei vergleichbarem arithmetischem Mittel der Verweildauer.</p> <p>Der GKV-SV geht davon aus, dass Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung aufgrund des intensivierten Behandlungsaufwandes als Intensivpatienten eingestuft werden können und keinen eigenen Behandlungsbereich benötigen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV/LV/ BPtK/DPR: Dank und Zustimmung. Die Frage der Eingruppierung von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen soll bei dem vorgesehenen Änderungsbeschluss zur PPP-Richtlinie im Jahr 2023 berücksichtigt werden.</p> |
| 3 | Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), 11. Juli 2022 | | |
| 3.1 | DVE | <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Mit erheblichem Unmut vor allem aber mit großem Bedauern haben wir feststellen müssen, dass erneut in diesem vorliegenden Entwurf keinerlei Inhalte aus unseren vorangegangenen Stellungnahmen Berücksichtigung gefunden haben.</p> <p>Wir fragen uns, inwieweit es überhaupt noch sinnvoll oder zielführend ist, hier einen Beitrag zu leisten – auch wenn wir als Deut-</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme zum Allgemeinen Hinweis.</p> <p>PatV/BPtK: Dank und Kenntnisnahme. Die Belange der Ergotherapie werden in einer der kommenden RL- Verbesserungen zum Thema gemacht.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>scher Verband Ergotherapie die einzigen sind, die eine entsprechende fachliche Expertise für Aspekte aus dem Bereich Ergotherapie einbringen können. Anscheinend besteht aber keinerlei Interesse daran oder die Sichtweise und Interessen anderer Professionen wird vollständig über die unsere gestellt.</p> <p>Uns ist durchaus bewusst, dass im Zusammenhang mit der PPP-RL noch an einigen Stellen Regelungsbedarf besteht und die Details, die die Ergotherapie betreffen vielleicht nicht die allerhöchste Priorität haben – aber auch nach Jahren immer noch vollständig von der Weiterentwicklung der PPP-RL ausgeschlossen geblieben zu sein und mit Verschlechterungen im Vergleich zur PsychPV da zu stehen, ist für uns nicht mehr nachvollziehbar.</p> <p>Ergotherapeut:innen sind eine der größten Berufsgruppen im Bereich der psychiatrischen Versorgung und sie haben den meisten Kontakt mit Patient:innen – offensichtlich besteht aber kein Interesse deren Expertise zu berücksichtigen oder deren Anliegen nachzugehen. Das ist aus unserer Sicht gleichbedeutend mit einem Desinteresse an sachgerechter und zeitgemäßer Versorgung und Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen.</p> <p>Wir sind sprachlos, dass dringend notwendige Nachbesserungen in der PPP-RL für eine angemessene ergotherapeutische Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter Berücksichtigung aktueller und internationaler Standards für eine zeitgemäße Ergotherapie weiterhin vollkommen unberücksichtigt geblieben sind und noch nicht einmal in Aussicht gestellt werden.</p> <p>Wir stellen unsere Expertise jederzeit gerne zur Verfügung, um eine zeitgemäße Versorgung der Klient:innen zu gewährleisten – wenn wir ein Signal bekommen, dass unsere Beiträge auf Resonanz stoßen.</p> | |
|--|--|--|

| | | | |
|-----|-----|---|--|
| | | Bzgl. der inhaltlichen Anliegen verweisen wir auf unsere letzte Stellungnahme, die wir als Anlage beigefügt haben. | |
| 3.2 | DVE | <p>Stellungnahme des Deutschen Verbandes Ergotherapie e.V (DVE) 2021</p> <p>Mit großem Erschrecken und Bedauern haben wir festgestellt, dass auch in diesem vorliegenden Entwurf keinerlei Inhalte aus unseren vorangegangenen Stellungnahmen Berücksichtigung gefunden haben.</p> <p>Daher möchten wir hier zunächst das zentrale Problem aus der Perspektive der Ergotherapie noch einmal in den Fokus der Aufmerksamkeit stellen:</p> <p>Das zentrale und grundlegende Problem bleibt das Konstrukt der „Spezialtherapeuten“. Es beginnt damit, dass der Begriff der „Spezialtherapeuten“ nicht eindeutig definiert ist und in unterschiedlichen Zusammenhängen unterschiedliche Berufsgruppen umfasst (z.B. hier in der PPP-RL oder in den Komplexleistungen im OPS). Zudem ist der Begriff selbst ungeeignet, da es um spezifische therapeutische Fachleistungen geht.</p> <p>Darüber hinaus ist die derzeitige Zusammenfassung einzelner Berufsgruppen unter den Begriff der „Spezialtherapeuten“ fragwürdig: Entweder müssten alle therapeutisch tätigen Berufsgruppen hier subsumiert werden oder alle bleiben eigenständig. Die jetzige Aufteilung ist nicht begründbar.</p> <p>Das zusammenfassende Konstrukt der „Spezialtherapeuten“ verursacht zudem diverse Folgeprobleme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es braucht trotzdem jeweils eigenständige Tätigkeitsbeschrei- | <p>AG: Wir danken für die erneute Übermittlung der Stellungnahme zum Beschlussentwurf zur Änderung der PPP-RL 2021. Wir verweisen hiermit auf unsere Rückmeldung zu Ihrer Stellungnahme, die Sie in den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 16.09.2021 einsehen können.</p> |

| | | | |
|-----|-----|--|--|
| | | <p>bungen. Es ist fachlich nicht möglich diese Tätigkeitsbeschreibung über Berufe hinweg gemeinsam zu formulieren. Die bestehende Tätigkeitsbeschreibung bezieht sich ausschließlich auf die Ergotherapie und ist fachlich vollkommen veraltet (> 30 Jahre!). Es ist absolut unzeitgemäß und fachlich falsch diese noch zu nutzen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Zuweisung von Minutenwerten an eine Gesamtgruppe ignoriert die unterschiedlichen Qualitäten der verschiedenen therapeutischen Leistungen und verringert die Chancen der Patient:innen auf ein breites therapeutisches Angebot. Es konterkariert zudem die Anrechnungsthematik und birgt die Gefahr des Missbrauchs. <p>Vor diesem Hintergrund fordern wir die Abkehr von dem Konzept der „Spezialtherapeuten“. Wir fordern, dass die Klärung dieser Problematik der Anpassung der Richtlinie (§14 Abs 2) verankert wird, ebenso in Folge die Aktualisierung der Tätigkeitsbeschreibung und Anpassung der Berechnung der Minutenwerte.</p> <p><u>Vorschlag zu §14 (2)</u> → Ergänzung eines zusätzlichen Spiegelstrichs:</p> <p>Dabei sind insbesondere folgende Bereiche zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen oder neu zu definieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regelaufgaben der „Spezialtherapeuten“ inklusive Überprüfung des Konstruktes „Spezialtherapeuten“ und der Begrifflichkeit | |
| 3.3 | DVE | <p>Zu § 5 Abs. 2 d)</p> <p>Die Problematik des Konzepts der „Spezialtherapeuten“ wurde oben bereits erläutert. Entsprechend können wir die Idee der Subsummierung der Sprachtherapeuten/Logopäden unter die</p> | |

| | | | |
|-----|-----|---|--|
| | | „Spezialtherapeuten“ so nicht unterstützen. | |
| 3.4 | DVE | <p>Zu § 8 Abs. 3</p> <p>Eine gewisse Anrechnung von Berufsgruppen untereinander ist eine Notwendigkeit im Sinne der Flexibilität für die Kliniken und der Individualität des Behandlungsprozesses. Dennoch braucht es klare Grenzen, um Missbrauch zu verhindern und den Patient:innen alle Möglichkeiten der Behandlung zu bieten. Eine Anrechnung ist nur dann sinnvoll, wenn es um überschneidende Aufgabenbereiche geht. Dann muss sie allerdings auch in beide Richtungen möglich sein. Eine einseitige Anrechnungsmöglichkeit ist nicht sachgerecht und führt zu weiteren Verzerrungen.</p> | |
| 3.5 | DVE | <p>Zu § 16 Abs. 8</p> <p>Hier unterstützen wir die Position von GKV-SV und PatV, also die Ablehnung der Anrechnung außerhalb der Regelaufgaben.</p> | |
| 3.6 | DVE | <p>Zur Anlage 1</p> <p>Die Notwendigkeit der Anpassung der Minutenwerte für Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Psychologen ist gegeben – allerdings ist auch die Anpassung der Minutenwerte für die Therapieberufe ebenso notwendig. Die Ergotherapie hat durch das Konstrukt der „Spezialtherapeuten“ bereits eine tatsächliche Reduzierung der Minutenwerte erfahren – im Gegenteil ist aber eine Erhöhung notwendig. Hier müssen entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.</p> | |
| 3.7 | DVE | Zur Anlage 2 | |

| | | | |
|-----|-----|---|--|
| | | <p>Die Anlage 2 ist weiterhin sehr inkonsistent in der Formulierung – insbesondere bei der Beschreibung der Behandlungsmittel (Spalte 4) und der Erläuterungen (Spalte 5). Berufsgruppen, Interventionsbereiche oder Einzelmaßnahmen werden hier unsystematisch und undefiniert gebraucht. Ein spezifisches Behandlungskonzept ist nicht mehr erkennbar. Hier bedarf es einer grundlegenden Überarbeitung der gesamten Anlage.</p> | |
| 3.8 | DVE | <p>Zu Anlage 4: Spezialtherapeuten</p> <p>Wir anfangs schon ausgeführt, ist zum einen die Beschreibung der Ergotherapie in dem vorliegenden Entwurf weiterhin vollkommen veraltet, zum anderen wirft hier das Konzept der „Spezialtherapeuten“ das Problem der sachgerechten Darstellung der hier derzeit subsummierten Berufe auf. Eine zeitgemäße und fachlich fundierte Tätigkeitsbeschreibung wäre zudem ein Beitrag auch die Anlage 2 auf dieser Grundlage dann sachgerecht zu formulieren.</p> <p>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.</p> <p>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 zu gewährleisten.</p> <p>05.07.2021</p> | |

| 4 | Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK), 11. Juli 2022 | | |
|-----|--|---|--|
| 4.1 | ZVK | <p>Zu § 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen</p> <p><i>Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert:</i></p> <p>...</p> <p><i>e) Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten</i></p> <p>...</p> <p>Welche Qualifikationen wird für den Bewegungstherapeuten gezählt? Laut Bundesagentur für Arbeit gibt es kein einheitliches Berufsbild Bewegungstherapeut. Daher muss hier spezifiziert werden um welchen Berufsabschluss es sich handelt um sicherzustellen, dass eine qualitative und patientengerechte Therapie stattfinden kann.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Wie bereits in den TrG zum Beschluss vom 15.10.2020 ausgeführt, wurden in Orientierung an der PsychPV entsprechend bei den Berufsgruppen e und f verschiedene Berufsgruppen und Qualifikationen unter der Bezeichnung der Berufsgruppe zusammengefasst. Eine Überprüfung und ggfs. Anpassung ist mit weiteren RL-Änderungen vorgesehen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung: Bei der Qualifikation zum/zur Bewegungstherapeut/-in handelt es sich um einen Weiterbildungsberuf nach jeweils internen Regelungen der Lehrgangsträger. Wie ausgeführt, existiert derzeit kein einheitliches Anforderungsprofil. Dementsprechend wird von einer Spezifikation der Qualifikation – auch um die Flexibilität beim Personaleinsatz zu ermöglichen - abgesehen.</p> <p>PatV/BPtK: Dank und Kenntnisnahme. Die Belange der Physiotherapie werden in einer der kommenden RL-Verbesserungen zum Thema gemacht.</p> |
| 4.2 | ZVK | <p>Zur Anlage 1: Minutenwertetabellen</p> <p><i>1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene</i></p> <p><i>[DKG: Zeitwerte in Minuten je Woche und Behandlungsbereich]</i></p> <p><i>2. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche</i></p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Gemäß §14 Abs 2 liegt der Fokus der Weiterentwicklung der Richtlinie für das Jahr 2022 auf einer Anpassung der Minutenwerte nach Anlage 1 insbesondere auf den Berufsgruppen nach §5 Abs 1 Satz 1 Buchstabe a und c. Eine Anpassung der weiteren Berufsgruppen ist zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen. Dabei kann auch die Differenzierung bzgl. der Durchführung als Einzel- oder Gruppentherapie geprüft werden.</p> |

| | | | |
|----------|---|--|---|
| | | <p>Die für eine Regelbehandlung durch einen Physiotherapeuten vorgegebene Therapiezeit beträgt 28 Minuten pro Woche. Bei Intensivbehandlung 29 Minuten pro Woche. 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.</p> <p>Ebenso stellt sich die Frage, ob die Therapie in Einzeltherapie oder auch Gruppentherapie durchgeführt werden kann und ob dies genauer definiert werden sollte.</p> <p>11.07.2022</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung: Je nach Ausrichtung des Behandlungskonzeptes der Einrichtung ist der Fokus therapeutischer Angebote sehr heterogen. So gibt es bspw. Einrichtungen, deren Behandlungsschwerpunkt auf spezialtherapeutischen Angeboten liegt, z. B. Kunst- oder Musiktherapie. Darüber hinaus ist zu beachten, dass es sich bei den Minutenwerten um Mindestvorgaben handelt, die einen Beitrag zu leitliniengerechter Behandlung leisten sollen und derzeit je Berufsgruppe nicht unterschritten werden dürfen.</p> <p>In der Definition der Regelaufgaben gemäß Anlage 4 der PPP-RL ist geregelt, dass auch die Therapien der Bewegungstherapeuten/-innen und Physiotherapeuten/-innen gruppenbezogen erfolgen können.</p> |
| 5 | Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK), 11. Juli 2022 | | |
| 5.1 | BApK | <p>1) Wenn es Mindestvorgaben für den Tagdienst gibt, so sollte es solche auch für den Nachtdienst geben. Insofern unterstützt der BApK die Position des GKV-SV bei § 3 Grundsätze (2).</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme, dem Vorschlag wird im Grundsatz gefolgt.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 5.2 | BApK | <p>2) Der BApK unterstützt in § 3 Grundsätze (7) und (8) die Haltung der PatV.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>Die Mindestvorgabe ist quartals- und einrichtungsbezogen pro Berufsgruppe einzuhalten, nur die Dokumentation erfolgt stations- und monatsbezogen. Beide Maßnahmen gemeinsam</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>machen den Kern der Richtlinie aus: die einrichtungsbezogene Mindestvorgabe schafft Flexibilität für die Einrichtungen, der zusätzliche stationsbezogene Nachweis dient der Qualitätssicherung. Eine rein einrichtungsbezogene Festlegung ohne Transparenz auf Stationsebene kann dazu führen, dass einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend – erste Auswertungen der Nachweise legen dies nahe. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Außerdem sollen die stationsbezogenen Nachweise als Grundlage für die erforderlichen Änderungen der Minutenwerte und der Richtlinie dienen.</p> <p>Erste Auswertungsdaten zeigen, wie wichtig die Erhebung der Stationen für die Qualitätssicherung ist. Nur 3,5 Prozent, d. h. 110 von 2.818 therapeutischen Einheiten geben an, eine nicht-stationsbezogene Einheit mit einem innovativen Versorgungskonzept zu sein. Alle anderen Stationen wurden einem herkömmlichen Stationstyp zugeordnet. Dies entspricht auch den Erfahrungen bei den Verhandlungen zur Personalausstattung vor Ort.</p> <p>Die Station ist also in nahezu allen Einrichtungen die zentrale Organisationseinheit – auch aus Gründen der Milieuthherapie und der Kontinuität der Behandelnden. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte arbeiten überwiegend stationsbezogen - das sind 80 Prozent des Personals.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank für die Zustimmung zur Haltung der PatV.</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|-----|------|--|--|
| 5.3 | BApK | <p>3) Der BApK freut sich, dass die Anregung aus seiner letzten Stellungnahme zum § 9 Weitere Qualitätsempfehlungen (2) aufgenommen wurde und den Genesungsbegleitern in der Anlage 5 Kernaufgaben zugewiesen wurden.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Dank für die Unterstützung der Forderungen der PatV zur Einbeziehung von GenesungsbegleiterInnen.</p> |
| 5.4 | BApK | <p>4) In allen aktuellen Leitlinien wird die wichtige Rolle der Angehörigen hervorgehoben. In den Regelaufgabenbeschreibungen vieler Berufsgruppen dieser Richtlinie findet die Arbeit mit den Angehörigen Berücksichtigung. Keinen Widerhall findet dieses in den strukturellen Qualitätsvorgaben der Richtlinie.</p> <p>Um die für die Angehörigen vorgehaltenen strukturellen Ressourcen sichtbar zu machen, wünscht der BApK für den § 9 Weitere Qualitätsempfehlungen nachfolgende zusätzliche Qualitätsempfehlung:</p> <p>(3) In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollen zusätzlich zu den in § 5 genannten Berufsgruppen Angehörigenbegleiterinnen und Angehörigenbegleiter auf den Stationen eingesetzt werden.</p> <p>Diese Qualitätsempfehlung sollte in der Anlage 3 dann ebenso nachgewiesen und veröffentlicht werden wie die Genesungsbegleiter.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die Arbeit mit Angehörigen findet Widerhall in der RL. Wie der BApK richtig schreibt, wird die Arbeit mit den Angehörigen in den Regelaufgaben der Berufsgruppen aufgeführt. Die am Patienten tätigen Berufsgruppen sollen also regelhaft die Angehörigen einbeziehen oder Angehörigengruppen anbieten. Bei der Überarbeitung der Regelaufgaben kann dies ggf. aber gerne überprüft werden.</p> <p>Weitere Vorgaben für AngehörigenbegleiterInnen sind aus Sicht des GKV-SV derzeit nicht erforderlich.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 5.5 | BApK | <p>5) Darüber hinaus erachtet der BApK es als notwendig, dass in der Anlage 3 je Station die geplanten Ressourcen zur Angehörigenarbeit aufgeführt werden.</p> | <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |

| 6 | Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF), 11. Juli 2022 | | |
|-----|---|--|--|
| 6.1 | DGPSF | <p>Allgemeiner Hinweis: Gemäß § 136a Absatz 2 SGB V war und ist es das Ziel der geplanten Richtlinienänderung sicherzustellen, dass Patient*innen mit psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen ausreichend psychotherapeutisch versorgt werden, nicht zuletzt auf vor dem Hintergrund entsprechender AWMF-Leitlinien. Der G-BA hat als notwendige Anpassung der Mindestvorgaben insbesondere sicherzustellen, dass die Psychotherapie gemäß ihrer Bedeutung in der Versorgung der o.g. Patient*innen mit entsprechenden personellen Ressourcen abgebildet wird.</p> <p>Wie bereits in unserer Stellungnahme im Sommer 2021 formuliert, unterstützt die DGPSF dieses Ziel nachdrücklich. Nun wurde der gesetzliche Auftrag zu Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen in der Änderung der PPP-RL vom September 2021 nur teilweise umgesetzt. Im Einzelnen nimmt die DGPSF zu den nunmehr vorgeschlagenen Änderungen wie folgt Stellung:</p> | <p>DKG: Dank für den allgemeinen Hinweis. PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 6.2 | DGPSF | <p>§ 6 Abs. 3: Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung</p> <p><i>Änderungsvorschlag GKV-SV/PatV/ BPtK:</i></p> <p>Die DGPFs befürwortet die in Abs. 3 vorgeschlagene kontinuierliche Einstufung in die Behandlungsarten gemäß Kapitel 9 des OPS.</p> <p><i>Begründung:</i> Zwecks besserer Nachvollziehbarkeit der Behandlungsarten pro Patient*in auch über die Zeit und der auf dieser Grundlage ermittelten Behandlungstage je Behandlungsbereich und letztlich der sich daraus ergebenden Mindestvorgaben für die Personalausstattung ist eine an OPS orientierte kontinuierliche</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme. Dem Vorschlag wird aus den folgenden Gründen nicht gefolgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bruch in der bisherigen Systematik mit Stichtageinstufungen in die Behandlungskategorien mit anderen Anforderungen als in den OPS • OPS- Systematik ist nicht 1:1 übertragbar, da andere Zielsetzung (Abrechnung) und Kategorien/Einstufungen (es besteht keine Trennungsschärfe) |

| | | | |
|-----|-------|--|--|
| | | <p>Einstufung zwingend erforderlich. Eine 14-tägige Einstufung ist also zu grob in ihrer Auflösung einzuordnen und dementsprechend nur bedingt sachlich angemessen, um die Behandlungstage je Behandlungsbereich zu ermitteln.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Keine Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen vorhanden (drohende finanzielle Sanktionen, negative Auswirkungen auf die Versorgung nicht ausgeschlossen) • Bestehende Regelungen der PPP-RL ermöglichen kaum Personalsteuerungsmöglichkeiten, da die Mindestvorgaben erst nach Ablauf des Bezugszeitraumes bekannt sind. Die Änderung der Systematik auf kontinuierliche OPS-Dokumentation wird die Steuerungsmöglichkeiten weiter erschweren, da dem eine noch höhere Dynamik zugrunde liegt. • Erhöhter bürokratischer Aufwand durch Neudefinition der Behandlungstage • Unklarheit über tatsächliche Arbeitsaufwände und Umsetzung in der Praxis (Beispiel Entlasstag) <p>PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 6.3 | DGPSF | <p>Anlage 1 – Minutenwerttabelle (S. 31/32): <i>Änderungsvorschlag PatV/BÄK/BPtK:</i> Die DGPSF befürwortet die in o.g. Tabelle von PatV/BÄK/BPtK aufgeführten Zeitwerte in Minuten pro Patient*in für Ärzt*innen sowie Psychotherapeut:innen bis zur Zielerreichung am 31.12.2028 für den Behandlungsbereich Erwachsenenbereich. <i>Begründung:</i> Die Erhöhung der Behandlungsminuten pro Patient*in durch die Berufsgruppen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen ist erforderlich, um der evidenzbasierten Festlegung eines Mindestumfangs an Psychotherapie auch im stationären</p> | <p>GKV-SV: Dank und Ablehnung. Eine Evidenz zur „richtigen“ Höhe der Minutenwerte für eine leitliniengerechte stationäre psychotherapeutische Behandlung existiert unseres Wissens nicht. Die Ableitung der Höhe allein aus der üblicherweise im ambulanten Setting getätigten Behandlungsdauer zu ziehen greift unseres Erachtens zu kurz und wird nicht dem Krankheitsspektrum und der Schwere der Erkrankung der im Krankenhaus behandelten Patienten gerecht. Viele PatientInnen und Patienten sind aufgrund der Schwere der Erkrankung oder mangelnder Bereitschaft nicht</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Setting Rechnung zu tragen. In der ambulanten Versorgung werden üblicherweise mind. 50 min Einzelpsychotherapie pro Woche vorgesehen. Bei einer stationären Behandlung kann infolgedessen die einzelpsychotherapeutische Versorgung nicht darunter liegen. Gerade weil die stationäre Behandlung dann indiziert ist, wenn eine ambulante Behandlung als nicht mehr ausreichend eingeschätzt wird, ist sachlich gut begründet, dass pro Patient im Durchschnitt 75-100 Minutenwerte Einzelpsychotherapie erforderlich sind. Grundsätzlich kann Psychotherapie austauschbar von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen erbracht werden.</p> | <p>in der Lage 75-100 Minuten Einzelpsychotherapie in der Woche zu absolvieren.</p> <p>Eine stationäre Behandlung umfasst daher vielfältige andere Behandlungsmethoden neben der Einzelpsychotherapie: Milieuthherapie, Gruppentherapie, Spezialtherapie, entlastende Gespräche, motivierende Gespräche u.a.</p> <p>Insgesamt müssen die Behandlungserfordernisse und Wünsche der Patienten differenziert betrachtet werden:</p> <p>Der GKV-SV schlägt deshalb alternativ eine Anpassung der Behandlungsbereiche vor mit Optimierung der Psychotherapieminutenwerte für Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Psychotherapiebedarf, welche in der Lage sind, diesen auch wahr zu nehmen. Siehe dazu TrG zu §3 Behandlungsbereiche.</p> <p>Darüber hinaus weist der GKV-SV darauf hin, dass</p> <ol style="list-style-type: none">1. in der ersten Fassung und der letzten Bearbeitung der PPP-RL die aus der Psych-PV übernommenen Minutenwerte der Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen erhöht und neue Behandlungsbereiche für komplexpsychotherapeutische Behandlung mit mehr Personal eingeführt wurden.2. es Ziel und Zweck dieser RL ist, „geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest[zulegen].“ Gemäß §1 der PPP-RL sollen die in der RL festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben...<i>“einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Die mit dieser Richtlinie</i> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|-----|-------|--|--|
| | | | <p><i>festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.“</i></p> <p>Dies bedeutet, dass die Erhöhung der Minutenwerte im Sinne einer Mindestvorgabe erfolgen, jedoch nicht dem Anspruch einer leitliniengerechten Versorgung genügen muss</p> <p>PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Erhöhung der Minutenwerte wurde von der PatV zusammen mit der BÄK und der BPtK gefordert.</p> |
| 6.4 | DGPSF | <p>§ 16 Abs. 3 (3) Übergangsregelungen (sowie Anlage 1B Minutenwerttabelle):</p> <p><i>Änderungsvorschlag PatV/BÄK/BPtK:</i></p> <p>Die DGPSF befürwortet die in der Tabelle von PatV/BÄK/BPtK aufgeführte schrittweise Erhöhung der Minutenwerte bis zum 31.12.2028 für den Behandlungsbereich Erwachsenenbereich.</p> <p><i>Begründung:</i> Die Erhöhung der Behandlungsminuten pro Patient*in ist zweifellos nur schrittweise umsetzbar, um die Gewinnung von entsprechendem Personal zu ermöglichen. Gerade wenn die Personalgewinnung eine gewisse Herausforderung darstellt, sind attraktive Arbeitsbedingungen durch eine bessere Personalausstattung besonders wichtig. Ein Verweis auf mögliche Probleme bei der Gewinnung von Fachpersonal ist nicht stichhaltig, da nur eine entsprechende Personalausstattung einerseits die Vorgabe der Stärkung der Psychotherapie umsetzt und andererseits so die Attraktivität der Tätigkeit von Psychotherapeut*innen im stationären Setting erhöht werden kann, nicht zuletzt im Sinne der Eröffnung entsprechender beruflicher Perspektiven.</p> <p>Ich hoffe, dass die Stellungnahme der DGPSF zur Konsensbildung</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme und Verweis auf Anmerkung zu 6.3.</p> <p>PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme der nachvollziehbaren Begründung.</p> |

| | | | |
|----------|--|---|--|
| | | bei den noch abschließend abzustimmenden Änderungen der PPP-Richtlinie beitragen kann. | |
| 7 | Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (dgkjp), 12. Juli 2022 | | |
| 7.1 | dgkjp | <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Wir können vorab seitens der DGKJP noch nicht erkennen, dass es sich um eine „erste, grundlegende Überarbeitung“ handelt, da wesentliche Punkte noch kontrovers sind. Wir betonen erneut, dass etliche allgemeine Kritikpunkte an der PPP-RL, die wir kontinuierlich geäußert und in das Stellungnahmeverfahren verschiedentlich eingebracht haben, fortbestehen.</p> <p>Wir nehmen zu den die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) betreffenden Punkten im folgenden nacheinander Stellung.</p> | <p>DKG: Dank für den Allgemeinen Hinweis.</p> <p>GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 7.2 | dgkjp | <p>Zu § 2 Grundsätze, Absatz 7 und 8, den Vorschlägen zu Absatz 11 und 12</p> <p>1. Wir stimmen dem Vorschlag der DKG zu, den Stationsbezug aufzugeben. Das entspricht einer langjährigen Forderung nicht nur von uns, sondern der wissenschaftlichen Fachgesellschaften insgesamt.</p> <p>Begründung: Wichtig ist, für die Summe der Patient:innen genügend Personal vorzuhalten, unabhängig davon, wie sich diese Patient:innen tagsüber im stationären oder teilstationären Status mischen und auf welcher Station welche indikationsbezogene Gruppe besucht wird.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Prüfung.</p> <p>Aus Qualitätsgesichtspunkten ist es nach wie vor nicht richtig, nur für die Summe der Patientinnen und Patienten genügend Personal vorzuhalten. Das Personal muss bei jedem einzelnen Patienten ankommen. Da wir aber nicht schicht- oder patientengenau die Mindestvorgaben festlegen wollen, um Flexibilität für den Personaleinsatz herzustellen, muss bei einrichtungsbezogenen Mindestvorgaben auch auf der kleineren Ebene geprüft werden, ob hier genügend Personal ankommt. Die übliche kleinere Ebene im Krankenhaus ist die Station. Der GKV-SV begrüßt die Initiative der DGKJP für eine geänderte Stationstypologie. Der GKV-SV möchte diesen Vorschlag mit den Nachweisdaten 2021 und 2022 abgleichen, bevor eine</p> |

| | | | |
|-----|-------|---|--|
| | | <p>Die Unterstellung, dass manche Stationen gegenüber anderen unterausgestattet sein könnten, trifft für unser Fachgebiet nicht zu, da die in der Anzahl geringen Stationen (in der Regel 1-4 pro Einrichtung ohne dezentrale Tageskliniken) in der Regel altersgestaffelt belegt werden und die meisten Kliniken keine getrennten Stationen für besonders aufwändige Patient:innen vorhalten, für weitere Analysen hilft die von uns bereits im letzten und vorletzten Stellungnahmeverfahren als für das Fachgebiet nicht zutreffend kritisierte Stationstypologie (wir hatten im September 2021 einen Alternativvorschlag eingereicht) ebenfalls nicht weiter.</p> <p>Im Bedarfsfall ist es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr üblich, dass Personal, insbesondere im Pflege- und Erziehungsdienst (PED), aber auch im ärztlichen Dienst und in den Fachtherapien, stundenweise zwischen den Stationen wechselt, ohne dass sich das in den Dienstplänen widerspiegelt oder dokumentiert würde. Die Realität der Personalverteilung ist somit im Stationsbezug per se nicht erfassbar. Dadurch entfällt auch die Notwendigkeit einer Definition der Stationseinheit in § 2 (12).</p> | <p>Änderung der Stationstypologie in der KJP vorgenommen wird.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 7.3 | dgkjp | <p>2. Dem weitergehenden Vorschlag von DKG, LV, BÄK und BPtK,p den Monatsbezug zu streichen, stimmen wir ebenfalls zu.</p> <p>Begründung: Ausgleiche für Personalausfälle über größere Zeiträume sind einfacher zu bewerkstelligen als im sehr engen Monatsbezug - vor allem in Zeiten der weiterhin zu erwartenden Pandemiewellen. Das gilt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch deswegen, da die üblichen Verweildauern von Patient:innen bundesdurchschnittlich im Jahr 2021 35 Tage (mit einer extremen Streubreite aufgrund von Krisenaufenthalten vs. Regelaufenthalten, vgl. hierzu auch INeK Daten) betragen, und für Nicht-Krisen-Patient:innen regelhaft 6 Wochen und länger dauern, d.h. allfällige</p> | <p>GKV-SV: Ablehnung.</p> <p>Die Vorgaben sind quartalsweise einzuhalten, daher sind bereits jetzt Verschiebungen innerhalb von bis 90 Tagen möglich. Ein Verschieben von Therapiegesprächen kann jedoch keineswegs mit längeren Verweildauern begründet werden. Die Argumentation zeigt wie notwendig eine über den Quartalszeitraum weitergehende Transparenz auf Monatsebene ist. Eine über Wochen andauernde wesentliche Reduzierung der therapeutischen Angebote ist ein massives Qualitätsdefizit. Die resultierenden Verweildauerverlängerungen sind für</p> |

| | | | |
|-----|-------|---|--|
| | | Schwankungen in der Personalbesetzung im Laufe einer Behandlung werden in aller Regel durch das Nachholen von Therapieeinheiten wieder ausgeglichen. | die Patientinnen und Patienten belastend und mit vermeidbaren Mehrkosten verbunden. DKG: Zustimmungse Kenntnisnahme. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. |
| 7.4 | dgkjp | Der Ergänzung der DKG hinsichtlich des Absatzes 11 ist zuzustimmen, vor allem vor dem Hintergrund der offensichtlich regional sehr problematischen Budgetverhandlungen wäre es wichtig, für die Besonderheiten der Nachtdienstsituation eine „Budgetverhandlungs-Leitlinie“ zu haben. Siehe unsere Ausführungen zu § 6 Absatz 7 bis 9 weiter unten, man könnte diese Hinweise auch dort verorten. | GKV-SV: Ablehnung. Der G-BA hat keinen gesetzlichen Auftrag für Umsetzungsleitlinien für die Budgetverhandlungen. DKG: Zustimmungse Kenntnisnahme, eine alternative Verortung wird für die diesjährige Beschlussfassung geprüft. PatV: Dank und Kenntnisnahme. |
| 7.5 | dgkjp | Zu § 3 Behandlungsbereiche Wir begrüßen die überfällige Streichung der Kategorie KJ 5, die keine Rolle mehr in der heutigen Klinikrealität spielt. Eine gesonderte Ausweisung einer psychotherapeutischen Kategorie für unser Fachgebiet halten wir ebenfalls für nicht erforderlich, da der Psychotherapie- incl. Familientherapie-Einsatz in allen Behandlungsbereichen recht hoch ist und Psychotherapie allen stationär behandelten Patient:innen regelhaft zugutekommt. | GKV-SV: Dank und Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. |
| 7.6 | dgkjp | Zu § 4 Tätigkeiten sowie Tag- und Nachtdienste Hinsichtlich der Festlegung von Zeiten für den Nachtdienst stimmen wir der Auffassung der Patientenvertretung zu. Begründung: Es ist völlig unklar, warum ein Nachtdienst festgelegt werden muss auf 10 Stunden und 30 Minuten – viele KJPP-Einrichtungen machen mit einem gestaffelten Spätdienst am Tag (der | GKV-SV: Ablehnung Die Abgrenzungen von Tag- und Nachtdienst wurden aus der Psych-PV übernommen und werden seit Jahrzehnten in der Praxis angewendet. Sie legen jedoch keine Schichtzeiten oder Schlafenszeiten fest. Vielmehr geht es um eine Abgrenzung welche Tätigkeitszeiten dem Tagdienst zuzuordnen sind und |

| | | | |
|-----|-------|--|--|
| | | <p>letzte Tagdienst geht um 22.00, erst dann gehen ja Jugendliche schlafen) sehr gute Erfahrungen, die Frühschicht beginnt demgegenüber zwingend um 6.00 oder je nach Schulbeginn auch um 6:30, um die Vorbereitung auf den Schulbesuch gewährleisten zu können. Somit sollten die Nachtdienstzeiten an die Schlafenszeiten der Patient:innen angepasst werden können und nicht umgekehrt.</p> | <p>in den Minutenwerten umfasst sind bzw. welche dem Nachtdienst im Sinn der PPP-RL zuzuordnen sind.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisaufnahme. Bezüglich der Zeitfenster von Tag- und Nachtdienst wurde sich an der Systematik der PsychPV orientiert. Durch den Zusatz unter §4 Abs. 4 PPP-RL „Anfangs- und Endzeiten können variieren“, sind keine festen Dienstzeiten vorgeschrieben und die Dienstzeiten können somit den Gegebenheiten in der Praxis angepasst werden.</p> <p>PatV: Dank für die Unterstützung der von der PatV eingebrachten Regelung der Nachtdienste und für die nachvollziehbare Begründung.</p> |
| 7.7 | dgkjp | <p>Zu § 5 Abs. 2 Berufsgruppen</p> <p>Wir haben bereits im Jahr 2020 die restriktive Berufsgruppenbeschreibung in unserem Fachgebiet kritisiert und für eine Öffnung für weitere pädagogische Berufe zusätzlich zu den Heilpädagog:innen votiert. Somit stimmen wir dem Vorschlag von DKG und BPTK zu.</p> <p>Begründung: Generell ist pädagogisches Personal, das auf vielfältige Weise in Deutschland qualifizierte Abschlüsse erreicht, in der KJPP unverzichtbar und bereits fester Bestandteil. Die Fassungen der PPP-RL machen das Dilemma deutlich, das solches Personal einer „Schublade“ zugeordnet werden muss. Solange die Austauschbarkeit bezogen auf die Anrechenbarkeit erhalten bleibt, wird das oft unproblematisch sein. Andernfalls müsste die Gruppe der Pädagog:innen auch bei Pflegepersonen und bei Spezialtherapeut:innen auftauchen.</p> <p>Folgerichtig sind verschiedene pädagogische Grundberufe u.E. qualifiziert, auch im fachtherapeutischen Bereich tätig zu sein. Das</p> | <p>GKV-SV/PatV: Dank und Ablehnung.</p> <p>Die bisherige Richtlinienregelung wird beibehalten.</p> <p>Im Fokus der Berufsgruppe f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, steht die Unterstützung von Menschen mit Behinderung im weitesten Sinne (körperlich, geistig, sinnes- und mehrfachbehindert, chronisch erkrankt) zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung.</p> <p>Diese Berufsgruppe f) gemäß § 3 Absatz 1 f) und Absatz 2 f) PPP-RL beschränkt sich deshalb bewusst auf die in der Richtlinie genannten Berufsgruppen und wurde bei der Erstfassung der Richtlinie nicht beispielsweise um die generische Berufsgruppe der Pädagogen erweitert. Deren Tätigkeitsfokus liegt im Bereich der Erziehung und Beratung. Eine generelle Ableitung der Befähigung zur sozialtherapeutischen und sozialpädagogischen Tätigkeit gemäß Regelaufgaben nach Anlage 4</p> |

| | | | |
|-----|-------|--|---|
| | | <p>betrifft Theaterpädagog:innen, Kunst- und Musikpädagog:innen für die künstlerischen Therapien, Sportpädagog:innen für die Bewegungstherapie, Kindheitspädagog:innen und Entwicklungspädagog:innen für die Heilpädagogik, Medienpädagogen für die Behandlung von Mediensucht u.v.a.m. Hier sollte der Realität der mittlerweile diversen angebotenen Bachelor-Studiengänge Rechnung getragen werden, die durchaus auch klinische Bezüge lehren, teils mit Unterstützung unserer Lehrstühle. Es sei darauf hingewiesen, dass der Sachverhalt der unterschiedlichen Abschlüsse im Rahmen der 2021 erstmals erfolgten StrOPS-Prüfungen mit den Medizinischen Diensten ausgiebig diskutiert worden ist, und dass diverse Mitarbeitende mit unterschiedlichen Grundqualifikationen bereits seit langer Zeit in der KJPP tätig sind. Ebenfalls ist darauf hinzuweisen, dass für die Berufsgruppe der Bewegungstherapeut:innen, für die keine festgelegte Studien- oder Fachschul Ausbildung vorausgesetzt ist, die gleichen Prinzipien bereits angewendet werden. Es erfolgt hier laut StrOPS-Prüfungen keine „Anrechnung“, sondern eine vollständige Anerkennung im Rahmen des Personaltableaus. Analog verhält sich vergleichsweise § 7 des Kindertagesbetreuungsgesetzes.</p> | <p>kann daraus nicht gezogen werden. Insbesondere Pflegepädagoginnen und Pflegepädagogen arbeiten in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Altenpflegerinnen u. ä. Zudem ist die Berufsgruppe der Pädagogen sehr heterogen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, wie Wirtschaftspädagogen, Weiterbildungspädagogen oder Organisationspädagogen. Deren Einsatz ist in der stationären Behandlung von psychisch kranken Menschen nicht vorstellbar. Erbringen die genannten spezialisierten Pädagogen Tätigkeiten aus dem Bereich der Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL, können diese gemäß § 8 Absatz 5 PPP-RL angerechnet werden. Ihr Einsatz ist damit bereits schon möglich, eine Änderung der PPP-RL an dieser Stelle nicht erforderlich.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 7.8 | dgkjp | <p>Zu § 6 Absatz 3 Ermittlung der Mindestvorgaben, hier: Patienteneinstufung</p> <p>Wir halten den Vorschlag der GKV für <u>erwägenswert</u>, für die KJPP die Routinedaten der OPS-Einstufung zu verwenden. Allerdings sollten dann im GKV-Vorschlag die Sätze <i>„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</i></p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Dem Vorschlag wird aus den folgenden Gründen nicht gefolgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bruch in der bisherigen Systematik mit Stichtageeinstufungen in die Behandlungskategorien mit anderen Anforderungen als in den OPS • OPS- Systematik ist nicht 1:1 übertragbar, da andere |

| | | |
|--|--|---|
| | <p><i>Mitternacht hinausgehende Beurlaubung oder Abwesenheit beginnt, werden nicht berücksichtigt. Bei teilstationärer Behandlung ist der letzte Tag des Aufenthaltes als Behandlungstag zu berücksichtigen“</i> gestrichen werden, denn diese Vorgaben haben nichts mit der Patienteneinstufung zu tun und würden dazu führen, dass für die Mitarbeitenden der Klinikverwaltungen doch ein erhöhter Aufwand entstehen würde: für die Behandlungstage nach PEPP-V 2022 müsste nämlich eine andere, nochmalig neue Berechnung erfolgen als für die Behandlungstage für den Mindestpersonalnachweis nach der PPP-RL. Ausdrücklich sei darauf hingewiesen, dass anders als im DRG-Bereich bei der mathematisch hinsichtlich der <u>realen</u> Aufwände festgelegten PEPP-Berechnung der Entlasstag sehr wohl als Behandlungstag zählt (siehe PEPP-V 2022 § 1 Abs. 3 Satz 2). Gerade der Entlasstag generiert in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nachweislich einen hohen Personalaufwand: Abschluss- und Übergabegespräche mit den Eltern, Auszug aus dem Zimmer nach oft langem Aufenthalt, Abschiedsrituale in der Patientengruppe, letzte Medikamentenaufklärung für Patient:innen und Sorgeberechtigte etc. müssen stattfinden. Durch die hier für die PPP-RL vorgeschlagene Art der Berechnung würde die erforderliche Personalmindestausstattung vor allem für die Kliniken mit einem hohen Patienten-turnover und damit laut PEPP-System relativ höheren Aufwänden nicht höher ausfallen als für Kliniken mit geringerem Patienten-turnover (vorausgesetzt, dass eine Neubelegung am gleichen Tag erfolgt). Ebenfalls würden bei Abzug der „Beurlaubungstage“, wie hier seitens des GKV-SV definiert („Tage, an denen eine über Mitternacht hinausgehende Beurlaubung oder Abwesenheit beginnt“), Patient:innen bereits bei einem Fehlen zu Mitternacht geringere Personalmindestausstattungen generieren, d.h. personell schlecht ausgestattete Kliniken hätten einen sehr hohen Anreiz, Patient:innen unabhängig vom Therapiefortschritt</p> | <p>Zielsetzung (Abrechnung) und Kategorien/Einstufungen (es besteht keine Trennungsschärfe)</p> <ul style="list-style-type: none">• Keine Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen vorhanden (drohende finanzielle Sanktionen, negative Auswirkungen auf die Versorgung nicht ausgeschlossen)• Bestehende Regelungen der PPP-RL ermöglichen kaum Personalsteuerungsmöglichkeiten, da die Mindestvorgaben erst nach Ablauf des Bezugszeitraumes bekannt sind. Die Änderung der Systematik auf kontinuierliche OPS-Dokumentation wird die Steuerungsmöglichkeiten weiter erschweren, da dem eine noch höhere Dynamik zugrunde liegt.• Erhöhter bürokratischer Aufwand durch Neudefinition der Behandlungstage• Unklarheit über tatsächliche Arbeitsaufwände und Umsetzung in der Praxis (Beispiel Entlasstag) <p>PatV/BPtK: Zustimmung. Begründung ist nachvollziehbar.</p> |
|--|--|---|

| | | | |
|-----|-------|---|---|
| | | <p>gegebenenfalls sogar über 2 Nächte nach Hause zur Belastungs- erprobung zu schicken und damit die Personalmindestvorgaben künstlich zu senken. Auch hier weicht die PEPP-V 2022 definito- risch ab: „Vollständige Tage der Abwesenheit sind Kalendertage, an denen der Patient sich während einer voll- oder teilstationären Behandlung nicht im Krankenhaus befindet bzw. bei stationsäqui- valenter Behandlung kein direkter Patientenkontakt stattfindet.“ (§ 1 Abs. 4 Satz 1 PEPP-V).</p> <p>Nebenbei ist darauf hinzuweisen, dass in den „Tragenden Grün- den“ auf Seite 11 die kinder- und jugendpsychiatrische tagesklini- sche Behandlung KJ7 fehlt.</p> <p>Alternativ könnte man – ohne zur Rechnungslegung abweichende Definitionen der zugrunde zu legenden Behandlungstage – <u>die 14- tägigen Stichtagserhebungen durch eine Abfrage der aktuellen OPS-Kategorien aus den Krankenhausinformationssystemen er- setzen</u>. Darauf hinzuweisen ist, dass vermutlich bei dieser gänzlich anderen Bezugsgröße andere Bemessungszahlen entstehen könn- ten, da sich die Einstufungskriterien in KJ3 und in den OPS-Kode 9- 672 unterscheiden, denn der OPS 9-672 bildet auch die typischen aufwändigen Störungsmanifestationen des Kindesalters ab. Ein empirischer Vergleich der OPS-9-672 mit den KJ3-Einstufungen für Jugendliche ist uns nicht bekannt. Die daraus entstehenden ggfs. höheren Mindestvorgaben wären uns aus Sicht der DGKJP eher willkommen, müssten dann aber seitens der GKV auch gegenfi- nanziert werden.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV prüft im Rah- men der anstehenden Richtlinienänderung.</p> |
| 7.9 | dgkjp | <p>Zu § 6 Absatz 7 bis 9</p> <p>Hier kann sich die DGKJP nach Austausch mit den Pflegeexpert:in- nen im Fachgebiet keinem der übermittelten Vorschläge vollstän- dig anschließen.</p> | <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Folgende Grundvoraussetzungen müssten für die Nachtwachenkapazität und -verteilung gegeben sein:</p> <ul style="list-style-type: none">• Jedes psychisch kranke Kind und jeder Jugendliche muss in der Nacht eine erreichbare, wache Nachtwache in der Nähe haben. Das gilt auch für Stationen, die kleiner sind als 12 Betten. Ein „Divisor“ von 12 in allen Berechnungen verkennt, dass es Stationen gibt, die nur 8 oder 10 Plätze haben. Aus räumlichen Gründen und aus Gründen des Patientenschutzes können Stationen oft nachts nicht „zusammengelegt“ werden (zumal dann erst recht die Kapazität von 12 überschritten würde).• Die Aufsichtspflicht muss gewährleistet sein, d.h. potenzielle Übergriffe von Patient:innen untereinander oder das unerwünschte Eindringen von Personen von außen dürfen einer stetigen Aufsicht nicht entgehen, wozu die räumlichen Bedingungen zu berücksichtigen sind.• Nachtwachenkapazität muss unterschiedlich – je nach Entwicklungsstand, Art und Intensität der Störung, Bedürfnislagen und Gefahrenlagen hinsichtlich der zu betreuenden Patient:innen – zwischen den Stationen verteilbar sein.• Für die bis auf wenige Ausnahmen sämtlich pflichtversorgenden KJPP-Stationen muss genügend flexibles Personal schnell verfügbar sein, um neben der Aufsichtspflicht und dem Nachkommen der Bedürfnisse der anwesenden Kinder und Jugendlichen eine Aufnahme in einem separaten Raum durchführen zu können. Die Personaldecke muss daher deutlich über einer Person pro Station liegen (neben hinzuzurechnenden Ausfallzeiten). Nur die wenigsten Abteilungen (Durchschnittsgröße einer Abteilung: 40 Betten, allerdings in schiefer Verteilung, d.h. darunter sind viele mit nur 20-30 Betten) verfügen über | |
|--|--|---|--|

| | | | |
|------|-------|--|--|
| | | <p>eine eigene „Notfall- und Krisenstation“.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notfallaufnahmen bzw. Krisenpatient:innen in der Nacht (bundesweit liegt der Anteil an Notfallaufnahmen aktuell bei ca. 50% der Fälle) müssen weiterhin je nach aktueller Bettenkapazität und Geschlechtszugehörigkeit verteilt werden. Die durchschnittlichen Belegungen betragen rund 90% jahresdurchschnittlich und liegen tagesaktuell auch einmal bei 120% oder mehr, Flurbetten sollten vermieden werden, die räumliche Situation ist zwischen Pavillonbauweise und langen Fluren sehr unterschiedlich. Dafür müssen Nachtwachen(anteile) nachts flexibel eingesetzt werden können. | |
| 7.10 | dgkjp | <p>Diese Anforderungen begründen, dass a) ein starrer und darüber hinaus nachzuweisender Stationsbezug der Nachtwachen dysfunktional wäre (hier ist der GKV-Vorschlag widersprüchlich formuliert: er benennt einen Einrichtungs- und einen Stationsbezug). Sie begründen auch, dass b) ein Bezug auf die Planbetten (wie im GKV-Vorschlag; unklar formuliert im DKG-Vorschlag; unklar formuliert im DPR-Vorschlag) in sinnvoller Höhe hinsichtlich der Vorhalteleistungen für Notfälle aus unserer Sicht am Sinnvollsten wäre. In Anbetracht der gleichen Anforderungen sind wir außerdem der Meinung, dass c) die Nachtwachenkapazität unter Berücksichtigung der räumlichen Voraussetzungen und der Versorgungsumgebung sowie des regionalen Notfallaufkommens nur vor Ort verhandelt werden kann, da die Nachtdienst-Situation in den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie höchst unterschiedlich ist. Nur auf diese Weise können pädagogisch-pflegerische Bereitschaftsdienste – die ja weiterhin getrennt und vor Ort verhandelt werden sollen – in die Gesamtbetrachtung mit einbezogen werden. Allein diese Bereitschaftsdienste garantieren die nötige Flexibilität. Dabei ist ein nächtlicher pädagogisch-</p> | <p>DKG: Zustimmungse Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme, die DKG schlägt eine entsprechende Ergänzung zu über die Mindestvorgaben hinausgehenden Bedarfen in § 2 der PPP-RL in Bezug auf die pflegerischen Nachtdienste vor.</p> <p>GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Mindestvorgaben können als solche nicht durch eine Korridorregelung ersetzt werden. Es steht den Verhandlungspartnern vor Ort allerdings frei, bestimmte räumliche Besonderheiten Voraussetzungen in den Budgetverhandlungen zu adressieren.</p> |

| | | | |
|------|-------|--|--|
| | | <p>pflegerischer Bereitschaftsdienst für alle Tage des Jahres mit einer Stellenkapazität von rund 0,75 Stellen anzurechnen. Der jetzt vorgelegte Entwurf der PPP-RL enthält keinen Hinweis auf ergänzende, alternierende oder bedarfsadaptierte (Anwesenheits-/Schlaf-)Bereitschaften.</p> <p>Empfehlung: Die DGKJP schlägt vor, dass ein Korridor für die Verhandlungen vor Ort definiert wird, bei dem berücksichtigt werden muss, dass ein evtl. Einberechnen von Intensiv-Anteilen auch die nachts in der Regel bedürftigeren Kinder unter 14 Jahren (KJ1) einbeziehen muss; dass Stationen mit weniger als 12 Betten mit einem bettenbezogenen Mehrbedarf in die Berechnung eingehen, und dass Übergabezeiten vorzuhalten sind. Daneben sollte festgelegt werden, dass seitens der Krankenhausabteilung gleichzeitig ein Konzept für den Einsatz pädagogisch-pflegerischer Bereitschaftsdienste unter Berücksichtigung der baulichen Gegebenheiten und des Notfallaufkommens vorgelegt und verhandelt wird.</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
| 7.11 | dgkjp | <p>Zu § 7 Umsetzungsgrad</p> <p>Die DGKJP unterstützt den Vorschlag der DKG, bei dezentralen Tageskliniken die Erfüllung der Mindestpersonalausstattung auf die Einrichtung zu beziehen.</p> <p>Begründung: Im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie existieren besonders viele sehr kleine dezentrale Tageskliniken, bis hin zu 5 zu einer bettenführenden Einrichtung gehörige mit jeweils 10-12 Plätzen, im Ausnahmefall bis zu 25 Plätzen. Einige Bundesländer (z.B. Berlin, Bayern, Brandenburg) weisen teilstationäre Plätze im Verhältnis zu vollstationären von bis zu 1:1 auf. Tageskliniken haben mehr als vollstationäre Einheiten die Möglichkeit, im Sinne einer „therapeutischen Gemeinschaft“ berufsgruppenübergreifend zu arbeiten. Wir unterstützen daher den Vorschlag der</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Die Auswertung der Nachweise zeigen keinen Regelungsbedarf für ausschließlich kleine Einrichtungen oder kleine teilstationäre Einrichtung. Im Gegenteil. Diese erfüllen die Vorgaben zu größeren Anteilen als größere Einrichtungen mit mehr Betten. Außerdem ist es aus fachlicher Sicht unabdingbar, dass auch kleine Einrichtungen einen gewissen Behandlungsstandard anbieten. Dieser ist nur gewährleistet, wenn ausreichend Personal vor Ort ist. Eine tagesklinische Behandlung ist eine teilstationäre und keine ambulante Behandlung. Eine kleinere Bettenzahl darf nicht zu einem schlechteren Behandlungsniveau führen.</p> |

| | | | |
|------|-------|---|---|
| | | <p>DKG, bei „stand alone“ Tageskliniken den Umsetzungsgrad berufsgruppenübergreifend auf die Einrichtung nach § 2 KHG zu beziehen. Da in den StrOPS-Prüfungen das Vorhandensein der Berufsgruppen nach OPS nachgewiesen sein muss, entfällt das Argument einer möglichen Dequalifizierung.</p> | <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 7.12 | dgkjp | <p>Zu § 8 Abs. 3 und 5 Anrechnungsfähigkeit von Berufsgruppen</p> <p>Die DGKJP stimmt dem Vorschlag der DKG zu, dass ärztliche Tätigkeiten an andere Berufsgruppen delegiert werden können wie es in der Realität geschieht, würde aber eine niedrigere Obergrenze veranschlagen.</p> <p>Begründung: Es haben sich, teils sogar erst seit der Einführung der PPP-RL, neue Berufsgruppen etabliert wie die „Medical assistants“ – hier können z.B. auch Ärzt:innen ohne Approbation eingesetzt werden (wie migrierte oder geflüchtete Ärzt:innen aus Nicht-EU-Staaten, die auf die berufsrechtliche Anerkennung warten, die gleichwohl für die Berufsausübung qualifiziert werden müssen - hier würde eine Regelung entsprechend der Anrechnung von Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege nach § 8 Abs. 2 geschaffen). Des Weiteren wird teilweise Dokumentationsarbeit (gerade die aufwändigen OPS-Kodierungen bzw. deren Kontrolle und Freigabe) von Medizincontroller:innen übernommen, die ein Tätigkeitsmerkmal nach Anlage 4 darstellt. Die Definition delegationsfähiger Leistungen der DKG ist aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie allerdings zu weitgehend, da nicht-PPP-RL-Personal wie MFAs etc. hier sehr umfangreich berücksichtigt wird und aufwändige diagnostische und Laboruntersuchungen im Fachgebiet nur sehr selten anfallen. Daher plädieren wir für einen anrechnungsfähigen Umfang von 1,5 %.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Ablehnung.</p> <p>Eine Anrechnung von anderen Berufsgruppen, die nicht in der PPP RL genannt worden sind, auf die Berufsgruppe der Ärztinnen ist fachlich nicht zu begründen und wurde bereits in 2020 im Zusammenhang mit den Richtlinienänderungen zum Erfassungsjahr 2021 beraten. Der G-BA hat sich damals gegen eine Änderung entschieden. Dem GKV-SV liegen keine Erkenntnisse vor, die darauf hinweisen, dass sich dieser Sachverhalt geändert hat und nun Regelungsbedarf besteht.</p> <p>DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|------|-------|---|--|
| | | <p>Weitergehend würden wir seitens der DGKJP fordern, eine analoge Regelung wie für Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (hier noch als „Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege“ benannt) auch für Auszubildende in den erzieherischen Berufsgruppen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie einzuräumen, um diesbezüglich eine Gleichbehandlung mit der Erwachsenenpsychiatrie herzustellen. Leider bestehen hier zur Anrechnung von Auszubildenden auf Vollkräfte nur Regelungen nach Landesrecht, nicht nach Bundesrecht. Bisher zählen z.B. Praktikant:innen im Anerkennungsjahr oder in einer praxisintegrierten Ausbildung zur Erzieher:in in der PPP-RL als „Hilfskräfte“, werden jedoch in Kindertagesstätten etc. überwiegend, zumindest anteilig (in Baden-Württemberg z.B. in einem Schlüssel von bis zu 0,4 VK in Vollzeit), als Fachkräfte geführt. Laut Kindertagesbetreuungsgesetz § 7 Abs 4 zählen Auszubildende im Berufspraktikum als „Fachkräfte“.</p> <p>Unser Formulierungsvorschlag wäre:</p> <p><i>„Je nach Bundesland ist analog zu Jugendhilfe- oder sozialpädagogischen Einrichtungen die Anrechnung von Auszubildenden und in erzieherischen Berufen innerhalb des Pflege- und Erziehungsdienstes nach dem in Landesverordnungen vorgesehenen Schlüssel möglich. Berufspraktikanten (Praktikanten im Anerkennungsjahr) werden analog zu Kindertagesbetreuungsgesetz § 7 Abs 4 als Fachkräfte angerechnet.“</i></p> | <p>DKG: Kenntnisnahme. Dem Vorschlag wird nicht gefolgt, da die aufgeführte Bezugnahme auf bestehende Regelungen die dahinterliegenden Intentionen vernachlässigt und die Auswirkungen einer möglichen Anpassung bei einer Umsetzung in der PPP-RL nicht ausreichend dargelegt wurde.</p> |
| 7.13 | dgkjp | <p>Zu § 11 Nachweisverfahren</p> <p>Siehe unsere Ausführungen zu § 2 Abs. 7. Teil B des Nachweises ist ebenfalls nach Auffassung der DGKJP zu streichen.</p> | <p>GKV-SV: Ablehnung. Siehe Anmerkung zu § 2 Abs 7 unter 7.2</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|------|-------|--|--|
| 7.14 | dgkjp | <p>Zu Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>Die DGKJP folgt unabhängig von § 3 Abs. 2 und § 6 Abs 3 der Initiative des GKV-Spitzenverbandes, die aufwändigen Spalten 3 – 5 zu streichen und für die jeweiligen Kategorien einen Bezug zum OPS herzustellen. Allerdings sollte die Formulierung geändert werden in: („Patienten, die [...] behandelt werden und bei denen die abrechnungsfähigen Leistungen mit den OPS-Kodes 9-565 oder 9-672 angegeben werden“). Nicht Patienten erfüllen einen OPS, sondern der OPS beschreibt Prozeduren an Patienten.</p> | <p>GKV-SV: Dank für den Hinweis. Die gewählte Formulierung wurde aus den bisherigen Komplexkodes übernommen. Eine semantische Überarbeitung wird im Rahmen der aktuellen Beschlussfassung geprüft.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme, siehe zu den Ausführungen unter 7.8.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 7.15 | dgkjp | <p>Zu Teil B des Nachweises der PPP-RL laut Anlage 3</p> <p>Die DGKJP folgt dem Vorschlag der DKG, den gesamten Teil B zu streichen; hilfsweise folgen wir dem Vorschlag der GKV zu B 3.</p> <p>Begründung: Der Nachweis der Qualifikation des therapeutischen Personals gemäß Nachweis B4 erfolgt zwischenzeitlich umfänglich über die StrOPS-Prüfungen. Eine Doppelerfassung sollte vermieden werden. Die Erfassung der Regelaufgaben soll laut GKV-SV nun im Nachweis B3 aus den OPS abgeleitet werden. Dieser Auffassung stimmen wir hilfsweise, sollte es nicht zu einer Streichung des gesamten Teils B kommen, ausdrücklich zu, sie entspricht einer unserer früheren Anregungen.</p> | <p>GKV-SV: Ablehnung.</p> <p>Der stations- und monatsbezogene Nachweis Teil B ist ein essenzielles Qualitätssicherungsinstrument und mitsamt der einrichtungsbezogenen Mindestvorgabe Kern der Richtlinie. Mit dem Nachweis Teil B wird geprüft, ob eine einrichtungsbezogene Mindestvorgabe zu Fehlversorgungen auf bestimmten Stationen führen könnte. Dies legen erste Auswertung der Nachweise Teil B nahe. Der Nachweis Teil B dient damit den Schutz der PatientInnen.</p> <p>Auch die Qualifikation des Personals wird in Teil B erhoben – diese Erhebung kann nicht durch die StrOPS Prüfungen ersetzt werden.</p> <p>Zu B3: Dank und Zustimmung.</p> <p>DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |

| 8 | Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW), 12. Juli 2022 | | |
|-----|--|--|--|
| 8.1 | DGRW | <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Die DGRW begrüßt grundsätzlich die Weiterentwicklung der Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL), denn Psychotherapie hat in den vergangenen Jahrzehnten einen zunehmenden Stellenwert auch in der Behandlung von psychisch schwer erkrankten Menschen gewonnen. Psychotherapie wird in allen Behandlungsleitlinien für psychische Erkrankungen als bedeutsamer Wirkfaktor beschrieben. Für die Rehabilitation ist eine leitliniengerechte Behandlung in der Akutversorgung von zentraler Bedeutung, da hier die Grundlage für die Rehabilitations- und Teilhabefähigkeit gelegt wird.</p> <p>Nach § 136a Absatz 2 SGB V soll die Psychotherapie gemäß ihrer Bedeutung für die Behandlung psychisch und psychosomatisch Erkrankter durch die Mindestvorgaben für die Zahl der vorzuhaltenden Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen abgebildet werden. Dies ist aus unserer Sicht in der letzten Bearbeitung der PPP-RL nicht in ausreichendem Umfang erfolgt.</p> | <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme zum allgemeinen Hinweis.</p> <p>PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 8.2 | DGRW | <p>Zu Anlage 1a Minutenwerttabellen: Die DGRW schließt sich deshalb dem Vorschlag von Patientenvertretung, Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer zu den Minutenwerten der Berufsgruppen „Ärzt*innen“ und „Psychotherapeut*innen“ gemäß Anlage 1a) an. Eine entsprechende Erhöhung der Minutenwerte für Psychotherapie wird von der DGRW dringend empfohlen, um dem Anspruch einer leitliniengerechten Versorgung genügen zu können.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Ablehnung.</p> <p>Es wird darauf hingewiesen, dass es Ziel und Zweck dieser RL ist, „geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest[zulegen].“ Gemäß §1 der PPP-RL sollen die in der RL festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben...“einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Die mit dieser Richtlinie festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur</p> |

| | | | |
|----------|---|--|---|
| | | | <p>Personalbemessung.“</p> <p>Dies bedeutet, dass die Erhöhung der Minutenwerte im Sinne einer Mindestvorgabe erfolgen, jedoch nicht dem Anspruch einer leitliniengerechten Versorgung genügen muss.</p> <p>DKG: Kenntnisanahme.</p> <p>PatV/BPtK: Dank für die Unterstützung der auch von der PatV geforderten Erhöhung der Minutenwerte für die Psychotherapie.</p> |
| 9 | Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), 12. Juli 2022 | | |
| 9.1 | DGPM | <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Die Stellungnahme ist mit der Chefarzt-konferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) abgestimmt.</p> <p>Im Folgenden wird zuerst auf die auch weiterhin bestehenden grundlegenden Herausforderungen in der Erarbeitung von Personalmindestvorgaben in der Psychosomatik (Psychosomatischen Medizin) eingegangen und danach zu einzelnen Punkten der Änderungsfassung Stellung genommen.</p> | <p>DKG: Kenntnisanahme zum allgemeinen Hinweis.</p> |
| 9.2 | DGPM | <p>Die DGPM begrüßt die Festlegung, dass Sanktionsmaßnahmen im Jahr 2023 in Psychosomatischen Einrichtungen auch weiterhin ausgesetzt werden. Entsprechend sollten wie von der DKG gefordert (§16 Absatz 4) auch die Ermittlung der Personalmindestvorgaben sowie der Umsetzungsgrad für das Jahr 2023 ausgesetzt</p> | <p>GKV-SV: Der GKV-SV dankt der DGPM für die ausführliche Stellungnahme und insbesondere für den Neuvorschlag bzgl. der Regelaufgaben am Ende der Stellungnahme.</p> <p>Der GKV-SV hat sich – wie von der DGPM gefordert – für eine</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>werden.</p> <p>In der Psychosomatischen Medizin fehlen bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben. Eine voreilige Umsetzung von nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde daher zu Verwerfungen in der Versorgung führen und die etablierten Therapieprogramme im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung gefährden. In der Psychosomatischen Medizin liegen keine Berichte über Minder- oder Fehlversorgung vor, die einen solchen Eingriff rechtfertigen würden.</p> | <p>weitere Differenzierung der Behandlungsbereiche sowie eine stärkere Berücksichtigung der Therapeutische Einheiten als leistungsbezogener Einheit eingesetzt. Auch einer weiteren Differenzierung der Berufsgruppen und der Anrechnungen steht der GKV-SV offen gegenüber.</p> <p>Es wird wiederholt auf die in 2025 erwarteten Ergebnisse der EPPIK-Studie verwiesen, an der sich dann alles neu ausrichten soll. Der G-BA ist jedoch verpflichtet, die PPP-RL bereits jetzt weiter zu entwickeln. Sobald Erkenntnisse aus der EPPIK-Studie vorliegen, können diese auch durch den G-BA genutzt werden. Bis dahin ist es wichtig, im Rahmen der PPP-RL Erkenntnisse aus dem Nachweisverfahren auch für die Psychosomatik zu generieren und zu nutzen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV/BÄK/BPtK: Die BPtK möchte ausdrücklich klarstellen, dass im Richtlinien-Entwurf keine einseitige Erhöhung der Minutenwerte der Psycho-therapeut*innen sondern von beiden psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen, d.h. Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen vorgesehen ist.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
|--|--|--|--|

| | | |
|--|---|---|
| | <p>Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin für ein weiteres Jahr ist jedoch keinesfalls ausreichend, um eine valide empirische Datenbasis zu erarbeiten. Der Personalaufwand in der Psychosomatischen Medizin orientiert sich in hohem Maße an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung aller beteiligten Berufsgruppen (Therapieeinheiten, „TE´s“) sowie dem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand. Vor diesem Hintergrund ist für die Festlegung der Personalmindestvorgaben sowie die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche zusätzlich eine Erfassung der therapeutischen Leistungen als auch des medizinisch-somatischen Aufwands erforderlich.</p> <p>Diese Daten werden im Rahmen der PPP-RL Nachweise nicht erfasst. Somit stellen die Nachweise der PPP-RL keine ausreichende Datengrundlage für eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin dar.</p> <p>Im Rahmen der aktuell laufenden und durch den Innovationsfonds geförderten EPPIK-Studie (Laufzeit: 01.04.21 – 31.03.24) erfolgt eine repräsentative, bundesweite Beobachtungsstudie in Psychosomatischen Einrichtungen, die die Personalausstattung in Beziehung zu den therapeutischen Leistungen und zum medizinisch-somatischen Aufwand setzt. Die fristgerechte Veröffentlichung der Ergebnisse der EPPIK-Studie wird im Frühjahr 2024 erwartet, so dass eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben frühestens im Sommer 2024 erfolgen kann. Aus den oben genannten Gründen und vor dem Hintergrund des zeitlichen Ablaufs der Studie, kann eine differenzierte Festlegung der Personalmindestvorgaben</p> | <p>DKG: Kenntnisaufnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisaufnahme.</p> |
|--|---|---|

| | | |
|--|---|---|
| | <p>für die Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin frühestens 2025 vorgenommen werden.</p> <p>Die Fachgesellschaft fordert, dass für die Festlegung der Mindestvorgaben in der Psychosomatischen Medizin die gleiche Sorgfalt angewendet wird, wie zur Erarbeitung der seit 1990 existierenden Vorgaben für das Fachgebiet der Psychiatrie, deren Erarbeitung sich über einen umfangreichen Zeitraum erstreckte.</p> <p>Die am Versorgungsaufwand orientierte Stärkung der Psychotherapie in der PPP-RL wird durch die DGPM ausdrücklich begrüßt. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Summe der psychotherapeutischen (ärztlich, nicht-ärztlich) Minuten als Mindestvorgaben in allen Behandlungsbereichen der Psychosomatischen Medizin in der letzten Fassung vom 18.3.2021 bereits eine hohe psychotherapeutische Behandlungsintensität definiert. Es ist aufgrund der Rückmeldungen zahlreicher spezialisierter Abteilungen gut vorstellbar, dass als Ergebnis der aktuell laufenden wissenschaftlichen Untersuchungen höhere Mindestvorgaben für psychotherapeutische Leistungen (ärztlich, nicht-ärztlich) in spezialisierten Abteilungen aufgrund der Behandlungsnotwendigkeiten empfohlen werden. Die Gefahr bereits die aus fachlicher Perspektive ausreichend hohe Vorgaben weiter zu erhöhen, ist jedoch auf der Grundlage der Rückmeldungen anderer Einrichtungen mindestens ebenso wahrscheinlich. Eine sinnvolle Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Überprüfung der Minutenwerte müssen zuerst anhand der unterschiedlichen Behandlungsnotwendigkeiten und -profile erfolgen (s.o.).</p> <p>Auch ist zu berücksichtigen, dass viele der in Psychosomatischen Kliniken (teil-)stationär behandelten Patientinnen und Patienten neben der psychischen Erkrankung zusätzlich an einer pathog-</p> | <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
|--|---|---|

| | | | |
|-----|------|---|--|
| | | <p>nomonisch assoziierten chronischen körperlichen Erkrankung leiden. Die psychosomatische und psychopharmakologische Behandlung muss daher im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans hinsichtlich des Settings, der Dosis sowie des therapeutischen Vorgehens auf die Ausprägung der somatischen und psychischen Beschwerden und die psychosomatischen und somatopsychischen Interaktionen bestmöglich zugeschnitten werden. Hierzu bedarf es der ärztlichen Expertise und der ärztlichen psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung. Das klassisch ambulante psychotherapeutische Setting sowie die Behandlung im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie ist mit einer multimodalen und interdisziplinären stationären Behandlung in Psychosomatischen Einrichtungen nicht vergleichbar. Vor diesem Hintergrund setzt die einseitige Verteilung zusätzlicher Minuten in den Mindestvorgaben auf die Berufsgruppe c das falsche Signal. Soweit personeller Mehrbedarf für Psychotherapie festgestellt wird, ist dieser auf die Berufsgruppen a und c zu verteilen. Die Psychosomatische Medizin kann ihrem spezifischen Versorgungsauftrag nur gerecht werden, wenn die psychischen und somatischen Beschwerden und Störungen nicht getrennt behandelt.</p> <p>Im Folgenden werden wir auf die dissidenten Änderungsvorschläge eingehen, die den Versorgungsbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie betreffen</p> | |
| 9.3 | DGPM | <p>Im Einzelnen § 2 Grundsätze und Anlage 3 (3) Die verbindlichen Mindestvorgaben gelten für den Regeldienst am Tag (Tagdienst). In der Psychosomatischen Medizin erfolgt der wesentliche Teil der</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung: Es wird im Grundsatz dem Vorschlag gefolgt, Mindestvorgaben für die pflegerischen Nachtdienste in der Psychosomatik zu einem späteren Zeitpunkt festzulegen. GKV-SV: Kenntnisnahme und Verweis auch auf 9.8.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Leistungserbringung im Tagdienst. Aufwände in der Nacht entstehen nur für den ärztlichen (Ruf-)bereitschaftsdienst und die Pflege.</p> <p>Die Umfänge der anfallenden Leistungen sind dabei variabel und in hohem Maße konzeptabhängig, so dass hier zunächst keine Festlegung von Minutenwerten erfolgen sollte. Die PPP-RL ist noch nicht in Kraft getreten und entfaltet in der Praxis noch keine Wirkung. Es ist daher zu früh, bereits weitere Regelungen einzuführen. Diese gilt in besonderem Maße für die Psychosomatische Medizin, für die noch keine sinnvollen Mindestvorgaben für den Tagdienst formuliert werden konnten (s.o.). Die Psychosomatische Medizin muss daher zum jetzigen Zeitpunkt auf jeden Fall auch von Vorgaben für den Nachtdienst ausgenommen werden.</p> | <p>Der Vorschlag des GKV-SV zu Mindestvorgaben für den Nachtdienst erfolgt unter Berücksichtigung von Erfahrungen aus den Budgetverhandlungen, normativen Überlegungen und empirischen Auswertungen zur tatsächlichen Personalausstattung. Er konzentriert sich zunächst auf die Einrichtungen mit den größten Defiziten (Perzentilansatz). Die Mindestvorgaben werden festgelegt je gemäß § 9 empfohlener Stationsgröße (18 Patientinnen und Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie und 12 Patientinnen und Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) sowie nach dem Anteil von Intensivpatienten je Einrichtung. Er gilt für die Einrichtungen der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine Festlegung von Mindestvorgaben für den Nachtdienst für die Einrichtungen der Psychosomatik ist derzeit nicht vorgesehen Dies begründet sich zum einen in der großen Bandbreite der Nachtdienstplätze aufgrund der sehr unterschiedlichen Behandlungskonzepte und zum anderen darin, dass in den Einrichtungen der Psychosomatik keine Patientinnen und Patienten mit Intensivbehandlung im Sinne der RL geführt werden.</p> <p>Die Mindestvorgaben sind nicht pro Station, sondern für die gesamte Einrichtung festgelegt. Damit ist die Flexibilität des Personaleinsatzes gewährleistet. Die vorgebrachten Argumente, wie mangelnde Flexibilität, sind nicht zutreffend.</p> <p>Der Stations- und Monatsbezug im Nachweis Teil B ist dagegen ein essentielles Qualitätssicherungsinstrument. Eine rein einrichtungsbezogene Festlegung von Personalvorgaben kann dazu führen, dass einzelne Stationen und Versorgungseinheiten sehr gut mit Personal ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Eine derartige Fehlversorgung – wie sie häufig</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p>Eine Definition des Stationsbegriffs, wie vom GKV-SV in Absatz 12 vorgeschlagen, wird nicht empfohlen, weil dadurch eine konzeptuelle Rigidität befördert wird, die einer personalisierten medizinisch-psychotherapeutischen Behandlung und der Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten, die einen unterschiedlichen „Personalmix“ erfordern, entgegensteht. Anders als bei den Pflegepersonaluntergrenzen, die nur eine Berufsgruppe erfassen, bezieht sich die PPP-RL auf alle Berufsgruppen einer multimodalen Komplexbehandlung. Die PPP-RL hat damit eine Regelungstiefe, wie sie in der deutschen Krankenversorgung noch nie erprobt wurde. Schon aus reiner Vorsicht sollte deswegen zunächst beobachtet werden, wie sich die Richtlinie auswirkt, bevor die rigiden Regeln der PPP-RL für die kleinstmögliche Organisationseinheit verbindlich erklärt werden. Die aktuelle Versorgungspraxis und</p> | <p>von gerontopsychiatrischen und Akutstationen bzw. Versorgungseinheiten berichtet wurde – ist zum Schutz der Patienten zu verhindern. Der monats- und stationsbezogene Nachweis Teil B schafft Transparenz über den Einsatz des Personals, die Qualität auf den Stationen und generiert Daten für die Weiterentwicklung der Richtlinie. Er ist somit unverzichtbar.</p> <p>Der hier eingeführte Stationsbegriff wurde notwendig, da ein hoher Anteil der Einrichtung sich einer stationsbezogenen Dokumentation und damit der QS entzogen hat, obwohl die Dokumentation verpflichtend war. Der hier eingeführte Stationsbegriff orientiert sich an der Stationsdefinition §2 Abs. 4 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung. Für Vorschläge bezüglich der Definition ist der GKV-SV offen. Nicht aber für die Abschaffung der Qualitätssicherungsmaßnahme als Ganze.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
|--|--|---|---|

| | | | |
|-----|------|---|--|
| | | <p>erste Erkenntnisse zur Heterogenität von Personalstellenplänen in den mittlerweile 278 (Stand 2020) psychosomatischen Einrichtungen deuten stark darauf hin, dass für eine bedarfsgerechte Versorgung eine gewisse Flexibilität im Personaleinsatz möglich sein muss. Anders als vom GKV-SV angenommen, orientiert sich eine einrichtungsbezogene Festlegung der Personalausstattung an den aktuellen Behandlungsnotwendigkeiten und Schutzbedürfnissen der Patienten. Die DGPM unterstützt daher den Vorschlag von DKG/ LV/ BÄK/ BpTK (Absätze 7,8) den Nachweis der Personalmindestvorgaben quartals- und einrichtungsbezogen sowie die Einhaltung der Personalmindestvorgaben einrichtungsbezogen zu führen. Die entsprechenden Erfassungsfelder in Anlage 3 Teil A sowie der gesamte Teil B des Nachweises können entfallen.</p> | |
| 9.4 | DGPM | <p>§ 3 Behandlungsbereiche</p> <p>Die Vorschläge zu einer Veränderung der Behandlungsbereiche betrifft die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie sowie der KJP, sodaß hierzu seitens der DGPM nicht Stellung genommen wird.</p> <p>Festzustellen ist allerdings, dass die bisherige Differenzierung der Psychosomatischen Medizin in 4 Behandlungsbereiche zur aufwandsangemessenen und sachgerechten Abbildung in diesem Gebiet nicht ausreichend und sachgerecht ist. Eine weitere Ausdifferenzierung sollte aber nicht vorschnell anhand von gedachten Versorgungskonzepten erfolgen, sondern auf der Basis empirisch ermittelter Versorgungsstrukturen und -bedarfe, wie dies augenblicklich im Rahmen der EPPIK-Studie geschieht.</p> | <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 9.5 | DGPM | <p>§ 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste</p> | <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|-----|------|---|---|
| | | <p>§ 4 (3) Der Festlegung der Tag- und Nachtdienststunden für das Pflegefachpersonal bei vollstationärer Behandlung kann zugestimmt werden. Anders verhält es sich bei den Tageskliniken. Die dort bisher geltenden Minutenwerte in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatischen Medizin sind auf einen Tagdienst von acht Stunden bezogen, der dem tatsächlich notwendigen Personalbedarf nicht gerecht wird. Bei einer täglichen Anwesenheit der Patienten von 8 Stunden ist eine Präsenz der Pflegeperson von mindestens 9 Stunden erforderlich, um Vor- und Nachbereitung des Behandlungstages leisten und instabilen Patienten vor der täglichen Verabschiedung noch gerecht werden zu können.</p> | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 9.6 | DGPM | <p>§ 4 (3), zweiter Halbsatz ist zu streichen: „sowie bei einer gleichbleibenden Personalbesetzung im Pflegedienst an Wochenenden und Feiertagen.“ Am Wochenende ist aufgrund reduzierter pflegerischer Therapie keine volle Besetzung wie an Werktagen nötig. Dies entspricht einer überholten Vorstellung der pflegerischen Tätigkeit mit viel geringerer Behandlungsdichte. Moderne psychosomatische Pflege hat auch co-therapeutische Aufgaben, die an Werktagen erbracht werden.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Die Argumentation der DGPM spricht dafür, den zweiten Satz beizubehalten: wenn Pflegekräfte co-therapeutische Aufgaben übernehmen, was der GKV SV begrüßt, dann ist es sinnvoll, diese auch am Wochenende einzusetzen und das Wochenende für die Behandlung zu nutzen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 9.7 | DGPM | <p>§ 5 (1) f)</p> <p>Die Berufsgruppe der Sozialarbeiterinnen und -arbeiter wird sinnvoll und abschließend durch die inhaltlich verwandten Qualifikationen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen ergänzt. Eine weitere Öffnung für alle möglichen Pädagogen wird im Hinblick auf die erforderlichen Qualifikationskriterien kritisch gesehen. Insofern unterstützen wir die</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme, dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Erläuterung: Im Kontext der erbrachten Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen erfolgt zunehmend der Einsatz weiterer nicht der abschließenden Aufzählung genannter Pädagogen, die aufgrund der</p> |

| | | | |
|-----|------|---|---|
| | | <p>Auffassung von GKV-SV und PatV.</p> <p>Ferner muss für die Psychosomatische Medizin die Aufzählung in § 5 (1) b) der Berufe und Ausbildungen, die die Voraussetzung für die Eingliederung in die Gruppe der Pflege bilden, erweitert werden. Es fehlen die Medizinischen Fachangestellten (MFA), deren Einsatz vor allem in psychosomatischen Fachkliniken üblich ist. Der Einsatz von MFA ist auf der Grundlage ihrer Ausbildung angesichts der pflegerischen Aufgaben in der Psychosomatische Medizin als unterstützende Berufsgruppe medizinisch sachgerecht. Sollte eine Aufnahme dieser Berufsgruppe in § 3 (1) b) nicht möglich sein, so muss unbedingt darauf geachtet werden, dass die Option der Anrechenbarkeit gemäß § 8 (5) für die Psychosomatische Medizin entsprechend ausreichend berücksichtigt wird. 10% wären dann deutlich zu wenig.</p> | <p>bisherigen Regelungen der PPP-RL lediglich über die Regelungen zur Anrechnungen für Nicht-PPP-RL-Personal gemäß § 8 Absatz 5 Berücksichtigung finden können.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Den Ausführungen zum Einsatz der Medizinischen Fachangestellten in der Psychosomatik wird im Grundsatz gefolgt. Richtigerweise wird auch angemerkt, dass eine Aufnahme in die pflegerische Berufsgruppe aufgrund unterschiedlicher Kompetenzen der beiden Berufsgruppen möglicherweise nicht sachgerecht ist. Die Angemessenheit der Höchstgrenzen nach § 8 Absatz 5 der PPP-RL wird bei einer der nächsten RL-Überarbeitung geprüft.</p> <p>PatV: Dank für die Unterstützung unserer Position.</p> |
| 9.8 | DGPM | <p>§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung</p> <p>Die Übernahme des Vorschlags von DKG/LV/DPR wird empfohlen:(3) Die Behandlungstage je Behandlungsbereich ergeben sich für das jeweilige Krankenhaus aus der Anzahl der im jeweiligen Quartal des Vorjahres behandelten Patientinnen und Patienten und deren 14-tägiger Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die DGPM begrüßt die Einstufung nach OPS, da sie zu einer erheblichen Reduktion des Dokumentationsaufwandes und zu einer erheblichen Entbürokratisierung führen würde.</p> <p>Gleichzeitig wird die jetzige Einführung der Einstufung nach OPS nicht empfohlen und an der Stichtagserhebung festgehalten. Begründung: die Behandlungsbereiche seien noch nicht genügend differenziert und für die Pflegekräfte sei die Erfassung der Therapieeinheiten im OPS zurzeit nicht möglich. Diese Argumente hält der GKV SV nicht für ausreichend. Eine richtige Maßnahme wird nicht dadurch unrichtig, dass sie noch nicht perfekt ist. Der OPS Schlüssel wird kontinuierlich im DIMDI mit den Fachgesellschaften weiterentwickelt. Hier ist anzusetzen.</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | <p>Der Vorschlag des GKV-SV einer kontinuierlichen Einstufung in die Behandlungsarten des Kapitel 9 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) ist im Hinblick auf eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes grundsätzlich interessant. Gleichzeitig wird dadurch der Leistungsbezug, wie ihn die DGPM von Anfang an gefordert hat, deutlicher in der Richtlinie verankert. Dies ist allerdings nur dann sachgerecht, wenn für alle Berufsgruppen wieder eine Erfassung der Therapieeinheiten vorgesehen wird. Das Ziel der Richtlinie, die Qualität der Behandlungen zu verbessern, würde damit eher erreicht, als die ausschließliche Vorgabe des anwesenden Personals, dessen patientenbezogener Leistungsumfang auch über die Angabe von Regelaufgaben nicht hinreichend erfasst werden.</p> <p>Neben der verbesserten Steuerungsfunktion ergibt sich an dieser Stelle eine Möglichkeit zur erheblichen Entbürokratisierung der PPP-RL. Die aufwändige Dokumentation von Regelaufgaben könnte damit entfallen. Die gegenseitige Anrechenbarkeit der Therapieeinheiten der Berufsgruppen müsste dann allerdings auch für die Erfassung der Therapieeinheiten möglich werden, und zwar ohne wieder auf die Dokumentation von Regelaufgaben zurückzukommen.</p> | <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bruch in der bisherigen Systematik mit Stichtageinstufungen in die Behandlungskategorien mit anderen Anforderungen als in den OPS• OPS- Systematik ist nicht 1:1 übertragbar, da andere Zielsetzung (Abrechnung) und Kategorien/Einstufungen (es besteht keine Trennungsschärfe).• Keine Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen vorhanden (drohende finanzielle Sanktionen, negative Auswirkungen auf die Versorgung nicht ausgeschlossen).• Bestehende Regelungen der PPP-RL ermöglichen kaum Personalsteuerungsmöglichkeiten, da die Mindestvorgaben erst nach Ablauf des Bezugszeitraumes bekannt sind. Die Änderung der Systematik auf kontinuierliche OPS-Dokumentation wird die Steuerungsmöglichkeiten weiter erschweren, da dem eine noch höhere Dynamik zugrunde liegt.• Erhöhter bürokratischer Aufwand durch Neudefinition der Behandlungstage.• Unklarheit über tatsächliche Arbeitsaufwände und Umsetzung in der Praxis (Beispiel Entlasstag). |
|--|--|--|---|

| | | | |
|-----|------|---|--|
| | | <p>Für den P-Behandlungsbereich kommt der Vorschlag des GKV-SV allerdings zu früh, da zunächst eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Anpassung der Minutenwerte erforderlich ist. Des Weiteren ist die Ausgestaltung nicht sachgerecht. So bilden die P1-Minutenwerte den Behandlungsbereich 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene vollstationär, wie im Vorschlag des GKV-SV angegeben, nicht ab. Die Behandlungsbereiche P2 und P4 entsprechen den psychosomatik-spezifischen OPS-Kodes 9-634. Für aufwandsintensivere (somatomedizinische, psychotherapeutische) Behandlungen sind entsprechende Behandlungsbereiche erst noch zu schaffen, aber nicht willkürlich, sondern auf Basis empirisch ermittelter settingbezogener Aufwände. Hier sind die Ergebnisse der EPPIK-Studie abzuwarten.</p> <p>Daher folgen wir dem Votum der DKG. In den tragenden Gründen wird zutreffend ausgeführt: „Eine 1:1-Übertragung der gegenwärtigen OPS-Systematik ist nicht möglich, weil andere Kategorien und Einstufungen mit einer anderen Zielstellung (Abrechnungssystem) zugrunde liegen.“</p> <p>Bei der Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste (neu geschaffene Absätze 7 -9) werden vom GKV-SV für Einrichtungen der Psychosomatische Medizin, Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung und Einrichtungen ohne Intensivpatienten keine Mindestvorgaben festgelegt. Der Vorschlag der DKG nimmt die Psychosomatische Medizin ebenfalls aus. Dies halten wir aus den vom GKV-SV dargelegten Gründen für derzeit sinnvoll.</p> | <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 9.9 | DGPM | § 7 (6) Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad | <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|------|------|---|--|
| | | Zum jetzigen Zeitpunkt ist noch nicht absehbar, ob und nach welcher Systematik Personaluntergrenzen für die Pflege in der Nacht in der Psychosomatische Medizin festgelegt werden sollten. Der Vorschlag der DKG in Absatz 6 erfolgt daher zu früh. Es sollte zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Regelung für die Psychosomatische Medizin getroffen werden. | |
| 9.10 | DGPM | <p>§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen</p> <p>(3) Bis zum 31.12.2024 ist eine Anrechnung der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g möglich [DKG, PatV].</p> <p>Vor dem Hintergrund gravierender Unterschiede in der Personalausstattung zwischen z.B. Psychosomatischen Einrichtungen mit erhöhtem somatisch-medizinischen Versorgungsaufwand versus intensivierter psychosomatisch-psychotherapeutischer Behandlung ist eine gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen, wie von DKG, BÄK und DPR gefordert sinnvoll und notwendig. Sobald eine datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Festlegung der Personalmindestvorgaben vorgenommen wurden, kann auf die flexiblere Anrechenbarkeit der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e, f und g verzichtet werden. Die Ausdifferenzierung ist frühestens im Jahr 2024 zu erwarten (s.o.).</p> <p>Ferner befürwortet die DGPM, wie bereits in früheren Stellungnahmen zur PPP-RL ausführlich dargestellt, eine Zusammenlegung der Kategorien der SpezialtherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen und SozialarbeiterInnen in eine Kategorie SpezialtherapeutInnen. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem biopsychosozialen Behandlungsbedarf unterschiedliche spezialthe-</p> | <p>GKV-SV: Ein Austausch zwischen den Berufsgruppen der Ärztinnen und der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen/Psychologinnen ist nach PPP-RL möglich und fachlich sinnvoll und kommt der Psychosomatik mit ihrer intensiven psychotherapeutischen und auch somatischen Behandlung entgegen. Eine Ausdehnung der Anrechnung der Berufsgruppe der PsychotherapeutInnen/Psychologinnen auf Pflegekräfte, ErgotherapeutInnen, SpezialtherapeutInnen und SozialarbeiterInnen hingegen ist fachlich inhaltlich nicht nachvollziehbar, untergräbt die Mindestvorgaben pro Berufsgruppe und wird abgelehnt.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme zu Satz 1.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|------|------|--|---|
| | | <p>rapeutische Behandlungsbedarfe auslösen, ist eine Zusammenlegung der Berufsgruppen sinnvoll und medizinisch begründet: z.B. 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. Dass es hier zu einer Trennung der Berufsgruppen kam, war in der PEPP-Logik wahrscheinlich durch vergütungsbezogene Berufsgruppenunterschiede begründet.</p> <p>Sofern eine Zusammenlegung der Berufsgruppen vom G-BA nicht vorgenommen wird, ist eine gegenseitige Anrechenbarkeit von berufsgruppenübergreifenden therapeutischen Leistungen sicherzustellen. Die Psychosomatischen Fach- und Trägergesellschaften haben eine Neufassung der Regelaufgaben ausgearbeitet, die dem Aspekt der gegenseitigen Anrechenbarkeit der Berufsgruppen d-f Rechnung trägt. Die Regelaufgaben sind dieser Stellungnahme beigelegt (Anlage 1).</p> | |
| 9.11 | DGPM | <p>§ 10 Ausnahmetatbestände</p> <p>Zu Abs. 1 Nr. 1. Die Regelung in Absatz 1 Nr. 1 sollte entsprechend dem Vorschlag der DKG auf kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle in der jeweiligen Berufsgruppe angepasst werden, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 15 Prozent) hinausgehen. Ein Bezug der Regelung auf das gesamte vorzuhaltende Personal ist nicht sachgerecht, da sich die Erfüllung der Mindestvorgaben danach ergibt, ob in jeder einzelnen Berufsgruppe der</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Die PPP RL sieht weitreichende Anrechnungsmöglichkeiten zwischen den Berufsgruppen vor. Eine Änderung dieses Ausnahmetatbestandes ist deshalb nicht notwendig. Er gilt weiterhin für kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle nur beim gesamten Personal.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>Umsetzungsgrad gleich oder über 100 % ist (§ 7 Abs 4). Es ist sachgerecht den Ausnahmetatbestand entsprechend anzupassen und auf die einzelnen Berufsgruppen zu beziehen.</p> <p>Auch wenn die tatsächliche Personalausstattung in kleineren Einrichtungen gemäß der ersten (noch unzuverlässigen) IQTIG-Auswertungen besser erscheint, ist es bisher insbesondere bei kleineren Einrichtungen häufig nicht möglich, Personalausfälle in einzelnen Berufsgruppen über das Quartal hinweg zu kompensieren. Gerade im Kontext der Pandemie ist dies deutlich geworden. Mitarbeiter innerhalb einer Berufsgruppe haben in aller Regel in der Einrichtung mehr Kontakt zueinander. Bei dynamischen Infektionsgeschehen ist die vermehrte Betroffenheit einer Berufsgruppe keine Seltenheit. Auch eine Kompensation von Ausfällen über die Anrechnung aus anderen Berufsgruppen ist wegen der insgesamt geringeren Personaldecke in kleineren Organisationseinheiten nicht möglich.</p> <p>Zu Abs. 1 Nr. 3. Aus denselben Gründen wird die Möglichkeit zur vorübergehenden Nicht-Erfüllung der Vorgaben für kleinere, dezentrale Organisationseinheiten gem. Absatz 1 Nr. 3 befürwortet. Deren Existenz ist sonst für Träger ein zu hohes wirtschaftliches Risiko und ein zu hoher Aufwand. Gerade bei dezentralen Standorten entsteht bei der Notwendigkeit einer kurzfristigen Entsendung von Personal von den Hauptstandorten in der Praxis erheblicher Widerstand. Solch dezentrale Standorte sind versorgungspolitisch jedoch wünschenswert und senken die Schwelle für die Inanspruchnahme. Der bessere Schutz kleinerer Einrichtungen in der PPP-RL ist deshalb auch der Schwerpunkt der Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in der 95. Sitzung am 22./23. Juni, die an der Rigidität der PPP-RL Kritik üben und die Sorge negativer Folgen für die Versorgung zum Ausdruck bringen.</p> | <p>Die Auswirkungen der von der DKG vorgeschlagenen Änderung des Ausnahmetatbestandes sind darüber hinaus unverhältnismäßig: Wenn als Ausnahmetatbestand bereits gelten würde, dass eine Berufsgruppe krankheitsbedingt in einem Ausmaß von 15 % ausfällt, dann könnte man mit dem Ausfall in einer kleinen Berufsgruppe, d.h. gegebenenfalls mit der Krankheit nur eines oder zweier Angestellten, die gesamte Mindestvorgabe für die Einrichtung aushebeln.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
|--|---|---|

| | | | |
|-------------|-------------|--|--|
| <p>9.12</p> | <p>DGPM</p> | <p>§ 11 Nachweisverfahren und Anlage 3</p> <p>Zu (1) und (13). In Übereinstimmung mit der DKG stellen wir fest, dass der seit 2020 in den Nachweisen der PPP-RL vorgesehene Stationsbezug die für eine leitliniengerechte Versorgung erforderliche Flexibilität beim Personaleinsatz massiv einschränkt. Der Stationsbezug hindert die Krankenhäuser daran, kurzfristig auf gestiegene Patientenzahlen, Veränderung der Patientenbedarfe und auch Personalausfälle reagieren zu können.</p> <p>Derzeit müssen die Krankenhäuser mit viel Aufwand das überwiegend stationsübergreifend tätige Personal auf die Stationen aufteilen und zuordnen, was der notwendigen Entbürokratisierung in der Versorgung entgegensteht. Es besteht überdies die Gefahr, dass durch kleinteilige stationsbezogene Mindestvorgaben nicht flexibel und angemessen auf wechselnde Bedarfe in der Patientenversorgung und stationsübergreifende sensible Versorgungsbereiche eingegangen werden kann. Stationsbezogene Nachweise widersprechen grundlegend modernen stationsübergreifenden Versorgungs- und Behandlungskonzepten. Störungsspezifische Gruppen werden z.B. von PatientInnen verschiedener Stationen wahrgenommen. Des Weiteren zeichnet innovative Versorgungskonzepte auch der Wechsel zwischen stationärer und tagesklinischer Behandlung unter Beibehaltung des Behandlerteams aus. Vor diesem Hintergrund ist zum einen die Sinnhaftigkeit der stations- und monatsbezogenen Nachweisführung nicht gegeben, zum anderen können daraus keine Schlüsse für eine sinnvolle Weiterentwicklung der PPP-RL gezogen werden. Deshalb fordert die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in der 95. Sitzung am 22./23. Juni zu Recht deren künftigen Entfall. In einer Bewertung von Aufwand und Nutzen entfällt demnach in Erfüllung der Aufgabe für eine Reduktion des Dokumentationsaufwands gemäß § 14 Absatz 2 Satz 3</p> | <p>GKV-SV: Die Einrichtungen sind nach PPP-RL verpflichtet, die Mindestvorgabe für die gesamte Einrichtung und das Quartal einzuhalten. Sie sind nicht verpflichtet, den Stations- und Monatsbezug einzuhalten. Damit ist die Flexibilität des Personaleinsatzes gewährleistet. Die vorgebrachten Argumente, wie mangelnde Flexibilität, sind nicht zutreffend.</p> <p>Der Stations- und Monatsbezug im Nachweis Teil B ist dagegen ein essentielles Qualitätssicherungsinstrument. Eine rein einrichtungsbezogene Festlegung von Personalvorgaben kann dazu führen, dass einzelne Stationen und Versorgungseinheiten sehr gut mit Personal ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Eine derartige Fehlversorgung – wie sie häufig von gerontopsychiatrischen und Akutstationen bzw. Versorgungseinheiten berichtet wurde – ist zum Schutz der Patienten zu verhindern. Der monats- und stationsbezogene Nachweis Teil B schafft Transparenz über den Einsatz des Personals, die Qualität auf den Stationen und generiert Daten für die weitere Entwicklung der Richtlinie. Im Nachweis Teil B haben die Einrichtungen auf die Möglichkeit, moderne Versorgungseinheiten und moderne Versorgungskonzepte anzugeben. Der Nachweis ist damit unverzichtbar für die Weiterentwicklung der RL. Er ist ebenso unverzichtbar, wenn man die Mindestvorgaben nicht direkt auf den Stationen festlegen möchte und die Qualität gesichert werden soll.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
|-------------|-------------|--|--|

| | | | |
|------|------|---|--|
| | | <p>PPP-RL der Stations- und Monatsbezug in der PPP-RL. Wie bereits dargelegt, entfallen dann auch die entsprechenden Felder in Teil A der Anlage 3. Der Teil B der Anlage 3 sollte dann ebenfalls insgesamt entfallen.</p> <p>Zu (3). Ein abweichender Turnus für die Meldung von Unterschreitungen 14 Tage nach Quartalsende setzt die Einrichtungen unter starken Druck sehr zeitnah die aktuellen Besetzungsstände je Berufsgruppe bezogen auf die Belegung zu ermitteln. Sie sollte daher auch auf 6 Wochen ausgeweitet werden, wie alle anderen Meldungen auch. Sonst bedeutet diese Festlegung zur kurzfristigeren Meldung einen hohen zusätzlichen Verwaltungsaufwand, für den es keinen Anlass gibt. 14 Tage nach Quartalsende sind zahlreiche Patienten nicht abgerechnet. Es können sich im Nachhinein noch Verschiebungen bei den Pflgetagen ergeben. Auch ist die Personalabrechnung für unstete Einsätze 14 Tage nach Monatsende nicht immer in den Systemen verfügbar. Auf jeden Fall gibt es in der Psychosomatische Medizin keine Versorgungssituation, in der ein solche kurzfristige Meldung an die genannten Stellen Vorteile für die Patienten ergäbe und diesen Aufwand rechtfertigen würde. Für die Abgabe nach dem Jahresende sind gemäß Absatz 1 und Absatz 13 jeweils 6 Wochen für die Erstellung der Nachweise vorgesehen, was eine sinnvolle Fristsetzung ist.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Die Vorschläge werden im Rahmen der nächsten RL-Überarbeitung geprüft.</p> |
| 9.13 | DGPM | <p>§13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</p> <p>Zu Absatz 5 und 6:</p> <p>Die DGPM begrüßt den Vorschlag der DKG, den Vergütungswegfall bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben bis Ende 2024 auszusetzen. Dies ist besonders in der Psychosomatische Medizin erforderlich (s.o.).</p> | <p>GKV-SV: Der GKV-SV hat vorgeschlagen vor dem Hintergrund des schleppenden Personalaufbaus die Übergangsfrist zur Erfüllung von 100 % der Mindestvorgaben um zwei Jahre auf den 1.1.2026 nach hinten zu verschieben. Dies führt zu einer deutlichen Entlastung der Einrichtungen. Eine weitere Aussetzung der Sanktionen halten wir dagegen für das falsche Signal.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Die ansonsten drohenden hohen finanziellen Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben würden dazu führen, dass die Krankenhäuser ihre Versorgungskonzepte an die für die Psychosomatische Medizin unpassenden Mindestvorgaben anpassen. In der Psychosomatische Medizin fehlen bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben, wie wir weiter oben und in den bisherigen Stellungnahmen mehrfach betont haben. Eine voreilige Umsetzung von nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde zu Verwerfungen in der Versorgung führen und die etablierten Therapieprogramme im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung gefährden. In der Psychosomatischen Medizin liegen keine Berichte über Minder- oder Fehlversorgung vor, die einen solchen Eingriff rechtfertigen würden.</p> <p>In einzelnen Fällen wird schon jetzt in vorauseilendem Gehorsam angepasst, weil die Krankenausleitungen zu Recht davon ausgehen, dass ihnen sonst zu wenig Zeit zur Anpassung verbleibt, um Sanktionen zu vermeiden. Es ist aus medizinischen Gründen nicht vertretbar, dass nicht geprüfte Personalmindestvorgaben das therapeutische Vorgehen und etablierte Behandlungskonzepte beeinflussen und bestimmen.</p> <p>Kleine Standorte, wie Tageskliniken oder Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die für eine wohnortnahe Versorgung zentral sind, werden durch die Vorgaben in besonderem Maße gefährdet. Wie bereits dargelegt, können kleine Standorte aufgrund größerer Aufwände in der Personalvorhaltung und -steuerung die unverhältnismäßig starren Vorgaben häufiger nicht einhalten und müssen sich von der Versorgung abmelden oder sogar schließen. Vor diesem Hintergrund sollten die Sanktionen bei Nichteinhal-</p> | <p>In der jetzigen Fassung der PPP-RL ist die Psychosomatik ohnehin bis zum 1.1.2024 von dem Vergütungsabschlag nach Paragraph 13 Abs. 8 bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten befreit. Bis dahin sind es noch eineinhalb Jahre. Insgesamt sind damit fünf Jahre seit Inkrafttreten der Richtlinie zum 1.1.2020 vergangen. Nach Ansicht des GKV-SV ist es nun an der Zeit, mangelnder Erfüllung der gestuft eingeführten Mindestvorgaben auch Konsequenzen folgen zu lassen. Ohne Sanktionen bleibt die PPP-RL wirkungslos. Das hat die Psych-PV in über 30 Jahren Anwendung deutlich gezeigt. Die hier aufgeführten Probleme kleinerer Standorte und Tageskliniken müssen anders gelöst werden und können nicht dazu führen, dass insgesamt die Sanktionen erneut verschoben werden.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>tung der Mindestvorgaben um zwei weitere Jahre ausgesetzt werden. Die Einrichtungen benötigen jetzt vor allem Rechtssicherheit, damit nicht zur wirtschaftlichen Absicherung (weiterer) Schaden in der Versorgung entsteht.</p> <p>Wie bereits dargelegt, muss vor Inkrafttreten von Sanktionen eine entsprechende grundsätzliche Ausdifferenzierung und Anpassung der Mindestvorgaben in der Psychosomatische Medizin erfolgen. Dies sollte für die Psychosomatische Medizin auf Grundlage der Ergebnisse der EPPIK-Studie geschehen. Diese Ergebnisse werden frühestens im Frühjahr des Jahres 2024 vorliegen.</p> <p>Die Auswertungen des IQTIG sind nicht geeignet für die weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche, da weder die therapeutische Leistung noch der somatische Aufwand erhoben werden.</p> <p>Des Weiteren enthalten die Auswertungen des IQTIG zum jetzigen Zeitpunkt noch Implausibilitäten. Die Träger stehen wegen der drohenden Sanktionen unter hohem Druck eine Erfüllung der Vorgaben nachzuweisen, haben wenig Erfahrung mit der Erstellung der Nachweise und die Nachweise sind komplex, aktuell nur manuell auszufüllen und bürokratisch aufwendig. Die Einrichtungen müssen Fehlzeiten, Leitungskräfte, Nachtdienste, nicht-medizinische Tätigkeiten, Tätigkeiten nach § 2 Abs. 10, abziehen, um den zu meldenden relevanten Personalstand für die PPP-RL zu erhalten. Es bestehen Zweifel, ob dies in der Praxis tatsächlich durchgängig richtig geschieht, so dass von einer Überschätzung der Personalausstattung durch das IQTIG auszugehen ist. Die Notwendigkeit zur Verbesserung der Datenqualität stellt auch der GKV-SV zu Recht in den Tragenden Gründen zur Verschiebung des Datums für den Abschlussbericht der Evaluation Richtlinie auf das Jahr 2027 in</p> | <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> |
|--|--|---|

| | | | |
|------|------|--|---|
| | | <p>§ 15 fest.</p> <p>Die hier aufgezeigten Differenzen und ihre möglichen Ursachen sollten dringend untersucht und geklärt werden, bevor die PPP-RL Wirkung in der Versorgung entfaltet.</p> <p>Vor diesem Hintergrund erscheinen die von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) in der 94. Sitzung am 16. Juni 2021 und erneut in der 95. Sitzung am 22./23. Juni bekräftigten Beschlüsse nachvollziehbar, nach denen „Die Aussetzung der in der jetzigen PPP-RL vorgesehenen Sanktionen bis zur grundlegenden Überarbeitung der Richtlinie ist erforderlich [ist], um die Versorgung nicht zu gefährden,...“ gefordert wird.</p> <p>Die Mindestvorgaben für die Psychosomatische Medizin befinden sich aktuell noch in der Formulierung. Trotzdem entfalten die vorstehend genannten Zusammenhänge auch in der Psychosomatische Medizin in der oben beschriebenen Weise ihre Wirkung, wenn die Einrichtungen nicht rechtzeitig Rechtssicherheit zu deren Inkrafttreten erhalten.</p> | <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> |
| 9.14 | DGPM | <p>§16 Übergangsregelungen</p> <p>Zu Absatz 4:</p> <p>Die DGPM begrüßt den Vorschlag der DKG, die Ermittlung der Personalmindestvorgaben sowie Berechnung des Umsetzungsgrades um ein weiteres Jahr zu verschieben, damit Einrichtungen der Psychosomatische Medizin nicht frühzeitig und fachlich-inhaltlich nachteilhaft ihre Versorgungskonzepte umstellen, um den Vorgaben der PPP-RL gerecht zu werden. Ebenso ist zu begrüßen, dass zunächst keine Regelungen für den pflegerischen Nachtdienst erfolgen, welche mit Wirkung zum 1. Januar 2025 festzulegen sind.</p> | <p>GKV-SV: Es ist richtig, dass in der Selbstverwaltung Einigkeit darüber besteht, dass die Einführung der Mindestvorgaben in die Psychosomatik nicht zu klinischen Verwerfungen führen soll.</p> <p>Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass die Psychosomatik seit dem 1.1.2020 eine Ausnahmeregelung in Anspruch genommen hat und weder die Personalmindestvorgaben ermitteln noch den Umsetzungsgrad berechnen musste – so wie es für die Psychiatrie und KJP von Anfang an vorgeschrieben war. Die Psychosomatik musste allein die tatsächliche Personalaus-</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Die in den vorstehenden Absätzen zu § 13 dargelegten Gründe zum Entfall der finanziellen Sanktionen (§ 13 Abs. 5 und 6) treffen hier in besonderem Maße zu. Die voreilige Umsetzung von empirisch nicht validierten und nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde zu Verwerfungen in der Versorgung führen. Dies ist dringend zu vermeiden. Besonders wichtig ist die Aussetzung aller Berichtspflichten bis auf die tatsächliche Personalausstattung nach § 6 Abs. 7. Die Mindestvorgaben haben eine starke Signalwirkung für die Einrichtungen. Ihnen wird suggeriert, dass es sich um normativ gerechtfertigte Vorgaben handelt, die in Kürze rechtlich sanktionsbewehrt einzuhalten sind, wenn diese ermittelt und berichtet werden müssen. Dieser Eindruck entsteht vor allem dann, wenn nur die Sanktionen ausgesetzt werden, aber die Mindestvorgaben künftig ermittelt werden müssen. Sollen die unerwünschten Anpassungen im vorausgehenden gehorsam (s.o.) vermieden werden, ist deshalb auch der Entfall der Ermittlung der Mindestvorgaben besonders wichtig.</p> <p>Nach Wahrnehmung der psychosomatischen Verbände besteht im Ziel des vorstehenden Absatzes – unerwünschte Verwerfungen in der psychosomatischen Versorgung durch falsche Signale zu verhindern – zustimmender Konsens in der Selbstverwaltung. Es wäre sehr wünschenswert, wenn dem Fachgebiet Psychosomatische Medizin die erforderliche Zeit zur Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und Formulierung sinnvoller Mindestvorgaben eingeräumt würde. Durch die immer wieder kurzfristig erfolgende Verschiebung des Inkrafttretens der Mindestvorgaben entsteht unnötige Verunsicherung in den Einrichtungen.</p> <p>Zu Absatz 6:</p> <p>Die Erfassung der Regelaufgaben im Sinne der Richtlinie bedeutet für die Kliniken einen erheblichen zusätzlichen personalintensiven</p> | <p>stattung auf den Stationen angeben. Hintergrund dieser Ausnahmeregelung war, dass die Psychosomatik neu die von ihr vorgeschlagenen Mindestvorgaben einführen musste. Die Psych-PV galt bisher für sie nicht. Diese dreijährige Ausnahmeregelung für die Psychosomatik neigt sich nun zum 31.12.2022 dem Ende zu. Dies ist fachlich inhaltlich im Vergleich zu den „Schwesterdisziplinen“ geboten und wird für die Weiterentwicklung der RL benötigt. Es führt dagegen noch nicht zu Konsequenzen, da diese für die Psychosomatik nach § 16 Abs. Abs. 4 erst zum 1.1.2024 Anwendung finden.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | <p>Dokumentationsaufwand, ohne dass dadurch ein zusätzlicher Nutzen im Sinne einer verbesserten Behandlungsqualität erkennbar ist. In der aktuell vorliegenden Form (Tabelle B3) ist die praktische Umsetzbarkeit dieses Dokumentationserfordernisses fraglich. Die Erfassung der Regelaufgaben im Nachweisverfahren der PPP-RL sollte mindestens solange entfallen, bis eine Spezifikation umgesetzt wird.</p> <p>Wir sind wie die DKG der Auffassung, dass der Aufwand der Dokumentation der Regelaufgaben – auch wenn sie in reduzierter Form auf der Dokumentation der Abrechnungssystematik im Sinne der OPS-Codes aufsetzen würde –n keinem Verhältnis zum Nutzen steht. Es entsteht enormer bürokratischer Aufwand – essentiell fast eine Vollerhebung der medizinischen Krankenakten aller Patienten – für die Gewinnung von Daten, die im Rahmen der Verbesserung der PPP-RL keinem erkennbaren Zweck dienen könnten. Es ist nicht ersichtlich, wie sinnvolle Qualitätsvorgaben für die Behandlung aus diesen Daten formuliert werden sollten. Die Erhebung der Regelaufgaben solle daher insgesamt entfallen.</p> <p>Die DGPM begrüßt den Vorschlag der DKG, der durch die gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen auch außerhalb der Regelaufgaben den Kliniken mehr therapeutische Flexibilität ermöglicht. Die Höchstgrenzen für die Anrechnungen nach § 8 Absatz 5 sollten entsprechend dem Vorschlag der DKG erst ab dem 1. Januar 2024 zur Anwendung kommen. Dabei kann eine Überschreitung der ab 2024 geltenden Höchstgrenzen ab dem ersten</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Die Erfassung der Regelaufgaben ist bis zur Überprüfung der Minutenwerte der Mindestvorgaben notwendig. Wenn die Selbstverwaltung nicht weiß, wer was auf den Stationen tut, kann sie auch keine Mindestvorgaben in Form von Minutenwerten für die einzelnen Berufsgruppen vorgeben. Um eine aufwändige Vororterhebung von Regelaufgaben zu vermeiden, schlägt der GKV SV hier vor, dass die Erfassung durch die Übermittlung der OPS-Kodes der Bereiche erfolgt. Das IQTIG wurde bereits am 21. Januar 2021 beauftragt, dies in der zu entwickelnden Spezifikation monats- und stationsbezogen umzusetzen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Eine weitere Verschiebung der Höchstgrenzen für die Anrechnung nach §8 Abs. 5 unterhöhlt die berufsgruppenspezifischen Mindestvorgaben und ist fachlich abzulehnen.</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|------|------|---|---|
| | | <p>Quartal 2023 und bis zum vierten Quartal 2023 im Nachweis begründet werden.</p> | <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 9.15 | DGPM | <p>Zur Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen</p> <p>P. Psychosomatik</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV einer kontinuierlichen Einstufung in die Behandlungsarten des Kapitel 9 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) ist im Hinblick auf eine Reduktion des Dokumentationsaufwandes grundsätzlich interessant. Gleichzeitig wird dadurch der Leistungsbezug, wie ihn die DGPM von Anfang an gefordert hat, deutlicher in der Richtlinie verankert. Dies ist allerdings nur dann sachgerecht, wenn für alle Berufsgruppen wieder eine Erfassung der Therapieeinheiten vorgesehen wird. Das Ziel der Richtlinie, die Qualität der Behandlungen zu verbessern, würde damit eher erreicht, als die ausschließliche Vorgabe des anwesenden Personals, dessen patientenbezogene Tätigkeiten auch über die Angabe von Regelaufgaben nicht hinreichend erfasst werden. Die aufwändige Dokumentation von Regelaufgaben könnte damit entfallen. Die gegenseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen könnte ebenfalls über die Erfassung der Therapieeinheiten erfolgen.</p> <p>Für den P-Behandlungsbereich kommt der Vorschlag des GKV-SV allerdings zu früh, da zunächst eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche sowie Anpassungen der Minutenwerte erforderlich sind. Des Weiteren ist die Ausgestaltung nicht sachgerecht. So bilden die P1-Minutenwerte den Behandlungsbereich 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene vollstationär, wie im Vorschlag des GKV-SV angegeben, nicht ab. Die Behandlungsbereichen</p> | <p>GKV-SV: Die DGPM begrüßt die Einstufung nach OPS, da sie zu einer erheblichen Reduktion des Dokumentationsaufwandes und zu einer deutlicheren Erfassung des Leistungsbezuges führt.</p> <p>Gleichzeitig wird die jetzige Einführung der Einstufung nach OPS nicht empfohlen. Begründung: es ist noch nicht für alle Berufsgruppen eine Erfassung der Therapieeinheiten im OPS vorgesehen. Diese Argumente hält der GKV SV nicht für ausreichend. Eine richtige Maßnahme wird nicht dadurch unrichtig, dass sie noch nicht perfekt ist. Der OPS Schlüssel wird kontinuierlich im DIMDI mit den Fachgesellschaften weiterentwickelt. Hier ist anzusetzen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Siehe Erläuterungen zu 9.8.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|------|------|---|---|
| | | <p>P2 und P4 entsprechen den psychosomatik-spezifischen OPS-Kodes 9-634. Für aufwandsintensivere (somatomedizinisch, psychotherapeutisch) psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungen sind entsprechende Behandlungsbereiche erst noch zu schaffen, aber nicht willkürlich, sondern auf Basis empirisch ermittelter settingbezogener Aufwände. Hier sind die Ergebnisse der EPPIK-Studie abzuwarten.</p> | |
| 9.16 | DGPM | <p>Zur Anlage 3 Nachweise Teil A Tabelle A5.1.1</p> <p>Die von der DKG vorgeschlagenen Erläuterungen zur Spalte 4 sind notwendig, um Umsetzungsfehler der Einrichtungen zu verhindern.</p> <p>Tabelle A5.1.2 „Erläuterung von Überschreitungen der Höchstgrenzen gemäß § 8 Absatz 5 PPP-RL“ ist zu übernehmen. Wie unter § 8 (5) dargestellt, werden z.B. in der Pflege in Fachkliniken eine größere Anzahl Medizinischer Fachangestellte erwartet. Eine Möglichkeit zur Darstellung im Nachweis würde die Transparenz hierzu verbessern.</p> <p>Tabelle A5.1.4 Durchschnittliche Personalausstattung des pflegerischen Nachtdienstes in der Psychosomatik</p> <p>Spalte 1 ist zu streichen. Ansonsten wird den Einrichtungen suggeriert, eine größenskalierende Bezugsgröße könnte in Zukunft für die Bemessung des Personaleinsatzes von Bedeutung sein. Es gibt derzeit keinerlei Evidenz, um den Einrichtungen ein solches Signal zu geben.</p> | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Ggf. Prüfung von Alternativen in der diesjährigen Beschlussfassung.</p> |

| | | | |
|------|------|--|--|
| 9.17 | DGPM | <p>Anlage 4 Regelaufgaben</p> <p>3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik</p> <p>Die Berufsgruppen d-f sollten in der Psychosomatischen Medizin zusammengelegt werden, wie oben ausgeführt. Sofern eine Zusammenlegung der Berufsgruppen nicht vorgenommen wird, ist eine gegenseitige Anrechenbarkeit von berufsgruppenübergreifenden therapeutischen Leistungen sicherzustellen. Die Psychosomatischen Fach- und Trägergesellschaften haben eine Neufassung der Regelaufgaben ausgearbeitet, die dem Aspekt der gegenseitigen Anrechenbarkeit der Berufsgruppen d-f Rechnung trägt. Die Regelaufgaben sind dieser Stellungnahme beigelegt (Anlage 1).</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme. Wir teilen die Einschätzung, dass eine Anpassung der Regelaufgaben erforderlich ist. Eine Umsetzung der Anregung wird im Rahmen der nächsten RL-Anpassung geprüft.</p> <p>GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 9.18 | DGPM | <p>Zusammenfassung und Schlussbemerkung</p> <p>Der Entwurf, Stand 01.06.2022, nach Sitzung des UA QS, der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatische Medizin mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie/PPP-RL) weist einige notwendige Änderungen und Präzisierungen auf, die die DGPM als wissenschaftliche Fachgesellschaft unterstützt. Es finden sich im Entwurf jedoch auch weiterhin einige Feststellungen, die wir wegen ihrer Bedeutung für eine qualitativ hochwertige und sachgerechte Patientenversorgung im Fachgebiet kritisieren und um Änderung bitten:</p> <p>1. Der Personalaufwand in der Psychosomatischen Medizin orientiert sich in erster Linie an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung (Therapieeinheiten, „TE s“) sowie dem somatisch-</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Der GKV-SV setzt sich wie von der DGPM gefordert für eine weitere Differenzierung der Behandlungsbereiche sowie eine stärkere Berücksichtigung der Therapeutischen Einheiten als leistungsbezogener Einheit ein. Auch einer weiteren Differenzierung der Berufsgruppen und der Anrechnungen steht der GKV-SV offen gegenüber.</p> <p>Es wird wiederholt auf die in 2025 erwarteten Ergebnisse der EPPIK-Studie verwiesen, an der sich dann alles neu ausrichten soll. Der G-BA ist jedoch verpflichtet, die PPP-RL bereits jetzt weiter zu entwickeln. Sobald Erkenntnisse aus der EPPIK-Studie vorliegen, können diese auch durch den G-BA genutzt werden. Bis dahin ist es wichtig, im Rahmen der PPP-RL Erkenntnisse aus dem Nachweisverfahren auch für die Psychosomatik zu generieren und zu nutzen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |

| | | |
|--|--|--------------------------------------|
| | <p>medizinischen und psychosomatischen Versorgungsaufwand. Dieser ist bei den derzeit vorliegenden P-Behandlungsbereichen nicht angemessen berücksichtigt und zu wenig differenziert. Die Minutenwerte bei den derzeit vorliegenden Behandlungsbereichen nehmen Bezug auf nicht mehr zeitgemäße Personalanzahlzahlen (Heuft et al. 1993).</p> <p>2. Eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatischen Medizin ist dringend erforderlich. Hierzu braucht es aber eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben. Der Vorschlag die Eingruppierung in Behandlungsbereiche anhand leistungsbezogener OPS-Prozeduren vorzunehmen, erscheint grundsätzlich sinnvoll, aber erst dann, wenn eine weitere Ausdifferenzierung der Prozeduren und Behandlungsbereiche für die Psychosomatische Medizin anhand der Ergebnisse der EPPIK-Studie evidenzbasiert vorgenommen werden kann und wenn eine Erfassung von Therapieeinheiten bei allen Berufsgruppen möglich ist.</p> <p>3. Zur Entbürokratisierung der PPP-RL sollte künftig dringend der Stations- und Monatsbezug entfallen Es ist kein zusätzlicher Informationsgewinn aus diesen Daten und Meldungen zu erwarten, die den Aufwand rechtfertigen. Bei Einstellung dieser Berichtspflichten würde viel Dokumentationsaufwand entfallen. Dies würde zur Akzeptanz der PPP-RL in den Einrichtungen und damit zum Gelingen der Ziele dieser Richtlinie beitragen.</p> <p>4. Die Differenzierung der Berufsgruppen gemäß § 5 und der Anrechnungsmöglichkeiten gemäß § 8 ist im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige und leitliniengerechte psychosomatische Behandlung von erheblicher Bedeutung. Hier würde die Zusammen-</p> | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
|--|--|--------------------------------------|

| | | | |
|------|------|--|--|
| | | <p>fassung der Berufsgruppen nach Buchstabe d, e und f mehr therapeutisch sinnvolle Flexibilität ermöglichen. Die zu rigiden Regelungen der PPP-RL würden so etwas entschärft. Es resultieren sonst eine starre Vorhaltung von Personal, das im Einzelfall gar nicht benötigt wird und die Vernachlässigung bestimmter Patientengruppen. Auch eine Überarbeitung der Regelaufgaben ist in diesem Zusammenhang dringend erforderlich. Ein Vorschlag ist dieser Stellungnahme beigelegt.</p> <p>5. Die Aussetzung der Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie der Sanktionsmaßnahmen für psychosomatische Einrichtungen wird bis Ende 2025 erforderlich sein, da erst im Frühjahr 2024 mit den Ergebnissen der EPPIK-Studie und damit der empirischen Grundlage für Personalmindestzeiten in verschiedenen Behandlungsbereichen gerechnet werden kann.</p> <p>6. Die spezialisierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung in den Behandlungsbereichen P2 und P4 kann qualitativ sachgerecht und leitliniengemäß nur durch einen Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erbracht werden, so wie es auch in der entsprechenden OPS-Prozedur 9-634 festgelegt ist. Dies ist in Anlage 2 der PPP-RL zu präzisieren</p> | |
| 9.19 | DGPM | <p>Anlage 1: Neufassung Regelaufgaben Psychosomatik</p> <p>1. Berufsgruppenübergreifende Regelaufgaben</p> <p>a. Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitwirken bei der Therapieplanung - Verlaufskontrolle - Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team (ad | <p>GKV SV: Der GKV-SV geht davon aus, dass die von Ihnen vorgestellten Regelaufgaben für nicht ärztliche Berufsgruppen nicht mit den jeweiligen Fachverbänden der Berufsgruppen abgestimmt worden sind. Falls dem doch so sein sollte, möchten wir Sie bitten, uns dies mitzuteilen. Ansonsten begrüßt der der GKV-SV Ihre Initiative und dankt Ihnen herzlich für Ihren Vorschlag.</p> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p>Psychotherapie)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme Visite/Kurvenvisite der/des Fachärztin/Facharztes (ad Psychotherapie) - Anleitung und Hilfe bei präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen - Mitwirkung beim Aufnahme- und Entlassmanagement <p>b. Einzelfallbezogene Behandlung und Gruppentherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Krisenintervention - Entlastende und orientierungsgebende Gesprächskontakte: für Patientinnen und - Patienten, Angehörige und andere außenstehende Personen, einschließlich telefonischer - Kontakte - Vermittlung und Unterstützung von Alltagsfertigkeiten - Mitwirkung an der Therapie durch andere Berufsgruppen - Therapiezielorientierte Behandlung - Mitwirkung an speziellen psychotherapeutischen Maßnahmen (z.B. Familientherapien) <p>c. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vor- und Nachbereitung medizinischer oder psychosomatisch-psychotherapeutischer Interventionen - Therapie- und Arbeitsbesprechungen auch stationsübergreifend, z.B. Dienstübergaben, Dienstbesprechungen, Konzeptbe- | <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Erläuterung: siehe zu 9.1.7.</p> <p>PatV/BPtK: Die BPtK kann dem Vorschlag in seiner jetzigen Form in Bezug auf die Kompetenzen der Psychotherapeut*innen und die Einschränkung der psychotherapeutischen Behandlungsplanung und -leitung auf die ärztlichen Psychotherapeut*innen ausdrücklich nicht zustimmen, da nicht sachgerecht. Die Psychotherapeutische Grundversorgung und Behandlungsplanung kann auch in Abstimmung mit einer psychologischen Psychotherapeut*in erfolgen. Verweis u.a. auf die Landeskrankengesetze in SH, NRW und Niedersachsen. Zudem kann die Indikationsstellung zu Spezialtherapien und psychiatrischer Krankenpflege auch durch psychologische Psychotherapeut*innen erfolgen, Verweis auf die entsprechenden Richtlinien des G-BA zu pHKP, Soziotherapie, Ergotherapie. Die Verordnung ist in der vertragsärztlichen Versorgung auch durch psychologische Psychotherapeut*innen möglich.</p> |
|--|--|---|---|

| | | | |
|------|------|--|---|
| | | <p>sprechungen, Teambesprechungen, Therapiekonferenzen, Reflexionsprozesse unter Teilnahme mehrerer Personen, z.B. Balint-Gruppen, und kollegiale Fallberatung etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Externe und interne Terminplanung (und Koordination) diagnostischer und therapeutischer Leistungen. - Koordination der Arbeitsabläufe, Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, - Dienstplanung, Ausfallmanagement - Außenkontakte, Gespräche mit Angehörigen - Netzwerk-, Gremienarbeit <p>d. Weiterbildung und Schulung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anleitungs- und Unterweisungsaufgaben, z. B. von internen wie externen Auszubildenden sowie Praktikantinnen oder Praktikanten - Supervision der Einzeltherapie und Gruppentherapie, stationsbezogene Supervision, bzw. Teamsupervision - Teilnahme und Durchführung interner Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen - Personalentwicklungsmaßnahmen - Regelmäßige Unterweisungen (Hygiene, Arbeitssicherheit, Brandschutz, Mentoring, Reanimationstraining etc.) | |
| 9.20 | DGPM | <p>2. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte sowie Oberärztinnen und Oberärzte (jeweils einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten)</p> | <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Erläuterung: siehe zu 9.1.7.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>a. Regelaufgaben der Ärztinnen und Ärzte (einschließlich der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) im Stationsdienst</p> <ul style="list-style-type: none">- Medizinische Grundversorgung<ul style="list-style-type: none">- Behandlungsplanung in Abstimmung mit der/dem Fachärztin/Facharzt- Diagnostik: Körperliche und psychosomatische Anamnese und Befunderhebung, Körperliche Untersuchung, apparative Diagnostik und Labordiagnostik, Befundauswertung, Veranlassung weiterer Untersuchungen- Körperliche Therapie: Medikation, Medikamentenkontrolle, weitere medizinische Behandlungen- Visiten, Kurvenvisiten, Verlaufsuntersuchungen (ad medizinische Aspekte)- Dokumentation des körperlichen Verlaufs und der psychosomatischen Interaktion, Aktenführung, Arztbrief (med. Teil)- Teambesprechungen (ad körperliche Befunde)- Psychotherapeutische Grundversorgung<ul style="list-style-type: none">- -Behandlungsplanung in Abstimmung mit der/dem Fachärztin/Facharzt- Psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans- Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Entlassbericht psychotherapeutisch | |
|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Abklärung medizinischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses - Einzelfallbezogene Behandlung <ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapie im Einzelsetting - Familiengespräche/Familientherapie - Gruppentherapie <ul style="list-style-type: none"> - Gruppenpsychotherapie - Durchführung von Stationsversammlungen, einschließlich Morgenrunden, Wochenabschluss - Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten <ul style="list-style-type: none"> - Vor- und Nachbereitung ärztlicher und ärztlich-therapeutischer Leistungen - Angehörigengruppen auf der Station - Weiterbildung und Schulung <ul style="list-style-type: none"> - Betreuung von Studierenden - Selbsterfahrung (intern) <p>b. Regelaufgaben der Oberärztinnen und Oberärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grundversorgung <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungsplanung - Erstellung oder Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans - Kontrolle der Verordnungen in der Therapieplanung | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Leitung der oder Teilnahme an Visiten (inkl. Kurvenvisiten) - Kontrolle und Unterschrift des Entlassberichts - Leitung oder Teilnahme an den täglichen Verlaufsbesprechungen im Team - Leitung der interdisziplinären Fall- und Therapiebesprechungen - Kontrolle der Verordnungen im Rahmen des Aufnahme- und Entlassmanagements - Einzelfallbezogene Behandlung <ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapie im Einzelsetting - Familiengespräche/Familientherapie - Gruppentherapie <ul style="list-style-type: none"> - Gruppenpsychotherapie - Durchführung von Stationsversammlungen, einschließlich Morgenrunden, Wochenabschluss - Mittelbar Patientenbezogene Tätigkeiten <ul style="list-style-type: none"> - Leitung von Therapie- und Arbeitsbesprechungen auch stationsübergreifend, z.B. Dienstübergaben, Dienstbesprechungen, Konzeptbesprechungen, Teambesprechungen, Therapiekonferenzen, Reflexionsprozesse unter Teilnahme mehrerer Personen, z.B. Balint-Gruppen, und kollegiale Fallberatung etc. - Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden - Mitwirkung an der Entwicklung und Durchführung der Zusammenarbeit in der psychosomatischen Versorgung | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|------|------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Weiterbildung und Schulung <ul style="list-style-type: none"> - Betreuung von Studierenden, Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Aus-, Fort- und Weiterbildung - Konzeption, Koordinierung und Überwachung der Maßnahmen zur Aus-, Fort- und Weiterbildung - Tätigkeiten im Zusammenhang mit Weiterbildungsermächtigungen intern und ggü. externen Institutionen - Supervisionstätigkeit und Leitung von Selbsterfahrungskursen | |
| 9.21 | DGPM | <p>3. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) sowie Psychologinnen und Psychologen gemäß § 5 Abs. 1</p> <p>a. Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungsplanung in Abstimmung mit der Fachärztin bzw. dem Facharzt - Psychotherapeutische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans - Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Entlassbericht psychotherapeutisch - Abklärung medizinischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses <p>b. Einzelfallbezogene Behandlung</p> | <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Erläuterung: siehe zu 9.1.7.</p> |

| | | | |
|------|------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapie im Einzelsetting - Familiengespräche/Familientherapie <p>c. Gruppentherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gruppenpsychotherapie - Durchführung von Stationsversammlungen, einschließlich Morgenrunden, Wochenabschluss <p>d. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vor- und Nachbereitung therapeutischer Leistungen - Angehörigengruppen auf der Station <p>e. Weiterbildung und Schulung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Betreuung von Studierenden, Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Aus-, Fort- und Weiterbildung - Tätigkeiten im Zusammenhang mit Weiterbildungsermächtigungen intern und ggü. externen Institutionen - -Selbsterfahrung (intern) - Supervisionstätigkeit und Leitung von Selbsterfahrungskursen | |
| 9.22 | DGPM | <p>4. Regelaufgaben des Pflegedienstes</p> <p>a. Somatische Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> - Somatische Pflegeanamnese und individuelle Pflegeplanung im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans, Überwachung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung, Körperpflege, | DKG: Dank und Kenntnisnahme. Erläuterung: siehe zu 9.1.7. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Trinkmenge und Nahrungsaufnahme, Hygienemaßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitwirkung bei Blutentnahmen, Injektionen, Infusionen, Legen von Magensonden und andere medizinische Verordnungen - Regelmäßige Vitalzeichenkontrolle - Durchführung prophylaktischer Maßnahmen (z.B. Pneumonie-, Kontraktur-, Soor-, Dekubitus-, Thromboseprophylaxe) - Mobilisation (z.B. Unterstützung bei der Benutzung von Gehilfen und Rollstühlen) - Wundversorgung und postinterventionelle Pflege, Vorbereitung Anschlussbehandlung - Richten und Ausgeben von Medikamenten - Vor- und Nachbereiten von Untersuchungen, Begleitung zu diagnostischen und therapeutischen Untersuchungen - Mitwirkung bei diagnostischen Maßnahmen (z.B. EKG, Lungenfunktion, Bio-Impedanz-Analyse) Mitwirkung bei der Notfallversorgung und Durchführen von Maßnahmen der Ersten Hilfe <p>b. Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spezifische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung destherapeutischen Gesamtbehandlungsplans - Unterstützung bei der Abklärung medizinischer, juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses - Dokumentation der spezifischen Maßnahmen und des Therapieverlaufs und Mitwirkung am Entlassbericht <p>c. Einzelfall- und gruppenbezogene Behandlung und Betreuung</p> | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">- Therapeutische Aufgaben im Einzel- und Gruppensetting gemäß Gesamtbehandlungsplan und/oder nach Indikationsstellung durch ärztliche Psychotherapeutin bzw. ärztlicher Psychotherapeut- Beziehungsaufbau- Wahrnehmungsförderung und -differenzierung, Steuerung der Aufmerksamkeit- Förderung von Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit und Selbstständigkeit- Aktivierung realistischer Körper- und Selbstwahrnehmung- Affekt- Spannungs- und Antriebsregulierung, Entwicklungsförderung- Förderung der sozialen Kompetenz- Training sozialer, realitätsbezogener und alltagsrelevanter Kompetenzen- Förderung von Krankheitsverständnis, Psychoedukation- Expositionen bei Angst- und Zwangsstörungen- Essensbegleitung- Vermittlung von Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit, Tagstrukturierung <p>d. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none">- Vor- und Nachbereitung pflegerischer Leistungen- Angehörigengruppen auf der Station | |
|--|--|---|--|

| | | | |
|------|------|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung und -wartung, Verwaltungsaufgaben, sonstige Organisationsaufgaben | |
| 9.23 | DGPM | <p>5. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten</p> <p>a. Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spezifische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans - Dokumentation der spezifischen Maßnahmen und des Therapieverlaufs und Mitwirkung am Entlassbericht <p>b. Einzelfall- und gruppenbezogene Behandlung und Betreuung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapeutische Aufgaben im Einzel- und Gruppensetting gemäß Gesamtbehandlungsplan und/ oder nach Indikationsstellung durch ärztliche Psychotherapeutin bzw. ärztlicher Psychotherapeut - Beziehungsaufbau - Wahrnehmungsförderung und -differenzierung, Steuerung der Aufmerksamkeit - Förderung von Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit und Selbstständigkeit - Aktivierung realistischer Körper- und Selbstwahrnehmung - Affekt- Spannungs- und Antriebsregulierung, Entwicklungsförderung - Förderung der sozialen Kompetenz - Training sozialer, realitätsbezogener und alltagsrelevanter Kompetenzen | <p>DKG: Dank und Kenntnissnahme. Erläuterung: siehe zu 9.1.7.</p> |

| | | | |
|------|------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Förderung von Krankheitsverständnis, Psychoedukation - Expositionen bei Angst- und Zwangsstörungen - Essensbegleitung - Vermittlung von Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit, Tagstrukturierung - Einsatz kreativer und künstlerischer Methoden - Förderung der aktiven und rezeptiven Gestaltungskompetenz - Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung <p>c. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vor- und Nachbereitung therapeutischer Leistungen - Angehörigengruppen auf der Station - Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung und -wartung, Verwaltungsaufgaben, - sonstige Organisationsaufgaben | |
| 9.24 | DGPM | <p>6. Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten</p> <p>a. Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spezifische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans - Dokumentation der spezifischen Maßnahmen und des Therapieverlaufs und Mitwirkung am Entlassbericht | DKG: Dank und Kenntnisnahme. Erläuterung: siehe zu 9.1.7. |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>b. Einzelfall- und gruppenbezogene Behandlung und Betreuung</p> <ul style="list-style-type: none">- Therapeutische Aufgaben im Einzel- und Gruppensetting gemäß Gesamtbehandlungsplan und/ oder nach Indikationsstellung durch ärztliche Psychotherapeutin bzw. ärztlicher Psychotherapeut- Beziehungsaufbau- Wahrnehmungsförderung und -differenzierung, Steuerung der Aufmerksamkeit- Förderung von Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit und Selbstständigkeit- Aktivierung realistischer Körper- und Selbstwahrnehmung- Affekt- Spannungs- und Antriebsregulierung, Entwicklungsförderung- Förderung der sozialen Kompetenz- Training sozialer, realitätsbezogener und alltagsrelevanter Kompetenzen- Förderung von Krankheitsverständnis, Psychoedukation- Expositionen bei Angst- und Zwangsstörungen- Essensbegleitung- Vermittlung von Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit, Tagestrukturierung- Ausdauertraining, Beweglichkeits- und Geschicklichkeitstraining- Physiotherapie | |
|--|--|---|--|

| | | | |
|------|------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung <p>c. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vor- und Nachbereitung therapeutischer Leistungen - Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben, sonstige Organisationsaufgaben | |
| 9.25 | DGPM | <p>7. Regelaufgaben Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen</p> <p>a. Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spezifische Anamnese und Befunderhebung, Mitwirkung an der Erstellung des therapeutischen Gesamtbehandlungsplans - Dokumentation der spezifischen Maßnahmen und des Therapieverlaufs und Mitwirkung am Entlassbericht - Abklärung juristischer und anderer Fragen mit Stellen außerhalb des Krankenhauses <p>b. Einzelfall- und gruppenbezogene Behandlung und Betreuung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapeutische Aufgaben im Einzel- und Gruppensetting gemäß Gesamtbehandlungsplan und/oder nach Indikationsstellung durch ärztliche Psychotherapeutin bzw. ärztlicher Psychotherapeut - Beziehungsaufbau - Förderung von Selbstfürsorge, Selbstwirksamkeit und Selbstständigkeit | <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Erläuterung: siehe zu 9.1.7.</p> |

| | | | |
|-----------|---|--|---------------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Affekt- Spannungs- und Antriebsregulierung, Entwicklungsförderung - Förderung der sozialen Kompetenz - Training sozialer, realitätsbezogener und alltagsrelevanter Kompetenzen - Förderung von Krankheitsverständnis, Psychoedukation - Essensbegleitung - Vermittlung von Selbstfürsorge und Selbstwirksamkeit, Tagstrukturierung - Berufliche Belastungserprobung - Bewerbungstraining - Sozialberatung <p>c. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vor- und Nachbereitung therapeutischer Leistungen - Angehörigengruppen auf der Station Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung und -wartung, Verwaltungsaufgaben, sonstige Organisationsaufgaben | |
| 10 | Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), 12. Juli 2022 | | |
| 10.1 | DKPM | <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) (...) schließt sich vollumfänglich der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche</p> | [vgl. Auswertung zu Nr. 9 DGPM] |

| | | | |
|-----------|---|---|--|
| | | Psychotherapie (DGPM) an. | |
| 11 | Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), 12. Juli 2022 | | |
| 11.1 | ver.di | <p>Vorbemerkung</p> <p>Mit der Einführung der Richtlinie wurde das Ziel verfolgt, die Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu sichern. Mindestvorgaben sollen einen Beitrag zur leitliniengerechten Behandlung leisten. Mehr als 2,5 Jahre nach Inkrafttreten der PPP-RL sind nur in einigen psychiatrischen Krankenhäusern und Fachabteilungen lediglich geringfügige Verbesserungen bei der Personalausstattung und damit auch der Versorgungssituation erkennbar.</p> <p>Im zweiten Quartal 2022 hat ver.di auf über 90 Stationen mit über 1.800 Betten eine bundesweite Umfrage durchgeführt¹. In der Erwachsenenpsychiatrie ergab sich eine durchschnittliche Personalausstattung von gerade einmal 78 Prozent der PPP-RL. Dabei waren die Stationen nicht wie empfohlen mit durchschnittlich 18, sondern mit 22 Patient*innen belegt. Im Vergleich mit den Ergebnissen des Versorgungsbarometers 2019² hat sich die Situation nicht positiv verändert. Sie zeigt vielmehr deutlich, wie unverändert hoch der Druck auf die Arbeitsbedingungen und damit auch auf die Versorgungsqualität ist. Verbindliche Personalvorgaben, die dem Bedarf der Patient*innen entsprechen, sind lange überfällig. Dazu gehören verbindliche Vorgaben zu Stationsgrößen, Empfehlungen genügen nicht. Die zu Grunde liegenden Zeitwerte in Minuten pro Patient*in und Woche wurden in den achtziger</p> | <p>GKV-SV: Der GKV-SV liest mit Interesse die Ergebnisse der bundesweiten Umfrage von ver.di im zweiten Quartal 2022, zu einer Zeit, als sich der Klinikalltag pandemiebedingter Einschränkungen wieder weitgehend normalisiert hat. Ähnlich wie die Ergebnisse Ihrer Umfrage zeigen auch die ersten Auswertungsergebnisse der PPP-RL Nachweise, dass sich die Personalausstattung in den Einrichtungen nicht deutlich verbessert hat und viele Einrichtungen nach wie vor deutlich unterhalb der Mindestvorgaben liegen. Der GKV-SV setzt deshalb darauf, die Einrichtungen, die nach wie vor unter 90 % der erforderlichen Mindestpersonalausstattung liegen, ab dem 1.1.2023 mit Sanktionen zu belegen, so wie es in der PPP-RL vorgesehen ist. Leider hat sich in der Vergangenheit gezeigt, dass ohne verbindliche Konsequenzen der dringend erforderliche Personalaufbau nicht erfolgt. Der GKV-SV befürchtet, genau wie ver.di, dass sich ohne Konsequenzen der jetzt schon bestehende Personalmangel in den Folgejahren fortsetzen und sogar verschärfen wird. Bei fehlendem Personal muss aus Qualitätssicherungsgründen die Belegung entsprechend nach unten angepasst werden, so wie es ver.di in seiner Stellungnahme auf Seite 18 schreibt.</p> <p>Zur Weiterentwicklung der Richtlinie gehören Vorgaben für den Nachtdienst, die dieses Jahr beschlossen werden. Eine</p> |

¹ Vgl. [Psychiatrien: systematische Verstöße – ver.di \(verdi.de\)](#), abgerufen 11.07.22

² Vgl. [2019-09_Auswertung Versorgungsbarometer Psychiatrie_end.pdf \(verdi.de\)](#), abgerufen 07.07.22

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Jahren erhoben und entsprechen nicht ansatzweise dem aktuellen Behandlungsstandard. Diverse zusätzliche Tätigkeiten, wie z.B. die Dokumentation, sind darin überhaupt nicht enthalten. Es zeigt sich, dass die aktuellen Minutenwerte, trotz geringfügigen Anpassungen mit der Einführung der PPP-RL, völlig unzureichend sind und deutlich nach oben angepasst werden müssen. Es fehlen weitere Vorgaben für den Nachtdienst, die Ausfallzeiten, 1:1- Betreuungen, Leitungstätigkeiten und für strukturelle Besonderheiten in den Psychiatrischen Einrichtungen. Eine Neubewertung der Tätigkeitsmerkmale der einzelnen Berufsgruppen muss zeitnah und evidenzbasiert erfolgen. Wir sehen in der Umsetzung der Richtlinie Chancen, aber auch ganz erheblichen Weiterentwicklungsbedarf.</p> <p>Die ver.di Ergebnisse der Befragung, die im Frühjahr 2022 durchgeführt wurden, zeigen den dringenden Handlungsbedarf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In der Gesamtbewertung bewegt sich die PPP-RL Ausstattung am Bett zwischen 55 Prozent bei den Physiotherapeut*innen und 95 Prozent bei den Psychotherapeut*innen. Damit erfüllt lediglich die Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen die aktuelle Vorgabe von 90 Prozent. - In der Kinder- und Jugendpsychiatrie fällt eine sehr geringe Auslastung der tatsächlich aufgestellten Betten auf. Diese liegt lediglich bei 82 Prozent, was bei einer Vollbelegung zu einem noch schlechteren Erfüllungsgrad der Richtlinie als in der Erwachsenenpsychiatrie führen würde. - Ein wichtiges Thema ist die Personalausstattung in den Nachtdiensten. Hier sind zu viele Dienste mit lediglich einer Fachkraft besetzt. Auch, wenn die Besetzung oberhalb einer Fachkraft geplant ist, erfolgt häufig eine Versetzung, um Personalausfälle zu kompensieren oder erhöhten Betreuungsaufwand, | <p>weitere Anpassung der Minutenwerte ist erst dann sinnvoll, wenn das Gros der Krankenhäuser zumindest die jetzigen Mindestvorgaben erfüllt. Der GKV-SV wird sich für eine Quote von Fachweiterbildungen oder vergleichbaren Qualifikationen bei der weiteren Entwicklung der Richtlinie einsetzen.</p> <p>DKG: Dank für die Vorbemerkung.</p> <p>BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Insbesondere die Umfrageergebnisse können bei der Weiterentwicklung der PPP-RL hilfreich sein. Dazu bitten wir die Erhebungen aus dem Versorgungsbarometer dem G-BA zur Verfügung zu stellen.</p> <p>Ebenfalls bedanken wir uns für den Hinweis auf die von der Hans-Böckler-Stiftung veröffentlichte „Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften“, die zum Ergebnis kommt, dass mindestens 300.000 Vollzeit-Pflegekräfte in Deutschland durch Rückkehr in den Beruf oder Aufstockung der Arbeitszeit zusätzlich zur Verfügung stehen, sofern sich die Arbeitsbedingungen deutlich verbessern.</p> <p>Aufgrund des begrenzten gesetzlichen Auftrags allein auf die stationäre Versorgung und dort insbesondere auf Mindestvorgaben für die Personalausstattung, werden die dargestellten Mängel in der Versorgung allerdings allein durch die PPP-RL nicht zu beheben sein.</p> |
|--|--|---|

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>bis hin zur 1:1 Betreuung, zu gewährleisten.</p> <ul style="list-style-type: none">- Im Rahmen der ver.di-Befragung 2022 wurde häufig berichtet, dass die Anzahl der nicht dreijährig qualifizierten Pflegepersonen steigt. In Extremfällen führt das dazu, dass lediglich eine Pflegefachkraft im Dienst geplant ist und die weiteren Pflegepersonen über eine Qualifikation als Pflegehelfer*in verfügen oder angelernt sind. Dies bringt diverse Probleme im Behandlungsalltag und erzeugt zusätzlichen Stress. <p>Die aktuelle Personalausstattung wirkt sich dramatisch auf die Versorgungsqualität aus. Dies belastet die Beschäftigten zusätzlich. Viele Beschäftigte werden unter dieser ständigen Überlastungssituation krank, wechseln die Einrichtung oder verlassen den Beruf gänzlich, weil die Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation für sie unerträglich ist. Dabei zeigt eine aktuell durch die Hans-Böckler-Stiftung veröffentlichte Studie „Ich pflege wieder, wenn...“, dass mindestens 300.000 Vollzeit-Pflegekräfte in Deutschland durch Rückkehr in den Beruf oder Aufstockung der Arbeitszeit zusätzlich zur Verfügung stehen, sofern sich die Arbeitsbedingungen deutlich verbessern³. Als stärkste Motivation für eine mögliche Rückkehr nennen die Befragten eine Personaldecke, die sich tatsächlich am Bedarf der pflegebedürftigen Menschen ausrichtet. Mehr Zeit für menschliche Zuwendung zu haben, nicht unterbesetzt arbeiten zu müssen und verbindliche Dienstpläne sind für die Befragten weitere zentrale Bedingungen. Es hilft daher nicht, wenn aufgrund des bestehenden Fachkräftemangels die Anforderungen an die Einhaltung von Qualitätsvorgaben ge-</p> | |
|--|--|---|--|

³ Vgl. [Neue Studie: Mindestens 300.000 zusätzliche Pflegekräfte durch Wiedereinstieg in Beruf oder aufgestockte Arbeitszeit möglich - Hans-Böckler-Stiftung \(boeckler.de\)](https://www.boeckler.de), abgerufen 11.07.22

| | | |
|--|---|--|
| | <p>senkt werden. Der Weg aus dem Teufelskreis: Bessere Arbeitsbedingungen führen zu mehr Pflegekräften, mehr Personal ermöglicht gute Arbeitsbedingungen. Der Fachkräftemangel darf nicht als Ausrede für verschobene Nachweisregelungen und Sanktionen herhalten. Auch der Umstand der Zergliederung der Krankenhäuser durch Ausgründung, Fremdvergabe und Bildung von Tochtergesellschaften erschwert die Situation zusätzlich. Einige Stationen können nur noch durch den dauerhaften Einsatz von Leiharbeiter*innen betrieben werden. Synergien aus der Arbeit im Team, die in den Psychiatrischen Einrichtungen unabdingbar sind, werden dadurch aufgelöst und das System Krankenhaus funktioniert nicht mehr. Darunter leidet auch der Behandlungserfolg.</p> <p>Nach den pandemiebedingten Verzögerungen bei der Umsetzung der PPP-RL kann inzwischen von einer weitgehenden Normalisierung im Klinikalltag ausgegangen werden. Allerdings ist zukünftig von einem verstärkten Versorgungsbedarf durch verzögerte Behandlungen und pandemiebedingten psychischen Erkrankungen auszugehen⁴.</p> <p>ver.di kritisiert, dass die Umsetzung der Richtlinie durch das Krankenhausmanagement häufig verzögert angegangen wurde. Die Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine hochwertige Versorgung, die Beschäftigten in psychiatrischen Einrichtungen brauchen dringend Entlastung. Dafür sind klare Vorgaben zur Personalausstattung nötig, die auch eingehalten werden. Werden sie unterschritten, muss das Konsequenzen haben. Die Nichterfüllung der Vorgaben muss Konsequenzen haben. Hinsichtlich abgestuf-</p> | |
|--|---|--|

⁴ Vgl. Auswertung der Nako-Gesundheitsstudie zur Zunahme psychischer Erkrankungen im ersten Corona-Lockdown: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/118962/Umfrage-zeigt-psycho-soziale-Auswirkungen-der-Pandemie>

| | | |
|--|--|--|
| | <p>ter, differenzierter Sanktionsmaßnahmen ist der Gesetzgeber weiterhin gefordert. Krankenhäuser bleiben in der Verantwortung, alle Möglichkeiten zu nutzen, um das notwendige Personal zu halten und aufzubauen. ver.di spricht sich daher entschieden gegen eine weitere Verschiebung des Inkrafttretens des Sanktionsregimes aus.</p> <p>Ein weiterer Grund der verzögerten Umsetzung der Richtlinie ist, dass die vollständige Finanzierung der psychiatrischen Einrichtungen durch den Gesetzgeber sichergestellt werden muss. Das einzusetzende Personal wird in den Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vereinbart. Die in der PPP-RL vorgegebenen Mindeststandards erheben weder den Anspruch, Arbeitsschutzstandards für Beschäftigte abschließend zu berücksichtigen, noch können sie eine leitliniengerechte Versorgung gewährleisten. Dafür ist ein Personaleinsatz deutlich über den Vorgaben der Richtlinie erforderlich. Es bleibt die Verantwortung der Krankenhausgeschäftsführungen und Krankenkassen vor Ort, die über die Richtlinie hinausgehenden Personalbedarfe entsprechend § 3 Abs. 4 Nr. 5 i. V. m. § 18 BPfIV in den Budgetverhandlungen zu berücksichtigen. Der Gesetzgeber bleibt gefordert, die Finanzierung der bedarfsnotwendigen Personalausstattung verbindlich zu regeln. Voraussetzung ist, dass gegenüber den Kostenträgern die Besetzung und entsprechende Personalkosten nachgewiesen werden.</p> <p>Dies muss selbstverständlich für das gesamte medizinisch-therapeutische Personal sowie die weiteren Berufsgruppen gelten, nicht für die von der PPP-RL erfassten Berufsgruppen. Einige Änderungen gehen aus der ver.di-Perspektive grundsätzlich in die richtige Richtung. Änderungsbedarf wird im Detail gesehen und im Einzelnen ausgeführt.</p> | |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | <p>Der vorliegende Beschlussentwurf heilt nicht die grundsätzlichen, in früheren Stellungnahmen aufgeführten Mängel der PPP-RL:</p> <ul style="list-style-type: none">- Es fehlt eine zeitgemäße Einstufung der Patient*innen in moderne Behandlungsbereiche bzw. nach Behandlungsbedarf unter Einbeziehung ambulanter Versorgungsformen. Die sektorenübergreifende Versorgung ist regional sehr unterschiedlich.- Die weitgehend aus der PsychPV übernommenen Regelaufgaben und Minutenwerte sind an die realen Aufgaben und deren erheblich gestiegenen Zeitbedarf anzupassen und sollten sich an bedarfsgerechter Behandlung orientieren (z.B. auch Umsetzung der S3- Leitlinie zur Verhinderung von Gewalt und Zwang, Recovery-Konzepte, Safewards etc.). Diese ist in einem Krankenhausbereich, in dem Menschen zum Teil zwangsweise versorgt werden, jedenfalls zu garantieren. Auch muss der deutlich erhöhte administrative Zeitaufwand abgebildet werden.- Um eine hohe Fachlichkeit sicherzustellen, müssen die Mindeststandards durch Fachkräfte erfüllt werden. Darüber hinaus ist eine hohe Quote von Fachweiterbildungen oder vergleichbaren weiteren Qualifikationen in der Richtlinie zu verankern und deren tatsächliche Umsetzung sicherzustellen.- Die Lücke, die durch die Möglichkeit der Herausnahme der Modellprojekte nach § 64b SGB V aus dem Geltungsbereich der Richtlinie entstanden ist, muss dringend durch adäquate Standards auch für diesen Bereich geschlossen werden.- Nach wie vor fehlen Regelungen zu adäquaten Ausfallkonzepten und weiteren in § 2 Abs. 10 aufgeführte Personalbedarfen, die nicht durch die bisherigen Mindestvorgaben erfasst wer- | |
|--|--|--|

| | | | |
|------|--------|---|---|
| | | <p>den. Diese sind zu quantifizieren und für die örtlichen Budgetverhandlungen abzubilden. Hier ist eine Regelung unerlässlich, um die Einhaltung der Qualitätsstandards zur Personalausstattung zu gewährleisten.</p> <p>Diese Kritikpunkte sind im Rahmen der Weiterentwicklung gezielt aufzugreifen und solange der Gesetzgeber die Entwicklung und Erprobung eines bedarfsgerechten Personalbemessungsverfahrens für die Psychiatrien noch nicht beauftragt, im G-BA zu bearbeiten.</p> | |
| 11.2 | ver.di | <p>Zu den Regelungen im Einzelnen</p> <p>§ 2 Grundsätze</p> <p><u>zu Absatz 3:</u></p> <p>Die Festlegung verbindlicher Mindestvorgaben für den Nachtdienst ist ausdrücklich zu begrüßen. Es muss dabei aber sichergestellt werden, dass die gefährliche Alleinarbeit ausgeschlossen wird.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 11.3 | ver.di | <p><u>zu Absatz 7 und 8:</u></p> <p>Der Änderungsvorschlag der DKG/LV/BÄK/BPtK mit einer quartals- und einrichtungsbezogenen Betrachtung läuft darauf hinaus, dass eine Behandlung grundsätzlich auch bei Unterschreitung der Mindestvorgaben zulässig ist. Die Folge kann eine mangelhafte Versorgung und Überlastung des Personals sein. Gerade in Einrichtungen, die zu einem wesentlichen Teil Patient*innen behandeln, die nicht freiwillig untergebracht sind, ist diese maßgebliche Qualitätsrichtlinie unbedingt einzuhalten. Ein geeigneter Personalpuffer ist vorzusehen und zu finanzieren, ein Ausfallmanagement adä-</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>Die einrichtungsbezogene und quartalsbezogene Mindestvorgabe lässt sich nur gemeinsam mit einem stations- und monatsbezogenen Nachweis denken, der die Qualitätssicherung auf den Stationen gewährleistet.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung: Der seit 2020 in den Nachweisen der PPP-RL vorgesehene Stationsbezug schränkt die für eine leitliniengerechte Versorgung erforderliche Flexibilität beim Personaleinsatz massiv ein. Der Stationsbezug hindert die Krankenhäuser daran, kurzfristig auf gestiegene Patientenzahlen, Veränderung der Patientenbedarfe und auch</p> |

| | | | |
|------|--------|---|---|
| | | <p>quat auszugestalten. Eine Belegungssteuerung findet in der betrieblichen Praxis ohnehin statt und ist auf das Ziel der bedarfsgerechten Personalausstattung hin auszurichten. Hier ist es die Aufgabe des Krankenhausmanagements, eine belastbare Personalplanung zu gewährleisten. Die Vorschläge von GKV-SV und PatV werden daher als sinnvoll bewertet.</p> | <p>Personalausfällen reagieren zu können. Der reale Personaleinsatz lässt sich nicht stationsbezogen ausweisen. Die Pflege bspw. kann sicherlich in Teilen räumlich und organisatorisch bestimmten Behandlungseinheiten zugeordnet werden. Die therapeutischen Maßnahmen jedoch, und dazu gehören auch zunehmend psychiatrisch/psychosomatisch-pflegerische Maßnahmen, finden stationsübergreifend statt. Um trotzdem bisher den stationsbezogenen Nachweispflichten nachzukommen, wird das Personal derzeit über Schlüssel anteilig den Stationen zugeordnet. Die dadurch entstehenden Ergebnisse stimmen jedoch häufig nicht mit dem realen Personaleinsatz überein.</p> <p>Ein solches nicht an der Versorgungsrealität orientiertes Vorgehen steht somit der notwendigen Entbürokratisierung in der Versorgung entgegen. Stattdessen bindet der Stationsbezug das für die unmittelbare Patientenversorgung erforderliche Personal mit unnötigen bürokratischen Aufgaben. Wir stimmen aus den oben genannten Gründen diesem Vorschlag nicht zu.</p> <p>Die Zulässigkeit der Behandlung bei Unterschreitung der Mindestvorgaben hat mit der vorgesehenen Streichung des Stations- und Monatsbezuges nichts zu tun. Die Mindestvorgaben gelten weiterhin einrichtungs- und quartalsbezogen.</p> <p>PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 11.4 | ver.di | <p><u>zu Absatz 10:</u></p> <p>Unter Berücksichtigung der Regelung in § 2 Absatz 3 und unserem Vorschlag zu § 4 Absatz 2 und 3, ist die Streichung zu begrüßen und vereinfacht den Nachweis, da dieser nicht separat für den Tag-</p> | <p>GKV-SV: Dank und Ablehnung.</p> <p>Der GKV-SV hält eine Festlegung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst über Minutenwerte für nicht geeignet.</p> |

| | | | |
|------|--------|--|--|
| | | und Nachtdienst erbracht werden muss. | <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 11.5 | ver.di | <p><u>Absatz 11 (neu):</u></p> <p>Der Vorschlag enthält keine Lösung. Die aktuelle Personalsituation zeigt, dass die Krankenhäuser einrichtungsindividuelle Personalbedarfe nicht ausreichend vorhalten. Diese sind, wie von der DKG vorgeschlagen, bei der Budgetvereinbarung auf der Ortsebene zu berücksichtigen. Zur Sicherstellung müssen umgehend Änderungen in der PPP-RL erfolgen, durch die zum einen die adäquate Personalplanung und entsprechende bedarfsgerechte Besetzung gewährleistet wird und bei Nichteinhaltung die Sanktionierung sichergestellt wird.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die PPP RL legt Mindestvorgaben fest, keine Personalanzahlzahlen. Konsequenzen bei Nicht-Einhaltung erfolgen nach PPP-RL § 16 Abs. 2 ab dem 1.1.2023.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Weitergehende Regelungen, die die Sicherstellung einrichtungsindividueller über die Mindestvorgaben hinausgehender Personalbedarfe ermöglichen, obliegen nicht dem Ermächtigungsrahmen des G-BA. Nach Aufnahme von Mindestvorgaben für die Nachtdienste ist eine entsprechende Ergänzung bestehender Regelungen aus unserer Sicht zwingend erforderlich. Das Ziel zu „<i>Änderungen in der PPP-RL (...), durch die zum einen die adäquate Personalplanung und entsprechende bedarfsgerechte Besetzung gewährleistet wird</i>“ wird grundsätzlich geteilt.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 11.6 | ver.di | <p><u>zu Absatz 12 (Neu):</u></p> <p>Diese Definition der GKV-SV/PatV ist ausdrücklich zu begrüßen. Dadurch wird der Fokus auf das tatsächliche Behandlungsumfeld gelegt und eine Kontinuität des, an der Behandlung beteiligten Teams gefördert. Um adäquate Ausfallkonzepte sicherzustellen, müssen stationsübergreifende Personaleinsätze, wie z.B. durch Personalpools, in die PPP-RL aufgenommen werden. Deren Zuordnung muss im Rahmen der Personalplanung auf Basis der tatsäch-</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>Der GKV-SV prüft im Rahmen zukünftiger RL-Anpassungen weitere Regelungen für stationsübergreifend eingesetztes Personal.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Diese Definition spiegelt nicht die derzeitige Versorgungsrealität der setting-übergreifenden Behandlungskonzepten wider und führt zu einer Einschränkung der leitliniengerechten Versorgung. Vgl. hierzu 11.3.</p> |

| | | | |
|------|--------|--|---|
| | | lichen Ausfälle berechnet, in den Budgetvereinbarungen vereinbart, finanziert und ggf. unterjährig angepasst werden. | PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. |
| 11.7 | ver.di | <p>§ 3 Behandlungsbereiche</p> <p>Die Einführung der A3 und der Wegfall der A4, A5, S4, S5, G4, G5 und KJ5 führt zu Verwerfungen bei der Mindestpersonalausstattung. Die Verringerung einzelner Minutenwerte ist nicht hinreichend begründet. Hier ohne ausreichende Evidenz eine Verschiebung zwischen den Berufsgruppen vorzunehmen, ist nicht sinnvoll. Eine evidenzbasierte Bedarfsermittlung ist weiterhin erforderlich. Die Begründung der geringen Anzahl der Fälle ist nicht ausreichend. Es käme in einzelnen Bereichen zu Verschlechterungen der Versorgung. In der vorliegenden Form lehnt ver.di die vorgeschlagenen Änderungen ab.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Ablehnung.</p> <p>Der G-BA ist gehalten, auf der Grundlage der Nachweisdaten die Weiterentwicklung der Richtlinie vorzunehmen und gleichzeitig auf eine Entbürokratisierung zu achten. Die Behandlungstage in den Behandlungsbereiche A4, A5, S4, S5, G4, G5, KJ5 nehmen nur einen sehr geringen Teil der Gesamtbehandlungstage ein (je zwischen 0,02 bis 1,6 Prozent). In vielen Krankenhäusern werden sie überhaupt nicht mehr kodiert. Die o.g. Behandlungsbereiche zeichnen sich auch nicht durch eine durchschnittlich höhere Personalausstattung als die anderen Bereiche aus, sodass eine Abschaffung zu keinen Verwerfungen in der Personalausstattung führt.</p> <p>Als Ersatz für die kaum genutzten Behandlungsbereiche A5, S5 und G5 (Psychotherapie) und zur Förderung der Psychotherapie wird ein neuer attraktiverer Bereich A3 geschaffen, der ein erhöhtes psychotherapeutisches Angebot enthält. In diesen Bereich werden Patienten eingruppiert, die akut psychisch erkrankt sind und einer Regelbehandlung im Sinne von OPS 9–607 bedürfen. Sie weisen einen geringeren Pflegebedarf auf als PatientInnen des Behandlungsbereiches A1, bedürfen jedoch einer erhöhten psychotherapeutischen Behandlung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 11.8 | ver.di | § 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste | GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. |

| | | |
|--|--|---|
| | <p><u>zu Absatz 2 und 3:</u></p> <p>Die von der PatV vorgeschlagene Ausweitung der Vorgaben auf 24 Stunden ist zu begrüßen, müsste aber durch eine Anpassung der Aufteilung im Tagdienst und Nachtdienst begleitet werden. Zehnstündige Nachtdienste sind nicht die Regel. In tarif- und arbeitsvertraglichen Regelungen werden ganz überwiegend Arbeitszeiten von täglich 7,6 bis 8 Stunden vereinbart. Daher würde eine Anpassung der Verteilung der Minutenwerte auf 16 Stunden im Tagdienst und 8 Stunden im Nachtdienst die Realität deutlich besser abbilden. Bis zu einer Neubewertung der Minuten je Patient*in und Woche sollten die Tagesminuten im Verhältnis von 14 Stunden täglich auf 16 Stunden täglich hochgerechnet werden. Auf Grundlage dieser Werte hat dann eine Berechnung der Nachtminuten in Abhängigkeit der Behandlungsbereiche und somit der Schweregrade zu erfolgen. Dabei muss die Qualitätsempfehlung von 18 Behandlungsplätzen für die Erwachsenenpsychiatrie die Bezugsgröße sein. In der Erwachsenenpsychiatrie ist der Behandlungsbereich der S1 am geringsten bewertet und sollte somit die Basis für die Berechnung bilden. Hier sollte rechnerisch der Wochenminutenwert für 2 Nachtdienstplätze mit jeweils 8 Nachtdienststunden, für jeden Tag in der Woche, ermittelt werden. Es würde sich ein Wert von 373 Nachtminuten je Woche und Patient*in ergeben. Die Summe des hochgerechneten Tagesminutenwertes und des Nachtminutenwertes ergibt dann den neuen Minutenwert je Patient*in und Woche für 24 Stunden im Behandlungsbereich S1. Alle weiteren Nachtminutenwerte sollten dann mit der Bezugsgröße 373 Minuten für alle weiteren Berechnungen, unter Berücksichtigung des Verhältnisses zu den Tagesminuten, berechnet werden. Für die KJPP sollte der Behandlungsbe-</p> | <p>Der GKV SV hält eine Festlegung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst allein über Minutenwerte für nicht geeignet. Mit dieser Regelung wird das Ziel von ver.di „Keine Nacht allein“ nicht umgesetzt. Dafür reichen Wochenminutenwerte – noch dazu ohne Abgrenzung vom Tagdienst – nicht aus. Dafür müsste geprüft werden, ob tatsächlich zwei Kräfte auf der jeweiligen Station in der Nacht vorhanden sind. Das sieht der ver.di Vorschlag aber nicht vor.</p> <p>Der GKV-SV stimmt aber der Empfehlung zu, dass sich die Mindestvorgaben für den Nachtdienst am Schweregrad der Patienten orientieren muss und hat dies in seinem Vorschlag berücksichtigt.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Eine Anpassung der Minutenwerte, wie hier gefordert, sollte im Blick auf die Weiterentwicklung der PPP-RL geprüft werden.</p> |
|--|--|---|

| | | | |
|-------|--------|---|---|
| | | reich KJ2 herangezogen werden. Auf Basis der Qualitätsempfehlung von zwölf Behandlungsplätzen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ergeben sich hier 560 Nachtminuten. Alle Minutenwerte des Pflegefachpersonals gelten jeweils zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit vom Tagdienst zum Nachtdienst und vom Nachtdienst zum Tagdienst. Der Absatz 4 wäre, wie im Vorschlag PatV vorgesehen, zu streichen. | |
| 11.9 | ver.di | <p>§ 5 Berufsgruppen</p> <p><u>zu Absatz 1 und 2 Buchstabe f):</u></p> <p>Die Aufnahme der Sozialpädagog*innen und der Heilpädagog*innen kann insbesondere in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Vorteil sein. Bei der Heilpädagogik wäre darauf zu achten, dass sich der Abschluss auf dem Qualifikationsniveau der Sozialen Arbeit und der Sozialpädagogik befindet. Ein adäquater Einsatz hängt sehr stark von den Behandlungskonzepten der einzelnen Einrichtungen ab und kann für die Behandlung von Vorteil sein.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 11.10 | ver.di | <p>§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung</p> <p><u>zu Absatz 3:</u></p> <p>Kritisch bewertet ver.di den Vorschlag der GKV-SV/PatV/BPtK, dass die Einstufung an die OPS-Codes geknüpft wird. Das PEPP-System ist noch nicht abschließend evaluiert, sein Beitrag zu patientengerechter Behandlung mindestens umstritten. Aufgrund seines Charakters einer pauschalierten Vergütung mit hohem Einzelleistungsbezug wird PEPP von ver.di abgelehnt. Die Personalbemessung sollte keinesfalls in dieser Form an einzelne OPS-Kodes geknüpft werden.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Ablehnung.</p> <p>Die Einstufung der Patienten in die Behandlungsbereiche dieser Richtlinie kann zukünftig auf der Basis von Routinedaten automatisiert erfolgen. Damit entfällt die aufwändige 14tägige Stichtagserhebung und die Einrichtungen werden erheblich entlastet: Bei den circa 1300 Einrichtungen kann die zusätzliche Durchführung von insgesamt 34.000 Stichtagserhebung von circa 1,9 Millionen Patienten ersatzlos entfallen. Möglich ist dies, weil die Behandlungsbereiche den Behandlungsarten des Kapitel 9 der internationalen Klassifikation der Prozeduren (OPS) zugeordnet werden können. Diese werden</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>mitsamt den Behandlungstagen laufend vom Krankenhaus koordiniert.</p> <p>Siehe dazu auch TrG des GKV-SV zu § 6 Abs. 3.</p> <p>DKG: Zustimmungse Kenntnisnahme. Wir folgen dem Vorschlag der aus den folgenden Gründen ebenfalls nicht:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bruch in der bisherigen Systematik mit Stichtageeinstufungen in die Behandlungskategorien mit anderen Anforderungen als in den OPS• OPS- Systematik ist nicht 1:1 übertragbar, da andere Zielsetzung (Abrechnung) und Kategorien/Einstufungen (es besteht keine Trennungsschärfe)• Keine Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen vorhanden (drohende finanzielle Sanktionen, negative Auswirkungen auf die Versorgung nicht ausgeschlossen).• Bestehende Regelungen der PPP-RL ermöglichen kaum Personalsteuerungsmöglichkeiten, da die Mindestvorgaben erst nach Ablauf des Bezugszeitraumes bekannt sind. Die Änderung der Systematik auf kontinuierliche OPS-Dokumentation wird die Steuerungsmöglichkeiten weiter erschweren, da dem eine noch höhere Dynamik zugrunde liegt.• •Erhöhter bürokratischer Aufwand durch Neudefinition der Behandlungstage• Unklarheit über tatsächliche Arbeitsaufwände und Umsetzung in der Praxis (Beispiel Entlasstag) <p>PatV/BPtK: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|-------|--------|--|--|
| 11.11 | ver.di | <p><u>zu § 6 Absatz 7 (neu) und § 6a (neu):</u></p> <p>Das ver.di-Versorgungsbarometer hat besorgniserregende Zustände aufgezeigt. Auch die ver.di-Befragung 2022 zeigt, dass auf zu vielen Station der Nachtdienst allein arbeitet oder für eine zu große Anzahl von oft akuten Patient*innen verantwortlich ist. Das stellt eine unverantwortliche Gefährdung von Patient*innen und Beschäftigten dar und muss dringend durch ein Verbot der Alleinarbeit auf psychiatrischen Stationen unterbunden werden. Die aufgeführten Berechnungen in den Tragenden Gründen beschreiben die tatsächliche und schlechte Personalausstattung. Diese gilt es zu verhindern und nicht festzuschreiben. Wir verweisen auf den ver.di-Vorschlag zu § 4 Absatz 2 und 3. Dieser würde dafür Sorge tragen, dass in den Bereichen der Regelbehandlung eine Besetzung vorgehalten wird, die das Alleinarbeiten verhindert. In allen anderen Bereichen, insbesondere in der Intensivbehandlung und der Behandlung langdauernder Schwer- und Mehrfachkranker, wäre eine, an die erhöhten Behandlungsbedarfe angepasste Personalausstattung abgebildet. Der ver.di-Vorschlag beinhaltet auch Besetzungsvorgaben für die Psychosomatik. Da in diesem Behandlungsbereich in der Regel keine Akut Patient*innen behandelt werden, liegt diese unter zwei Nachtdienstplätzen.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Der GKV SV stimmt zu, dass auf zu vielen Stationen der Nachtdienst alleine bestritten wird. Eine generelle Festlegung von zwei Nachtdienstplätzen pro Station in der Erwachsenenpsychiatrie würde aber die Belegungssituation vor Ort nicht berücksichtigen und gleichzeitig die Flexibilität der Krankenhäuser unzulässig einschränken. Der GKV-SV Vorschlag sieht deshalb vor, dass der Schweregrad der Patienten in die Berechnung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst eingeht, aber die Krankenhäuser über den Einsatz des vorgegebenen Personals auf den Stationen selbst entscheiden können. Insofern haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, auf die Situation vor Ort einzugehen und gegebenenfalls auch eine Poollösung umzusetzen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 11.12 | ver.di | <p><u>zu § 6 Absatz 7 (Neu) GKV-SV:</u></p> <p>Die einrichtungsbezogene Ermittlung der Nachtdienstplätze im Quartal riskiert, dass Bereiche ohne Nachtdienstbesetzung sein könnten. Daher muss eine Festlegung auf Stationsebene für jede einzelne Nacht erfolgen. Eine Differenzierung der Nachtdienstplätze in Abhängigkeit der Schweregrade ist zu begrüßen. Mit diesem Vorschlag werden die gefährlichen Nachtdienstbesetzungen</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Der GKV-SV-Vorschlag für die Mindestvorgaben im Nachtdienst gilt pro Einrichtung und für die jeweilige Nacht. Die Mindestvorgaben können nicht über die Nächte im Quartal ausgeglichen werden, sie sind pro Nacht zu erfüllen.</p> <p>Die einrichtungsbezogene Mindestvorgabe für den Nacht-</p> |

| | | <p>zu Lasten der Beschäftigten und der Patient*innen aber eher legitimiert. Gelten soll dieser ab dem 01.01.2024 und dann bis zum 01.01.2026 nur zu 80 Prozent. Als erfüllt gilt die Nachtdienstbesetzung im Quartalsdurchschnitt bereits ab 95 Prozent. Somit ergeben sich rechnerisch folgende Besetzungen. Diese ist deutlich zu gering.</p> <table border="1" data-bbox="468 469 1314 799"> <thead> <tr> <th>Anteil Intensiv</th> <th>bis 2024</th> <th>ab 2024</th> <th>ab 2026</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0%</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>bis 30%</td> <td>0</td> <td>0,91</td> <td>1,22</td> </tr> <tr> <td>ab 30%</td> <td>0</td> <td>1,14</td> <td>1,52</td> </tr> </tbody> </table> <p>Kritisch ist die Anrechnung der Dienste mit Anteilen an den 10 Stunden Nachtdienst zu sehen. Dadurch würde z.B. der Spätdienst mit einer Besetzung von 2 oder 3 Beschäftigten diese Werte noch einmal deutlich absenken.</p> | Anteil Intensiv | bis 2024 | ab 2024 | ab 2026 | 0% | 0 | 0 | 0 | bis 30% | 0 | 0,91 | 1,22 | ab 30% | 0 | 1,14 | 1,52 | <p>dienst erlaubt den Krankenhäusern Flexibilität bei der Personalplanung und die Berücksichtigung der Situation vor Ort, gleichzeitig beinhaltet sie die Gefahr von Minderbesetzungen auf bestimmten Stationen. Deshalb ist die einrichtungsbezogene Mindestvorgabe nur zusammen mit einem Nachweis über die tatsächliche Stationsbesetzung zu denken. Nur so kann eine Qualitätssicherung stattfinden.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Ausführungen zeigen, dass die vom GKV-SV vorgeschlagene Nachtdienstbesetzung eine Patientengefährdung nicht ausschließt.</p> |
|-----------------|----------|---|---|----------|---------|---------|----|---|---|---|---------|---|------|------|--------|---|------|------|---|
| Anteil Intensiv | bis 2024 | ab 2024 | ab 2026 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0% | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| bis 30% | 0 | 0,91 | 1,22 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ab 30% | 0 | 1,14 | 1,52 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11.13 | ver.di | <p>DKG</p> <p>Die einrichtungsbezogene Ermittlung der Nachtdienstplätze im Quartal ermöglicht es, dass Bereiche ohne Nachtdienst sein könnten. Daher muss eine Festlegung auf Stationsebene für jede einzelne Nacht erfolgen. Eine Differenzierung der Nachtdienstplätze in Abhängigkeit der Schweregrade ist zu begrüßen. Die hier vorgeschlagene Regelung ist aber ungeeignet und unzureichend. Um die Schweregrade abzubilden, könnte eine direkte Abhängigkeit zu den Minutenwerten des Tagdienstes hergestellt werden. Mit diesem Vorschlag werden die gefährlichen Nachtdienstbesetzungen</p> | <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Ausführungen zeigen, dass die von der DKG vorgeschlagene Nachtdienstbesetzung eine Patientengefährdung nicht ausschließt.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | <p>zu Lasten der Beschäftigten und der Patient*innen legitimiert. Dies ist abzulehnen. Rechnerisch ergibt sich folgendes Bild zur Einhaltung der Mindestvorgaben der Nachtdienstplätze:</p> <table border="1" data-bbox="468 405 1308 769"> <thead> <tr> <th>Patient*innen</th> <th>A2/G2</th> <th>S2</th> <th>Nachtdienste</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>18</td> <td>33,33%</td> <td>18,22%</td> <td>1,42</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>33,33%</td> <td>0,00%</td> <td>1,33</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>0,00%</td> <td>18,22%</td> <td>1,09</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>0,00%</td> <td>0,00%</td> <td>1,00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Kritisch ist die Anrechnung der Dienste mit Anteilen an den 10 Stunden Nachtdienst zu sehen. Dadurch würde z.B. der Spätdienst mit einer Besetzung von 2 oder 3 Beschäftigten diese Werte noch einmal deutlich absenken.</p> | Patient*innen | A2/G2 | S2 | Nachtdienste | 18 | 33,33% | 18,22% | 1,42 | 18 | 33,33% | 0,00% | 1,33 | 18 | 0,00% | 18,22% | 1,09 | 18 | 0,00% | 0,00% | 1,00 | |
|---------------|--------|---|---|-------|----|--------------|----|--------|--------|------|----|--------|-------|------|----|-------|--------|------|----|-------|-------|------|--|
| Patient*innen | A2/G2 | S2 | Nachtdienste | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 33,33% | 18,22% | 1,42 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 33,33% | 0,00% | 1,33 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 0,00% | 18,22% | 1,09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 0,00% | 0,00% | 1,00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11.14 | ver.di | <p><u>zu § 6a (neu) DPR:</u></p> <p>Die einrichtungsbezogene Ermittlung der Nachtdienstplätze im Quartal ermöglicht es, dass Bereiche ohne Nachtdienst sein könnten. Daher muss eine Festlegung auf Stationsebene für jede einzelne Nacht erfolgen. Eine klare Differenzierung nach Schweregraden enthält dieser Vorschlag nicht, die pauschale Betrachtung ist zu bemängeln. Mit diesem Vorschlag werden die gefährlichen Nachdienstbesetzungen zu Lasten der Beschäftigten und der Patient*innen legitimiert. Rechnerisch ergibt sich folgendes Bild: Es wird von 1,7 Nachtdienstplätzen ausgegangen. Diese reduzieren</p> | <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Ausführungen zeigen, dass die vom DPR vorgeschlagene Nachtdienstbesetzung eine Patientengefährdung nicht ausschließt.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

sich um 0,2 Nachtdienstplätze für stationsungebundene Aufgaben. Die verbleibenden 1,5 Nachtdienstplätze beinhalten den Aspekt des erhöhten Betreuungsbedarfes, z.B. hochakuter Patient*innen. Somit reduziert sich die Besetzung faktisch auf 1,0 Nachtdienstplätze. Kritisch ist die Anrechnung der Dienste mit Anteilen an den 10 Stunden Nachtdienst zu sehen. Dadurch würde z.B. der Spätdienst mit einer Besetzung von 2 oder 3 Beschäftigten diese Werte noch einmal deutlich absenken.

PatV:

Die Tabelle beruht auf dem jeweiligen Zuwachs der Minutenwerte für die Nacht. Sie wurde hier mit den Werten der DKG-Tabelle verglichen. Im Ergebnis ist festzustellen, dass sich die Minutenwerte der Tagdienste als Basis der Berechnung eignen. Diese müssen nur deutlich höher angesetzt werden. Es ist auch der Stationsbezug zu begrüßen. Die Ermittlung des Monatsdurchschnitts ist kritisch zu sehen, dadurch kann es in einzelnen Schichten zu Unterschreitungen kommen.

| Patienten | VK je Nacht (10h) | Vorschlag DKG |
|-------------------------------|----------------------|------------------|
| G1 (8,72) G2 (6,00) S2 (3,28) | 1,97 | 1,42 |
| G1 (12) G2 (6) | 1,90 | 1,33 |
| G1 (18) | 1,73 | 1,00 |
| A1 (8,72) A2 (6,00) S2 (3,28) | 1,65 | 1,42 |
| A1 (12) A2 (6) | 1,47 | 1,33 |
| S1 (14,72) S2 (3,28) | 1,34 | 1,33 |

| | | | | | | | | |
|-------|--------|---|--|-----------------------------------|---|---|---|--|
| | | A1 oder S1 (18) | 1,17 | 1,00 | | | | |
| 11.15 | ver.di | <p>Kritisch wäre ebenfalls eine Anrechnung der Dienste mit Anteilen an den 10 Stunden Nachtdienst zu sehen. Dadurch würde z.B. der Spätdienst mit einer Besetzung von 2 oder 3 Beschäftigten diese Werte noch einmal deutlich absenken.</p> <p>ver.di-Vorschlag zu Minutenwerte gemäß § 4 Absatz 2 und 3:</p> | | | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Eine Anpassung der Minutenwerte, wie hier gefordert, sollte im Blick auf die Weiterentwicklung der PPP-RL geprüft werden.</p> | | | |
| | | Be- hand- lungs- berei- che | Ärztin- nen und Ärzte, ärztli- che Psycho- thera- peutin- nen und Psycho- thera- peuten | Pflege- fach- perso- nen | Psycho- thera- peutin- nen und Psycho- thera- peuten (ohne ärztli- che Psycho- thera- peutin- nen und Psycho- thera- peuten), Psycho- login- nen und | Spezial- thera- peutin- nen und Spezial- thera- peuten | Bewe- gungs- thera- peutin- nen und Be- we- gungs- thera- peuten, Physio- thera- peutin- nen und Physio- thera- peuten | Sozial- arbeits- rinnen und So- zialar- beiter, Sozial- päda- gogin- nen und So- zialpä- dago- gen, Heilpä- dago- ginnen und Heilpä- dago- gen |

| | | | Psycho- logen | | | |
|----|-----|-------------------------|------------------|-----|----|-----|
| A1 | 207 | 856 1361 | 49 | 122 | 28 | 76 |
| A2 | 257 | 1536 2442 | 35 | 117 | 29 | 74 |
| A4 | 132 | 1012 1609 | 75 | 113 | 27 | 59 |
| A5 | 154 | 476 662 | 107 | 103 | 31 | 14 |
| A6 | 114 | 329 | 107 | 176 | 17 | 67 |
| A7 | 265 | 509 809 | 132 | 102 | 50 | 49 |
| A8 | 265 | 201 | 132 | 102 | 50 | 49 |
| A9 | - | - | - | - | - | - |
| S1 | 226 | 835 1328 | 61 | 72 | 35 | 109 |
| S2 | 256 | 1562 2484 | 68 | 51 | 34 | 153 |
| S4 | 106 | 961 1528 | 102 | 112 | 38 | 77 |
| S5 | 131 | 477 758 | 106 | 101 | 31 | 48 |
| S6 | 115 | 318 | 105 | 154 | 16 | 101 |
| S9 | - | - | - | - | - | - |
| G1 | 183 | 1270 2019 | 56 | 102 | 35 | 75 |
| G2 | 211 | 1645 2615 | 37 | 78 | 40 | 51 |

| | | | | | | | | | |
|-------|--------|--------------------------|---|-------------------------------|--|--|---|--|---|
| | | G4 | 100 | 1187 1887 | 63 | 72 | 44 | 42 | |
| | | G5 | 119 | 519 825 | 98 | 76 | 31 | 13 | |
| | | G6 | 115 | 372 | 107 | 167 | 26 | 68 | |
| | | G9 | - | - | - | - | - | - | |
| | | P1 | 154 | 476 757 | 107 | 103 | 31 | 14 | |
| | | P2 | 265 | 509 809 | 132 | 102 | 50 | 49 | |
| | | P3 | 114 | 329 | 107 | 176 | 17 | 67 | |
| | | P4 | 265 | 201 | 132 | 102 | 50 | 49 | |
| 11.16 | ver.di | Behandlungsbe- reiche | Ärztin- nen und Ärzte, ärztliche Psycho- thera- peutin- nen und Psycho- thera- peuten | Pflege- fach-per- sonen | Psycho- thera- peutin- nen und Psycho- thera- peuten (ohne ärztliche Psycho- thera- peutin- nen und Psycho- thera- peuten), Psycho- loginnen und | Spezial- thera- peutin- nen und Spezial- thera- peuten | Bewe- gungs- thera- peutin- nen und Bewe- gungs- thera- peuten, Physio- thera- peutin- nen und Physio- thera- peuten | Sozialar- beiterin- nen und Sozialar- beiter, Sozialpä- dagogin- nen und Sozialpä- dagogen, Heilpä- dagogin- nen und Heilpä- dagogen | <p>GKV-SV: Dank und Ablehnung.</p> <p>Der GKV SV hält eine Festlegung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst über Minutenwerte für nicht geeignet. Er stimmt aber der Empfehlung zu, dass sich die Mindestvorgaben für den Nachtdienst am Intensivbehandlungsbedarf der Patienten orientieren müssen und hat dies in seinem Vorschlag berücksichtigt.</p> |

| | | | Psycho- logen | | | |
|-----|-----|-------------------------|------------------|-----|-----|-----|
| KJ1 | 270 | 2015 2905 | 193 | 179 | 86 | 165 |
| KJ2 | 264 | 1874 2702 | 190 | 182 | 78 | 128 |
| KJ3 | 337 | 2495 3597 | 173 | 62 | 22 | 77 |
| KJ5 | 151 | 2143 3090 | 134 | 244 | 101 | 97 |
| KJ6 | 277 | 845 966 | 209 | 142 | 80 | 155 |
| KJ7 | 259 | 799 | 196 | 161 | 66 | 140 |
| KJ9 | - | - | - | - | - | - |

| | | | |
|-------|--------|--|--|
| 11.17 | ver.di | <p>§ 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad</p> <p><u>zu Absatz 4:</u></p> <p>Der Teilsatz „der durchschnittliche Umsetzungsgrad für die Einrichtung über oder gleich 100 Prozent ist und“ ist entbehrlich, wie vom GKV-SV vorgeschlagen. Wenn keine Berufsgruppen unter 100 Prozent Umsetzungsgrad liegen, kann auch der durchschnittliche Umsetzungsgrad nicht unter 100 Prozent liegen. Dadurch wird einer Verrechnung zwischen den Berufsgruppen entgegengewirkt. Das ist zu begrüßen.</p> <p>Der Änderungsvorschlag der DKG/LV läuft darauf hinaus, dass für die Behandlung an Standorten, die ausschließlich eine Tagesklinik umfassen grundsätzlich eine Unterschreitung der Mindestvorgaben zulässig ist. Das riskiert eine mangelhafte Versorgung und</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Der Vorschlag wird im Rahmen der diesjährigen Beschlussfassung geprüft.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Erläuterung: Die Möglichkeiten der Personalsteuerung in Stand-</p> |
|-------|--------|--|--|

| | | | |
|-------|--------|---|---|
| | | Überlastung des Personals und ist deshalb abzulehnen. | Alone Tageskliniken sind stark eingeschränkt. Die Vorgabe eines Umsetzungsgrades von 100% in allen Berufsgruppen würde in letzter Konsequenz zu einer Schließung ebensolcher führen. Gerade kleine tagesklinische Einrichtungen stellen häufig einen wichtige, wohnortnahe Behandlungsmöglichkeit für die Patientinnen und Patienten dar, die es in ihrem Fortbestand zu schützen gilt. |
| 11.18 | ver.di | <p><u>zu Absatz 4a:</u></p> <p>Die Einhaltung der Nachtdienstbesetzungen zu lediglich 95 Prozent (siehe Tragende Gründe) ist abzulehnen. Weiteres siehe Kommentar zu § 6 Absatz 7 (Neu).</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Verweis auf unserer Anmerkung zu 11.12.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 11.19 | ver.di | <p><u>zu Absatz 5:</u></p> <p>Der Vorschlag der DKG/PatV führt dazu, das die tatsächliche Belegung und Besetzung nicht mehr ermittelt wird. Weiteres siehe Kommentar zu § 6 Absatz 7 (neu).</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Eine Ermittlung erfolgt gemäß Abs. 7.</p> |
| 11.20 | ver.di | <p><u>zu Absatz 6:</u></p> <p>GKV-SV</p> <p>Siehe Kommentar zu § 6 Absatz 7 (Neu).</p> <p>DKG (Absatz 5)</p> <p>Gegenüber der Position des GKV-SV kommt noch eine Verschlechterung durch den Quartals- und Einrichtungsbezug hinzu und wird von ver.di daher abgelehnt.</p> <p>DKG (Absatz 6)</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Verweis auf Anmerkung zu 11.12.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Allerdings ist der Hinweis inhaltlich nur</p> |

| | | | |
|-------|--------|---|--|
| | | <p>Damit ergibt sich die Besetzung mit einem Nachtdienstplatz bei 100 Prozent Auslastung und Einhaltung der Belegungsvorgabe. Hier besteht bei einer Auslastung unter 100 Prozent die Gefahr, das weniger als eine Nachtdienstbesetzung vorgehalten wird. Hinzu kommt die bereits beschriebene Problematik der Anrechnung der Spätdienste.</p> | <p>begrenzt nachvollziehbar.</p> |
| 11.21 | ver.di | <p><u>zu Absatz 7:</u></p> <p>DKG</p> <p>Die Streichung führt dazu, dass keine Belegung erhoben wird. Weiteres siehe zu § 6 Absatz 7.</p> <p>PatV</p> <p>Die Betrachtung ist zwar logisch, nachvollziehbar und wurde lediglich an die 24h Betrachtung angepasst. Hinsichtlich einiger Kritikpunkte verweisen wir auf die Kommentierung zu § 6 Absatz 7</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>Die Erhebung der Belegung ist essenziell für die Ermittlung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 11.22 | ver.di | <p><u>zu Absatz 8:</u></p> <p>GKV-SV</p> <p>Die Regelung ist ein Schritt in die richtige Richtung, greift allerdings zu kurz. Sie verhindert weiterhin nicht das Alleinarbeiten in der Nacht. Hinzu kommt die mögliche Anrechnung davor und danach liegender Dienste zu Lasten der Nachtdienstbesetzung.</p> <p>DKG/PatV:</p> <p>Siehe Kommentar zu § 6 Absatz 7.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die Regelung dient der Qualitätssicherung und ist wichtig um den Status Quo bei der tatsächlichen Nachtdienstausstattung zu erheben und den Weiterentwicklungsbedarf der Richtlinie in Bezug auf die Nachtdienste zu identifizieren.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p> |
| 11.23 | ver.di | <p><u>zu Absatz 9:</u></p> | <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> |

| | | | |
|-------|--------|---|---|
| | | DPR Diese Regelung ist abzulehnen. Sie senkt die Besetzung um weitere 3% ab. | |
| 11.24 | ver.di | § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen <u>zu Absatz 3:</u> Die Kolleg*innen aus den Einrichtungen berichten immer wieder, dass die Anrechnung gem. § 5 (2) missbräuchlich verwendet wird und Beschäftigte hinzurechnet werden, die nicht an der Behandlung beteiligt sind. Hier wären beispielhaft die Hygienefachkräfte und die Kodierassistent*innen zu nennen. Diese Regelung ermöglicht die ohnehin schon zu weitgehende Verrechnung über 2023 hinaus und wird entschieden abgelehnt | GKV-SV/PatV: Der GKV SV nimmt mit Interesse die Berichte von ver.di bezüglich der Anwendung der Anrechnungsregelung zur Kenntnis und stimmt ver.di bei der Ablehnung der Änderung zu. DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung: Eine Anrechnung ist möglich, wenn Aufgaben gemäß der Regelaufgaben nach Anlage 4 erbracht werden. Dazu gehören auch Aufgaben im Rahmen der Dokumentation und der Hygiene. BPtK: es kann nicht richtig nachvollzogen werden, auf welchen Punkt sich ver.di hier bezieht. § 8 Absatz 3 regelt die Anrechnung der unter § 5 genannten Berufsgruppen untereinander, Kodierassistenten u.a. gehören hier nicht dazu. |
| 11.25 | ver.di | <u>zu Absatz 5:</u> Die von der DKG/LV/BPtK vorgeschlagene weitere Ausdehnung der ohnehin schon sehr weitgehenden Anrechnungsregelungen wird von ver.di entschieden abgelehnt. Sie geht klar zu Lasten der anderen Berufsgruppen. | GKV-SV: Dank und Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung: Die Neuregelung geht gerade nicht zu Lasten anderer Berufsgruppen, da eine Anrechnung in der Berufsgruppe erfolgt, die bei den Regelaufgaben von Nicht-PPP-RL-Personal unterstützt bzw. entlastet werden (hier: Ärzte/-innen). PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. |
| 11.26 | ver.di | <u>zu Absatz 6:</u> Tätigkeiten von Genesungsbegleiter*innen unterscheiden sich | GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung zur Anrechnung: Wie in der |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>durch ihre Kenntnisse und Erfahrungen klar von anderen medizinisch/therapeutischen Beschäftigtengruppen. Mit dem Einsatz wird ein zusätzliches, wertvolles Angebot für Menschen in psychischen Krisen geschaffen. ver.di begrüßt diese Entwicklung im Sinne einer sozialen und patientenorientierten Psychiatrie ausdrücklich. Erforderlich sind eine gute konzeptionelle Einbindung, klare Rollen und Aufgaben sowie eine professionelle Begleitung der Genesungsbegleiter*innen z.B. durch eine*n Ex/In-Trainer*in. Fragen nach Verantwortung, Zuständigkeiten und Kompetenzen müssen klar beantwortet sein. Wo Genesungsbegleiter*innen im Rahmen des psychiatrischen Konzeptes eingesetzt werden, müssen die Krankenkassen die entstehenden Personalkosten finanzieren. Genesungsbegleiter*innen setzen ihr Erfahrungswissen zum Wohl der Patient*innen ein. Sie sind jedoch keine Fachkräfte und ersetzen diese keinesfalls. Sie sind daher im Rahmen der Personalmindeststandards nicht auf die Personalkapazitäten anderer Berufsgruppen (insbesondere der Pflege) anzurechnen.</p> <p>Der Einsatz von Genesungsbegleiter*innen, ohne zertifizierte Fortbildung, ist sehr kritisch zu betrachten.</p> <p>Der Einsatz von Genesungsbegleiter*innen, mit einer zertifizierten Fortbildung (Ex/In Deutschland), ist ausdrücklich zu begrüßen und zu fordern. Bei Beschäftigten, die als Genesungsbegleiter*innen eingestellt werden, aber über eine abgeschlossene Ausbildung in einem von der PPP-RL in § 5 genannten Berufsgruppen verfügen, ist zu prüfen, ob sie wirklich die Tätigkeit eines*r Genesungsbegleiter*in ausüben oder als Fachkraft unter Nutzung ihrer diesbezüglichen Qualifikation eingesetzt werden. In diesem Fall dürfen entweder die Tätigkeiten einer Fachkraft eben nicht übertragen werden oder es muss eine vorübergehende Übertragung mit der</p> | <p>bisher festgelegten Systematik vorgesehen, kann eine Anrechnung auf die Berufsgruppen gemäß § 5 PPP-RL nur erfolgen, wenn eine Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben gemäß Anlage 4 PPP-RL vorliegt.</p> <p>PatV/ BPTK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich der Anrechnung. Im Übrigen werden die Vorschläge im Hinblick auf eine Weiterentwicklung der PPP-RL geprüft.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
|--|---|---|

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>entsprechenden Höhergruppierung erfolgen. Wenn die Übertragung auf Dauer erfolgen soll, muss ein Arbeitsvertrag für die entsprechende Tätigkeit als Fachkraft mit der entsprechenden Vergütung abgeschlossen werden.</p> <p>Genesungsbegleiter*innen mit einer zertifizierten Fortbildung (Ex/In Deutschland) Die Tätigkeiten der Genesungsbegleiter*innen unterscheiden sich teilweise erheblich:</p> <ul style="list-style-type: none">• in den Handlungsebenen: von der Ebene der individuellen Patientenbetreuung über die Teamebene (z.B. Vermittlung von Recovery-Orientierung) bis zur Ebene der Einrichtung (Verbesserung der Angebote),• im Grad der notwendigen Kompetenzen (Beziehungsaufbau, Begleitung, Beratung, Gruppenleitung, Dokumentation, Kenntnis und Vermittlung von Recoveryinstrumenten),• im Grad der Selbständigkeit der auszuübenden Tätigkeit,• im Grad der übertragenen Verantwortung,• im Grad der Schwierigkeit der auszuübenden Tätigkeiten,• schwierige Aufgaben, für die erhöhte Kompetenzen erforderlich sind und die einen höheren Grad an Verantwortung und Selbständigkeit nach sich ziehen, sind z.B. (nicht abschließend)<ul style="list-style-type: none">- Ebene der individuellen Patient*innenbetreuung,- eigenverantwortliche Einzel- und Gruppenangebote der/s Genesungsbegleiters*in (z.B. eigenverantwortliche Moderation einer Recoverygruppe), | |
|--|--|---|--|

| | | | |
|-------|--------|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung bei der Integration in soziale und kulturelle Zusammenhänge (z.B. Begleitung in das Wohnumfeld), • Anhand der Entgeltordnung TVöD, für andere Tarifverträge sind die vergleichbaren Eingruppierungen einzusetzen, • Ebene des Teams: Fortbildung der Beschäftigten in der Psychiatrie in Recovery, • Ebene der Einrichtung: Mitwirkung bei der Verbesserung der Angebote. | |
| 11.27 | ver.di | <p>§ 9 Weitere Qualitätsempfehlungen <u>zu Absatz 2:</u> siehe Anlage 5</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme.</p> |
| 11.28 | ver.di | <p>§ 10 Ausnahmetatbestände <u>zu Absatz 1, Nr. 1:</u> Die von der DKG vorgeschlagene Abweichung von den verbindlichen Mindestvorgaben geht zu Lasten der Beschäftigten und der Patient*innen. Wenn nicht genügend Personal zur Verfügung steht, muss die Zahl, der zu behandelnden Patient*innen, angepasst werden. Die weitere Belastung des Personals ist zu verhindern. Der Vorschlag stellt eine weitere Aufweichung der schon sehr allgemeinen Regelung dar. Hinzu kommt, dass die PPP-RL bereits genügend Spielraum für die Verrechnung der Berufsgruppen untereinander bietet. Die Erfahrung während der Pandemie hat gezeigt, dass auch kurzfristig Patient*innen verlegt oder die Behandlung unterbrochen werden kann. Diese Maßnahmen wären</p> | <p>GKV-SV/PatV: Dank und Zustimmung. Die PPP RL sieht bereits weitreichende Anrechnungsmöglichkeiten zwischen den Berufsgruppen vor. Eine Änderung dieses Ausnahmetatbestandes ist deshalb nicht notwendig. Er gilt weiterhin für kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle nur beim gesamten Personal. Wenn beispielsweise als Ausnahmetatbestand bereits der krankheitsbedingte Ausfall einer einzelnen Berufsgruppe gelten würde, dann könnte man mit dem Ausfall von 15% in einer kleinen Berufsgruppe, d.h. gegebenenfalls mit der Krankheit nur eines oder zweier Angestellten, die gesamte Mindestvorgabe für die Einrichtung aushebeln. DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung: Die Regelung in Absatz 1</p> |

| | | | |
|-------|--------|---|---|
| | | <p>bei einem derart akuten Personalmangel auch hier das mildere Mittel und notwendig, um Abstriche an der Versorgungsqualität durch eine Personalunterbesetzung zu verhindern. Darüber hinaus sind auch Arbeits- und Gesundheitsschutzvorgaben für Beschäftigte zwingend einzuhalten.</p> | <p>Nr. 1 bezieht sich kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß (mehr als 15 Prozent) hinausgehen. Diese sollten dementsprechend nicht die regelhafte Personalausstattung widerspiegeln und sich somit auf einen limitierten Zeitraum beziehen. Die Unterbrechung von Behandlungen sollte bei akut psychiatrisch/psychosomatisch erkrankten Menschen nicht aufgrund starrer Mindestpersonalsvorgaben als Option mitgedacht werden müssen. Darüber hinaus bezieht sich die Änderung darauf, dass die Krankheitsausfälle berufsgruppenspezifisch und nicht über alle Berufsgruppen hinweg betrachtet werden. Dies soll auch verhindern, dass erwartet wird, dass sich die Berufsgruppen durch den bisherigen Globalansatz jederzeit im Rahmen der Anrechnungsmöglichkeiten gegenseitig ersetzen können. Dies dürfte nicht im Sinne der Beschäftigten sein.</p> |
| 11.29 | ver.di | <p><u>zu Absatz 3:</u></p> <p>DKG</p> <p>Der Änderungsvorschlag der DKG läuft darauf hinaus, dass „Stand-alone-Tageskliniken“ die Mindestvorgaben regelhaft unterschreiten dürfen. Das muss unbedingt verhindert werden. Erschwerend kommt hinzu, dass „Stand-alone-Tageskliniken“ bei Personalausfällen temporär, bis zum Eintreffen von Personal aus dem Ausfallkonzept, mit einer Unterbesetzung arbeiten. Hier sind die Krankenhäuser gefordert geeignete Ausfallkonzepte zu entwickeln und die Krankenkassen sind gefordert, diese zu finanzieren.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>Der GKV SV möchte zusätzlich anmerken, dass die Auswertung der Nachweise keinen Regelungsbedarf für ausschließlich kleine Einrichtungen oder kleine teilstationäre Einrichtungen gezeigt hat. Im Gegenteil, diese erfüllen die Vorgaben zu größeren Anteilen als größere Einrichtungen mit mehr Betten. Außerdem ist es aus fachlicher Sicht wichtig, dass auch kleine Einrichtungen einen angemessenen Behandlungsstandard gewährleisten. Eine kleinere Bettenanzahl darf nicht zu einem schlechteren Behandlungsniveau führen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung: siehe zu 11.17.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|-------|--------|--|---|
| 11.30 | ver.di | <p>§ 11 Nachweisverfahren</p> <p><u>zu Absatz 1:</u></p> <p>Siehe Kommentar zu § 2 Absatz 7.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Erläuterung: Der seit 2020 in den Nachweisen der PPP-RL vorgehene Stationsbezug schränkt die für eine leitliniengerechte Versorgung erforderliche Flexibilität beim Personaleinsatz massiv ein. Der Stationsbezug hindert die Krankenhäuser daran, kurzfristig auf gestiegene Patientenzahlen, Veränderungen der Patientenbedarfe und auch Personalausfällen reagieren zu können. Der reale Personaleinsatz lässt sich nicht stationsbezogen ausweisen. Die Pflege bspw. kann sicherlich in Teilen räumlich und organisatorisch bestimmten Behandlungseinheiten zugeordnet werden. Die therapeutischen Maßnahmen jedoch, und dazu gehören auch zunehmend psychiatrisch/psychosomatisch-pflegerische Maßnahmen, finden stationsübergreifend statt. Um trotzdem bisher den stationsbezogenen Nachweispflichten nachzukommen, wird das Personal derzeit über Schlüssel anteilig den Stationen zugeordnet. Die dadurch entstehenden Ergebnisse stimmen jedoch häufig nicht mit dem realen Personaleinsatz überein.</p> <p>Ein solches nicht an der Versorgungsrealität orientiertes Vorgehen steht somit der notwendigen Entbürokratisierung in der Versorgung entgegen. Stattdessen bindet der Stationsbezug das für die unmittelbare Patientenversorgung erforderliche Personal mit unnötigen bürokratischen Aufgaben.</p> |
| 11.31 | ver.di | <p><u>zu Absatz 2:</u></p> <p>Die Einführung eines vereinfachten Nachweises ist grundsätzlich zu begrüßen. Ob dies durch die Einführung dieses modularen Systems erreicht werden kann, muss zumindest bezweifelt werden.</p> | <p>GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Es handelt sich hier um eine rein redaktionelle Änderung. Der GKV-SV hat durch seine Änderungen im Nachweis, insbesondere die Erfassung von Routinedaten über OPS-Kodes und die</p> |

| | | | |
|-------|--------|--|--|
| | | Zielführend wäre datenschutzkonformer Nachweis auf Basis der Daten aus dem Krankenhausinformationssystem, der elektronischen Dienstplanung und der elektronischen Zeiterfassung. | Streichung der händischen Patienteneinstufungen sowie die Streichung kaum genutzter Behandlungsbereiche eine deutliche Verschlankung des Nachweises vorgeschlagen. DKG: Kenntnisnahme. |
| 11.32 | ver.di | <u>zu Absatz 3:</u> Der Vorschlag der DKG führt zu einem verzögerten Informationsfluss bei der Nichterfüllung der Mindestvorgaben. Damit würden diese Meldungen mit einer Verzögerung von bis zu 10 Monaten und 2 Wochen erfolgen. Mindestvorgaben könnten ins Leere laufen. Selbst die quartalsbezogene Betrachtung kann dazu führen, dass die Mindestbesetzung für mehrere Wochen unterschritten werden kann. | GKV-SV: Dank und Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme. PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. |
| 11.33 | ver.di | <u>zu Absatz 6:</u> Der Vorschlag der GKV-SV ist sachgerecht. | GKV-SV/PatV: Dank und Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme. |
| 11.34 | ver.di | <u>zu Absatz 13:</u> Die Streichung des Absatzes ist abzulehnen, dieser korrespondiert mit dem Vorschlag aus Absatz 3 und soll eine zeitnahe Meldung unterschrittener Mindestvorgaben verhindern. | GKV-SV: Dank und Zustimmung. Der GKV-SV hält es während der Einführungsphase für relevant, dass zeitnah pro Quartal unterschrittene Mindestvorgaben gemeldet werden müssen. DKG: Kenntnisnahme. PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. |
| 11.35 | ver.di | § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben <u>zu Absatz 5:</u> | GKV-SV: Dank und Zustimmung. Erste Auswertung der PPP-RL Nachweise sowie die von ver.di |

| | | | |
|-------|--------|---|---|
| | | <p>Eine weitere Verzögerung der 100prozentigen Umsetzung der PPP-RL und der Umsetzung der Sanktionen ist abzulehnen und muss verhindert werden. Ohne verbindliche Konsequenzen wird der dringend erforderliche Personalaufbau nicht erfolgen und der jetzt schon bestehende Personalmangel wird sich auch in den Folgejahren fortsetzen und sogar verschärfen. Bei fehlendem Personal muss die Belegung entsprechend nach unten angepasst werden.</p> | <p>oben zitierte Umfrage auf den Stationen der Erwachsenenpsychiatrie zeigen, wie wichtig es ist, dass Unterschreitungen der Mindestvorgabe nun endlich Konsequenzen folgen müssen. Bei der PPP-RL handelt es sich um eine für die Einrichtungen verbindliche Richtlinie, deren Nicht-Erfüllung nach einer nun dreijährigen Übergangszeit Folgen zeitigen muss.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat in ihrer 94. Sitzung am 16. Juni 2021 in einem Beschluss zur PPP-RL den G-BA aufgefordert, die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben „auszusetzen, bis eine Anpassung der Richtlinie (...) erfolgt ist.“ Der Beschluss ist verfügbar unter https://www.gmkonline.de/Beschlusse.html?id=1145&jahr=2021. Hintergrund des Beschlusses ist die Sorge der GMK, dass die Vorgaben der PPP-RL eine gemeindenahе, bedarfsgerechte, patientenzentrierte, flexible und sich weiterentwickelnde Versorgung psychisch und psychosomatisch kranker Menschen in teil- und vollstationären Einrichtungen erschweren.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Zustimmung. Die Argumente zur Beibehaltung einer stations- und monatsbezogenen Dokumentation des Personaleinsatzes sind nachvollziehbar. Die BPtK spricht sich deshalb für die Beibehaltung aus.</p> |
| 11.36 | ver.di | <p><u>zu Absatz 6:</u></p> <p>Nach Umsetzung der Sanktionen in 2023 müssen diese umgehend weiterentwickelt werden. Eine weitere Verzögerung ist nicht hinnehmbar. Siehe Kommentar zu Absatz 5.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung: siehe zu 11.35.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|-------|--------|--|--|
| 11.37 | ver.di | <p>§ 14 Anpassung der Richtlinie <u>zu Absatz 2:</u> Siehe Kommentar zu § 2 Absatz 7.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung und Verweis auf Anmerkung zu 11.3. DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung siehe 11.3.</p> |
| 11.38 | ver.di | <p>§ 15 Evaluation der Richtlinie <u>zu Absatz 1:</u> Eine weitere Verzögerung der Evaluation wird von ver.di abgelehnt. ver.di fordert, dass die zur Evaluation erforderliche Datenerhebung in der notwendigen Qualität erfolgen muss. Hier sei der Hinweis erlaubt, dass die Abrechnung der Leistungen, auch in der Pandemie, weitestgehend ohne Einschränkungen erfolgt sein muss. Auch die Diskussion um pandemiebedingte Hilfen erfolgte stets auf einer in den Kliniken erhobenen Datenbasis. Warum dies ausgerechnet bei den Nachweisen zur PPP-RL nicht erfolgen kann, ist nicht nachvollziehbar.</p> | <p>GKV-SV: Zur Sicherstellung einer höheren Datenqualität, die auch die Qualität der Evaluation beeinflusst, wird die Frist zur Abgabe des Abschlussberichtes um drei Jahre, auf den 31. Dezember 2027, verlängert. Die Evaluation wird nicht verzögert, sondern der Evaluationszeitraum wird verlängert. DKG: Kenntnisnahme. PatV: Für die PatV sind die Argumente für eine möglichst zeitnahe Evaluation nachvollziehbar. Zugleich ist eine Evaluation auf einer bestmöglichen Datengrundlage erforderlich. Um beides zu realisieren, können Zwischenberichte erstellt werden und sobald sie aussagekräftig vorliegen, für die Weiterentwicklung der PPP-RL genutzt werden.</p> |
| 11.39 | ver.di | <p>§ 16 Übergangsregelungen <u>zu Absatz 1, Nr. 1:</u> Eine weitere Verlängerung der Übergangsregelungen ist kategorisch abzulehnen. Es wäre ein fatales Signal an die Beschäftigten, die seit 30 Jahren auf die Umsetzung der PsychPV und in deren Ablösung der PPP-RL warten. Die PPP-RL muss qualitativ weiterentwickelt werden, statt weiter zu verzögern.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Die vom GKV-SV vorgeschlagene Änderung bedeutet zugleich eine Anerkennung der derzeitigen unbefriedigenden Personalausstattung in den Einrichtungen. Die Auswertung der Nachweise zeigt eine deutlich defizitäre Umsetzung der Mindestvorgaben. Danach ist die bisherige dreijährige Einführungsphase von den Einrichtungen nicht für den Personalaufbau genutzt worden. Dies wird ab dem 1.1.2023 Konsequenzen haben, weil ab dann die Nicht-Erfüllung der Mindestvorgaben Sanktionen nach sich zieht. Die Verlängerung der Übergangszeit ist also nur gemeinsam mit der nun anstehenden</p> |

| | | | |
|-------|--------|--|---|
| | | | <p>Einführung der Sanktionen zu denken. Nur so wird der Personalaufbau gelingen können.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 11.40 | ver.di | <p><u>zu Absatz 1, Nr. 3:</u></p> <p>Die Überarbeitung der Minutenwerte auf Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen zu beschränken ist Stückwerk und kann damit nicht homogen sein. Im multiprofessionellen Team scheint eine nur teilweise Überarbeitung der Regelaufgaben wenig sachgerecht.</p> <p>Es ist allerdings zu begrüßen, dass die dringend notwendige Überarbeitung dieses Grundbausteins einer Personalbemessung in Angriff genommen wurde. Die notwendige Erhöhung der Minutenwerte als Konsequenz aus dieser Überarbeitung muss dringend erfolgen. Die Werte aus der Anlage 1 Tabelle 1b sind nicht hinreichend begründet und können daher nicht abschließend bewertet werden.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Zur Zeit erfüllen ca. 20 % der Einrichtungen die Mindestvorgaben für Ärzte und ca. 16 % für Psychotherapeuten nicht – und das obwohl sie in der jetzigen Übergangszeit ohnehin nur zu 90 Prozent erfüllt werden müssen. In der jetzigen Situation die Mindestvorgaben für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen weiter zu erhöhen, heißt, dass im nächsten Jahr noch mehr Einrichtungen die Mindestvorgaben nicht erfüllen können und damit nach § 2 Abs. 2 der PPP-RL die Behandlung der den Behandlungsbereichen zugeordneten PatientInnen nicht mehr zulässig ist. Dies ist aus Sicht des GKV-SV der falsche Weg. Personalaufbau geschieht nicht über die Erhöhung von Minutenwerten auf dem Papier – das zeigt leider die Entwicklung der vergangenen drei Jahre auf. Trotz Erhöhung der Minutenwerte insbesondere für ÄrztInnen und Psychotherapeutinnen in der Erstfassung der RL 2020 hat sich die tatsächliche Personalausstattung nicht durchschlagend verbessert. Hier hilft keine weitere Erhöhung, sondern nur der Einsatz von Konsequenzen.</p> <p>Die von BÄK, BPtK und PatV suggerierte Evidenz der vorgeschlagenen Minutenwerte existiert nicht. Eine Vielzahl der in den TG zitierten Studien wurde bereits 2019/2020 von der Fachberatung Medizin des G-BA als nicht belastbar eingeschätzt. Eine Evidenz zur „richtigen“ Höhe der Minutenwerte</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>für eine leitliniengerechte stationäre psychotherapeutische Behandlung existiert unseres Wissens nicht.</p> <p>Eine stationäre Behandlung umfasst vielfältige andere neben der Einzelpsychotherapie: Milieuthérapie, Gruppentherapie, Spezialtherapie, entlastenden Gespräche, motivierende Gespräche u.a.</p> <p>Die Minutenwerte daher nur für zwei Berufsgruppen zu erhöhen, entspricht nicht den fachlichen Anforderungen.</p> <p>Insgesamt müssen die Behandlungserfordernisse und Wünsche der Patienten differenziert betrachtet werden:</p> <p>Der GKV-SV schlägt deshalb alternativ eine Anpassung der Behandlungsbereiche vor mit Optimierung der Psychotherapieminutenwerte für Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Psychotherapiebedarf, die in der Lage sind, diesen auch wahr zu nehmen. Siehe dazu TrG zu §3 Behandlungsbereiche.</p> <p>Darüber hinaus weist der GKV-SV darauf hin, dass es Ziel und Zweck dieser RL ist, <i>„geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest[zulegen].“</i> Gemäß §1 der PPP-RL sollen die in der RL festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben... <i>„einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Die mit dieser Richtlinie festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.“</i></p> <p>Dies bedeutet, dass die Erhöhung der Minutenwerte im Sinne einer Mindestvorgabe erfolgen, jedoch nicht dem Anspruch einer leitliniengerechten Behandlung genügen muss.</p> <p>DKG: Kenntnisaahme.</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|-------|--------|--|---|
| | | | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Die Anpassung der Minutenwerten zunächst der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsgruppe in diesem Schritt der Weiterentwicklung der PPP-Richtlinie erfüllt den gesetzlichen Auftrag in § 136a Absatz 2 SGB V die Psychotherapie durch Mindestvorgaben für Psychotherapie zu stärken. Unabhängig davon sieht die BPtK die Notwendigkeit in den nächsten Weiterentwicklungsschritten weitere Anpassungen der Regelaufgaben und Minutenwerte der verschiedenen Berufsgruppen vorzunehmen.</p> |
| 11.41 | ver.di | <p><u>zu Absatz 4:</u> ver.di lehnt eine weitere Benachteiligung der Psychosomatik ab.</p> | <p>GKV-SV/PatV/BPtK: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung: Unklar ist, was mit Benachteiligung gemeint ist.</p> |
| 11.42 | ver.di | <p><u>zu Absatz 6:</u> Die Erfassung auf Basis der OPS-Kodes, wie von der GKV-SV/PatV/BPtK vorgeschlagen, wird von ver.di kritisiert. Zur Begründung wird auf die Kommentierung der Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen, A. Allgemeine Psychiatrie verwiesen.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die Erfassung der Regelaufgaben ist zur Überprüfung der Minutenwerte der Mindestvorgaben notwendig. Wenn die Selbstverwaltung nicht weiß, wer was auf den Stationen tut, kann sie auch keine Mindestvorgaben in Form von Minutenwerten für die einzelnen Berufsgruppen vorgeben. Um eine aufwändige Vororterhebung von Regelaufgaben zu vermeiden, schlägt der GKV SV hier vor, dass die Erfassung durch die Übermittlung der OPS-Kodes der jeweiligen Bereiche erfolgt. Das IQTIG wurde bereits am 21.1.2021 beauftragt, dies in der zu entwickelnden Spezifikation monats- und stationsbezogen umzusetzen.</p> <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Erläuterung: siehe zu</p> |

| | | | |
|-------|--------|---|---|
| | | | 11.10. PatV: Siehe dort. |
| 11.43 | ver.di | <u>zu Absatz 7:</u> Eine weitere Verzögerung der Umsetzung der Höchstgrenzen, der ohnehin zu weit gefassten Anrechnungen, nach § 8 Absatz 5, über den 1. Januar 2023 hinaus, wie von der DKG vorgeschlagen, wird von ver.di abgelehnt. Eine zeitliche Verzögerung würde zu einer weiteren Verschlechterung der Fachpersonalquote führen. Daran würde eine Erläuterung im Nachweis für 2023 wenig ändern. | GKV-SV: Dank und Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. |
| 11.44 | ver.di | <u>zu Absatz 8:</u> Die Position des DPR ist abzulehnen. Es muss eine zeitnahe und bedarfsgerechte Personalausstattung, insbesondere im Nachtdienst vorgeschrieben und umgesetzt werden. Weiteres siehe Kommentar zu § 6a. | DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. |
| 11.45 | ver.di | Anlage 1 Minutenwerttabellen <u>Tabelle 1a:</u> Der Ansatz, die Minutenwerttabelle zu überarbeiten, ist ausdrücklich zu begrüßen. Diese erfolgte aber nicht durchgängig auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse oder der Messung der tatsächlichen erforderlichen Zeiten, sondern nur punktuell und ohne ausreichende Betrachtung der Zusammenhänge im multiprofessionellem Team. ver.di fordert eine zeitnahe und qualifizierte Neubewertung der Minutenwerte für den Tag und den Nachtdienst, in Verbindung mit den Regelaufgaben, der einzelnen Berufsgruppen | DKG: Kenntnisnahme. BPtK: Die Anpassung der Minutenwerte für Psychotherapie der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsgruppe erfolgte auf Basis der am besten verfügbaren Evidenz zur Frage des „Solls“, nämlich wieviel Psychotherapie stationär für eine leitliniengerechte Versorgung erforderlich ist. Die Frage des Solls lässt sich nicht über die Erfassung von Zeitwerten (des IST-Zustands) beantworten. Siehe auch ausführliche Begründung in den TG. |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>auf Basis der aktuellen, wissenschaftlich belegten Behandlungsmethoden und der S3 Leitlinien. Dabei muss sichergestellt werden, dass der Alleindienst in der Nacht zukünftig ausgeschlossen ist. Ein Hinzufügen und Löschen einzelner Behandlungsbereichen ohne ausführliche Erläuterung zu den Auswirkungen wird abgelehnt. Die Begründung, dass es kaum Patient*innen in diesen Behandlungsbereichen gibt, erscheint nicht ausreichend.</p> | <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Auch der GKV-SV spricht sich für eine weitere Überarbeitung der Minutenwerte aus. Allerdings sollten dazu zunächst die jetzigen Mindestanforderungen von einem großen Teil der Häuser erfüllt werden. Zur Zeit erfüllen ca. 20 % der Einrichtungen die Mindestvorgaben für die Ärzte und ca. 16 % für Psychotherapeuten nicht – und das obwohl sie in der jetzigen Übergangszeit ohnehin nur zu 90 Prozent erfüllt werden müssen. In der jetzigen Situation die Mindestvorgaben für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen weiter zu erhöhen, heißt, dass im nächsten Jahr noch mehr Einrichtungen die Mindestvorgaben nicht erfüllen können und damit nach § 2 Abs. 2 der PPP-RL die Behandlung der den Behandlungsbereichen zugeordneten PatientInnen nicht mehr zulässig ist. Der notwendige, aber ausgebliebene Personalaufbau der vergangenen drei Jahren muss dringend nachgeholt werden. Die Erfahrung zeigt, dass hier nur Konsequenzen wirksam sind. Der GKV-SV setzt deshalb jetzt auf die Einführung von Sanktionen.</p> <p>Die eklektische Erhöhung der Minutenwerte von bestimmten Berufsgruppen ist darüber hinaus nicht fachlich zu begründen. Die von BÄK, BptK und Pat-V suggerierte Evidenz der vorgeschlagenen Minutenwerte existiert nicht. Eine Vielzahl der in den TG zitierten Studien wurde bereits 2019/2020 von der Fachberatung Medizin des G-BA als nicht belastbar eingeschätzt. Eine Evidenz zur „richtigen“ Höhe der Minutenwerte für eine leitliniengerechte stationäre psychotherapeutische Behandlung existiert unseres Wissens nicht.</p> <p>Eine stationäre Behandlung umfasst vielfältige andere neben der Einzelpsychotherapie: Milieuthherapie, Gruppentherapie,</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|-------|--------|--|--|
| | | | <p>Spezialtherapie, entlastenden Gespräche, motivierende Gespräche u.a.</p> <p>Insgesamt müssen die Behandlungserfordernisse und Wünsche der Patienten differenziert betrachtet werden:</p> <p>Der GKV-SV schlägt deshalb alternativ eine Anpassung der Behandlungsbereiche vor mit Optimierung der Psychotherapieminutenwerte für Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Psychotherapiebedarf, die in der Lage sind, diesen auch wahr zu nehmen. Siehe dazu TrG zu §3 Behandlungsbereiche.</p> <p>Darüber hinaus weist der GKV-SV darauf hin, dass es Ziel und Zweck dieser RL ist, <i>„geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest[zulegen].“</i> Gemäß §1 der PPP-RL sollen die in der RL festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben... <i>„einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Die mit dieser Richtlinie festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.“</i></p> <p>Dies bedeutet, dass die Erhöhung der Minutenwerte im Sinne einer Mindestvorgabe erfolgen, jedoch nicht dem Anspruch einer leitliniengerechten Behandlung genügen muss.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 11.46 | ver.di | <p><u>Tabelle 1b:</u></p> <p>Die Minutenwerte der Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen ist</p> | <p>GKV-SV: Siehe Anmerkung zu 11.5.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Siehe Kommentar 11.45.</p> |

| | | | |
|-------|--------|---|--|
| | | nicht hinreichend begründet. Hier ohne ausreichende Evidenz Veränderungen vorzunehmen, ist nicht hilfreich. Es muss eine zeitnahe Neubewertung für alle Berufsgruppen, unter Betrachtung des multiprofessionellen Teams und der daraus resultierenden tatsächlich erforderlichen Minutenwerte erfolgen. In der vorliegenden Form lehnt ver.di die vorgeschlagenen Änderungen ab. Um den betroffenen Einrichtungen ausreichend Zeit für die Erfüllung der Mindestvorgaben als Grund anzugeben, ist der falsche Weg. Hier wäre wohl eher eine Absenkung der Belegung erforderlich, bis wieder ausreichend Personal zur Verfügung steht. | |
| 11.47 | ver.di | <p><u>Tabelle 2:</u></p> <p>Der Aufwuchs der Zeitwerte in Minuten für den Nachtdienst ist völlig unzureichend. Aufgrund der Orientierung auf eine Belegung mit 12 Patient*innen ergibt sich folgende ND-Besetzung:</p> <p>Bei 12 KJ2 Patient*innen = 1,17 Nachtdienstplätze</p> <p>Bei 8 KJ2 und 4 KJ 1 Patient*innen = 1,20 Nachtdienstplätze</p> <p>Bei 8 KJ2 und 4 KJ 3 Patient*innen = 1,30 Nachtdienstplätze</p> <p>Kritisch ist die Anrechnung der Dienste mit Anteilen an den 10 Stunden Nachtdienst zu sehen. Dadurch würde z.B. der Spätdienst mit einer Besetzung von 2 oder 3 Beschäftigten diese Werte noch einmal deutlich absenken.</p> | <p>GKV-SV: Ablehnung.</p> <p>Der GKV SV hält eine Festlegung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst allein über Minutenwerte für nicht geeignet. Mit dieser Regelung wird das Ziel von Verdi: „Keine Nacht allein“ nicht umgesetzt. Dafür reichen Wochenminutenwerte – noch dazu ohne Abgrenzung vom Tagdienst - nicht aus. Dafür müsste geprüft werden, ob tatsächlich zwei Kräfte auf der jeweiligen Station in der Nacht vorhanden sind. Das sieht der ver.di Vorschlag aber nicht vor.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Eine Anpassung der Minutenwerte, wie hier gefordert, sollte im Blick auf die Weiterentwicklung der PPP-RL geprüft werden.</p> |
| 11.48 | ver.di | <p>Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen</p> <p><u>A. Allgemeine Psychiatrie:</u></p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Die Behandlungsbereiche des OPS sind unabhängig vom</p> |

| | | | |
|-------|--------|--|---|
| | | <p>Kritisch bewertet ver.di den Vorschlag der GKV-SV, dass die Einstufung an die OPS-Codes geknüpft wird. Das PEPP-System ist noch nicht abschließend evaluiert, sein Beitrag zu patientengerechter Behandlung mindestens umstritten. Aufgrund seines Charakters einer pauschalierten Vergütung mit hohem Einzelleistungsbezug wird PEPP von ver.di abgelehnt. Die Personalbemessung sollte keinesfalls in dieser Form an einzelne OPS-Codes geknüpft werden. Die Änderungen werden als unzureichend abgelehnt.</p> <p>Die Einführung der A3 und der Wegfall der A4, A5, S4, S5, G4, G5 und KJ5 führt zu Verwerfungen bei der Mindestpersonalausstattung. Die Verringerung einzelner Minutenwerte ist nicht hinreichend begründet. Hier ohne ausreichende Evidenz eine Verschiebung zwischen den Berufsgruppen vorzunehmen, ist nicht hilfreich. Eine echte Bedarfsermittlung hat immer noch nicht stattgefunden. In der vorliegenden Form lehnt ver.di die vorgeschlagenen Änderungen ab.</p> | <p>PEPP-System und beschreiben Behandlungssettings und Leistungen an sich.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme. Erläuterung siehe 11.10.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> |
| 11.49 | ver.di | <p><u>Anlage 3 Nachweis:</u></p> <p>Siehe Kommentar zu § 11 Absatz 2.</p> | <p>GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
| 11.50 | ver.di | <p>Nachweis Teil A PPP-RL</p> <p><u>Tabelle A2:</u></p> <p>Durch die von der DKG beantragte Streichung ist die Organisationsstruktur des Standortes nicht mehr nachvollziehbar. Der Vorschlag ist abzulehnen.</p> | <p>GKV-SV: Zustimmung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung siehe 11.30.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 11.51 | ver.di | <p><u>Tabelle A3.1 Hinweis:</u></p> | <p>GKV-SV: Zustimmung.</p> |

| | | | |
|-------|--------|---|---|
| | | Die beantragten Streichungen und Ergänzungen sind abzulehnen. | DKG: Kenntnissnahme. Erläuterung siehe 11.30. PatV: Dank und zustimmende Kenntnissnahme. |
| 11.52 | ver.di | <u>Tabelle A3.2:</u> Siehe Kommentar zu § 6 Absatz 3: | GKV-SV: Ablehnung. Siehe Anmerkung zu 11.10. DKG: Kenntnissnahme. Erläuterung siehe 11.30. PatV: Siehe dort. |
| 11.53 | ver.di | <u>Tabelle A3.3 Hinweis, Tabelle A4:</u> Siehe Kommentar zu § 2 Absatz 7. | GKV-SV: Zustimmung. Siehe Anmerkung zu 11.3. DKG: Kenntnissnahme: Erläuterung siehe 11.3. PatV: Siehe dort. |
| 11.54 | ver.di | <u>Tabelle A5.1.1:</u> Die Einfügung rechtfertigt und etabliert, das Fach- und Hilfskräfte bei einem Einsatz gleichgestellt werden. Dies gefährdet die Fachkraftquote und ist abzulehnen. Bei dem ergänzenden Hinweis der DKG zu Spalte 4 bleibt die Frage offen, wie dieser ggf. anteilige Einsatz nachgewiesen und dieser Nachweis überprüft werden soll. Es besteht die Gefahr, dass Personal, das gar nicht direkt an der Behandlung beteiligt ist, pauschal hinzugerechnet wird. | GKV-SV: Kenntnissnahme. DKG: Kenntnissnahme. Erläuterung: Die Anpassung ist lediglich redaktioneller Natur. Sie entspricht den derzeitigen Regelungen der PPP-RL. PatV: Dank und zustimmende Kenntnissnahme. |
| 11.55 | ver.di | <u>Tabelle A5.1.2:</u> Siehe Kommentar zu § 8 Absatz 5. | GKV-SV: Zustimmung. Siehe Anmerkung zu 11.25. DKG: Kenntnissnahme. Erläuterung: siehe zu 11.25. PatV: Siehe dort. |

| | | | |
|-------|--------|---|---|
| 11.56 | ver.di | <u>Tabelle A5.1.3:</u> zu § 6 Absatz 7 und § 6a | GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe Anmerkung zu 11.11. DKG: Kenntnisnahme. PatV: Siehe dort. |
| 11.57 | ver.di | <u>Tabelle 5A.1.4:</u> Siehe § 7 Absatz 6 (neu). | GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe Anmerkung zu 11.11 und 11.12. DKG: Kenntnisnahme. PatV: Siehe dort. |
| 11.58 | ver.di | <u>Tabelle 5A.2:</u> Siehe § 7 Absätze 4 und 6 bis 9. | DKG: Kenntnisnahme. PatV: Siehe dort. |
| 11.59 | ver.di | <u>Tabelle A5.3:</u> Siehe Kommentar zu § 7 Absatz 5. | GKV-SV: Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme. PatV: Siehe dort. |
| 11.60 | ver.di | <u>Tabelle A5.4:</u> Siehe Kommentar zu § 6 Absatz 7 und § 6a (Neu). | GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe Anmerkung zu 11.11 und 11.12. DKG: Kenntnisnahme. PatV: Siehe dort. |
| 11.61 | ver.di | Teil B des Nachweises zur PPP-RL <u>Folgedissens zu § 2 Abs. 7, Tabelle B1.2:</u> Siehe Kommentar zu § 2 Absatz 7. | GKV-SV: Zustimmung. Siehe Anmerkung zu 11.3. DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung siehe 11.3. PatV: Siehe dort. |

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| 11.62 | ver.di | <p><u>Tabelle B1.3 Hinweis:</u></p> <p>Es würde der Stichtagsbezug wegfallen und nur noch ein Quartalsnachweis erfolgen.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung: Die DKG fordert eine Streichung des Nachweisteils B, siehe 11.3.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 11.63 | ver.di | <p><u>Nachweis Teil B Folgedissens zu § 16 Abs. 6:</u></p> <p>Siehe Kommentar zu § 16 Absatz 6.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe Anmerkung zu 11.2.</p> <p>DKG: Zustimmung. Kenntnisnahme. Erläuterung siehe 11.10.</p> <p>PatV: Siehe dort.</p> |
| 11.64 | ver.di | <p><u>Module der Nachweise, Folgedissens zu § 11 Abs. 6:</u></p> <p>Siehe Kommentar zu § 11 Absätze 2 und 6.</p> | <p>GKV-SV: Zustimmung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Siehe dort.</p> |
| 11.65 | ver.di | <p><u>Anlage 5 Kernaufgaben der Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter:</u></p> <p>Siehe Kommentar zu § 8 Absatz 6.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung siehe 11.26.</p> <p>PatV: Siehe dort.</p> |
| 12 | Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK), 12. Juli 2022 | | |
| 12.1 | APK | <p><u>Allgemeiner Hinweis:</u></p> <p>Die Aktion Psychisch Kranke hat die Richtlinie PPP RL bei der Einführung grundsätzlich begrüßt, hatte jedoch zugleich Weiterentwicklungsbedarfe und sektorübergreifende Perspektiven angemahnt. Gegenüber der Einführung folgenden Konkretisierung der</p> | <p>GKV-SV: Die PPP-RL hat das Ziel „geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest[zulegen].“</p> <p><i>Dazu werden insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die</i></p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>Sanktionsregelungen wurden von der APK starke Bedenken geäußert.</p> <p>Der vorgelegte aktuelle Entwurf stellt angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels in den psychiatrischen Einrichtungen und der regional deutlich erkennbaren Zurückhaltung der Vertragspartner zur Ausfinanzierung der bisherigen Vorgaben die PPP-RL in Bezug auf ihre kleinteiligen, bürokratieaufwändigen Vorgaben und Nachweisen einen Anachronismus dar, der die notwendige Weiterentwicklung in Bezug auf sektorübergreifende Transformation des Versorgungssystems wesentlich behindert.</p> <p>Die vorgelegte Anpassung der Richtlinie für 2023 enthält keine Ansätze, die Transformation des psychiatrischen Versorgungssystems in Richtung einer setting- und sektorübergreifenden, integrierten Versorgung zu fördern. Eher entsteht im Einzelfall Druck auf ambulante Strukturen, Personal bei Ausfällen (wie unter Pandemiebedingungen) im Klinik-Bereich zu kompensieren, d. h. eine Zentrierung auf die stationäre und teilstationäre Versorgung. Die vorgesehene Scharfstellung der Sanktionen für 2023 und die Form der Sanktionen wird diese Dynamik manifestieren.</p> <p>Die APK schlägt vor, die Zentrierung auf die Institution Krankenhaus in den Qualitäts- und Personalvorgaben aufzugeben und stattdessen integrierte ambulante-stationäre Versorgungsnetzwerke mit regionalem Sicherstellungsauftrag in den Mittelpunkt der Überlegungen zu stellen. Zielführend wären Personalvorgaben, die im regionalen Verbund unabhängig von der Versorgungsstufe (ambulant, teilstationär, stationär, stationsäquivalent) und unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (Krankenhaus, besondere Wohnformen, zu Hause) pro versorgten Patienten je nach Einstufung verbindlich eingehalten werden müssen. Es kommt da-</p> | <p><i>Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung bestimmt. Die Mindestvorgaben sollen einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten.“</i></p> <p>Die PPP-RL folgt damit einem gesetzlichen Auftrag, der in § 136a Absatz 2 SGB V vorgegeben ist.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank für den allgemeinen Hinweis.</p> |
|--|--|--|

| | | | |
|------|-----|--|---|
| | | <p>rauf an, dass psychisch erkrankte Menschen im gemeindepsychiatrischen Verbund adäquat behandelt und versorgt werden und nicht darauf, ob zu einer bestimmten Uhrzeit, an einem bestimmten Standort, eine bestimmte Berufsgruppe in einem zentral vorgegebenen Ausmaß vorhanden ist oder nicht. Die Teilhabeorientierung, die integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung und die Kooperation und Abstimmung mit den Leistungen zur Teilhabe und Pflege sind unabdingbar und in der Personalbemessung zu berücksichtigen.</p> <p>Zugleich sieht die Aktion Psychisch Kranke die Scharfstellung der Sanktionen 2023 für nicht angemessen an. Es hat sich gezeigt, dass neben den pandemiebedingten Auswirkungen auch für die Umstellung auf veränderte Bemessungsvorgaben mehr Zeit als vorgesehen notwendig ist. Zu berücksichtigen sind hier auch die enormen Probleme in der Personalgewinnung. Hier sollte die Aussetzung der Sanktionen auch für die nächsten Jahre fortgesetzt und die Zeit genutzt werden, die Sanktionsregelungen zu überarbeiten.</p> <p>Die APK nimmt vor diesem Hintergrund Stellung zum vorgelegten Entwurf. Die Vorschläge zielen darauf ab, einer Qualitätsverschlechterung des Regelwerkes entgegenzuwirken.</p> | |
| 12.2 | APK | <p>§ 2 Grundsätze Absatz (3)</p> <p>Die APK befürwortet die Position der DKG und spricht sich für einen Wegfall des Stationsbezugs und gegen Vorgaben für die Mindestausstattung in der Nacht aus. Die Besetzung des Nachtdienstes sollte regional vor Ort unter der Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und der Vernetzungsmöglichkeiten mit anderen Einrichtungen (z. B. ein übergeordneter Springerdienst für Krankenpflegepersonal mit einer neurologischen Abteilung) festgelegt</p> | <p>DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|------|-----|--|---|
| | | werden. | |
| 12.3 | APK | <p>§ 2 Grundsätze Absatz (7) und (8)</p> <p>Die APK lehnt die Position der GKV-SV ab, die Nachweispflicht von Quartal und Ein-richtung auf Monate und Stationen auszudehnen. Eine monats- und stationsbezogene Nachweispflicht erhöht den Bürokratieaufwand dramatisch und engt die Flexibilität des Personaleinsatzes massiv ein. Eine Anlehnung des Stationsbegriffs an die PPUGV verkennt die patientenorientierten Besonderheiten der Psychiatrie. Wenn etwa die Gerontopsychiatrie zu Recht als „besonders sensibel“ definiert wird, hat der G-BA bisher versäumt diesen Bereich in der PPP-RL auf die aus Sicht der APK dringend erforderliche höhere Mindestbesetzung anzuheben.</p> <p>„Erste Auswertungsdaten“, auf die die GKV in den „Tragenden Gründen“ rekurriert, sollten für eine Stellungnahme der Verbände öffentlich gemacht werden.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Die Nachweispflicht ist bereits in der aktuell gültigen PPP-RL festgelegt, insofern erfolgt keine Ausdehnung. Sie ist notwendig, um Transparenz über den Einsatz des Personals zu erhalten, die Qualität auf den Stationen zu sichern und Daten für die Weiterentwicklung der RL zu erhalten.“ (G-BA 2019 S. 4).</p> <p>Eine rein einrichtungsbezogene Festlegung kann dazu führen, dass einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern.</p> <p>Daneben hat sich der G-BA die Aufgabe gesetzt, die Richtlinie weiterzuentwickeln und anzupassen. Dazu gehört auch, dass moderne und fortschrittliche Konzepte in die Richtlinie einfließen sollen. Die Einrichtungen ordnen deshalb in den Nachweisen unter den Angaben zur Organisationsstruktur ihre Behandlungseinheiten verschiedenen Stationstypen zu, z. B. Akutstation, elektive Station etc. Dabei haben sie auch die Möglichkeit, nicht stationsbezogene Einheiten mit innovativem Behandlungskonzept anzugeben (Typ F). Im dritten Quartal 2021 wurden lediglich 110 solcher innovativen Einheiten angegeben, während 2.818 herkömmliche Stationen (organisatorische und räumliche Einheit Typ A-D) angegeben wurden. Das entspricht einem Anteil von 3,5 % nicht stationsbezogenen innovativen Behandlungseinheiten.</p> <p>Die Station ist also in nahezu allen Einrichtungen die zentrale</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>Organisationseinheit – auch aus Gründen der Milieuthherapie und der Kontinuität der Behandelnden. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte arbeiten überwiegend stationsbezogen - das sind 80 Prozent des Personals.</p> <p>Dort, wo die Station aber tatsächlich durch eine andere Einheit abgelöst wurde, kann auch diese Einheit in den Nachweisen der PPP-RL angegeben werden. Und dort, wo stationsübergreifend Personal eingesetzt wird, kann dieses den Stationen anteilig zugeordnet werden.</p> <p>Die Datenqualität der bisher im Rahmen der PPP-RL erfassten Nachweise zeigt sich aufgrund unterschiedlicher Faktoren noch eingeschränkt, dies insbesondere durch die einem neuen Verfahren immanenten erst beginnenden Lerneffekte bzgl. der Dokumentationsanforderungen, einer gewissen Fehleranfälligkeit aufgrund der händischen Nachweiserfassung und diversen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie.</p> <p>Dennoch bieten die aktuellsten Daten schon jetzt eine gute Grundlage für die Weiterentwicklung der Richtlinie. So hat beispielsweise die Anzahl der datenliefernden Einrichtungen zugenommen und es hat sich die Vollständigkeit der gelieferten Daten stetig verbessert. Der GKV-SV setzt sich deshalb weiterhin dafür ein, dass die Auswertungen, die als Grundlage für die Weiterentwicklung der Richtlinie dienen, veröffentlicht werden.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Eine Ausdehnung der Nachweispflicht ist allerdings gegenüber dem bisherigen Richtlinienentwurf nicht vorgesehen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die <u>bisher gel-</u></p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|------|-----|--|--|
| | | | <p><u>tenden Regelungen zur Nachweispflicht stehen</u> der notwendigen Entbürokratisierung in der Versorgung entgegen. Stattdessen bindet der Stationsbezug das für die unmittelbare Patientenversorgung erforderliche Personal mit unnötigen bürokratischen Aufgaben und zwingt zu einer Zuteilung des Personals zu einzelnen Stationen. Dies widerspricht der setting- und stationsübergreifenden Versorgungspraxis. Wir fordern deshalb u.a. die Streichung des stations- und monatsbezogenen Nachweisteils B.</p> <p>Die Nutzung für Datenanalysen der bisher im Rahmen der PPP-RL erfassten Daten ist sehr begrenzt. Dies liegt zum einen an der Komplexität und Systematik der Nachweise. Aus neuen umfangreichen Dokumentationsanforderungen ergibt sich immer ein degressiver Verlauf der Lernkurve der Anwender/-innen, die noch einmal durch einen hohen Anteil an händisch durchzuführender und somit fehleranfälliger Dokumentation beeinflusst wird. Zum anderen ist der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Nachweise erheblich. Gerade die Belegungs- und Personalsituation sind nicht repräsentativ und stellen somit aus unserer Sicht eine sehr begrenzte Grundlage für weitergehende Analysen und Nutzung der Daten dar.</p> |
| 12.4 | APK | <p>§ 3 Behandlungsbereiche</p> <p>Die APK lehnt die Einführung eines neuen Behandlungsbereiches A3 „Regelbehandlung mit erhöhter Psychotherapie“ ab. Psychotherapie ist Bestandteil der Regel- und Intensivbehandlung. Erhöhter Psychotherapieaufwand müsste sich als Intensivbehandlung abbilden.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Der neue Behandlungsbereich A3 „Regelbehandlung mit erhöhter Psychotherapie“ unterscheidet sich von den Behandlungsbereichen A1 „Regelbehandlung“ und A2 „Intensivbehandlung“ insbesondere durch den Behandlungsbedarf der Patienten. Während Patientinnen und Patienten, die einen „normalen“ Psychotherapiebedarf haben, dem Bereich A1 „Regelbehandlung“ zuzuordnen sind, können Patientinnen</p> |

| | | | |
|------|-----|--|---|
| | | | <p>und Patienten, die von einer erhöhten Psychotherapiedichte profitieren, dem neuen Behandlungsbereich A3 „Regelbehandlung mit erhöhter Psychotherapie“ zugeordnet werden. Kranke, die dem Behandlungsbereich A2 „Intensivbehandlung“ zugehören, sind manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet und ggfs. nicht in der Lage, von einer erhöhten Psychotherapiedichte zu profitieren.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Zustimmung. Ergänzende Erläuterung: Es liegt keine Abschätzung zu den Auswirkungen der Einführung eines neuen Behandlungsbereiches - auch im Sinne der Zielstellung der Richtlinie für eine Verbesserung der Versorgungsqualität - vor. Aus der Anpassung ergibt sich eine Veränderung der Verteilung der Patientenzusammensetzung, was die Umsetzung der PPP-RL erneut erschweren wird.</p> |
| 12.5 | APK | <p>§ 5 Berufsgruppen Absatz (1)f</p> <p>Die APK befürwortet den Vorschlag der GKV-SV. Die Berufsgruppen Heilpädagoginnen und Heilpädagogen wird zugelassen und ist in der klinischen Versorgung für intelligenzgeminderte Patient*innen, aber auch für Demenzkranke unentbehrlich.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>Die ausdrückliche Aufnahme der Berufsgruppe der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen erfolgte insbesondere auch unter Berücksichtigung der Behandlung von Menschen mit intellektueller Entwicklungsstörung. Der GKV-SV setzt sich deshalb für die Beibehaltung der expliziten Benennung dieser Berufsgruppe ein.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung: Unser Vorschlag führt zu einer Öffnung für weitere pädagogische Berufe und schließt somit die Heilpädagoginnen und Heilpädagogen ausdrücklich mit ein.</p> |

| | | | |
|------|-----|---|---|
| 12.6 | APK | <p>§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung Absatz (3)</p> <p>Die APK lehnt den Vorschlag des GKV Spitzenverbandes, die 14-tägige Einstufung der Behandlungsbereiche durch ein System der kontinuierlichen Einstufung der Behandlung mit OPS-Codes, entschieden ab. Eine Mindestpersonalbemessung, die je-der kurzfristigen Veränderung des Krankheitsbildes oder Änderungen der Diagnose folgt, ist nicht praktikabel.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Die kontinuierliche Einstufung in die Behandlungsbereiche, die nach dem Vorschlag des GKV-SV neu durch OPS-Kodes definiert werden, verringert den Dokumentationsaufwand erheblich und ist gleichzeitig genauer als die aufwändige 14tägige Stichtagserhebung. Die OPS-Kodes können automatisiert aus dem Krankenhausinformationssystem übernommen werden. Voraussetzung dafür ist eine detaillierte Abstimmung der Behandlungsbereiche mit den zuzuordnenden OPS-Kodes. Die OPS-Kodes sind zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart in den Routinedaten anzugeben. Auf Grundlage der Kodierung der Behandlungsarten des OPS kann die Anzahl der Behandlungstage direkt und vollständig ermittelt werden.</p> <p>Da die Kodierung der Behandlungsarten nach OPS mit Aufnahme, potentielltem Wechsel und Entlassung zu erfolgen hat, kann unmittelbar nach Abschluss des Quartals eine Ermittlung der Behandlungstage anhand der ohnehin vorliegenden Routinedaten erfolgen. Soweit die Behandlung über das Quartalsende hinaus fortgesetzt wird, sind nur die Kalendertage innerhalb des abgelaufenen Quartals zu berücksichtigen. Endet die vollstationäre Behandlung am letzten Kalendertag des Quartals oder beginnt eine über Mitternacht hinausgehende Abwesenheit, so ist dieser Tag nicht als Behandlungstag zu berücksichtigen.</p> <p>Durch den Wegfall der Stichtagserhebung kann der Dokumentationsaufwand in der Umsetzung der Richtlinie erheblich reduziert werden. Bei den ca. 1.300 Einrichtungen der Erwach-</p> |
|------|-----|---|---|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>senenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die zusätzliche Durchführung von insgesamt 34.000 Stichtagserhebungen mit ca. 1,9 Mio. Patientinnen und Patienten ersatzlos entfallen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Wir folgen dem Vorschlag der aus den folgenden Gründen ebenfalls nicht:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bruch in der bisherigen Systematik mit Stichtagseinstufungen in die Behandlungskategorien mit anderen Anforderungen als in den OPS• OPS- Systematik ist nicht 1:1 übertragbar, da andere Zielsetzung (Abrechnung) und Kategorien/Einstufungen (es besteht keine Trennungsschärfe)• Keine Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen vorhanden (drohende finanzielle Sanktionen, negative Auswirkungen auf die Versorgung nicht ausgeschlossen)• Bestehende Regelungen der PPP-RL ermöglichen kaum Personalsteuerungsmöglichkeiten, da die Mindestvorgaben erst nach Ablauf des Bezugszeitraumes bekannt sind. Die Änderung der Systematik auf kontinuierliche OPS-Dokumentation wird die Steuerungsmöglichkeiten weiter erschweren, da dem eine noch höhere Dynamik zugrunde liegt.• Erhöhter bürokratischer Aufwand durch Neudefinition der Behandlungstage• Unklarheit über tatsächliche Arbeitsaufwände und Umsetzung in der Praxis (Beispiel Entlasstag) |
|--|--|--|--|

| | | | |
|------|-----|---|---|
| 12.7 | | <p>§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen</p> <p>Gerade die Behandlung und Versorgung von chronisch psychisch Kranken profitiert von multiprofessionellen Teams, deren Zusammensetzung flexibel gehandhabt werden kann. Dazu gehört auch, dass Berufsgruppen, die in der PPP-RL nicht berücksichtigt sind wertvolle Beiträge im Gesamtteam leisten. Die Psychiatrie profitiert von dieser Pluralität und Flexibilität für deren bürokratische Einschränkung jegliche Evidenz fehlt. Die Anrechnungsregelungen, die laut Absatz 3 bis 2023 überprüft werden sollen, sollten bereits jetzt bis auf rechtlich definierte Vorbehaltstätigkeiten entfallen. Laut Auffassung der APK gilt das gesagte ausdrücklich nicht für Hilfskräfte.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Die Behandlung psychisch Erkrankter muss in erster Linie durch Fachpersonal erfolgen. Eine großzügige Anrechenbarkeit ist in § 8 Abs 3 für Berufsgruppen nach § 5 geregelt, soweit diese Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Anrechnungsmöglichkeiten bestehen in begrenztem Umfang für Fach- und Hilfskräfte aus nicht in § 5 genannten Berufsgruppen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis am Krankenhaus oder bei entsprechender Qualifikation zur Erfüllung der Regelaufgaben. Damit wird eine hohe Flexibilität für den Leistungserbringer ermöglicht, die nicht zu Lasten der Qualität der Behandlung geht.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Der Bedarf nach flexibleren Anrechnungsmöglichkeiten in der psychiatrischen Versorgung insbesondere für Fachkräfte wird ausdrücklich unterstützt. Ohnehin ist eine Anrechnung nur möglich, wenn das anzurechnende Personal eine ausreichende Qualifikation zur Übernahme der jeweiligen Regelaufgaben hat.</p> |
| 12.8 | APK | <p>§ 11 Nachweisverfahren</p> <p>Die Personelnachweise sind quartals- und einrichtungsbezogen zu führen. Eine monats- oder stationsbezogene Erhebung entbehrt jeder logischen Grundlage und schränkt die Flexibilität in Krisensituationen erheblich ein. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass Stationen relative Begriffe sind, die kurzfristig umorganisiert werden können und müssen. Personal muss dort eingesetzt werden,</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Eine rein einrichtungsbezogene Festlegung ohne Transparenz auf Stationsebene kann dazu führen, dass einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend – erste Auswertungen der Nachweise legen dies nahe. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Außerdem sollen die stationsbezogenen Nachweise als Grundlage für die erforder-</p> |

| | | | |
|-------|-----|--|--|
| | | <p>wo es gebraucht wird und nicht dort, wo die PPP-RL auf einer historischen Datenbasis vermutet, wo es gebraucht werden könnte.</p> <p>Teil B des quartalsbezogenen Nachweises (Anlage 3) ist ersatzlos zu streichen. Die Qualifikationen des Personals werden in den StrOPS-Prüfungen detailliert erhoben; es handelt sich hier um eine Doppelerfassung.</p> | <p>lichen Änderungen der Minutenwerte und der Richtlinie dienen</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 12.9 | APK | <p>In §11 Absatz (1) sind die Worte „monatsbezogen“ und „stationsbezogen“ zu streichen.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung. Verweis auf 12.8.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 12.10 | APK | <p>In §11 Absatz (2) ist das Wort „standortbezogen“ zu streichen. Damit entfällt auch die Diskussion um „stand-alone“ Tageskliniken und ähnliche kleine Einrichtungen, da ein Versorgungs Krankenhaus sein Personal für die gesamte Einrichtung inklusive aller dezentralen, gemeindenahen Angebote nachweist. Qualitätsziel ist eine ausreichende personelle Besetzung im Versorgungssektor oder Versorgungsgebiet und nicht der kleinteilige Nachweis jeder einzelnen Berufsgruppe in jeder Behandlungseinheit (Station, Tagesklinik, StäB). Eine Beibehaltung würde die Gefahr bergen, dass ein Trend zurück zum „Großkrankenhaus“ ohne kleine gemeindenahen Einheiten entsteht, für die eine Personalsteuerung angepasst an sehr starre Vorgaben - kaum leistbar ist.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Der Nachweis muss standortbezogen erfolgen, da nur so die für die Weiterentwicklung der RL erforderlichen Transparenz im Hinblick auf die stationsbezogenen Nachweise des einzelnen Standortes zu erzielen ist. Einzelne Standorte dürfen nicht qualitativ schlechter gestellt werden zugunsten einer Gesamteinrichtung.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Der Einschätzung wird im Grundsatz gefolgt. Für die diesjährige Richtlinienüberarbeitung schlagen wir jedoch zunächst eine Anpassung für die dezentralen tagesklinischen Strukturen vor, um kurz- und mittelfristigen Veränderungen für diesen Bereich der gemeindenahen Versorgung entgegenzuwirken.</p> |

| 13 Bundesdirektorenkonferenz (BDK), 12. Juli 2022 | |
|---|---|
| 13.1 | <p>BDK</p> <p>Wir befürworten grundsätzlich die Festlegung von personellen Mindestvorgaben, um die Patientensicherheit in der Versorgung gewährleisten zu können.</p> <p>Im aktuellen Stellungnahmeverfahren schließt sich die BDK den Änderungsvorschlägen der DKG im Grundsatz an.</p> <p>Wir möchten darüber hinaus an dieser Stelle betonen, dass wir weiterhin grundlegende Probleme in der Richtlinie selbst sehen:</p> |
| | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> |
| 13.2 | <p>BDK</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Personalrichtlinie definiert nur eine sanktionsbewehrte Mindestgrenze, aber keinen Sollwert an Personalmengen, der eine leitliniengerechte moderne Versorgung sichern würde; dieses Ziel wurde einfach aufgegeben. Die Kostenträger werden nun in Zukunft gerade noch dieses verordnungserlaubte Personal-Minimum finanzieren, da es ja keinen adäquaten Sollwert gibt. - Die Implementierung innovativer und auch ambulanter Versorgungsstrukturen wird durch die Folgen des kleinteiligen Stationsbezugs der Personalrichtlinie eher behindert als vorangetrieben. Durch den Standortbezug wird insbesondere die wohnortnahe Versorgung unserer Patienten in externen Tageskliniken in der Fläche absehbar massiv bedroht. - Die Personalrichtlinie wird mit Einführung der überzogenen Sanktionen bei Unterschreitung der Personalmindestgrenzen bei Fachkräftemangel zur existenziellen Gefährdung vieler psychiatrischer Kliniken (auch und gerade in der Notfallver- |
| | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Die PPP-RL hat gemäß § 136a Abs 2 SGB V das Ziel „geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest[zulegen]. Dazu werden insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung bestimmt. Die Mindestvorgaben sollen einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Die mit dieser Richtlinie festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.“</p> <p>Dies bedeutet, dass lediglich Mindestvorgaben zu formulieren sind, jedoch nicht Sollzahlen, die auf dem Anspruch einer leitliniengerechten Versorgung genügen.</p> <p>Die Befürchtung einer absehbar massiven Bedrohung der wohnortnahen Versorgung durch den Standortbezug – wie es die BDK formuliert – sieht der GKV-SV nicht. Im Gegenteil, die</p> |

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| | | sorgung) führen - und wird damit letztendlich zu einem dysfunktionalen Instrument der Krankenhausplanung. | <p>Auswertung der Nachweise zeigt keinen Regelungsbedarf für ausschließlich kleine Einrichtungen oder kleine teilstationäre Einrichtungen. Denn diese erfüllen die Vorgaben zu größeren Anteilen als größere Einrichtungen mit mehr Betten. Außerdem ist es aus fachlicher Sicht wichtig, dass auch kleine Einrichtungen einen angemessenen Behandlungsstandard gewährleisten. Eine kleinere Bettenanzahl darf nicht zu einem schlechteren Behandlungsniveau führen</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Aufgrund des gesetzlich begrenzten Auftrags können Sollwerte an Personalmengen in der PPP-RL nicht verbindlich vorgegeben werden.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> |
| 13.3 | BDK | <p>In Übereinstimmung mit den kürzlich ergangenen Beschlüssen der GMK vom 22./23.06.2022 fordert auch die BDK erneut:</p> <p>Die bestehende Personalrichtlinie ist grundlegend so zu überarbeiten, dass sie die (den Bundesländern obliegende Aufgabe) Entwicklung angemessener und moderner psychiatrischer Versorgungsstrukturen nicht verhindert, sondern zukünftig ermöglicht.</p> <p>Wir fordern - wie die GMK - weiterhin die Bildung eines beratenden Expertengremiums zur grundlegenden Überarbeitung der PPP-RL sowie die Aussetzung der vorgesehenen Sanktionen bis zur Vorlage einer neuen gesetzlichen Regelung.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> |
| 14 | Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT), 13. Juli 2022 | | |
| 14.1 | WFKT | <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Die Künstlerischen Therapien, differenziert in Kunst-, Musik-,</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Tanz-, Theatertherapie u.a., sind etablierte Bestandteile in den klinischen Behandlungsbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Gemäß ihrer wissenschaftlichen Grundlegung sowie ihrer aktuellen Forschungs- und Evidenzlage zielen Künstlerische Therapien insbesondere auf Ressourcenaktivierung und die Verbesserung von Selbstwirksamkeit. Sie ergänzen durch ihr Spektrum an kreativen</p> <p>Erneut möchten wir mit unserer Stellungnahme ausdrücklich darauf verweisen, wie bereits in vorliegenden Positionen zum ersten Beschlussentwurf für diese Richtlinie, dass uns eine genaue und dezidierte Ausführung der Tätigkeits- bzw. Regelaufgaben der Künstlerischen Therapien als „Spezialtherapien“ wichtig ist. Dazu gehört vor allem eine durchgehend klare Begrifflichkeit, da innerhalb der Gruppierung der Spezialtherapien auch Ergotherapie zugeordnet ist. Uns ist es ein großes Anliegen, dass die (speziellen) Inhalte und Schwerpunkte der ausgewiesenen Spezialtherapien (inklusive deren Professionalisierung) vermittelt werden und damit nachvollziehbar sind. Dafür stehen wir als wissenschaftliche Fachgesellschaft zur Verfügung.</p> <p>Ebenso in einer früheren Stellungnahme haben wir bereits auf die Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT, www.bagkt.de) verwiesen, die differenzierte Kompetenzbeschreibungen für die klinische Versorgung erstellt hat und online abrufbar vorliegen. Diese dienen darüber hinaus als Basis-Instrument der Qualitätssicherung.</p> <p>Im Folgenden (siehe ANLAGE) benennen wir konkrete Textstellen in der Änderungsfassung der PPP-RL, auf die wir uns in unserer Stellungnahme beziehen.</p> | <p>Der GKV-SV anerkennt die Problematik des Begriffes „Spezialtherapeuten“. Die Überarbeitung sowohl der Regelaufgaben als auch die Überarbeitung der Definition der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten ist dem GKV-SV daher ein Anliegen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank für den allgemeinen Hinweis.</p> <p><u>[Hinweis: Die Anlage wurde am 19.07.2022 nicht fristgerecht übermittelt und findet sich daher in der entsprechenden Tabelle II.]</u></p> |
|--|--|---|

| | | | |
|------|---|---|--|
| 15 | Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP), 13. Juli 2022 | | |
| 15.1 | DGSP | <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Die Richtlinien-Fassung vom 01.06.2022 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 leitliniengerechten Versorgung beitragen. Es werden lediglich Mindestvorgaben im Sinne einzuhaltender Untergrenzen beschrieben.</p> <p>Das notwendigerweise ausreichend vorhandene Personal der verschiedenen Fachdisziplinen sowie Menschen mit eigener Krisenerfahrung als Genesungsbegleiter:innen 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 PPP-Richtlinie zu überarbeiten, es geht darum, Menschen die bestmögliche Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen anbieten zu können.</p> <p>In den weiteren Qualitätsempfehlungen nach § 9 heißt es:</p> <p>„In der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik sollen zusätzlich zu den in § 5 genannten Berufsgruppen Genesungsbegleiterinnen oder Genesungsbegleiter auf den Stationen eingesetzt werden. Die Kernaufgaben ergeben sich aus Anlage 5.“</p> <p>In der Begründung wird ausgeführt, dass Genesungsbegleitung in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen mit einem Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen empfohlen wird. Die Richtlinie bleibt weiterhin auch mit dieser Änderung bei</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Dank.</p> <p>In der wissenschaftlichen Literatur existieren nach unserem Kenntnisstand keine Evidenzen zu personellen Mindestvorgaben in der psychiatrischen Versorgung. Die Minutenwerte wurden aus der Psych-PV übernommen und angepasst.</p> <p>Der GKV-SV stimmt mit der Aussage überein, dass Genesungsbegleiter als eine zusätzliche wichtige personelle Ressource zur Unterstützung des therapeutischen Personals sind und als solche zusätzlich zu den Berufsgruppen nach § 5 einzusetzen sind. Eine Anrechnungsmöglichkeit ergibt sich daraus ausdrücklich nicht.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich der Ausführungen zur Erforderlichkeit von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern als wichtige Ressource zur Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen. Ein verbindlicher Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern ist wünschenswert, lässt sich allerdings in der aktuellen Richtlinienänderung noch nicht realisieren.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Zurzeit ist die Akzeptanz bzgl. des Einsatzes von Genesungsbegleitern/-innen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungslandschaft noch sehr heterogen. Die Aufnahme von Kernaufgaben in die Qualitätsempfehlungen nach § 9 soll jedoch einen weiteren Anreiz darstellen, Menschen mit eigener Krisenerfahrung in der Versorgung einzusetzen. Um diesem Anreiz Nachdruck zu verleihen</p> |

| | | | |
|------|------|---|--|
| | | <p>der grundsätzlich begrüßenswerten Anerkennung von Genesungsbegleiter:innen sehr unverbindlich. Eine verbindliche Regelung wird die breite Etablierung dieser für die Umsetzung des Recoveryansatzes wichtigen Unterstützungspersonen befördern. Wir weisen darauf hin, dass Genesungsbegleiter:innen zusätzlich zum Personal einzusetzen sind und die professionellen Berufsgruppen weder ersetzen noch kompensieren können.</p> | <p>und einem zögerlichen Einsatz von Genesungsbegleitern/-innen entgegenzuwirken, schlägt die DKG keinen Ausschluss einer möglichen Anrechenbarkeit aus, wenn eine entsprechende Qualifikation für die Übernahme vom Regelaufgaben in der entsprechenden Berufsgruppe vorhanden ist. Dies soll dazu beitragen, mögliche Barrieren für den Einsatz abzubauen und Implementierungsbemühungen zu fördern.</p> |
| 15.2 | DGSP | <p>Wir unterstützen folgende Positionen der PatV:</p> <ul style="list-style-type: none"> - § 4 (3) Die Minutenwerte gelten bei Pflegefachpersonen gemäß § 5 für 24 Stunden. - In Anlage 1, der Minutenwertetabelle, schlägt die PatV deutliche Verbesserungen der Personalausstattung vor, besonders der Pflegefachpersonen in allen Behandlungsbereichen. Dies ist aus Sicht der DGSP dringend notwendig. - In Anlage 5 werden die Kernaufgaben der Genesungsbegleiter:innen beschrieben. Wir präferieren die differenziertere Auflistung der PatV gegenüber der „beispielhaften Aufzählung“ der DKG. | <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung: Es wurde sich bewusst für eine kürzere beispielhafte Aufzählung entschieden, da diese keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Darüber hinaus sollte ebenso kein unnötiger Druck im Sinne eines hohen Anforderungsprofils aufgebaut werden, um den Implementierungsbemühungen nicht entgegenzuwirken.</p> |
| 15.3 | DGSP | <p>Zudem unterstützen wir die Position des Deutschen Pflegerats:</p> <ul style="list-style-type: none"> - § 7 (9) Die Vorgaben für die Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste sind erfüllt, wenn quartalsdurchschnittlich die täglich durch Pflegefachpersonen gemäß § 5 geleisteten Nachtdienste mindestens 97 Prozent der berechneten Vorgaben beträgt. | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|------|------|---|---|
| 15.4 | DGSP | <p>Des Weiteren sind die Kritikpunkte unserer Stellungnahme von 2020 weiterhin aktuell:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wir können nicht erkennen, inwieweit 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 schwersterkrankte 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 Nicht-einhaltung in § 13. - 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. | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>AG: Inhalte der Stellungnahme zum Beschlussentwurf der PPP-RL 2020. Wir verweisen hiermit auf unsere Rückmeldung zu Ihrer Stellungnahme, die Sie in den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 15. Oktober 2020 einsehen können.</p> |
|------|------|---|---|

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">- 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.- 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. | |
| 15.5 | DGSP | Der begrenzte Zeitraum zwischen der Veröffentlichung der Änderung am 15. Juni 2022 und die Frist zur Einreichung der Stellungnahme bis 13. Juli 2022 lässt kaum Raum für unsere verbandsinterne Kultur der gemeinsamen Meinungsbildung und dem dazu gehörigen Abstimmungsprozess. | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
| 16 | Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht), 13. Juli 2022 | | |
| 16.1 | DG-Sucht | <p><u>§2 Grundsätze:</u></p> <p>In den im §2 abzustimmenden dissidenten Punkte schließen wir uns der Einschätzung der DKG an.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Da die DG-Sucht nicht weiter differenziert, auf welche Absätze sie sich hier bezieht, sei insbesondere für die Absätze 7 und 8 sowie 12 auf die Ausführungen des GKV-SV in den TrG verwiesen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 16.2 | DG-Sucht | <p><u>§ 3 Behandlungsbereiche:</u></p> <p>Auch hier schließen wir uns der Einschätzung der DKG an. Die Argumentation der GKV, dass die Behandlungsbereiche A4, S4, G4 und KJ5 kaum genutzt wurden, liegt aus unserer Sicht in der mangelnden Bedeutung der Eingruppierung in der Vergangenheit. Dies wird sich im Rahmen der Sanktionsbehauptung bei Einführung der PPP-RL ändern, weshalb diese Behandlungsbereiche weiterhin Bestand haben sollten.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Die Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die einzelnen Behandlungsbereiche sollte nach den Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 der RL erfolgen. Dies ist unabhängig von einer Sanktionierung durchzuführen. Die bisherigen Datenauswertungen der Nachweise zeigen, dass die Behandlungsbereiche A4, S4, G4 und KJ5 „Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker“ sowohl nur von einem geringen Teil der Einrichtungen genutzt wurde als auch</p> |

| | | | |
|------|----------|--|--|
| | | | <p>die Anzahl der Tage an den Gesamtbehandlungstagen nur einen verschwindend kleinen Anteil ausmacht (siehe hierzu auch TrG zu § 3 Behandlungsbereiche, zu Absatz 1 und 2, GKV-SV). Dies spiegelt wider, dass eine Langzeitbehandlung im stationären Setting eine Ausnahme darstellt und Versorgungsformen mit Fokus auf gesellschaftlicher Teilhabe und sozialer Integration im Vordergrund stehen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 16.3 | DG-Sucht | <p><u>§ 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste:</u></p> <p>Hier ist aus Sicht der Fachgesellschaft den Änderungsvorschlägen der Patientenvertreter zu folgen, die den Einrichtungen mehr Flexibilität belässt.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Der GKV-SV hält eine Festlegung der Mindestvorgaben für den Nachtdienst allein über Minutenwerte für nicht geeignet.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
| 16.4 | DG-Sucht | <p><u>§ 5 Berufsgruppen:</u></p> <p>Hier ist der Argumentation und dem Änderungsvorschlag der DKG zu folgen, wie er in den tragenden Gründen ausführlich beschrieben ist.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Im Fokus der Berufsgruppe f) Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, steht die Unterstützung von Menschen mit Behinderung im weitesten Sinne (körperlich, geistig, sinnes- und mehrfachbehindert, chronisch erkrankt) zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung.</p> <p>Diese Berufsgruppe f) gemäß § 3 Absatz 1 f) und Absatz 2 f) PPP-RL beschränkt sich deshalb bewusst auf die in der Richtlinie genannten Berufsgruppen und wurde bei der Erstfassung</p> |

| | | | |
|------|----------|---|---|
| | | | <p>der Richtlinie nicht beispielsweise um die generische Berufsgruppe der Pädagogen erweitert. Deren Tätigkeitsfokus liegt im Bereich der Erziehung und Beratung. Eine generelle Ableitung der Befähigung zur sozialtherapeutischen und sozialpädagogischen Tätigkeit gemäß Regelaufgaben nach Anlage 4 kann daraus nicht gezogen werden. Insbesondere Pflegepädagoginnen und Pflegepädagogen arbeiten in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Altenpflegerinnen u. ä. Zudem ist die Berufsgruppe der Pädagogen sehr heterogen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, wie Wirtschaftspädagogen, Weiterbildungspädagogen oder Organisationspädagogen. Deren Einsatz ist in der stationären Behandlung von psychisch kranken Menschen nicht vorstellbar.</p> <p>Erbringen die genannten spezialisierten Pädagogen Tätigkeiten aus dem Bereich der Regelaufgaben der Anlage 4 PPP-RL, können diese gemäß § 8 Absatz 5 PPP-RL angerechnet werden. Ihr Einsatz ist damit bereits schon möglich, eine Änderung der PPP-RL an dieser Stelle nicht erforderlich.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 16.5 | DG-Sucht | <p><u>§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung:</u></p> <p>So wünschenswert eine Vereinfachung und ein Verzicht auf die 14-tätige Stichtagserhebung wäre, so nachvollziehbar bleibt jedoch die Argumentation der DKG, das eine Übertragung der OPS-Systematik hier nicht zielführend ist. Daher schließt sich die Fachgesellschaft auch hier der Einschätzung der DKG an.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Die DG-Sucht begrüßt die Einstufung nach OPS, da sie zu einer erheblichen Reduktion des Dokumentationsaufwandes und zu einer erheblichen Entbürokratisierung führen würde. Gleichzeitig wird die jetzige Einführung der Einstufung nach OPS von ihr nicht empfohlen und an der Stichtagserhebung festgehalten. Begründung: die Übertragung der OPS-Systematik sei nicht zielführend. Dieses Argument hält der GKV SV</p> |

| | | | |
|------|----------|---|---|
| | | | <p>nicht für ausreichend. Eine richtige Maßnahme wird nicht dadurch unrichtig, dass sie noch nicht perfekt ist. Der OPS Schlüssel wird kontinuierlich im DIMDI mit den Fachgesellschaften weiterentwickelt. Hier ist anzusetzen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 16.6 | DG-Sucht | <p><u>6a Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste:</u></p> <p>Die aktuell normativ festgelegten Limitierungen müssen überprüft und neu festgelegt werden. Da die Berechnung sowie Kalkulation der Nachtdienste auch schwankt, benötigt es hier eine einheitliche Personalbemessungsgrundlage auf Bundesebene als Grundlage. Die weitere Festlegung sollte dann den Verhandlungspartnern auf der Ortsebene überlassen werden.</p> | <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 16.7 | DG-Sucht | <p><u>§ 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad:</u></p> <p>Zu Absatz 4 ist die Argumentation der DKG nachvollziehbar, dass für Tageskliniken hier andere Regelungen gefunden werden müssen. Daher erscheint die von der DKG vorgeschlagene Änderung sinnvoll.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Hierzu ist festzustellen, dass die Auswertungen der bisherigen Nachweise keinen Regelungsbedarf für ausschließlich kleine Einrichtungen oder kleine teilstationäre Einrichtungen erkennen lassen. Im Gegenteil, diese erfüllen die Vorgaben zu größeren Anteilen als Einrichtungen mit mehr Betten. Auch ist aus fachlicher Sicht unabdingbar, dass kleine Einrichtungen wie „Stand alone Tageskliniken“ ebenso wie größere Einrichtungen einen gewissen Behandlungsstandard anbieten müssen. Dieser ist nur gewährleistet, wenn ausreichend Personal vor Ort ist. Immerhin handelt es sich bei einer tagesklinischen Behandlung um eine teilstationäre und nicht um eine ambu-</p> |

| | | | |
|-------|----------|---|--|
| | | | <p>lante Behandlung. Eine kleinere Bettenanzahl darf nicht zu einem schlechteren Behandlungsniveau führen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 16.8 | DG-Sucht | <p><u>§ 8 Anrechnung von Berufsgruppen:</u></p> <p>Hier sollte wie von der DKG und der Patientenvertretung vorgeschlagen die Anrechenbarkeit der Berufsgruppen nicht nur in psychosomatischen Einrichtungen, sondern generell auch in psychiatrischen Einrichtungen ermöglicht werden. Eine Anrechenbarkeit auch im ärztlichen Bereich, wie von der DKG zu Absatz 5 vorgeschlagen, würde die Nachweispflicht vieler Einrichtungen deutlich erleichtern und ist aus unserer Sicht unproblematisch, da – wie von der DKG beschrieben – der Gesetzgeber klar definiert hat, welche Leistungen dem Arztvorbehalt unterliegen. Ebenso sollte eine Anrechenbarkeit von Genesungsbegleiter*innen zulässig sein, wie in Absatz 6 von der DKG vorgeschlagen.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Der GKV-SV lehnt eine beliebige Ausweitung der Anrechenbarkeit der Berufsgruppen ab. Es sind bereits jetzt vielfache Anrechenbarkeiten unter den Berufsgruppen möglich. Dies betrifft insbesondere den Austausch zwischen der Berufsgruppe nach Buchstabe a und c gemäß § 5.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> |
| 16.9 | DG-Sucht | <p><u>§ 10 Ausnahmetatbestände:</u></p> <p>Die von der DKG vorgeschlagenen Regelungen für Standorte, die ausschließlich eine Tagesklinik umfassen, sind sehr nachvollziehbar, da sonst diese Standorte nicht in der Lage sein werden, die Nachweispflicht entsprechend zu erfüllen.</p> | <p>GKV-SV: Ablehnung. Siehe Anmerkungen zu 16.7.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 16.10 | DG-Sucht | <p><u>§ 11 Nachweisverfahren:</u></p> <p>Das sehr umfangreiche Nachweisverfahren ist für die Krankenhäuser und Abteilungen ausgesprochen schwierig und bindet umfangreiche Ressourcen, die letztlich in der Patientenversorgung fehlen.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Der GKV-SV hat konstruktive Vorschläge zur Verringerung des</p> |

| | | | |
|-------|----------|---|--|
| | | <p>Eine Vereinfachung des Nachweisverfahrens und dadurch eine Entlastung der Krankenhäuser ist daher auch aus Sicht der DG-Sucht geeignet, die Patientenversorgung wesentlich zu verbessern. Dementsprechend ist der Vorschlag der DKG hier zu unterstützen.</p> | <p>Dokumentationsaufwandes vorgelegt (s. hierzu auch die Anmerkungen zu 16.5).</p> <p>Der Stations- und Monatsbezug im Nachweis Teil B ist dagegen ein essentielles Qualitätssicherungsinstrument. Eine rein einrichtungsbezogene Festlegung von Personalvorgaben kann dazu führen, dass einzelne Stationen und Versorgungseinheiten sehr gut mit Personal ausgestattet sind und andere völlig unzureichend. Eine derartige Fehlversorgung – wie sie häufig von gerontopsychiatrischen und Akutstationen bzw. Versorgungseinheiten berichtet wurde – ist zum Schutz der Patienten zu verhindern. Der monats- und stationsbezogene Nachweis Teil B schafft Transparenz über den Einsatz des Personals, die Qualität auf den Stationen und generiert Daten für die weitere Entwicklung der Richtlinie. Im Nachweis Teil B haben die Einrichtungen auf die Möglichkeit, moderne Versorgungseinheiten und moderne Versorgungskonzepte anzugeben. Der Nachweis ist damit unverzichtbar für die Weiterentwicklung der RL. Er ist ebenso unverzichtbar, wenn man die Mindestvorgaben nicht direkt auf den Stationen festlegen möchte und die Qualität gesichert werden soll.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 16.11 | DG-Sucht | <p><u>§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:</u></p> <p>Eine Verschiebung der Sanktionsbehauptung ist dringend notwendig, da die Kliniken auch aufgrund der sehr hohen Komplexität des Nachweisverfahrens und der damit verbundenen Bürokratie noch nicht in der Lage sein werden, flächendeckend die Anforderungen zu erfüllen und daher die Gefahr von kurzfristigen Ausfällen in der</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Eine generelle Verschiebung der Sanktionen wird vom GKV-SV abgelehnt. Er sieht ein differenziertes Vorgehen vor, nicht verkennend, dass die bisher zur Verfügung stehende Zeit von den</p> |

| | | | |
|-------|----------|--|---|
| | | <p>Versorgung schwerkranker Patienten entstehen können. Eine Verschiebung der Sanktionsbehauptung um 24 Monate erscheint daher durchaus sinnvoll.</p> | <p>Einrichtungen nicht zum dringend erforderlichen Personalaufbau genutzt wurde (siehe dazu TrG zu § 13, zu Absatz 5 und 6, Seite 38).</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme. Erläuterung: Mit der Umsetzung einer Verschiebung der Sanktionen bis zum 31. Dezember 2025 und werden auch die Beschlüsse zur PPP-RL der 94. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) am 16. Juni 2021 und der 95. GMK am 22./23. Juni 2022 unterstützt. In diesen wird dazu aufgefordert, die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben auszusetzen, bis eine grundsätzliche Anpassung der Richtlinie erfolgt ist.</p> |
| 16.12 | DG-Sucht | <p><u>§ 15 Evaluation der Richtlinie:</u></p> <p>Hier erscheint eine Verschiebung der Evaluation der Richtlinie nicht sinnvoll, da sich im Rahmen der Implementierung der PPP-RL zahlreiche Probleme finden, so dass eine zeitnahe erneute Überarbeitung der Richtlinie unbedingt notwendig ist. Eine von der GKV vorgeschlagene Verschiebung die Evaluierung auf 2027 erscheint aus Sicht der Fachgesellschaft nicht zielführend.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Zur Sicherstellung einer höheren Datenqualität, die auch die Qualität der Evaluation beeinflusst, wird die Frist zur Abgabe des Abschlussberichtes um drei Jahre, auf den 31. Dezember 2027, verlängert. Die Evaluation wird nicht verzögert, sondern der Evaluationszeitraum wird verlängert.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 16.13 | DG-Sucht | <p><u>Sonstige Punkte:</u></p> <p>Ergänzend zu den schon gemachten Ausführungen ist aus Sicht der Fachgesellschaft noch folgender Punkt wesentlich zu ergänzen.</p> <p>Unter §2 (Grundsätze), Absatz 3 ist beschrieben, dass zum Regel-dienst im Sinne dieser Richtlinie nicht zählen: Bereitschaftsdienst,</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Das Anliegen ist im Rahmen der PPP-RL nicht regelbar.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Die Anregung wird im Rahmen der zukünftigen Richtlinienüberarbeitungen geprüft.</p> |

| | | | |
|-----------|---|--|--|
| | | <p>ärztliche Rufbereitschaft und ärztlicher Konsiliardienst sowie Tätigkeiten in Nachtkliniken. Eine Besonderheit vieler Kliniken ist jedoch, dass ärztlicher Bereitschaftsdienst nicht mehr in der klassischen Form als Bereitschaftsdienst stattfindet und vergütet wird, sondern als Schichtdienst (im Volldienst) betrieben wird. Nach der momentanen Logik der PPP-RL haben diese Kliniken einen relevanten Nachteil, da der Bereitschaftsdienst klar neben dem Regeldienst ausgewiesen werden kann, der ärztliche Schichtdienst jedoch nur zu einem geringeren Teil. Dementsprechend sind Kliniken, die eine intensivere ärztliche Besetzung vorhalten hier schlechter gestellt als Kliniken, die lediglich eine ärztliche Rufbereitschaft oder einen Bereitschaftsdienst vorhalten. Dies sollte dahingehend spezifiziert werden, dass auch ärztlicher Volldienst außerhalb der Regelarbeitszeit (die im Allgemeinen 8h beträgt) nicht zum Regeldienst im Sinne dieser Richtlinie zählt.</p> | |
| 17 | Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG), 13. Juli 2022 | | |
| 17.1 | DMtG | <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Nachdem unsere Stellungnahmen bisher unberücksichtigt blieben und in der nun vorgelegten Fassung der PPP- RL für unsere Berufsgruppe gewünschte Themen wie z.B. die Tätigkeiten und eine Änderung des in unterschiedlichen Definitionen verwendeten Begriffs „Spezialtherapien“ nicht bearbeitet wurden, verweisen wir auf unsere zu vorangegangenen Fassungen eingereichten Stellungnahmen (2021 s. Anhang).</p> | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme des allgemeinen Hinweises.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|------|------|---|---|
| | | Die aktuellen Änderungsvorschläge möchten wir nur kurz kommentieren: | |
| 17.2 | DMtG | Musiktherapeut*innen und anderen Künstlerischen Therapeut*innen sind (mit weiteren Berufsgruppen) von Änderungen wie der einseitigen Anrechnungsmöglichkeit der Stellenanteile von Psychotherapeut*innen indirekt betroffen. Gegen diese einseitige Anrechnungsmöglichkeit für die Psychosomatik hatten wir uns bereits ausgesprochen. Statt der vorgeschlagenen Ausdehnung auf die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie halten wir eine einseitige Anrechnungsmöglichkeit nach wie vor für kontraproduktiv und sprechen uns deshalb weiter ausdrücklich dagegen aus. | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung: Ziel der aufgenommenen Regelung ist die Möglichkeit der Berücksichtigung individueller Behandlungskonzepte der Einrichtungen. Da die PPP-RL Mindestvorgaben regelt, bei deren Unterschreitung Sanktionen drohen, muss den Einrichtungen ausreichend Flexibilität beim Personaleinsatz eingeräumt werden. Dies dient auch der Vermeidung von Fehlanreizen, die Art der Behandlung und Fokus von Behandlungskonzepten nach fachlichen Gesichtspunkten folgen zu lassen und nicht den Vorgaben der PPP-RL.</p> |
| 17.3 | DMtG | Die Aktualisierung der Regelaufgaben für alle Berufsgruppen betrachten wir als Voraussetzung auch für die Frage der Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen; insofern erscheint es zumindest verfrüht, (auch wenn es uns ebenfalls nicht direkt betrifft), nun weitere, nicht für therapeutische Arbeit ausgebildete Berufsgruppen in die unter § 5 f) festgelegten zu integrieren, weil damit Ausbildungs- und Tätigkeitsprofile verwischt und Behandlungskonzepte für Patient*innen verändert werden. | <p>GKV-SV: Die Überarbeitung der Regelaufgaben stand nicht im Fokus der Weiterentwicklung der RL. im Rahmen weiterer RL-Änderungen erfolgen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Aktualisierung von Regelaufgaben der Berufsgruppen wird in künftigen Änderungen der RL berücksichtigt</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Aus Sicht der DKG sollte die Überarbeitung der Regelaufgaben Gegenstand von zukünftigen Änderungen der Richtlinie sein. Jedoch soll bis dahin der nach aktuellen Leitlinien und Entwicklungen in der Versorgungspraxis begründete Einsatz anderer fachlich qualifizierter Berufsgruppen im Bereich der Pädagogik nicht verhindert werden.</p> |

| | | | |
|------|------|--|--|
| 17.4 | DMtG | <p>Auch die Streichung von Berufsgruppen in den Spalten 4. und 5. (Behandlungsmittel und Erläuterungen) der Tabelle „Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte“ wirkt ohne entsprechende Bearbeitung von deren Tätigkeiten und Minutenwerten „schnellschüssig“.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme: Die Ausführungen zu den „Behandlungszielen“, „Behandlungsmitteln“, „Erläuterungen“ und „Beispielen“ in Anlage 2 „Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte“ kann im Rahmen des vom GKV-SV gemachten Vorschlags einer Definition der Behandlungsbereiche über jeweils zugeordnete OPS-Kodes entfallen. Die OPS-Kodes enthalten jeweils Strukturmerkmale, die auch die jeweils erforderlichen Berufsgruppen vorgeben.</p> <p>Unbenommen davon bleibt eine noch zu erbringende Überarbeitung der Regelaufgaben der Berufsgruppen sowie Anpassung der Minutenwerte der Berufsgruppen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 17.5 | DMtG | <p>Die zeitgemäße Versorgung der Patient*innen erfordert wahrscheinlich eine Erhöhung der Minutenwerte, nicht nur für einzelne Berufsgruppen (wie nun wieder vorgeschlagen), sondern auch für andere, deren Entwicklung sich u.a. in ihrer Aufnahme in Leitlinien abbildet. Für die Musiktherapie gibt z.B. die AWMF Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen einen relativ aktuellen Stand der Studienlage wieder mit einer Empfehlung aufgrund nachgewiesener Reduktion psychopathologischer Symptome (Positiv- und Negativsymptomatik), möglicherweise auch eine Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität und des Selbstwertgefühls.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Im Fokus der diesjährigen Weiterentwicklung stand zunächst gemäß § 14 Abs 2 die Anpassung der Minutenwerte „insbesondere für die Berufsgruppen nach § 5 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe a und c auf der Basis der erhobenen Nachweisdaten“. Eine Überarbeitung der Minutenwerte auch der weiteren Berufsgruppen wird zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. BPtK: Die Anpassung der Minutenwerten zunächst der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsgruppe in diesem Schritt der Weiterentwicklung der PPP-Richtlinie erfüllt den</p> |

| | | | |
|------|------|---|--|
| | | | <p>gesetzlichen Auftrag in § 136a Absatz 2 SGB V die Psychotherapie durch Mindestvorgaben für Psychotherapie zu stärken. Unabhängig davon sieht die BpTK die Notwendigkeit in den nächsten Weiterentwicklungsschritten weitere Anpassungen der Regelaufgaben und Minutenwerte der verschiedenen Berufsgruppen vorzunehmen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Hinweis: Die PPP-RL regelt in Abgrenzung zu einer Personalbemessung, die leitliniengerechte Behandlung ermöglicht, Mindestvorgaben für die Personalausstattung des therapeutischen Personals.</p> |
| 17.6 | DMtG | <p>Auch wenn wir davon ausgehen, dass die vorgelegten Änderungsvorschläge einen erheblichen Arbeitsaufwand erforderten, bleibt die vorgelegte Fassung Stückwerk. Als nicht in die Arbeitsabläufe einbezogene Berufsgruppe haben wir noch nicht einmal die Möglichkeit zu beurteilen, ob, wann und wie die Bearbeitungsvorgänge, die unsere Berufsgruppe direkt betreffen, in Ihrer Planung enthalten sind. Dem Anspruch der zeitgemäßen leitliniengerechten Behandlung wird diese Form der Überarbeitung der PPP RL nicht gerecht. Eine auf gute klinische Versorgung schwer kranker Patient*innen ausgerichtete Arbeitsweise sollte kontinuierlich auch Berufsgruppen einbeziehen, die im Unterausschuss nicht vertreten sind. Die multiprofessionelle Behandlung, die ein Charakteristikum klinischer Behandlung ist, erhält sonst einen immer stärkeren Schwerpunkt bei ärztlich/ psychotherapeutischer Behandlung, der auf die Behandlungsmöglichkeiten für Patient*innen der Psychiatrie und Psychosomatik im Prozess der Bearbeitung der PPP-RL eine verzerrende Wirkung zum Nachteil handlungsorientierter Therapien haben kann.</p> | <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|------|------|--|--|
| 17.7 | DMtG | <p><u>Stellungnahme vom 01.07.2021</u></p> <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Bevor wir auf einzelne Textstellen des vorgelegten Entwurfs eingehen, möchten wir grundsätzlich feststellen, dass wir weiterhin dringenden Bedarf sehen, nicht nur die Aufgaben und Minutenwerte der Psychologischen Psychotherapeut*innen zu überprüfen, sondern auch die der Künstlerischen Therapien, wie z.B. der Musiktherapie. Allerdings sehen wir keine Möglichkeit, hierzu einen konkreten Änderungsvorschlag zu formulieren, weil die vorzunehmenden Änderungen die gesamte Struktur betreffen und nur unter Beteiligung der betroffenen Berufsgruppen adäquat behandelt werden können. Dazu gehört auch die derzeit angewendete Definition des Begriffs Spezialtherapien als Oberbegriff für Ergotherapie, Künstlerische Therapien, in der KJP nun auch Logopädie sowie ggfs. weitere Berufsgruppen; die Verwendung dieses Begriffs betrachten wir weiterhin als vollkommen verwirrend und deshalb ungeeignet, also grundlegend überprüfungsbedürftig. Deshalb bitten wir dringend darum, in den überarbeiteten Entwurf eine entsprechende Textpassage aufzunehmen, dass bis zur nächsten Änderung alle Formulierungen für Fachtherapien und Soziale Arbeit überarbeitet werden! Unsere Zustimmung zur Integration der Logopädie in diesen Bereich machen wir von der Integration einer solchen Textpassage abhängig. Entsprechendes gilt sinngemäß für die Referenztabelle B4.3: Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.</p> | <p>AG: Wir danken für die erneute Übermittlung der Stellungnahme zum Beschlussentwurf zur Änderung der PPP-RL 2021. Wir verweisen hiermit auf unsere Rückmeldung zu Ihrer Stellungnahme, die Sie in den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 16. September 2021 einsehen können.</p> |
| 17.8 | DMtG | <p>Die zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen von DKG/BÄK/DPR bzw. die vorgeschlagene Änderung, die Berufsgruppen c oder a und c auch auf die Berufsgruppe d einseitig anzurechnen, halten</p> | |

| | | | |
|-------|------|---|--|
| | | wir für nicht sachgerecht und kontraproduktiv. Wo es Überschneidungen bei den Regelaufgaben gibt, wäre bei Bedarf evtl. eine gegenseitige Anrechnungsmöglichkeit denkbar, die also in beide Richtungen zulässig ist. Eine einseitige Regelung würde den gesamten Ansatz der PPP RL in Frage stellen. Wir betrachten solche Vorschläge als einseitige Interessenvertretung der im Unterausschuss vertretenen Berufsgruppen, der dringend Stellungnahmen auch der bisher nicht vertretenen Berufsgruppen entgegengesetzt werden sollten, für die niemand mandatiert ist zu sprechen, wie z.B. die Bewegungstherapie und die Soziale Arbeit. | |
| 17.9 | DMtG | Die zu § 16 Übergangsregelungen von der DKG vorgeschlagene Änderung lehnen wir ab: „(8) Eine Anrechnung gemäß § 8 Absatz 3 Satz 4 ist bis zum 31. Dezember 2022 auch bei Übernahme von Aufgaben der jeweiligen Berufsgruppe außerhalb der Regelaufgaben gemäß Anlage 4 möglich.“ Auch die in den Tragenden Gründen dazu ausgeführten Erläuterungen leuchten nicht ein, aber der Anmerkung der DKG, dass „die Regelaufgaben in den anderen Berufsgruppen bis zum 30. September 2022 zu prüfen und mit Wirkung zum 1. Januar 2023 anzupassen“ sind, schließen wir uns gern an. | |
| 17.10 | DMtG | Die in der Anlage 2 von der GKV-SV vorgeschlagene Einfügung der Künstlerischen Therapien und Streichung des Begriffs „funktionelle Therapien“ in die Eingruppierungsempfehlungen im Bereich der KJP in die Spalte Behandlungsmittel (KJ 1/ KJ 2/ KJ 7) schlagen wir auch für KJ 3 und 6 vor, wo der Einsatz nicht auf sprachliche Mittel angewiesener Künstlerischer Therapien besonders angezeigt sein kann. Auch die vorgeschlagene Einfügung in der Spalte | |

| | | | |
|-------|------|--|--|
| | | Erläuterungen (KJ 5) unterstützen wir, schlagen dafür aber die Formulierung vor: „Die pflegerischen, betreuenden und heilpädagogischen Maßnahmen werden ergänzt durch Ergotherapie und Künstlerische Therapien.“ und bitten um durchgängige Beachtung der korrekten Schreibweise!! | |
| 17.11 | DMtG | In Anlage 4 Regelaufgaben halten wir die Formulierung unter c. Regelaufgaben der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die von der BPTK für die Erwachsenenpsychiatrie wie die Psychosomatik vorgeschlagen wurde, „Therapieplanung (einschließlich Indikationsstellung für Spezialtherapien, z.B. Ergotherapie)“ für nicht sachdienlich und bitten um Streichung des Textes in Klammern. Diese Formulierung entspricht nicht der klinischen Praxis und macht die Verordnungs- und Verantwortungsbereiche der verschiedenen Berufsgruppen zusätzlich zu den aktuell in der Praxis bestehenden Schwierigkeiten noch komplizierter. Entsprechendes gilt für die Regelaufgaben der leitenden Psychotherapeut*innen unter 1. Stationsbezogene Tätigkeiten (Gesamtbehandlungsplan in Bezug auf die psychische Erkrankung, einschließlich Spezialtherapien, Therapieplanung), für die Worte „einschließlich Spezialtherapien“ in allen Bereichen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik wie KJP). | |
| 17.12 | DMtG | In den Regelaufgaben der Spezialtherapeut*innen, die wir – wie auch die Minutenwerte - für grundlegend überarbeitungsbedürftig halten, möchten wir vorerst dennoch auch darauf hinweisen, dass die unter 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten in allen Bereichen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik wie KJP) aufgelistete letzte Tätigkeit (Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie)) selbstverständlich nicht nur für die Ergotherapie gelten kann. Darüber hinaus möchten wir | |

| | | | |
|-----------|---|--|---|
| | | noch einmal darauf hinweisen, dass Konzentrierte Bewegungstherapie in der Regel nicht zu den Regelaufgaben von Spezialtherapeut*innen sondern zu denen der Bewegungstherapeut*innen gehört. | |
| 18 | Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung e.V. (DNVF), 13. Juli 2022 | | |
| 18.1 | DNVF | <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>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.</p> <p>Im Feld der seelischen Gesundheit gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Modelle, um eine bessere bereichs- und sektorenübergreifende Versorgung zu gewährleisten (Integrierte Versorgung nach §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 die stationäre Inanspruchnahme sinkt, zweitens das psychosoziale Funktionsniveau der Behandelten längerfristig höher liegt und drittens auch andere Variablen der psychosozialen Versorgung einen positiven Trend in Studien aufweisen. Zur Synopsis der Modellvorhaben wird aktuell ein Scoping Review durch die AG Seelische Gesundheit vorbereitet. Es gibt auch Hinweise darauf, dass die Behandlungen durch das Krankenhaus kosteneffizienter sind (hierzu liegen Studienergebnisse in der Studie PsychCare [3] vor, die demnächst publiziert werden.</p> | <p>GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank für den allgemeinen Hinweis.</p> |

| | | | |
|------|------|---|---|
| 18.2 | DNVF | <p>Wie bereits in unserer Stellungnahme zur PPP-RL vom 03.09.2020 ausgeführt plädieren wir generell dafür,</p> <ul style="list-style-type: none"> - den nicht zeitgemäßen Stationsbezug zu streichen; - den Einrichtungen genügend Gestaltungsmöglichkeiten bei der Bildung klinikbereichsübergreifender Teams zu geben; - sowohl in der Psychosomatik als auch in der Psychiatrie und Psychotherapie eine attraktive Anreizsetzung zur Ausgestaltung komplex-ambulanter Angebote zu geben, und klinikbereichsübergreifende Behandlungspfade, die sich z.B. in einer gemeinsamen Nutzung von Gruppenangeboten durch stationäre, teilstationäre und komplex-ambulante Patient*innen realisieren, zu etablieren. | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Der GKV-SV anerkennt den hohen Dokumentationsaufwand, der durch den monats- und stationsbezogenen Nachweis entsteht. Der stationsbezogene Nachweis ist derzeit jedoch unverzichtbar, da er der Qualitätssicherung dient und Transparenz schafft. Eine rein einrichtungsbezogene Dokumentation kann dazu führen, dass einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend – erste Auswertungen der Nachweise legen dies nahe. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Außerdem sollen die stationsbezogenen Nachweise als Grundlage für die erforderlichen Änderungen der Minutenwerte und der Richtlinie dienen.</p> <p>Erste Auswertungsdaten zeigen, wie wichtig die Erhebung der Stationen für die Qualitätssicherung ist. Nur 3,5 Prozent, d. h. 110 von 2.818 therapeutischen Einheiten geben an, eine nicht-stationsbezogene Einheit mit einem innovativen Versorgungskonzept zu sein. Alle anderen Stationen wurden einem herkömmlichen Stationstyp zugeordnet. Dies entspricht auch den Erfahrungen bei den Verhandlungen zur Personalausstattung vor Ort.</p> <p>Die Station ist also in nahezu allen Einrichtungen die zentrale Organisationseinheit – auch aus Gründen der Milieuthherapie und der Kontinuität der Behandelnden. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte arbeiten überwiegend stationsbezogen - das sind 80 Prozent des Personals.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> |
|------|------|---|---|

| | | | |
|------|------|--|--|
| 18.3 | DNVF | <p>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. Es besteht wissenschaftliche Evidenz, dass sich unterschiedliche Anreiz- und Steuerungssysteme auf die Qualität der Versorgung auswirken [4].</p> <p>Die Anwendung der PPP-RL könnte damit verbunden sein, dass zunehmend stationäre Behandlungsformen wieder bevorzugt und klinikbereichsübergreifende Angebote von den Klinikträgern nicht realisiert werden. Beleg hierfür ist, dass nach wie vor 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.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dieses Anliegen bezieht sich nicht auf die aktuelle RL-Änderung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Wir erlauben uns den Hinweis, dass die Gründe für die eher geringe Etablierung von Modellprojekten nach § 64b SGB V in Deutschland nicht einseitig den Kliniken zuzuschreiben sind, sondern sehr vielfältige Dimensionen haben.</p> |
| 18.4 | DNVF | <p>Zudem scheint, nachdem einige Modellprojekte nun nach Ablauf von 8 Jahren verlängert werden müssen, die Anwendbarkeit der PPP-RL ein Verhandlungshemmnis zwischen den Vertragsparteien, welches zu sachlich schwierigen Verhandlungen und zu Verhandlungsabbrüchen führt, wodurch die Anzahl der für die Versorgungsforschung zur Verfügung stehenden Modellkliniken eher abnimmt. Dies bedeutet für die Forschung, dass alternative Steuerungsanreize nicht evaluativ bewertet werden können, da solche nicht ausreichend evaluiert werden können.</p> | <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dieses Anliegen bezieht sich nicht auf die aktuelle RL-Änderung.</p> |
| 18.5 | DNVF | <p>Daher sollten aus unserer Sicht alle Regelungen der PPP-RL dahingehend überprüft werden,</p> <ul style="list-style-type: none"> - ob sie kompatibel mit einer flexiblen und bedarfsorientierten Leistungserbringung durch die Kliniken sind; | <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dieses Anliegen bezieht sich nicht auf die aktuelle RL-Änderung.</p> |

| | | | |
|------|------|---|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p> | |
| 18.6 | DNVF | <p>Bezüglich der zwischen den Parteien strittigen Punkte möchten wir dennoch zwei Stellen hervorheben:</p> <p>Wie bereits oben dargestellt ist der Stationsbezug (§2, Absätze 7, 8 und 10) aus der PPP-RL zu streichen, da er der Realität innovativer Krankenhausversorgung (bereichsübergreifender Personaleinsatz, Flexibilität der Art und des Ortes der Leistungserbringung, Erbringung komplexer Leistungen) widerspricht, deren Evidenz bzgl. der Ergebnisqualität und Effektivität mittlerweile empirisch gut belegt ist.</p> <p>In innovativen Versorgungsmodellen hat sich ebenfalls eine Evidenz dafür ergeben, dass in diesen Modellen neue Berufsgruppen mit zum Teil anders als der herkömmlichen Arbeitsprofilen entstanden sind bzw. entstehen werden (z.B. Genesungsbegleiter). Für diese Entwicklung, die auch angesichts der Schwierigkeiten der Personalakquise für die psychiatrische Versorgung hochaktuell ist, sollte Rechnung getragen werden. Daher scheinen die sehr strikten Bestimmungen zur Anrechnung von Berufsgruppen (§8)</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Zur geforderten Streichung des Stationsbezugs verweisen wir auf unsere Anmerkungen unter 18.2.</p> <p>Der GKV-SV setzt sich dafür ein, dass die Tätigkeitsgruppe der Genesungsbegleiter gestärkt wird. Dies erfolgt konkret durch die Aufnahme der Beschreibung der Aufgabenschwerpunkte der Genesungsbegleiter in Anlage 5.</p> <p>Auch wenn der wachsende Stellenwert insbesondere der Genesungsbegleiter zunehmend wissenschaftlich unterlegt werden kann, ist eine Anrechnung gemäß § 8 auf andere Berufsgruppen gemäß § 5 abzulehnen. Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter erbringen keine Regelaufgaben nach Anlage 4.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|-----------|---|--|---|
| | | <p>ebenso wenig zielführend.</p> <p>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.</p> <p>[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/fpsy.2018.00785/full</p> <p>[2] Schwarz J, Galbusera L, Bechdorf 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 In-ternet: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00426/full</p> <p>[3] Soltmann, B., Neumann, A., March, S., Häckl, D., Kliemt, R., Baum, F., Marcel Romanos, Von Peter, S., Ignatyev, Y., Schwarz, J., Arnold, K., Swart, E., Heinze, M., Schmitt, J., & Pfennig, A. (2021). Multiperspec-tive and multimethod evaluation of flexible and integrative psychiatric care models in Germany: Study protocol of a prospective controlled multicenter observational study (PsychCare). Frontiers in Psychi-atry. https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.659773</p> <p>[4] Schwarz, J., Schmid, C., Neumann, A., Pfennig, A., Soltmann, B., Heinze, M., & von Peter, S. (2021). [Implementing a Global Treatment Budget for Psychiatric Hospital Services—What are Incentives, Requirements, and Challenges?]. Psychiatrische Praxis. https://doi.org/10.1055/a-1421-3283</p> <p>[5] Berghöfer A, Hubmann S, Birker T, u. a. Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in Regional Psychiatry Budget - A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. Int J Integr Car 2016; 16: 17</p> | |
| 19 | Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP), 13. Juli 2022 | | |
| 19.1 | DFPP | <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Eine große Veränderung für die Pflege ist die Festlegung der Nachtdienste. Die Psych-PV überlies diesen Punkt den Verhandlungspartnern vor Ort, damit klinikspezifische Versorgungssituationen und -strukturen abgebildet werden können. Entsprechend</p> | <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Die Anpassung der Minutenwerte zunächst der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsgruppe in diesem</p> |

| | | | |
|------|------|--|---|
| | | <p>durchdacht muss eine Regelung im Rahmen der PPP-RL sein. Unter den Ausführungen zu §2 benennen wir die grundsätzlichen Erwägungen.</p> <p>Weiter sind für die Psychotherapeuten neue Werte definiert, Psychotherapie soll im stationären Handeln richtigerweise angemessener abgebildet werden. Falsch ist die Annahme, dass nur Psychotherapeuten und Ärzte evidenzbasierte psychotherapeutische Leistungen erbringen. Für die bessere Abbildung psychotherapeutischer Leistungen müssen auch in der Pflege entsprechende Anpassungen erfolgen. Pflegefachpersonen bieten vielfältige supportive, übende, motivationsfördernde, edukative, reflektierende und weitere niedrigschwellige Verfahren an; sie begleiten Expositionen und Umsetzungen von Therapieempfehlungen, wirken co-therapeutisch in Gruppensituationen mit, bereiten Therapiesitzungen mit den Patienten vor und nach. Diese Angebote finden nicht ausschließlich zu fest vereinbarten Zeiten statt, im Grundsatz rund um die Uhr. Gerade in der Akutbehandlung sind solche (oft zeitintensiven) Formen psycho-therapeutischen Handelns vorrangig erforderlich – oder ausschließlich möglich. Für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen sind weder eine Erhöhung der Minutenwerte, noch die Erweiterung der Tätigkeitsprofile vorgesehen (!). Wir haben bislang in jeder Stellungnahme zur PPP-RL diese (und weitere) Aktualisierungsbedarfe vorgetragen und begründet. Wir sind durchaus überrascht, dass unsere Forderungen offenbar nicht im Ansatz diskutiert wurden. Die DFPP fordert daher bei der PPP-RL-Fortschreibung im kommenden Jahr endlich auf diese dringlichen Aktualisierungserfordernisse einzugehen</p> | <p>Schritt der Weiterentwicklung der PPP-Richtlinie erfüllt den gesetzlichen Auftrag in § 136a Absatz 2 SGB V die Psychotherapie durch Mindestvorgaben für Psychotherapeut*innen zu stärken. Unabhängig davon sieht die BPTK die Notwendigkeit in den nächsten Weiterentwicklungsschritten weitere Anpassungen der Regelaufgaben und Minutenwerte der verschiedenen Berufsgruppen vorzunehmen.</p> <p>DKG: Dank für den allgemeinen Hinweis.</p> |
| 19.2 | DFPP | <p>Redaktionelle Anmerkung:</p> <p>In der PPP-RL wird noch auf „externen Krankenpflegeschülerinnen</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|------|------|---|---|
| | | <p>oder externen Krankenpflegeschülern“, sowie [...] „Zivildienstleistende“ Bezug genommen (auf Seite 129 und 137 in 2. Regelaufgaben des Pflegepersonals/3.2 – 4. Spiegelstrich).</p> <p>Eine zeitgemäße Richtlinie sollte von „Auszubildenden und Studierenden in Pflegeberufen“ sowie von „Freiwilligendiensten“ sprechen.</p> | <p>Die Begrifflichkeiten werden im Rahmen zukünftiger RL-Änderungen überarbeitet.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme und Prüfung der Übernahme bei einer der zukünftigen Richtlinienüberarbeitungen.</p> |
| 19.3 | DFPP | <p>§ 2, Absatz (7) und (8) sowie entsprechend § 11, Absatz (1) und weitere</p> <p>Bezug und Frequenz Nachweise</p> <p>Begründung:</p> <p>Die DFPP schließt sich den Tragenden Gründen der DKG umfänglich an. Über den Monats- und Stationsbezug entstehen neben immensem Dokumentationsaufwand vielfältige Verzerrungen und Fehlanreize (so können etwa kurzfristige Personalverschiebung zur Fehlzeitkompensation auf anderen Stationen das mühsame Herstellen einer therapeutischen Allianz konterkarieren). Fachlich ist ein stationsbezogener Nachweis ohnehin nur sinnvoll, wenn sich eine Personalberechnung an Patientenbedarfen wie auch an Leitlinien oder konsentierten/evidenzbasierten Empfehlungen orientiert. Weitgehend am Rande der Mindestausstattung vereinbarte Stellenpläne erfordern sehr häufig tagesaktuelle Gefährdungsbeurteilungen, die über notwendige Verschiebungen von Personalstunden oder -dienste letztlich den Einsatz der Pflegefachpersonen im Gesamthaus bestimmen. Stationsbezogene Vorgaben verhindern eine gefährdungspräventiven Personalausstattung vorwiegend auf Stationen mit Intensivpatienten mit Auswirkungen auf die Patienten und das Pflegepersonal. Dem Ziel, dass bewilligte Personalkosten auch in Personal eingesetzt werden,</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Der GKV-SV anerkennt den hohen Dokumentationsaufwand, der durch den monats- und stationsbezogenen Nachweis entsteht. Der stationsbezogene Nachweis ist derzeit jedoch unverzichtbar, da er der Qualitätssicherung dient und Transparenz schafft. Eine rein einrichtungsbezogene Dokumentation kann dazu führen, dass einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend – erste Auswertungen der Nachweise legen dies nahe. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Außerdem sollen die stationsbezogenen Nachweise als Grundlage für die erforderlichen Änderungen der Minutenwerte und der Richtlinie dienen.</p> <p>Erste Auswertungsdaten zeigen, wie wichtig die Erhebung der Stationen für die Qualitätssicherung ist. Nur 3,5 Prozent, d. h. 110 von 2.818 therapeutischen Einheiten geben an, eine nicht-stationsbezogene Einheit mit einem innovativen Versorgungskonzept zu sein. Alle anderen Stationen wurden einem herkömmlichen Stationstyp zugeordnet. Dies entspricht auch den Erfahrungen bei den Verhandlungen zur Personalausstattung vor Ort.</p> <p>Die Station ist also in nahezu allen Einrichtungen die zentrale Organisationseinheit – auch aus Gründen der Milieuthherapie und der Kontinuität der Behandelnden. Ärztinnen und Ärzte</p> |

| | | | |
|------|------|--|---|
| | | wird auch der Ganzhausansatz mit Jahresbezug gerecht. | sowie Pflegekräfte arbeiten überwiegend stationsbezogen - das sind 80 Prozent des Personals. PatV/BPtK: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. |
| 19.4 | DFPP | <p>§ 2, Absatz (10, 11, 12)</p> <p>Nachtdienste</p> <p>Die DFPP plädiert für die Ergänzungen in Absatz 11 der DKG.</p> <p>Die DFPP plädiert für die Streichung der Ergänzungen in Absatz 12 von GKV-SV/PatV; für diese Erläuterung wird kein Bedarf gesehen.</p> <p>Begründung für die Ergänzungen (11)</p> <p>Die DFPP schließt sich den Tragenden Gründen der DKG an und plädiert für die Berechnung und den Nachweis des Nachtdienstes ohne Stationsbezug. Im Stationsbezug könnten generelle Präsenz und viele Verrichtungen in den Nachtdienststunden abgebildet werden, doch Krisenpatienten, Akutereignisse und Intensivbetreuungen binden an verschiedensten und nicht vorhersehbaren Stellen Personal, das entsprechend flexibel eingesetzt werden muss.</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die Definition des Stationsbegriffs im Sinne dieser Richtlinie ist notwendig, da der Stationsbezug verschiedentlich gefordert ist – etwa im Nachweis – und eine allgemeingültige Definition des Begriffes nicht existiert. Des Weiteren hat sich ein hoher Anteil der Einrichtungen einer stationsbezogenen Dokumentation und damit der Qualitätssicherung entzogen. Die im § 2 Absatz 12 getroffene Definition ist angelehnt an die Stationsdefinition in § 2 Absatz 4 Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PPUGV). Für konstruktive Vorschläge bezgl. der Definition ist der GKV-SV offen.</p> <p>Durch die Definition der Station ist eine weitere Verbesserung der Nachweisdaten zu erwarten, denn die bisherigen Auswertungen zeigen, dass ein hoher Anteil der Einrichtungen eben nicht stationsbezogen dokumentiert.</p> <p>Der Nachweis der Personalausstattung auf der Station als einer therapeutischen Einheit ist jedoch wichtig, um Transparenz über den Einsatz des Personals zu erhalten, die Qualität auf den Stationen zu sichern und Daten für die Weiterentwicklung der Richtlinie zu erhalten. Dadurch wird sichergestellt, dass die einrichtungsbezogene Messung der Personalausstattung nicht dazu führt, dass besonders sensible Versorgungsbereiche wie z. B. die Gerontopsychiatrie oder Intensivversor-</p> |

| | | | |
|------|------|--|---|
| | | | <p>gungsbereiche nicht dauerhaft personell unterversorgt werden.“ (G-BA 2019).</p> <p>Um die notwendige Flexibilität des Personaleinsatzes zu gewährleisten, werden die Mindestvorgaben nicht pro Station, sondern für die gesamte Einrichtung festgelegt.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 19.5 | DFPP | <p>Folgende grundlegende Erwägungen für den Nachtdienst sind unseres Erachtens maßgeblich:</p> <p>Der Nachtdienst stellt eine vulnerable Größe in der Personalbesetzung dar. Zur Zeit der Entwicklung der Psych-PV gab es noch vielerorts Langzeitbereiche in den Fach-kliniken, wobei die Verweildauern länger, der Schweregrad der Erkrankung eher durchmischt und die zu behandelnden Patienten über einen intensivierten Beziehungsaufbau in ihrem Versorgungsbedarf besser einschätzbar waren. Heute fokussiert die stationäre und teilstationäre Behandlung auf den akut erkrankten Patienten mit deutlich kürzeren Verweildauern und einer höheren Anzahl akuter Verläufe. (Das Vorliegen eines grundsätzlichen Hilfe-/Betreuungsbedarfs in der Nacht ist oft das Kriterium, damit eine Behandlung vollstationär erfolgen muss und nicht tagesklinisch geleistet werden kann.)</p> <p>Die Besetzung im Nachtdienst muss der Spezialisierung der Behandlung und der Akuität der Fälle gerecht werden. Die Nachtsituation ist für viele Patienten in psychischen Krisen eine sehr vulnerable. Das Gewährleisten von Sicherheit, präventives, intervenierendes oder postventives Krisenhandeln, sowie das Reagieren auf akute Symptomlast und auf dringliche Bedürfnisse müssen in der Nacht im Sinne einer Vorhalteleistung jederzeit gewährleistet</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich der Ausführungen zu Zwangsbehandlung und Fixierung und der Situation auf gerontopsychiatrischen Stationen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|------|------|---|---|
| | | <p>werden können. Weitere den Nachtdienst berührende zusätzliche Beanspruchungen an eine für Sicherheit von Patienten und Personal ausreichende Ausstattung an Personal ergeben sich aus den Urteilen des Bundesgerichtshofs 2012 zur Zwangsbehandlung psychisch Kranker (BGH, Az.: XII ZB 236/05) und des Bundesverfassungsgerichts 2018 zu Fixierungen (2 BvR 309/15 & 2 BvR 502/16). Sie erfordern eine langdauernde Intensivbetreuung von psychisch kranken Menschen mit erheblicher Einschränkung der Selbststeuerungsfähigkeit und bedürfen einer intensivierten 1:1 Betreuung auch in der Nacht. Insofern bedarf es im Nachtdienst einer Besetzungsrelation, die die Patientensicherheit und eine würdevolle, pflegfachlich kompetente Pflege gewährleistet, sowie den Gesundheitsschutz der Pflegenden sicherstellt. Vor allem auf gerontopsychiatrischen Stationen geht der hohe somatische Versorgungsbedarf mit gleichzeitig erheblicher Desorientierung einher. Hier macht die Zunahme an Patienten mit demenziellen Störungen und multimorbidem Krankheitsgeschehen die pflegerische Versorgung ausgesprochen komplex und nicht planbar.</p> <p>Diesen Anforderungen wird nach Einschätzung der DFPP keiner der vorliegenden Vorschläge gerecht.</p> | |
| 19.6 | DFPP | <p>Die Relation sollte eine durchschnittliche Stationsgröße von EP 18, KJP 12 und PSM 25 berücksichtigen. Die Länge des Nachtdienstes sollte 10 Std. nicht überschreiten, plus 30 Min. Übergabezeit. Eine Arbeitszeit von 8 Stunden ist aus gesundheitlichen Gründen zu bevorzugen (siehe AMWF Leitlinie Nachtdi). Beginn und Ende des Nachtdienstes müssen flexibel für die Bedürfnisse der Klientel einer Station anzupassen sein. Die Pausenzeiten sind nach AZG einzuhalten.</p> <p>- Für alle (elektiv aufnehmenden, Konzept-)Stationen gilt, dass</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>mindestens eine Pflegefachperson anwesend sein muss und ein zweiter Nachtdienst jederzeit abrufbar ist. Um die im AZG festgehaltenen Pausenzeiten zu gewährleisten, werden für eine entsprechende Anzahl an Stationen ein oder mehrere weitere Nachtdienste benötigt, die übergreifend tätig sind.</p> <ul style="list-style-type: none">- Für alle Akutstationen gilt, dass niemand im Nachtdienst alleine auf der Station im Dienst sein sollte, um in Gefahrensituationen, in herausfordernden Krisen oder bei medizinischen Notfällen entsprechende Präsenz vor Ort zu haben. Das dient der Patientensicherheit und der Arbeitssicherheit. Für ortsgebundene nicht planbare Tätigkeiten (z.B. nächtliche Zugänge, Patientenübergriffe) ist ein weiterer Nachtdienst einzusetzen.- Je nach Einstufung der Patienten sind weitere Relations-Zuschläge vorzusehen. Kriseninterventionsstationen (reine Akutstationen aller Kategorien, (fakultativ) geschlossen geführt, Aufnahmeverpflichtung für den Fachbereich) sind jeweils mit drei Nachdiensten pro 18 Betten (bzw. 12 Betten KJP) auszustatten. Gleiches gilt für Stationen mit einem hohen Anteil an G2 Patienten. Hier handelt es sich häufig um eine Patientenklientel, welche aufgrund von Desorientierung und Fehleinschätzung sich und/oder andere gefährdet. Durch personelle Präsenz können durch die Nacht indizierte Komplikationen bei den Patienten abgemildert oder verhindert werden.- Ein extrem hoher nächtlicher Personalaufwand ist mit der 1:1 Betreuung verbunden. Sie ist nicht nur bei Zwangsmaßnahmen teils gesetzlich verpflichtend, sondern gerade zur Vermeidung einer solchen und daher häufig das Mittel der Wahl. Auch im Kontext von selbstverletzendem Verhalten ist diese Interven- | |
|--|--|---|--|

| | | | |
|------|------|--|---|
| | | tion erforderlich und wird häufig genutzt. Da Kliniken mit Aufnahmeverpflichtung für die diese Krisen vorbereitet sein müssen, sind die damit verbundenen Vorhaltekosten zu berücksichtigen. | |
| 19.7 | DFPP | Aufgrund der Gebundenheit der Nachtdienste benötigt jede Einrichtung mit Aufnahmeverpflichtung einen Hauptnachtdienst, der in einer Leitungsfunktion (übergreifende Stationsleitung der Nachtdienste) mit dem ärztlichen Nachtdienst eine jederzeitige personelle Verfügbarkeit in Krisensituationen mit koordinierenden und unterstützen-den Aufgaben sicherstellt. In der Nacht entstehen in der Psychiatrie vielfach Krisen und Konflikte. Die Entstehungsgründe sind vielfältig und reichen von der Ruhe in der Nacht, die eine Person nicht aushält, bis zu expansiven Neuaufnahmen. Auch ist die Nachtarbeit nicht mit der Tagarbeit zu vergleichen und benötigt eine besondere Aufmerksamkeit. Diesbezüglich existiert eine S2 Leitlinie (https://www.awmf.org/uplo-ads/tx_szleitlinien/002-030I_S2k_Gesundheitliche-Aspekte-Gestaltung-Nacht-und-Schichtarbeit_2020-03.pdf) der AMWF, deren Ergebnisse aus unserer Sicht zwingend zu berücksichtigen sind. Aus Sicht der DFPP sind folgende Aspekte aus der Leitlinie im Kontext der Primärprävention in dieser Richtlinie zu berücksichtigen. | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme – auch der nachfolgenden Empfehlungen.</p> |
| 19.8 | DFPP | <p>Nachtarbeit - Empfehlung 1</p> <p>Der Umfang von Nachtarbeit soll auf ein Minimum begrenzt werden, um Konzentrationsschwierigkeiten, Fehlern und Unfällen vorzubeugen.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 19.9 | DFPP | Empfehlung 2 | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|-------|------|--|--|
| | | Für Beschäftigte in Nachtarbeit sollen Arbeitsgestaltung, technischer und individueller Arbeitsschutz optimiert werden. Ziel ist es, auch in Phasen geringerer Aufmerksamkeit der Beschäftigten sicheres Arbeiten zu gewährleisten und Risiken für Mitmenschen auszuschließen. | |
| 19.10 | DFPP | <p>Empfehlung 6</p> <p>Um Konzentrationsstörungen, Fehler und Unfällen zu verhindern, sollte dar-über hinaus eine weitere Kumulation von arbeitsbedingten Risiken vermieden werden. Gesetzliche Pausen sollen eingehalten und zusätzliche Kurzpausen sollen gewährt werden.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 19.11 | DFPP | <p>Die Basis zur Vermeidung der weiteren Kumulation von Risiken bei Nachtarbeit sind, wie im Kapitel zur Schichtplangestaltung (4.15, AMWF Leitlinie) beschrieben:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schichten umfassen nicht mehr als 8 Stunden, - in vorwärts rotierenden Schichtsystemen, - maximal drei Nachtschichten in Folge sowie - Einhaltung der gesetzlichen Pausen. <p>In der dargestellten Leitlinie sind verschiedene primär, sekundär und tertiär präventive Maßnahmen beschrieben, um gegen typische Erkrankungen vorzugehen, die mit Nachtarbeit indiziert sind.</p> <p>Zusammenfassend lehnt die DFPP alle vorliegenden Vorschläge zur Berechnung des Nachtdienstes in der Pflege als völlig unzureichend ab. Es braucht eine Bemessungs-grundlage, die einerseits die arbeitsmedizinischen Erkenntnisse zur Nachtarbeit berücksichtigt und andererseits die Nacht als vulnerable Situation anerkennt</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|-------|------|--|---|
| | | und die Personalausstattung an dem hohen Gut der Patientensicherheit und Mitarbeitenden-sicherheit ausrichtet. | |
| 19.12 | DFPP | <p>§ 6, Absatz (3)</p> <p>Berechnung Behandlungstage</p> <p>Die DFPP schließt sich DKG/LV/DPR an und plädiert für die 14-tägige Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3</p> <p>Begründung:</p> <p>Die DFPP schließt sich den Tragenden Gründen der DKG umfänglich an</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Der GKV-SV hat unter Einbezug der bisherigen Nachweisdaten einen effizienten Vorschlag zur Verringerung des Dokumentationsaufwandes gemacht. Dies beinhaltet eine Streichung der aufwändigen 14-tägigen Stichtagserhebung und Streichung einzelner „Langzeitbereiche“ mit Einstufung in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 durch die Erfassung der OPS-Kodes.</p> <p>Es wird nicht bestritten, dass diese Verfahrensmöglichkeit noch nicht ausgereift ist und Optimierungsbedarf besteht. Eine generelle Ablehnung ist jedoch nicht zielführend. Eine gemeinsame Weiterentwicklung des OPS Schlüssels innerhalb des DIMDI mit den Fachgesellschaften im Hinblick auf eine zielgerichtete Anwendbarkeit wäre ein erster Ansatzpunkt.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 19.13 | DFPP | <p>§ 6, neuer Absatz (7 oder 6a)</p> <p>Berechnung Nachtdienste</p> <p>Wir beziehen uns auf unsere zu §2 ausgeführten Begründungen für eine patienten- und personalsichere Nachtdienstbesetzung. Die hierzu aufgeführten Vorschläge sind insofern insuffizient.</p> <p>Begründung:</p> <p>s. Ausführungen unter § 2</p> | <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|-------|------|--|--|
| 19.14 | DFPP | <p>§ 7, Absatz (4)</p> <p>Erfüllungsgrad Mindestvorgabe</p> <p>Die DFPP schließt sich der DKG an und plädiert für die 100%-Umsetzung der Mindestvorgabe pro Berufsgruppe.</p> <p>Die DFPP weist mit Schärfe den Vorschlag von DKG/LV zurück, in stand-alone-Tageskliniken die Mindestvorgaben berufsgruppenübergreifend zu erfüllen.</p> <p>Begründung:</p> <p>Gerade die Tageskliniken waren in der Vergangenheit nach den Psych-PV-Vorgaben stark unterbesetzt, das gilt im Besonderen für den Pflegedienst. Die Klientel der Tageskliniken hat sich in den jüngeren Dekaden sehr stark verändert, hin zu Patienten, welche chronische Verläufe, mehr Krankheitsschwere und persistierende Symptomatik, mehr Komorbidität sowie mehr physische, psychische und psychosoziale Funktionseinschränkungen aufweisen. Genau diese Arten von Hilfebedarf adressieren im Besonderen an die Pflege, deren Aufgabe die Förderung der Alltagsbewältigung (einschließlich Management von Funktionseinbußen sowie Handeln zur Bewältigung von Krankheitsanforderungen) ist.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Es ist dem GKV-SV nicht ganz klar, worauf sich die DFPP hier bezieht. Die Formulierung „<i>der durchschnittliche Umsetzungsgrad für die Einrichtung über oder gleich 100 Prozent ist</i>“ könnte irreführend sein. Deshalb hat der GKV-SV in den TrG zu § 7 Abs 4 Satz 1, Seite 27 dargelegt, dass der durchschnittliche Umsetzungsgrad der Einrichtung gemäß § 7 Abs 3 als gewichteter Mittelwert berechnet werden muss. Dies impliziert, dass die Umsetzung für jede einzelne Berufsgruppe erfolgen muss und eben nicht zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ausgeglichen werden kann.</p> <p>Auch der GKV-SV lehnt eine Sonderstellung der stand-alone Tageskliniken in Bezug auf die Erfüllung der Mindestvorgaben ab. Die Auswertungen der Nachweise zeigen erstens keinen Regelungsbedarf für ausschließlich kleine Einrichtungen oder kleine teilstationäre Einrichtungen. Im Gegenteil, diese erfüllen die Vorgaben zu größeren Anteilen als Einrichtungen mit mehr Betten. Zweitens ist es aus fachlicher Sicht wichtig, dass auch kleine Einrichtungen, wie „Stand alone Tageskliniken“ einen gewissen Behandlungsstandard anbieten müssen. Dieser ist nur gewährleistet, wenn ausreichend Personal vor Ort ist. Zu beachten ist dabei, dass es sich bei einer tagesklinischen Behandlung immerhin um eine teilstationäre und nicht um eine ambulante Behandlung handelt. Eine kleinere Bettenanzahl darf nicht zu einem schlechteren Behandlungsniveau führen.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich der „stand alone“ Tageskliniken.</p> |
|-------|------|--|--|

| | | | |
|-------|------|---|---|
| | | | <p>DKG: Kenntnisnahme. Zum ersten Punkt der 100%-igen Umsetzung ist der Bezug unklar. Die Position der DKG bezieht sich auf den Umsetzungsgrad für die Einrichtung.</p> <p>Erläuterung zum Punkt der Tageskliniken: Die Erfüllung der Vorgaben der Mindestanforderungen an solchen Standorten steht dem wirtschaftlichen Überleben und damit dem Fortbestehen solcher gemeindenahen Versorgungsangeboten diametral gegenüber.</p> |
| 19.15 | DFPP | <p>§ 7, Absatz (4a bis 9)</p> <p>Erfüllungsgrad Mindestvorgabe Nachtdienst</p> <p>Die DFPP plädiert für die Übernahme von Abschnitt (5) wie von der DKG vorgeschlagen. Im Besonderen lehnt die DFPP eine stationsbezogene Erfassung der Nachtdienstbesetzung ab.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Der GKV-SV hält eine stations- und monatsbezogene Dokumentation für unverzichtbar, um die notwendige Transparenz auf Stationsebene zu gewährleisten. Die geforderte Flexibilität ist dennoch gewährleistet, da die Mindestvorgaben einrichtungsbezogen einzuhalten sind.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 19.16 | DFPP | <p>§ 8, Absatz (3)</p> <p>Anrechnungen</p> <p>Die DFPP schließt sich dem Vorschlag der DKG/VV/BPtK an und plädiert für eine Erweiterung.</p> <p>Bei einer Anrechnung anderer in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Absatz 1a, 2a und 1b sowie 2b ist zu berücksichtigen, dass bezüglich Vorbehaltsaufgaben keine Anrechnung erfolgen kann.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Übergangsregelung mit Anrechnung der Berufsgruppe c auf</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Ein Austausch zwischen der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte mit der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologen und Psychologinnen ist nach PPP-RL möglich und fachlich sinnvoll.</p> <p>Anrechnungsmöglichkeiten von anderen, nicht in der PPP-RL genannten Berufsgruppen auf die Berufsgruppe a) Ärztinnen und Ärzte sind fachlich nicht zu begründen und wurden bereits im Jahr 2020 im Zusammenhang mit den Richtlinienänderungen zum Erfassungsjahr 2021 beraten. Der G-BA hat sich</p> |

| | | | |
|-------|------|--|---|
| | | <p>die der pflegerischen Versorgung dequalifiziert die pflegefachliche Aufgabenerfüllung und reduziert die pflegefachliche Besetzung außerhalb der sogenannten Regeldienstzeiten (Spät- und Wochenenddienste). Auch muss unterbunden werden, dass ärztliche Unterstützungsleistungen durch dafür eingestellte Mitarbeitenden anderen Berufsgruppen zur Last gelegt werden. Die Erweiterung der Anrechnung für Hilfskräfte im ärztlichen Dienst begrüßen wir daher sehr. Die Ergänzung mit den Vorbehaltsaufgaben haben wir auch für die Vorbehaltsaufgaben der Pflegefachpersonen erweitert.</p> | <p>damals gegen eine Änderung entschieden. Dem GKV-SV liegen keine Erkenntnisse vor, die darauf hinweisen, dass sich der Sachverhalt geändert hat und nun Regelungsbedarf besteht. Eine Richtlinienänderung wird deshalb abgelehnt.</p> <p>Aus fachlicher Sicht ist es falsch, generelle/erweiterte Anrechnungsmöglichkeiten zwischen den Berufsgruppen zu fordern. Damit würden die Mindestvorgaben für die einzelnen Berufsgruppen außer Kraft gesetzt und die Vorgaben der Richtlinie unterlaufen. Zugleich würden die konkreten Nachweise über die Aufwände der einzelnen Berufsgruppen ungenauer. Dies ist problematisch, da die Nachweise als Grundlage für die erforderlichen Änderungen der Minutenwerte und der Richtlinie dienen - eine Weiterentwicklung der Richtlinie auf Basis dieser empirischen Grundlage würde verhindert.</p> <p>Die PPP-RL sieht weitreichende Anrechnungs- und Ersetzungsmöglichkeiten zwischen den Berufsgruppen vor. So gilt der Ausnahmetatbestand weiterhin für kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle beim gesamten Personal.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 19.17 | DFPP | <p>§ 8, Absatz (5)</p> <p>Anrechnungen</p> <p>Die DFPP unterstützt den Vorschlag von DKG/LV/BPtK die Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen auf die Berufsgruppe a ausschließlich für Vorbehaltsaufgaben gänzlich zu untersagen.</p> <p>Begründung:</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Der Vorschlag von DKG/LV/BPtK ist überflüssig, da aus Sicht des GKV-SV die bisherige RL-Regelung beibehalten werden muss. Danach ist eine Anrechnung anderer in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe gemäß § 5 Abs 1a und 2a ausgeschlossen. Ein Austausch zwischen der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte mit der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychologen</p> |

| | | | |
|-------|------|---|--|
| | | <p>Die DFPP schließt sich den Tragenden Gründen der DKG umfassend an.</p> | <p>und Psychologinnen ist nach PPP-RL möglich und fachlich sinnvoll. Anrechnungsmöglichkeiten von anderen, nicht in der PPP-RL genannten Berufsgruppen auf die Berufsgruppe a) Ärztinnen und Ärzte sind fachlich nicht zu begründen und wurden bereits im Jahr 2020 im Zusammenhang mit den Richtlinienänderungen zum Erfassungsjahr 2021 über beraten. Der G-BA hat sich damals gegen eine Änderung entschieden. Dem GKV-Spitzenverband liegen keine Erkenntnisse vor, die darauf hinweisen, dass sich der Sachverhalt geändert hat und nun Regelungsbedarf besteht.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 19.18 | DFPP | <p>Höchstgrenzen – Überlegungen für die nächste Aktualisierung der PPP-RL</p> <p>Die DFPP regt für die Berufsgruppe nach § 5 Absatz 1 Buchstabe b an, Aussagen zum erweiterten Skill und Grade Mix zu treffen.</p> <p>Begründung:</p> <p>Auf den sich verschärfenden Mangel an Fachpflegepersonen muss reagiert werden, gleichzeitig müssen mit hoher Dringlichkeit weitere Deprofessionalisierungsprozesse in der Pflege verhindert werden. Die DFPP kann sich eine spezifische Erweiterung der Höchstgrenzen in der pflegerischen Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten mit einem Pflegegrad mit 20% Anrechenbarkeit von qualifiziertem Pflegeassistenzpersonal nach Landesrecht vorstellen. Gleichzeitig muss die Debatte um eine Quote von Fachpersonen mit akademischem Abschluss bzw. Zusatzqualifikationen mit dem Ziel einer verbindlichen Regelung eröffnet werden. Der Zusammenhang von Patientenoutcomes nicht nur mit der Zahl,</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Prüfung. Sowohl die Überarbeitung der Regelaufgaben nach Anlage 4 als auch als auch Kategorisierung und Differenzierung der Berufsgruppen gemäß § 5 ist für die nächsten RL-Änderungen vorgesehen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|-------|------|--|--|
| | | sondern auch der Qualifikation der Pflegefach-personen ist ein-drücklich belegt. | |
| 19.19 | DFPP | <p>§ 10, Absatz (1)</p> <p>Ausnahmetatbestände</p> <p>Die DFPP unterstützt die Vorschläge der DKG.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Die PPP-RL sieht weitreichende Anrechnungs- und Ersetzungs-möglichkeiten zwischen den Berufsgruppen vor. Deshalb gilt der Ausnahmetatbestand weiterhin für kurzfristige krank-heitsbedingte Personalausfälle beim gesamten Personal. Wenn – wie gefordert – als Ausnahmetatbestand bereits gel-ten würde, wenn eine einzelne Berufsgruppe krankheitsbe-dingt in einem Ausmaß von 15 Prozent ausfällt, könnte man mit dem Ausfall in einer kleinen Berufsgruppe, ggf. mit der Krankheit nur weniger Angestellten, die gesamte Mindestvor-gabe für die Einrichtung aushebeln.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 19.20 | DFPP | <p>§ 15, Absatz (2)</p> <p>Frist Evaluation der Richtlinie</p> <p>Die DFPP unterstützt den Vorschlag des DPR.</p> | <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 19.21 | DFPP | <p>§ 16, Absatz (1)</p> <p>Übergangsregelung Fristen</p> <p>Die DFPP unterstützt mit Dringlichkeit den Vorschlag von DKG-PatV/DPR, dass die 100%-Erfüllung ab 2024 eingefordert wird.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Die hierzu vom GKV-SV vorgeschlagene Änderung (siehe dazu TrG zu § 16 zu Abs 1) beruht auf den in den bisherigen Nach-weisen ersichtlichen deutlichen Defiziten in der Umsetzung der Mindestvorgaben. Danach ist die bisherige dreijährige Ein-führungsphase von den Einrichtungen nicht für den Personal-aufbau genutzt worden. Deshalb fokussiert der GKV-SV nun</p> |

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| | | | <p>auf eine verbesserte Personalausstattung bei den besonders schlecht ausgestatteten Einrichtungen, indem zum einen die Einführungsphase verlängert wird, zum anderen ein Greifen der Sanktionen bei Nicht-Erfüllung (ab dem 1.1.2023) vorgesehen ist. Nur so wird der Personalaufbau insbesondere bei den schlecht ausgestatteten Einrichtungen gelingen können.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme wie von der PatV gefordert.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 19.22 | DFPP | <p>§ 16, Absatz (4)</p> <p>Übergangsregelung Psychosomatik</p> <p>Die DFPP unterstützt die Vorschläge der DKG.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 19.23 | DFPP | <p>Anlage 1</p> <p>Minutenwertetabelle</p> <p>Die DFPP fordert spätestens mit der nächsten Aktualisierung die Minutenwerte und die Tätigkeitsprofile der Pflege sachgerecht anzupassen. Sowohl hinsichtlich des psychotherapeutischen Handelns der Pflege (siehe oben, Präambel), als auch hinsichtlich der generellen bedarfsgerechten Versorgung der Patienten.</p> | <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Die Anpassung der Minutenwerte für die Berufsgruppen § 5 Abs. 1 und Abs. 2 Buchstaben b, d, e, f ist im Rahmen zukünftiger Richtlinienänderungen vorgesehen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 20 | EX-IN Deutschland e.V. (EX-IN), 13. Juli 2022 | | |
| 20.1 | EX-IN | <p>Zu § 9 Weitere Qualitätsempfehlungen</p> <p>(2) In der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik sollen zu-</p> | <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|------|-------|--|--|
| | | <p>sätzlich zu den in § 5 genannten Berufsgruppen Genesungsbegleiterinnen oder Genesungsbegleiter auf den Stationen eingesetzt werden.</p> <p>Wir begrüßen sehr die Empfehlung des Einsatzes von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern. Ergänzen könnte man hier, dass es um qualifizierte Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter geht.</p> <p>Wir würden uns gleichzeitig bereits jetzt eine Verpflichtung hierzu wünschen.</p> <p>Wir sehen, dass derzeit solche Stellen nicht in jeder Klinik besetzt werden könnten, jedoch hat jede Klinik durch bspw. §16 Übergangsregelung die Möglichkeit ihre Bemühungen darzustellen und die Nichtbesetzung einer solchen Stelle zu begründen.</p> <p>Derzeit erarbeiten wir ein Konzept, was zukünftig eine berufs begleitende Qualifizierung ermöglicht, wodurch diese Stellen bereits mit Peers besetzt werden könnten, die dann im Rahmen der Anstellung die Qualifizierung erlangen.</p> <p>Grundsätzlich befürworten wir auch den Einsatz im Bereich der Kinder – und Jugendpsychiatrie.</p> | <p>DKG: Kenntnisaufnahme. Zurzeit ist die Akzeptanz bzgl. des Einsatzes von Genesungsbegleitern/-innen in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungslandschaft noch sehr heterogen. Die Aufnahme von Kernaufgaben in die Qualitätsempfehlungen nach § 9 soll einen weiteren Anreiz darstellen, Menschen mit eigener Krisenerfahrung in der Versorgung einzusetzen.</p> |
| 20.2 | EX-IN | <p>Zu Anlage 5: Kernaufgaben der Genesungsbegleitung</p> <p>Wir möchten anmerken, dass wir nach wie vor begrüßen würden, wenn Genesungsbegleiterinnen oder Genesungsbegleiter die Beteiligung an Zwangsmaßnahmen freigestellt werden würde und diese:r selbst entscheiden kann.</p> <p>Weiter stellen wir den Begriff der Co-Therapeutenrolle sehr in Frage. Bereits in der Begrifflichkeit erleben wir keine Augenhöhe.</p> | <p>GKV-SV: Der GKV-SV wird im Rahmen der aktuellen Richtlinienänderung prüfen, ob im Rahmen der Beschreibung der Kernaufgaben die individuelle Entscheidung über eine mögliche Beteiligung an Zwangsmaßnahmen explizit aufgenommen werden sollte und kann.</p> <p>Der Begriff Ko-Therapeut wird weder in den TrG noch in der RL selbst gebraucht. Vielmehr wurde der Begriff „Ko-Moderation“ sowohl im Vorschlag der DKG als auch der PatV in Zu-</p> |

| | | | |
|------|-------|---|--|
| | | <p>Uns scheint vielmehr relevant, dass gleiche Rollen nicht gleich ausgeführt werden müssen (also bspw. hat bei der Leitung einer Gruppe der eine Therapeut die organisatorische, der andere eher die inhaltliche Rolle; der eine bringt eine andere Perspektive oder Themenschwerpunkt als der andere ein, o.ä.), wie das in der Praxis auch bei anderen Berufsgruppen erfolgt.</p> | <p>sammenhang mit der Leitung von Gruppen genannt. Dies beinhaltet aus unserer Sicht keine Wertung, sondern betont das mögliche Miteinander der in verschiedenen Ausprägungen beteiligten Moderatoren.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
| 20.3 | EX-IN | <p>Allgemein</p> <p>Hinsichtlich der Einstufung von Genesungsbegleiterinnen oder Genesungsbegleitern finden wir die Unterscheidung der Aufgaben mit Blick auf Verantwortlichkeit und „Schwere“ (wie in dem Positionspapier von Ver.Di 11/20 aufgegriffen) eine erste Basis, um eine angemessenere Vergütung, als das bisher der Fall ist, zu verhandeln.</p> <p>Wir sehen die Schwierigkeit der tariflichen Einordnung bei kaum möglicher Vergleichbarkeit der Qualifizierungswege, so dass hier auch eine eigenständige Tarifgruppe in Betracht gezogen werden könnte, die die Erfahrungen, das Erfahrungswissen und die tatsächlichen Aufgaben der Einsatzstelle berücksichtigen könnte.</p> <p>Generell leisten Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter einen mittlerweile bestätigten und nachgewiesenen wichtigen Beitrag in unserem Hilfesystem, der entsprechend vergütet gehört, und dies nicht nur in Anstellung, sondern auch bei Beteiligung an Prozessen wie diesem.</p> <p>Eine ausführlichere Stellungnahme ist uns leider im Ehrenamt nicht möglich.</p> | <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p> |

| 21 | Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DÄVT), 13. Juli 2022 | | |
|------|---|--|---|
| 21.1 | DÄVT | <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Im Zusammenhang mit dem Stellungnahmeverfahren nach §§ 8-14 VerfO des Gemeinsamen Bundesausschusses zur ersten Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) nehmen wir als Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) zu §2 (Grundsätze) Abs. 1, 7 und 8 sowie §3 (Behandlungsbereiche) Stellung. Die Inhalte dieser Paragraphen betreffen die Verfügbarkeit und Organisation von stationärer Verhaltenstherapie in zentraler Weise.</p> | <p>GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank für den allgemeinen Hinweis.</p> |
| 21.2 | DÄVT | <p>§ 2 Abs. 1 Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung</p> <p>Die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie, Kinder- und Jugend-psychiatrie und Psychosomatik legt verbindliche Mindestvorgaben für Personal fest, von denen angenommen wird, dass sie zur leitliniengerechten Behandlung von psychischen Störungen mindestens erforderlich sind. Gemäß §1 Abs. 1 sind die „mit dieser Richtlinie festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben (..) keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung“. Eine evidenz- und leitlinien-gerechte Behandlung psychischer Störungen beinhaltet in den überwiegenden Fällen immer auch die Umsetzung eines verhaltenstherapeutischen Behandlungsansatzes.</p> <p>Eine tatsächlich evidenzbasierte bedarfs- und leitlinienorientierte Personal-bemessung mit Anpassung an einrichtungsbezogene Besonderheiten ist weiterhin nicht definiert bzw. absehbar nicht verfügbar. Eine Personalausstattung über Mindestgrenzen hinaus ist derzeit faktisch mit Kostenträgern nicht verhandelbar oder erreichbar.</p> | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|------|------|--|---|
| | | <p>Da keine Personalausstattung oberhalb von Mindestvorgaben erreichbar ist, werden besondere Situationen mit erhöhter Ausfallsquote (z.B. Häufung von jahreszeitlichen Krankheitsausfällen, Austritten oder Elternzeiten) unvermeidlich zur kurzzeitigen Unterbesetzung in einzelnen Versorgungsbereichen einer Einrichtung führen. Stationäre und teilstationäre Einrichtungen werden durch die derzeitige Ausgestaltung der PPP-RL und gelebten Praxis bei der Bestimmung des krankenhausindividuellen Personalbudgets in vielen Fällen systematisch daran gehindert, den Vorgaben nach §1 Abs. 2 einer jederzeitigen Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung durch Vorhaltung des erforderlichen Personals zu entsprechen. Dieses umso mehr, als der aktuelle Fachkräftemangel einen Aufbau von qualifiziertem Personal vielfach erheblich erschwert, verzögert oder verunmöglicht.</p> <p>Es sind daher grundsätzliche Ergänzungen der PPP-RL zu fordern, welche bereits jetzt die Verhandelbarkeit eines krankenhausindividuellen Personalbudgets oberhalb von Mindestvorgaben zur Personalausstattung begründen helfen.</p> | |
| 21.3 | DÄVT | <p>§2 Abs. 7 Quarta/s-leinrichtungsbezogener Nachweis über Einhaltung der Mindestvorgaben</p> <p>Die Ursachen der o.g. Personalengpässe liegen demnach in erster Linie in der gegenwärtig unvoll-ständigen Ausgestaltung der Richtlinie bzw. dem erreichbaren Personalbudget. Eine Sanktionierung der Personalmangelsituationen ist deshalb eine Sanktionierung von Tatbeständen, deren Ursachen in erster Linie außerhalb der jeweiligen Einrichtung liegen. Jede vorrangig an Behandlungsqualität orientierte Einrichtung hat ein genuines Interesse daran, genügend Personal vorzuhalten.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|------|------|---|--|
| | | <p>Der Misstrauensaufwand, um kurzzeitige, d.h. monatsbezogene Situationen mit Personalmangel in einzelnen Teilbereichen (Stationen) einer Einrichtung zu identifizieren, steht nicht im Verhältnis zum Bemühen, die Ursachen des Personalmangels zu reduzieren. Der quartals- und einrichtungsbezogene Nachweis, dass die Mindestvorgaben der PPP-RL eingehalten werden, ist zur Qualitätssicherung in der stationären psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung ausreichend und verhältnismäßig, um anhaltende, ggf. strukturelle Qualitätsmängel einer Einrichtung zu erkennen.</p> <p>Aus der Perspektive der Verhaltenstherapie (s.o.) ist zu fordern, Regelungen und Nachweisformen in der PPP-RL zu entwickeln, die es ermöglichen, ein Personalbudget oberhalb der Mindestvorgaben und vorrangig bedarfs- und qualitätsorientiert zu begründen und verhandelbar werden zu lassen. Eine jetzt erstmals nach §14 Abs. 2 PPP-RL durchgeführte Überprüfung der Richtlinie impliziert durch die qualitätsorientierte Festlegung der Prüfbereiche (z.B. Personalausstattung in besonders sensiblen Versorgungsbereichen oder dezentralen Einrichtungen), dass ein Zeitbezug der Dokumentation nachrangig ist. Erst durch eine tatsächlich bedarfs- und leitlinienorientierte Personalbemessung werden spezielle Behandlungsansätze einer stationären Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach SGB V vollständig umsetzbar.</p> <p>Dem Änderungsvorschlag zu §2 Abs. 7 von GKV-SV/PatV ist nicht zuzustimmen.</p> | |
| 21.4 | DÄVT | <p>§2 Abs. 8 Feststellung über die Einhaltung der Mindestvorgaben</p> <p>Die Bewältigung von vorübergehenden Personalengpässen ist von</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Die Mindestvorgabe ist quartals- und einrichtungsbezogenen</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>jeweils konkreten, jedoch einrichtungsbezogen deutlich unterschiedlichen Struktur- und Organisationsmerkmalen (z.B. Einrichtungsgröße bzw. Versorgungsstufe, Weiterbildungsaufgaben, angewandte Psychotherapie-Hauptverfahren, Fachkliniken u.a.), abhängig.</p> <p>Insbesondere stationäre, verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungskonzepte sind indikations-bezogen, stationsunabhängig und settingübergreifend (voll-/teilstationär) organisiert. Der Personaleinsatz für moderne, modular aufgebaute, kombiniert einzel- und gruppentherapeutische Behandlungskonzepte ist häufig multiprofessionell (Ärzte, Psychologen, Fachpflege) geplant, z.B. in einem Setting mit Moderatoren/Co-Moderatoren oder multiprofessionell organisierter Psychoedukation mit stationsunabhängigen Vertretungsmöglichkeiten. Da die PPP-RL die Systematik einer obsoleten Psych-PV fortschreibt, entspricht die Grundsystematik der PPP-RL weiterhin nicht der gegenwärtig entstandenen Versorgungsrealität. Da jedoch auch die PPP-RL bisher ein einrichtungsbezogenes Personalbudget ermittelt, blieb der Personaleinsatz bisher innerhalb der Einrichtung flexibel und konnte für leitliniengerechte Versorgungsformen in verschiedenen Patientenkollektiven mit verschiedenen Personalbedarfen angepasst werden. Ein Stationsbezug der Nachweispflichten gefährdet diese flexiblen und passgenauen Ausgestaltungsmöglichkeiten von Behandlungs- und Vertretungskonzepten. Durch eine stationsbezogene Nachweispflicht würden Behandlungskontinuitäten für Patienten durch Zunahme an Vertretungssituationen und diskontinuierlicher Zuordnung der Behandler zu Organisationseinheiten vermindert und dem Ziel untergeordnet, eine lediglich rechnerisch korrekte Entsprechung der Personalrichtlinie in vorübergehenden Personalengpässen zu erreichen.</p> | <p>pro Berufsgruppe einzuhalten, nur die Dokumentation erfolgt stations- und monatsbezogen. Beide Maßnahmen gemeinsam machen den Kern der Richtlinie aus: die einrichtungsbezogene Mindestvorgabe schafft Flexibilität für die Einrichtungen, der zusätzliche stationsbezogene Nachweis dient der Qualitätssicherung. Eine rein einrichtungsbezogene Festlegung ohne Transparenz auf Stationsebene kann dazu führen, dass einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend – erste Auswertungen der Nachweise legen dies nahe. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern.</p> <p>Erste Auswertungsdaten zeigen, wie wichtig die Erhebung der Stationen für die Qualitätssicherung ist. Nur 3,5 Prozent, d. h. 110 von 2.818 therapeutischen Einheiten geben an, eine nicht-stationsbezogene Einheit mit einem innovativen Versorgungskonzept zu sein. Alle anderen Stationen wurden einem herkömmlichen Stationstyp zugeordnet. Dies entspricht auch den Erfahrungen bei den Verhandlungen zur Personalausstattung vor Ort.</p> <p>Die Station ist also in nahezu allen Einrichtungen die zentrale Organisationseinheit – auch aus Gründen der Milieuthapie und der Kontinuität der Behandelnden. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte arbeiten überwiegend stationsbezogen – das sind 80 Prozent des Personals.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> |
|--|--|---|

| | | | |
|------|------|--|--|
| | | <p>Aus Sicht der Fachgesellschaft ist zu erwarten, dass zutreffendere Maßnahmen bei vorübergehenden Personalengpässen in der jeweiligen Einrichtung und konkreten Situation besser in der fachlichen Eigenverantwortung der ärztlich medizinischen Leitung zu entwickeln sind als durch eine unflexible, stationsbezogene Anwendung einer veralteten Grundsystematik der PPP-RL. Erneut würde ein erheblicher und unverhältnismäßiger bürokratischer Misstrauensaufwand erzeugt werden, um die Möglichkeit von „Fehlversorgungen“ zu identifizieren und ungeeignet rechnerisch zu beheben. Hinzu kommt, dass eine Definition des Stationsbegriffs kaum möglich ist, da der Begriff ein breites Spektrum unterschiedlicher Organisationformen und Strukturen umfasst und dadurch sehr verschiedene Möglichkeiten für Vertretungsregelungen und des Personaleinsatzes bei Personalengpässen innerhalb der Einrichtung möglich sind. Wirksame Vertretungsregelungen sind überwiegend möglich, ohne die Zuordnung von Mitarbeitern:innen zu einem Stationsbereich aufzuheben.</p> <p>Entgegen der Darlegung der GKV-SV ist eine stationsbezogene Nachweispflicht nicht dazu geeignet, die Behandlungsqualität innerhalb einer Einrichtung zu befördern und insbesondere die Organisation verhaltenstherapeutischer Therapieansätze in stationären Einrichtungen zu unterstützen.</p> <p>Eine stationsbezogene Nachweispflicht entsprechend des Änderungsvorschlages zu §2 Abs. 8 durch GKV-SV/PatV ist daher abzulehnen.</p> | |
| 21.5 | DÄVT | <p>§ 3 Abs. 1 Behandlungsbereiche</p> <p>Nach Auffassung der GKV-SV sind die Behandlungsbereiche A4,</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Der Vorschlag einer Streichung der sehr selten verwendeten Behandlungsbereiche A4 (Langdauernde Behandlung Schwer-</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>G4, S4 und KJS (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker) sowie die Behandlungsbereiche AS, S5 und GS (stationäre Psychotherapie) der PPP-RL entbehrlich und (ersatzlos) zu streichen, da diese Behandlungsbereiche derzeit nur für die Einstufung eines jeweils nicht bedeutsamen Anteils zwischen 0,2 - 1,6% der Behandlungstage genutzt werden.</p> <p>Entgegen dieser Auffassung weisen wir darauf hin, dass die Patientengruppen der Schwer- und Mehrfachkranken in stationären Einrichtungen und andererseits Patienten mit vorwiegendem Bedarf einer stationären Psychotherapie weiterhin einem bedeutsamen Anteil der Versorgungsleistung sowohl im Bereich der Psychiatrie als auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychosomatik darstellen. Insbesondere Fachkrankenhäusern kommt die Aufgabe zu, Patienten mit chronischen und therapieresistenten Krankheitsphasen in einem erheblichen prozentualen Anteil zu versorgen.</p> <p>übereinstimmend mit unseren Aussagen zu §2 Abs. 8 (s.o.) ist die äußerst geringe Einstufung der Behandlungstage in diese Behandlungsbereiche eher der Diskrepanz zwischen Versorgungsrealität und Grundsystematik (Minutenwerte) der PPP-RL bzw. Psycho-PV zuzuordnen als dem Umstand, dass diese Patientengruppe in der Versorgungsrealität nicht mehr identifizierbar ist. Mit der zunehmenden Behandelbarkeit von Schwer- und Mehrfachkranken und Anwendung stationärer Psychotherapie für wachsende Anteile der (teil-) stationären Patienten- und Störungsgruppen sind die o.g. Behandlungsbereiche nicht mehr zutreffend und werden behelfsweise durch andere Behandlungsbereiche ersetzt.</p> <p>Nach Ansicht der DÄVT ist vorrangig in denjenigen Behandlungsbereichen der PPP-RL, die sich entsprechend der Auswertungen</p> | <p>und Mehrfachkranker), A5 (Psychotherapie), S4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker bei Abhängigkeitskranken), S5 (Psychotherapie bei Abhängigkeitskranken), G4 (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker in der Gerontopsychiatrie), G5 (Psychotherapie in der Gerontopsychiatrie) und KJ5 (Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) beruht auf den bisherigen Nachweisdaten. Und er entspricht damit einer Versorgungsrealität, die – wie die DÄVT selbst schreibt – Ausdruck dessen ist, dass aufgrund der <i>„zunehmenden Behandelbarkeit von Schwer- und Mehrfachkranken und Anwendung stationärer Psychotherapie für wachsende Anteile der (teil-) stationären Patienten- und Störungsgruppen... die o.g. Behandlungsbereiche nicht mehr zutreffend [sind] und behelfsweise durch andere Behandlungsbereiche ersetzt [werden].“</i> Die Langzeitbehandlung von Schwer- und Mehrfachkranken in Krankenhäusern sollte nur noch die Ausnahme darstellen, da die soziale Reintegration ggfs. durch andere Versorgungsformen langfristig im Vordergrund stehen muss.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich der langdauernden Behandlung schwer- und mehrfach Kranker.</p> <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
|--|---|--|

| | | | |
|-----------|---|--|---|
| | | <p>der GKV-SV als obsolet erweisen, eine Begleitforschung erforderlich, um für Patienten, die in diese Behandlungsbereiche einzustufen sind, eine evidenz- und leitliniengerechte Personalbemessung zu ermöglichen. Dies hätte voraussichtlich eine unmittelbar positive Auswirkung auf die Behandlungsqualität nicht nur aber auch der stationären Verhaltens-therapie für Psychotherapiepatienten bzw. Schwer- und Mehrfachkranke. Die Streichung dieser Behandlungsbereiche würde zu einem Außerachtlassen insbesondere der Langzeit- und Mehrfachkranken führen und widerspräche damit dem Anliegen der PPP-RL, ein zukunftsorientiertes Modell der Personalbemessung für die Behandlung des Gesamtspektrums psychischer Erkrankungen zu entwickeln.</p> <p>Ein Ersetzen bzw. die Streichung der o.g. Behandlungsbereiche entsprechend den Vorschlägen von GKV-SV/PatV und die Einführung eines Behandlungsbereiches A3 (Regelbehandlung mit erhöhter Psychotherapie) ist abzulehnen, weil damit die Entwicklung einer evidenz- und leitliniengerechte Personalbemessung und damit auch die Verfügbarkeit von Verhaltenstherapie insbesondere für Schwer- und Mehrfachkranke bzw. stationäre Psychotherapiepatienten erschwert wird. Mit dem Vorschlag der GKV-SV/PatV wäre lediglich eine veränderte Zusammenstellung der bereits bestehenden Minutenwerte (ohne Begleitforschung) verbunden.</p> | |
| 22 | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), 13. Juli 2022 | | |
| 22.1 | DGPPN | <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Die DGPPN bekräftigt erneut die dringende Notwendigkeit einer Erhöhung der Minutenwerte für die Erbringung von Psychotherapie in psychiatrischen Kliniken. Anderenfalls würde der gesetzliche Auftrag, mittels der Personalvorgaben eine leitliniengerechte Be-</p> | <p>GKV-SV: Kenntnissnahme und Ablehnung.</p> <p>Die PPP-RL regelt Mindestvorgaben. Diese Mindestvorgaben werden für die Berufsgruppe der Ärzte von ca. 20 % und ca. 16 % für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten von den Einrichtungen immer noch nicht erfüllt. Der Personalaufbau</p> |

| | | | |
|------|-------|---|--|
| | | <p>handlung zu ermöglichen, eindeutig verfehlt. Allerdings darf die Nicht-Erfüllung der erhöhten Minutenwerte nicht durch Strafsanktionen bewehrt werden, da es sich dabei nicht um Mindestvorgaben zur Gewährleistung der unmittelbaren Patientensicherheit, sondern um eine Vorgabe zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung handelt.</p> | <p>findet nicht entsprechend statt. Dazu gibt es von der DGPPN keine Verbesserungsvorschläge. Stattdessen werden höhere Minutenwerte verlangt, die aber von den Leistungserbringern nicht erfüllt werden müssen, was dann aber keine Konsequenzen nach sich ziehen darf. Damit die Nicht-Erfüllung nicht deutlich wird, wird parallel die Abschaffung des stationsbezogenen Nachweises gefordert. Das kann der GKV-SV nur ablehnen, denn das dient nicht seinen Versicherten.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank für den allgemeinen Hinweis.</p> |
| 22.2 | DGPPN | <p><u>1. Minutenwerte</u></p> <p>Zu Anlage 1: Minutenwerttabellen, Nr. 1 Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene: Der Vorschlag von PatV, BÄK und BPTK wird grundsätzlich unterstützt.</p> <p>Dass für eine evidenzbasierte und leitliniengerechte Behandlung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken eine Erhöhung der geltenden Minutenwerte für die Erbringung von Psychotherapie dringend geboten ist, ist sowohl in der einschlägigen Fachliteratur sowie unter Fachexperten unstrittig. Die DGPPN begrüßt deshalb eine Aufwertung der Minutenwerte für die Erbringung von Psychotherapie, wie sie von Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer und Patientenvertretung vorgeschlagen wird, grundsätzlich. Allerdings darf die Nicht-Erfüllung der Vorgaben nicht durch Strafsanktionen bewehrt werden, weil es sich nicht um Mindestvorgaben zur Gewährleistung der unmittelbaren Patientensicherheit im Sinne der Richtlinie handelt, sondern um eine leitlinienorientierte, qualitätsbezogene Vorgabe. Eine weitere Verschärfung der ohnehin sehr umstrittenen Strafsanktionen</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Zur Zeit erfüllen für die Berufsgruppe der Ärzte ca. 20 % und ca. 16 % für die Berufsgruppe der Psychotherapeuten der Einrichtungen die Mindestvorgaben nicht – und das obwohl diese in der jetzigen Übergangszeit ohnehin nur zu 90 Prozent erfüllt werden müssen. In der jetzigen Situation die Mindestvorgaben für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen weiter zu erhöhen, heißt, dass im nächsten Jahr noch mehr Einrichtungen die Mindestvorgaben nicht erfüllen können und damit nach § 2 Abs. 2 der PPP-RL die Behandlung der den Behandlungsbereichen zugeordneten PatientInnen nicht mehr zulässig ist. Dies ist eindeutig der falsche Weg. Personalaufbau geschieht nicht über die Erhöhung von Minutenwerten auf dem Papier – das zeigt die Entwicklung der vergangenen drei Jahre auf. Trotz Erhöhung der Minutenwerte insbesondere für ÄrztInnen und Psychotherapeutinnen in der Erstfassung der RL 2020 hat sich die tatsächliche Personalausstattung nicht verbessert. Hier hilft keine weitere Erhöhung, sondern nur der Einsatz von</p> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p>würde die flächeneckende regionale psychiatrische Versorgung weiter gefährden. Neben der Sanktionsfreiheit muss auch die Finanzierung der Stellenmehrungen gesichert sein.</p> <p>Wenn dies innerhalb der Systematik der PPP-RL im Rahmen der aktuellen Gesetzeslage nicht möglich ist, müssen die entsprechenden gesetzlichen Regelungen geändert bzw. geschaffen werden.</p> | <p>Konsequenzen.</p> <p>Die von BÄK, BPTK und Pat-V suggerierte Evidenz der vorgeschlagenen Minutenwerte existiert nicht. Eine Vielzahl der in den TG zitierten Studien wurde bereits 2019/2020 von der Fachberatung Medizin des G-BA als nicht belastbar eingeschätzt. Eine Evidenz zur „richtigen“ Höhe der Minutenwerte für eine leitliniengerechte stationäre psychotherapeutische Behandlung existiert unseres Wissens nicht.</p> <p>Eine stationäre Behandlung beinhaltet darüber hinaus vielfältige andere Behandlungsmethoden neben der Einzelpsychotherapie: Milieuthherapie, Gruppentherapie, Spezialtherapie, entlastenden Gespräche, motivierende Gespräche u.a.</p> <p>Die Minutenwerte daher nur für zwei Berufsgruppen zu erhöhen, entspricht nicht den fachlichen Anforderungen.</p> <p>Insgesamt müssen die Behandlungserfordernisse und Wünsche der Patienten differenziert betrachtet werden:</p> <p>Der GKV-SV schlägt deshalb alternativ eine Anpassung der Behandlungsbereiche vor mit Optimierung der Psychotherapieminutenwerte für Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Psychotherapiebedarf, die in der Lage sind, diesen auch wahr zu nehmen. Siehe dazu TrG zu §3 Behandlungsbereiche.</p> <p>Darüber hinaus weist der GKV-SV darauf hin, dass erstens in der ersten Fassung und der letzten Bearbeitung der PPP-RL die aus der Psych-PV übernommenen Minutenwerte der Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen erhöht und neue Behandlungsbereiche für komplex-psychotherapeutische Behandlung mit mehr Personal eingeführt wurden und zweitens, dass es Ziel und Zweck dieser RL ist, „geeignete Maßnahmen zur</p> |
|--|--|---|---|

| | | | |
|------|-------|--|---|
| | | | <p><i>Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest[zulegen].“ Gemäß §1 der PPP-RL sollen die in der RL festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben...“einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Die mit dieser Richtlinie festgelegten verbindlichen Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.“</i></p> <p>Dies bedeutet, dass die Erhöhung der Minutenwerte im Sinne einer Mindestvorgabe erfolgen, jedoch nicht dem Anspruch einer leitliniengerechten Behandlung genügen muss.</p> <p>PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich der Erhöhung der Minutenwerte wie von der PatV gefordert.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
| 22.3 | DGPPN | <p>Zu § 16 Übergangsregelungen: Der Vorschlag von PatV, BÄK und BPtK wird unterstützt.</p> <p>Eine schrittweise Erhöhung der Minutenwerte bis Ende 2028, wie von PatV, BÄK und BPtK vorgeschlagen, ist aus Sicht der DGPPN nicht nur sinnvoll, sondern unbedingt notwendig, denn die Erfüllung dieser Vorgaben stellt viele Krankenhäuser aufgrund des Fachkräftemangels vor große Herausforderungen. Eine Erhöhung der Minutenwerte darf nicht dazu führen, dass Kliniken, die ohne Selbstverschulden z. B. in ländlichen Gebieten aufgrund des Fachkräftemangels nicht in der Lage sind, das notwendige Personal innerhalb kurzer Zeit zu gewinnen, von Sanktionen und letztendlich einer Schließung bedroht sind. Siehe hierzu auch die obenstehenden Ausführungen zur Anlage 1.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Der GKV-SV verfolgt hier eine andere Strategie, sehr wohl in Anerkennung der derzeitigen Personalausstattung in den Einrichtungen. Siehe hierzu auch die Anmerkungen in 22.2.</p> <p>PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|------|-------|--|--|
| 22.4 | DGPPN | <p><u>2. Stationsbezug</u></p> <p>Zu § 2 Grundsätze, Nr.7 und 8: Die Vorschläge von DKG/LV/BÄK/BPtK werden unterstützt.</p> <p>Wie in der Begründung der DKG treffend erläutert, entspricht eine stationsbezogene Personalzuordnung nicht der Realität moderner psychiatrischer Kliniken. Dank stationsübergreifender Therapieangebote kann der spezifische Bedarf jedes einzelnen Patienten passgenau über den Behandlungsverlauf abgedeckt werden. Eine stationsbezogene Nachweispflicht erscheint daher unsachgemäß. Sie würde für die Krankenhäuser einen hohen Dokumentationsaufwand sowie eine unnötige Einschränkung der Flexibilität des Personaleinsatzes nach sich ziehen.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Die Mindestvorgabe ist quartals- und einrichtungsbezogen pro Berufsgruppe einzuhalten, nur die Dokumentation erfolgt stations- und monatsbezogen. Beide Maßnahmen gemeinsam machen den Kern der Richtlinie aus: die einrichtungsbezogene Mindestvorgabe schafft Flexibilität für die Einrichtungen, der zusätzliche stationsbezogene Nachweis dient der Qualitätssicherung. Eine rein einrichtungsbezogene Festlegung ohne Transparenz auf Stationsebene kann dazu führen, dass einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend – erste Auswertungen der Nachweise legen dies nahe. Eine derartige Fehlversorgung ist zum Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Außerdem sollen die stationsbezogenen Nachweise als Grundlage für die erforderlichen Änderungen der Minutenwerte und der Richtlinie dienen.</p> <p>Erste Auswertungsdaten zeigen, wie wichtig die Erhebung der Stationen für die Qualitätssicherung ist. Nur 3,5 Prozent, d. h. 110 von 2.818 therapeutischen Einheiten geben an, eine nicht-stationsbezogene Einheit mit einem innovativen Versorgungskonzept zu sein. Alle anderen Stationen wurden einem herkömmlichen Stationstyp zugeordnet. Dies entspricht auch den Erfahrungen bei den Verhandlungen zur Personalausstattung vor Ort.</p> <p>Die Station ist also in nahezu allen Einrichtungen die zentrale Organisationseinheit – auch aus Gründen der Milieutherapie und der Kontinuität der Behandelnden. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte arbeiten überwiegend stationsbezogen - das sind 80 Prozent des Personals.</p> |
|------|-------|--|--|

| | | | |
|------|-------|--|--|
| | | | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 22.5 | DGPPN | <p><u>3. Sanktionen</u></p> <p>Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben, Nr. 5 und 6: Die Position der DKG wird unterstützt.</p> <p>Die DGPPN teilt die von der DKG in der Begründung dargelegte Ansicht, dass für die Einführung von Sanktionen eine grundsätzliche Überarbeitung der PPP-RL abgewartet werden sollte. Die derzeitige Systematik der Richtlinie ist veraltet und sollte schnellstmöglich durch eine moderne, evidenzbasierte Systematik ersetzt werden. Die DGPPN hat, gemeinsam mit anderen Verbänden der Plattform Personalbemessung, einen entsprechenden Vorschlag erarbeitet, der derzeit mithilfe einer Förderung durch den Innovationsfonds des G-BA validiert wird.</p> <p>Wenn Sanktionen bereits vor einer grundlegenden Überarbeitung der Richtlinie greifen, besteht die Gefahr, dass Krankenhäuser gezwungen sind, z. B. einrichtungs- und stationsübergreifende sowie settingübergreifende Behandlungsformen zu reduzieren, um die Vorgaben der Richtlinie zu erfüllen. Zudem wären kleinere Einheiten wie alleinstehende Tageskliniken von Schließungen bedroht. Dies würde einen Rückschritt auf dem Weg zu einer gemeindenahen, bedarfsgerechten und patientenzentrierten Versorgung bedeuten.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Der GKV-SV hat vorgeschlagen vor dem Hintergrund des schleppenden Personalaufbaus die Übergangsfrist zur Erfüllung von 100 % der Mindestvorgaben um zwei Jahre auf den 1.1.2026 nach hinten zu verschieben. Dies führt zu einer deutlichen Entlastung der Einrichtungen. Eine weitere Aussetzung der Sanktionen halten wir dagegen für das falsche Signal.</p> <p>In der jetzigen Fassung der PPP-RL ist überdies die Psychosomatik ohnehin bis zum 1.1.2024 von dem Vergütungsabschlag nach Paragraph 13 Abs. 8 bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten befreit. Bis dahin sind es noch eineinhalb Jahre. Insgesamt sind damit fünf Jahre seit Inkrafttreten der Richtlinie zum 1.1.2020 vergangen. Nach Ansicht des GKV-SV ist es nun an der Zeit, mangelnder Erfüllung der gestuft eingeführten Mindestvorgaben auch Konsequenzen folgen zu lassen. Ohne Sanktionen bleibt die PPP-RL wirkungslos. Das hat die Psych-PV in über 30 Jahren Anwendung deutlich gezeigt. Die hier aufgeführten Probleme kleinerer Standorte und Tageskliniken müssen anders gelöst werden und können nicht dazu führen, dass insgesamt die Sanktionen erneut verschoben werden.</p> <p>Erste Auswertung der PPP-RL Nachweise sowie die von ver.di oben zitierte Umfrage auf den Stationen der Erwachsenenpsychiatrie zeigen, wie wichtig es ist, dass Unterschreitungen der Mindestvorgabe nun endlich Konsequenzen folgen müs-</p> |

| | | | |
|------|-------|---|---|
| | | | <p>sen. Bei der PPP-RL handelt es sich um eine für die Einrichtungen verbindliche Richtlinie, deren Nicht-Erfüllung nach einer nun dreijährigen Übergangszeit Folgen zeitigen muss.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 22.6 | DGPPN | <p><u>4. Ausnahmen für „stand-alone“ Tageskliniken</u></p> <p>Zu § 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad, Nr. 4 sowie § Ausnahmetatbestände, Nr. 3: Die Position der DKG wird unterstützt.</p> <p>Die DGPPN unterstützt das Ansinnen der DKG, Ausnahmen für dezentrale kleine Tageskliniken einzuführen. Alleinstehende Tageskliniken leisten insbesondere in unterversorgten Regionen einen enorm wichtigen Beitrag zu einer gemeindenahen Versorgung. Gleichzeitig ist es für diese Einrichtungen aufgrund ihrer dezentralen Lage häufig besonders schwierig, schnell auf Personalengpässe zu reagieren. Eine sanktionsbedingte Schließung dieser Angebote wäre fatal, da der Ausfall nicht durch alternative Angebote abgedeckt werden könnte. Die Regeln für die Einhaltung der Personalvorgaben sollten für entsprechende Standorte deswegen im Vergleich zu Krankenhäusern leicht gelockert werden.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Die Auswertungen der Nachweise zeigen erstens keinen Regelungsbedarf für ausschließlich kleine Einrichtungen oder kleine teilstationäre Einrichtungen. Im Gegenteil, diese erfüllen die Vorgaben zu größeren Anteilen als Einrichtungen mit mehr Betten. Zweitens ist es aus fachlicher Sicht wichtig, dass auch kleine Einrichtungen, wie „Stand alone Tageskliniken“ einen gewissen Behandlungsstandard anbieten müssen. Dieser ist nur gewährleistet, wenn ausreichend Personal vor Ort ist. Zu beachten ist dabei, dass es sich bei einer tagesklinischen Behandlung immerhin um eine teilstationäre und nicht um eine ambulante Behandlung handelt. Eine kleinere Bettenanzahl darf nicht zu einem schlechteren Behandlungsniveau führen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 22.7 | DGPPN | <p><u>5. Streichung von Behandlungsbereichen</u></p> <p>Zu § 3 Streichung der Behandlungsbereiche A4, A5, S4, S5, G4 und G5 zugunsten eines neuen Bereiches A3 sowie Anlage 2: Die Position des GKV wird abgelehnt.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Der G-BA ist gehalten, auf der Grundlage der Nachweisdaten die Weiterentwicklung der Richtlinie vorzunehmen und gleichzeitig auf eine Entbürokratisierung zu achten. Die Behandlungstage in den Behandlungsbereichen A4, A5, S4, S5G4,</p> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | | <p>Die PPP-RL basiert in allen wesentlichen Punkten auf dem Regelwerk der Psych-PV. Solange keine gravierende und fundierte Überarbeitung der PPP-RL stattgefunden hat, sollte daher auf eine einseitige Veränderung von Rahmenbedingungen verzichtet werden.</p> <p>Es gibt derzeit keine fundierten Kenntnisse, ob die Bedeutung der Behandlungsbereiche tatsächlich entfällt und falls dem so ist, wie sich der Umstand auf die Mindestvorgaben auswirken würde.</p> <p>Die Behandlungsbereiche wurden in der Psych-PV aus gutem Grund definiert und im kompletten Regelwerk verankert. Insofern ist eine Streichung abzulehnen.</p> | <p>G5, KJ5 nehmen nur einen sehr geringen Teil der Gesamtbehandlungstage ein (je zwischen 0,02 bis 1,6 Prozent). In vielen Krankenhäusern werden sie überhaupt nicht mehr kodiert. Die o.g. Behandlungsbereiche zeichnen sich auch nicht durch eine durchschnittlich höhere Personalausstattung als die anderen Bereiche aus, sodass eine Abschaffung zu keinen Verwerfungen in der Personalausstattung führt.</p> <p>Die Einstufung in die Behandlungsbereiche, die nach dem Vorschlag des GKV-SV neu durch OPS-Kodes definiert werden, verringert den Dokumentationsaufwand erheblich und ist gleichzeitig genauer als die aufwändige 14tägige Stichtagserhebung. Die OPS-Kodes können automatisiert aus dem Krankenhausinformationssystem übernommen werden. Voraussetzung dafür ist eine detaillierte Abstimmung der Behandlungsbereiche mit den zuzuordnenden OPS-Kodes. Die OPS-Kodes sind zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart in den Routinedaten anzugeben. Auf Grundlage der Kodierung der Behandlungsarten des OPS kann die Anzahl der Behandlungstage direkt und vollständig ermittelt werden.</p> <p>Da die Kodierung der Behandlungsarten nach OPS mit Aufnahme, potentiell Wechsel und Entlassung zu erfolgen hat, kann unmittelbar nach Abschluss des Quartals eine Ermittlung der Behandlungstage anhand der ohnehin vorliegenden Routinedaten erfolgen. Soweit die Behandlung über das Quartalende hinaus fortgesetzt wird, sind nur die Kalendertage innerhalb des abgelaufenen Quartals zu berücksichtigen. Endet die vollstationäre Behandlung am letzten Kalendertag des Quartals oder beginnt eine über Mitternacht hinausgehende</p> |
|--|--|---|---|

| | | | |
|------|-------|--|---|
| | | | <p>Abwesenheit, so ist dieser Tag nicht als Behandlungstag zu berücksichtigen.</p> <p>Durch den Wegfall der Stichtagserhebung kann der Dokumentationsaufwand in der Umsetzung der Richtlinie erheblich reduziert werden. Bei den ca. 1.300 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die zusätzliche Durchführung von insgesamt 34.000 Stichtagserhebungen mit ca. 1,9 Mio. Patientinnen und Patienten ersatzlos entfallen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 22.8 | DGPPN | <p><u>6. Überführung der Eingruppierungsempfehlungen für Behandlungsbereiche in OPS-Codes</u></p> <p>Zu § 6 Überführung der Eingruppierungsempfehlungen für Behandlungsbereiche in OPS-Codes sowie Anlage 2: Der GKV-Vorschlag wird abgelehnt.</p> <p>Die Argumentation der DKG in den Tragenden Gründen wird vollumfänglich unterstützt.</p> <p>So wünschenswert eine Begrenzung der administrativen Bürokratie wäre, so wenig hilfreich ist es, einen Vorschlag umzusetzen, zu dem keine Folgenabschätzung vorliegt und der zu-nächst einen deutlichen administrativen Mehraufwand bedeuten würde.</p> <p>Obwohl der Vorschlag auf Standarddaten abstellt, die regelhaft bereits vorliegen, müssten diese aber dennoch zur Umsetzung des Vorschlags des GKV-SV aufbereitet und in die restliche Struktur der PPP-RL Berechnungen gebracht werden. In dieser Art liegen die</p> | <p>GKV-SV: siehe unsere Bewertung unter 22.7.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|-----------|--|--|---|
| | | Daten bis-lang nicht vor. Kurzfristig wäre der Vorschlag somit sicherlich auch nicht bei allen Beteiligten umzusetzen. Zudem wird aus dem formulierten Vorschlag nicht klar, wie die Auswertung letztlich genau vorgenommen werden muss und wie die Kategorisierung abgebildet wird. Der Vorschlag erscheint an sich nicht völlig abwegig, sollte aber vor einer praktischen Umsetzung umfassend evaluiert und in der klinischen Praxis erprobt werden. Es ist nicht im Interesse aller Beteiligten, die Krankenhäuser und Abteilungen durch kurzfristige Aktionen mit weiterem vermeidbarem Aufwand zu konfrontieren. | |
| 23 | Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., 13. Juli 2022 | | |
| 23.1 | Dachverband Gemeindepsychiatrie | <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Der Dachverband Gemeindepsychiatrie sieht drei wesentliche Punkte, von denen seine Mitgliedsorganisationen - regionale gemeindepsychiatrische Erbringer von Leistungen aus allen einschlägigen Bänden des Sozialgesetzbuchs - betroffen sind und auf die sich diese Stellungnahme beschränkt.</p> | <p>PatV/GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank für den allgemeinen Hinweis.</p> |
| 23.2 | Dachverband Gemeindepsychiatrie | <p>1. Existenzgefährdung gemeindepsychiatrischer Klinikeinrichtungen</p> <p>Die Regelungen in §§ 11 und 13 der Richtlinie führen für dezentral organisierte, in die regionale Versorgung integrierte Klinikeinheiten - in der Mehrzahl Tageskliniken - mit multiprofessionellen Teams mit bis zu 10 Mitgliedern zu absurden Situationen in Urlaubs- und Krankheitssituationen. In solchen Teams ist jede Berufsgruppe mit nur ein bis zwei Personen vertreten, ggf. mit Ausnahme der Pflege. Diese müssen bei Abwesenheit nach den Vorgaben der PPP-RL vollzeitig und berufsgruppenspezifisch ersetzt</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Dezentral organisierte Klinikeinheiten wie beispielweise Tageskliniken unterliegen als teilstationäre Leistungserbringer der PPP-RL. Der Hinweis auf die meist auch geringere Tagesplatzgröße rechtfertigt nicht eine Sonderstellung im Sinne des Vorrechts auf eine möglicherweise mangelhafte therapeutische Versorgung. Immerhin handelt es sich nicht um eine ambulante Versorgung. Auch darf eine kleinere Anzahl an Behandlungsplätzen bzw. Betten nicht zu einem schlechteren Behandlungsniveau führen. Die ersten Nachweise zeigen im</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>werden; dies kann häufig nicht durch andere reguläre Teammitglieder geleistet werden.</p> <p>Soweit es sich um ausgelagerte Standorte größerer Kliniken handelt, mag ein Ersatz theoretisch immerhin möglich sein, der ggf. anreisende Oberarzt oder Ergotherapeut kennt dann aber die Patienten nicht (umgekehrt ebenso wenig) und fehlt außerdem in seiner regulären Einheit. Selbständige Tageskliniken haben selbst diese Möglichkeit nicht, sie können nicht für jede Berufsgruppe Ersatzkräfte zusätzlich vorhalten, nur um die formellen Mindestvorgaben einzuhalten.</p> <p>Ein solcher berufsgruppenspezifischer Ersatz ist im Übrigen fachlich auch nicht erforderlich. Die multiprofessionellen Teams kleiner Klinikeinheiten arbeiten durchweg mit Abwesenheitsvertretungen über die Berufsgruppen hinweg und legen die individuellen Zuständigkeiten ihrer Ärzt*innen und der übrigen Berufsgruppen so fest, dass vorübergehende Abwesenheiten ohne Brüche in der personellen Kontinuität der Einzelbetreuung verkraftet werden. Dieses Vorgehen hat sich seit Gründung der ersten dezentralen Tageskliniken vor mehr als fünfzig Jahren überall etabliert.</p> <p>Eine schematische Anwendung der Vorschriften der §§ 11 und 13 der PPP-RL würde absehbar zur Schließung kleiner gemeindepsychiatrischer Klinikeinheiten führen. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie sieht darin einen Verlust der Errungenschaften der letzten Jahrzehnte, deren Entwicklung ja gerade zur Dezentralisierung großer Versorgungskliniken und zur Integration stationärer und vor allem teilstationärer klinischer Angebote in regionale gemeindepsychiatrische Verbundstrukturen geführt hat. Diese Entwicklung sollte im Interesse schwer psychisch erkrankter Patienten unbedingt gefördert und keinesfalls behindert oder gefährdet werden.</p> | <p>Gegenteil, dass für ausschließlich kleine Einrichtungen oder kleine teilstationäre Einrichtungen kein gesonderter Regelungsbedarf besteht. Denn gerade die kleinen auch teilstationären Einrichtungen erfüllen die Vorgaben zu größeren Anteilen als Einrichtungen mit mehr Betten. Aus fachlicher Sicht ist unverzichtbar, dass auch kleine Einrichtungen einen gewissen Behandlungsstandard anbieten müssen. Dieser ist nur gewährleistet, wenn ausreichend Personal vor Ort ist. Zu beachten ist dabei, dass es sich bei einer tagesklinischen Behandlung immerhin um eine teilstationäre und nicht um eine ambulante Behandlung handelt.</p> <p>Im Übrigen sei angemerkt, dass gemäß § 8 Anrechnung von Berufsgruppen Abs 3 eine Anrechnung zwischen den Buchstaben a und c sowie b, d, e und f möglich ist, sofern die angerechnete Berufsgruppe nach § 5 Regelaufgaben gemäß Anlage 4 der Berufsgruppe erbringt, bei der die Anrechnung erfolgen soll. Dies allein gewährleistet bereits eine weitreichende Flexibilität, zu der weitere Anrechnungsmöglichkeiten gemäß Abs 4 und 5 noch hinzukommen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
|--|---|--|

| | | | |
|------|---------------------------------|---|--|
| | | <p>Wir schlagen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - § 11 PPP-RL und die entsprechenden Anlagen sind so zu modifizieren, dass eine Abwesenheit in der für Urlaub und akute Erkrankungen typischen Zeitspanne - z. B. bis zu sechs Wochen - nicht ersetzt werden muss. - Soweit der Einsatz von Ersatzkräften erforderlich wird, muss er berufsgruppenübergreifend möglich sein. Mindeststandards sollten allerdings die jederzeitige Anwesenheit einer ärztlichen und einer pflegerischen Kraft bleiben. - Die Nachweispflichten gemäß § 11 PPP-RL dürfen für kleine regional verankerte Klinikeinheiten nicht sanktionsbewehrt sein, die Vorschriften des § 13 sind auszusetzen. - Erst bei Vorliegen der Evaluationen gemäß §§ 14 und 15 PPP-RL sollen auf der Grundlage ihrer Ergebnisse erforderlichenfalls Nachweispflichten und Sanktionen für diese Einheiten in einer entsprechend angepassten Form erarbeitet werden. | |
| 23.3 | Dachverband Gemeindepsychiatrie | <p>2. Stärkung der extraklinischen Kooperation</p> <p>Wir vermissen die Berücksichtigung der Kooperation zwischen Klinikmitarbeiter*innen und ambulanten Leistungserbringern, insbesondere niedergelassenen Ärzten, Psycho- und Soziotherapeuten sowie Pflegediensten, aber auch Einrichtungen der Eingliederungshilfe, der Arbeitsförderung oder der Familienhilfe. Solche Kooperationen sind bei vielen Patienten regelhaft erforderlich, sei es, dass sie entsprechende Leistungen schon vor der Aufnahme erhalten haben oder dass diese im Rahmen des Entlassmanagements neu anzubahnen sind.</p> <p>Gemeint ist hier keineswegs nur die Berufsgruppe der Sozialarbeit,</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Ziel und Zweck der PPP-RL ist gemäß § 136a Absatz 2 SGB V <i>„geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest[zulegen]. Dazu werden insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung bestimmt. Die Mindestvorgaben sollen einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten.“</i></p> <p>Die Beschreibung von Tätigkeiten mit Außenkontakten, die in</p> |

| | | | |
|------|---------------------------------|---|---|
| | | <p>sondern ebenso das ärztliche Personal, die Gruppe der Psychologen/Psychotherapeuten, die Pflege und ggf. auch Spezialtherapeuten; sie alle sollten mit ihren ambulant tätigen Pendanten idealerweise ab dem Tag der Aufnahme und dann fortlaufend im Austausch stehen.</p> <p>Die mangelhafte sektorenübergreifende Kooperation wurde im Übrigen kürzlich auch vom Sachverständigenrat (Jahresgutachten 2018, Kap. 16) in einem eigenen Kapitel zur psychiatrischen Versorgung beklagt.</p> <p>Wir schlagen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die PPP-RL sollte in den Minutenwerttabellen die personellen Voraussetzungen dafür schaffen, dass alle Berufsgruppen sich aktiv an fallbezogener sektorenübergreifender Zusammenarbeit beteiligen. Es handelt sich hier nicht um Luxusversorgung, sondern um einen Mindeststandard. | <p>jeder Phase des stationären Aufenthaltes ggfs. erforderlich sind, finden sich in den Regelaufgaben in Anlage 4. Deren Überarbeitung und Weiterentwicklung stand nicht im Fokus dieser Richtlinienänderung, ist aber vorgesehen. Der GKV-SV wird prüfen, inwieweit eine Stärkung dieses Tätigkeitsaspektes insbesondere in die zu überarbeitenden Regelaufgaben der entsprechenden Berufsgruppen nach § 5 eingebracht werden kann. Eine gesonderte Ausweisung in den Minutenwerten würde sich als zu kleinteilig erweisen und ist deshalb nicht vorgesehen.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
| 23.4 | Dachverband Gemeindepsychiatrie | <p>3. Genesungsbegleitung ist eine eigene Pflichtleistung</p> <p>In unserer Stellungnahme zum Beschlussentwurf zur Änderung der PPP-RL im September 2020 haben wir bereits darauf hingewiesen, dass die PPP-RL die neue Leistungsart der Genesungsbegleitung nur halbherzig berücksichtigt, indem sie sie zwar in § 9 (2) benennt, aber nicht in den Katalog der regulär tätigen Berufsgruppen gemäß § 5 (2) aufnimmt. Je länger dieser Zustand bestehen bleibt, umso mehr fällt die PPP-RL hinter internationale Standards und die wachsende Praxis auch in Deutschland zurück.</p> <p>In der jetzigen Situation fehlt ein formulierter Mindeststandard für Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Klinikbehandlung in Deutschland. Nach unserem Eindruck behelfen Kliniken sich teil-</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Mit dem vorliegenden Änderungsentwurf wurde die Stellung der Genesungsbegleitung gestärkt. Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter können einen wertvollen Beitrag zum Behandlungserfolg leisten, indem sie insbesondere eine Vermittlerrolle zwischen den Berufsgruppen nach § 5 und den Patientinnen und Patienten einnehmen. Sie erbringen jedoch keine Regelaufgaben der Berufsgruppen nach § 5, weshalb eine Anrechnung bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 7 nicht zulässig ist.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|-----------|--|--|---|
| | | <p>weise damit, dass sie Genesungsbegleiter*innen in anderen Berufsgruppen „unterbringen“ und somit deren eigene Leistungen schwächen.</p> <p>Wir schlagen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spätestens mit der nächsten Überarbeitung sind die Genesungsbegleiter*innen in § 5 Absatz 2 als zusätzliche Berufsgruppe aufzunehmen und mit eigenen Minutenwerten in die Richtlinie einzuarbeiten. | |
| 24 | Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT), 13. Juli 2022 | | |
| 24.1 | DGPT | <p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Grundsätzlich unterstützt die DGPT unbedingt die Bemühungen der PPP-RL, zu einer vernünftigen und verbindlichen Mindest-Personalausstattung in den entsprechenden Einrichtungen zu kommen, um eine psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau zu gewährleisten.</p> <p>Der Gesetzgeber wollte ausdrücklich eine Stärkung der Psychotherapie. Dies kann nicht allein durch eine Ergänzung der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgen, sondern nur durch eine Erhöhung der Personalressourcen, die Psychotherapie im engeren Sinn erbringen, d.h. von Ärztinnen und Ärzten und Psycho-therapeutinnen und Psychotherapeuten.</p> <p>Die Erhöhung der Minutenwerte pro Patientinnen und Patienten und pro Woche der oben genannten Berufsgruppen sorgt dafür, dass bei komplex erkrankten Patientinnen und Patienten mehr Psychotherapie erbracht werden kann.</p> | <p>PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich der Erhöhung der Minutenwerte für Ärzte und Psychotherapeuten wie von der PatV gefordert.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme des allgemeinen Hinweises.</p> |

| | | | |
|------|------|--|--|
| | | <p>Aufgrund der Tatsache, dass bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung der Mindestvorgaben fehlen und die Studien hierzu derzeit noch laufen, begrüßen wir ausdrücklich, dass die Sanktionsmaßnahmen im Jahr 2023 noch ausgesetzt werden. Wir unterstützen deshalb die Forderung, die Ermittlung der Personalmindestausgaben in 2023 auszusetzen.</p> <p>Bzgl. der Nachweispflicht fürchten wir enorme bürokratische Aufwendungen. Hier sollten Vereinfachungen unbedingt möglich werden. Somit unterstützen wir alle Bestrebungen der Änderungsfassung, die eine Verschlankung der Nachweispflicht ermöglichen.</p> <p>Im Einzelnen unterstützen wir folgende Änderungsvorschläge:</p> | |
| 24.2 | DGPT | <p>§ 2 Grundsätze</p> <p>§ 2 (3) Wir unterstützen den Vorschlag der DKG.</p> <p>In der Psychosomatik findet der größte Teil der Leistungserbringung und therapeutischen Maßnahmen tagsüber statt.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Der GKV-SV sieht Mindestvorgaben für den pflegerischen Nachtdienst derzeit nur für die Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie vor. Explizit ausgenommen von Mindestvorgaben für den Nachtdienst sind Einrichtungen der Psychosomatik (siehe dazu auch TrG zu § 6 zu Abs 7, Seite 16).</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> |
| 24.3 | DGPT | <p>§ 2 (7) und (8): wir unterstützen den Vorschlag der BPTK.</p> <p>Eine Verkleinerung der Organisationseinheiten (auf die Organisationseinheit Station statt der Organisationseinheit Abteilung) erscheint uns nicht sinnvoll. Eine höhere Flexibilität zum Einsatz des Personals sollte gewährleistet werden, um einerseits eine leitlini-</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Es ist anzumerken, dass die RL derzeit eine stations- und monatsbezogene Dokumentation vorsieht. Der GKV-SV spricht sich explizit für eine Beibehaltung der in der derzeitigen Fassung der RL verankerten monats- und stationsbezogenen Dokumentation zur Gewinnung der für die Weiterentwicklung</p> |

| | | | |
|------|------|--|---|
| | | engerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Vorgaben sicherstellen zu können und andererseits den bürokratischen Aufwand in Grenzen zu halten. | der PPP-RL erforderlichen Transparenz aus. PatV: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. |
| 24.4 | DGPT | § 2 (10) wir unterstützen den Vorschlag der PatV. | PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. |
| 24.5 | DGPT | § 2 (11) wir unterstützen den Vorschlag GKV-SV, PatV – aktuell ist eine Spezifizierung bezüglich des Nachtdienstes noch nicht möglich. | GKV-SV: Kenntnisnahme und Dank. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. Die Kliniken müssen auch für die Nachtdienste die Möglichkeit haben, über die Mindestvorgaben hinausgehende Personalbedarfe in den Budgetvereinbarungen deutlich machen zu können. |
| 24.6 | DGPT | § 2 (12) wir unterstützen den Vorschlag der BÄK/DKG. | PatV: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. |
| 24.7 | DGPT | § 3 Behandlungsbereiche § 3 (1) Wir unterstützen eine höhere Ausdifferenzierung und die Beibehaltung von A4 und A5, bzw. S 4 und S 5, G4 und G5– Vorschlag der DKG Im Bereich der Psychosomatik plädieren wir für eine weitere Ausdifferenzierung – wir folgen zwar der Anpassung der Minutenwerte im Vorschlag der BPtK (Anlage 1) - sehen hier aber die Notwendigkeit, eine weitere Eingruppierungsmöglichkeit zu schaffen. | GKV-SV: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme. |

| | | | |
|------|------|---|---|
| | | <p>Es wird je nach Konzept und Ausrichtung einer Organisationseinheit zum Beispiel mehr somatische Abklärung notwendig, dafür weniger konkrete Psychotherapie möglich sein, oder aber auch, wie von der BPTK gefordert, mehr Einzeltherapie notwendig sein, um eine intensive Therapie zu gewährleisten. Hier ist eine sachgerechte und aufwandsgerechte Erweiterung und Differenzierung um weitere Ziffern/Bereiche notwendig – jedoch sollte sich diese an den empirischen Daten, die derzeit erhoben werden, orientieren.</p> <p>Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Mehrzahl der in psychosomatischen Kliniken</p> <p>(teil-)stationär behandelten Patientinnen und Patienten neben der psychischen Erkrankung zusätzlich an chronischen körperlichen Erkrankung leiden. Die psychosomatische und psychopharmakologische Behandlung muss daher hinsichtlich des Settings, des therapeutischen Vorgehens sowie der Dosis auf die Ausprägung und Interaktion der genannten Merkmale bestmöglich zugeschnitten werden.</p> | |
| 24.8 | DGPT | <p>§ 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag – und Nachtdienste</p> <p>Wir unterstützen die Vorschläge der PatV.</p> <p>In der Tagesklinik ist zu berücksichtigen, dass das Pflegepersonal länger vor Ort sein muss als die Patientinnen und Patienten, auch um Krisen auffangen zu können.</p> <p>An den Wochenenden ist in der Psychosomatik in der Regel weniger Pflegepersonal notwendig, was zu berücksichtigen ist.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme wie von der PatV gefordert.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Bezüglich der Zeitfenster von Tag- und Nachtdienst wurde sich an der Systematik der PsychPV orientiert. Durch den Zusatz unter §4 Abs. 4 PPP-RL „Anfangs- und Endzeiten können variieren“, sind keine festen Dienstzeiten vorgeschrieben und die Dienstzeiten können somit den Gegebenheiten in der Praxis angepasst werden.</p> |

| | | | |
|-------|------|---|--|
| 24.9 | DGPT | <p>§ 5 Berufsgruppen</p> <p>Wir unterstützen die Vorschläge der BPtK.</p> <p>In § 5 (1) b fehlt die Nennung der medizinischen Fachangestellten, deren Ausbildung und die Einsatzbereiche in der psychosomatischen Medizin die Voraussetzungen erfüllen für die Eingliederung in die Gruppe der Pflege.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Erläuterung: Der Systematik der Psych-PV folgend, wurden diejenigen Berufsgruppen innerhalb dieser Richtlinie abgebildet, die bereits bei den jeweiligen Regelaufgaben und Minutenwerten der Psych-PV aufgeführt wurden. Die Berufsgruppe der Medizinischen Fachangestellten zählt nicht unter diese Berufsgruppen gemäß § 5. Eine begrenzte Anrechnung von Fachkräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen ist jedoch gemäß § 8 Abs. 5 möglich.</p> |
| 24.10 | DGPT | <p>§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der BPtK, fordern jedoch zunächst eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche.</p> <p>§ 6 (6): Es ist nicht nachzuvollziehen, warum die Minutenwerte um 10 % verringert werden, wenn es sich nicht um eine Versorgungseinrichtung handelt, da die leitliniengerechte Therapie mit den entsprechenden Minutenwerten auch in Kliniken ohne Versorgungsauftrag durchgeführt wird.</p> | <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 24.11 | DGPT | <p>§ 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad</p> <p>Bezüglich der Nachtdienste unterstützen wir den Vorschlag der PatV.</p> | <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
| 24.12 | DGPT | <p>§ 8 Anrechnung der Berufsgruppen</p> <p>§ 8 (3) wir unterstützen den Vorschlag der PatV und DKG.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|-------|------|---|--|
| | | Auch hier benötigt es in der Zukunft eine Ausdifferenzierung der Personalmindestvorgaben aufgrund der hohen Diversität der psychosomatischen Einrichtungen. Solange hierzu noch keine ausreichenden Daten vorliegen, ist eine Anrechnung der Berufsgruppen c auf b, d, e und f sinnvoll. | DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. |
| 24.13 | DGPT | <p>§ 8 (5) wir unterstützen den Vorschlag der BPtK und DKG sowie PatV bis 2023, außerdem den Vorschlag zu (6) der BPtK</p> <p>Außerdem halten wir es für sinnvoll, dass die Berufsgruppen der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zusammengelegt werden, um auch hier die Verteilung für spezifische Konzepte flexibler handhaben zu können. Unbedingt sollte jedoch eine Anrechnung der jeweiligen Berufsgruppen gegenseitig möglich sein.</p> | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme zu § 8 Abs. 5.</p> |
| 24.14 | DGPT | <p>§ 10 Ausnahmetatbestände</p> <p>§ 10 (1) 1. Wir unterstützen der Vorschlag der DKG, da sich die Erfüllung der Mindestvorgaben aus der Tatsache ergibt, ob in jeder einzelnen Berufsgruppe der Umsetzungsgrad gleich oder über 100% ist. Sich hier auf das gesamte Personal zu beziehen, ist nicht folgerichtig und sachgerecht.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Der Ausnahmetatbestand muss für kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle beim gesamten Personal gelten. Wenn – wie gefordert – als Ausnahmetatbestand bereits gelten würde, dass eine einzelne Berufsgruppe krankheitsbedingt in einem Ausmaß von 15 Prozent ausfällt, könnte man mit dem Ausfall in einer kleinen Berufsgruppe, ggf. mit der Krankheit nur weniger Angestellten, die gesamte Mindestvorgabe für die Einrichtung aushebeln.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|-------|------|---|--|
| 24.15 | DGPT | <p>§ 10 (1) 3. Wir unterstützen den Vorschlag der DKG. Es ist nachvollziehbar, dass es für kleinere Einrichtungen schwerer sein kann, innerhalb eines Quartals die Personallücken bei Krankheit zu schließen.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Hierzu ist festzustellen, dass die Auswertungen der bisherigen Nachweise keinen Regelungsbedarf für ausschließlich kleine Einrichtungen oder kleine teilstationäre Einrichtungen erkennen lassen. Im Gegenteil, diese erfüllen die Vorgaben zu größeren Anteilen als Einrichtungen mit mehr Betten. Auch ist aus fachlicher Sicht unabdingbar, dass kleine Einrichtungen wie „Stand alone Tageskliniken“ ebenso wie größere Einrichtungen einen gewissen Behandlungsstandard anbieten müssen. Dieser ist nur gewährleistet, wenn ausreichend Personal vor Ort ist. Immerhin handelt es sich bei einer tagesklinischen Behandlung um eine teilstationäre und nicht um eine ambulante Behandlung. Eine kleinere Bettenanzahl darf nicht zu einem schlechteren Behandlungsniveau führen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 24.16 | DGPT | <p>§ 11 Nachweisverfahren und Anlage 3 § 11 (1) wir unterstützen den Vorschlag der BPtK.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Die Mindestvorgabe ist quartals- und einrichtungsbezogenen pro Berufsgruppe einzuhalten, die Dokumentation erfolgt stations- und monatsbezogen. Beide Maßnahmen gemeinsam machen den Kern der Richtlinie aus: die einrichtungsbezogene Mindestvorgabe schafft Flexibilität für die Einrichtungen, der zusätzliche stationsbezogene Nachweis dient der Qualitätssicherung. Eine rein einrichtungsbezogene Festlegung ohne Transparenz auf Stationsebene kann dazu führen, dass einzelne Stationen sehr gut personell ausgestattet sind und andere völlig unzureichend – erste Auswertungen der Nachweise legen dies nahe. Eine derartige Fehlversorgung ist zum</p> |

| | | | |
|-------|------|--|--|
| | | | <p>Schutz der Patientinnen und Patienten zu verhindern. Außerdem sollen die stationsbezogenen Nachweise als Grundlage für die erforderlichen Änderungen der Minutenwerte und der Richtlinie dienen.</p> <p>Erste Auswertungsdaten zeigen, wie wichtig die Erhebung der Stationen für die Qualitätssicherung ist. Nur 3,5 Prozent, d. h. 110 von 2.818 therapeutischen Einheiten geben an, eine nicht-stationsbezogene Einheit mit einem innovativen Versorgungskonzept zu sein. Alle anderen Stationen wurden einem herkömmlichen Stationstyp zugeordnet. Dies entspricht auch den Erfahrungen bei den Verhandlungen zur Personalausstattung vor Ort.</p> <p>Die Station ist also in nahezu allen Einrichtungen die zentrale Organisationseinheit – auch aus Gründen der Milieuthherapie und der Kontinuität der Behandelnden. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte arbeiten überwiegend stationsbezogen - das sind 80 Prozent des Personals.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 24.17 | DGPT | <p>§ 11 (3), (6), (12): wir unterstützen die Vorschläge der DKG.</p> <p>Stationsbezogene Nachweise erhöhen die Bürokratisierung und zwingen zu einer künstlichen Zuteilung des Personals zu einzelnen Stationen, auch wenn es stationsübergreifend arbeitet. Außerdem verhindert es eine flexible Vertretungsregelung.</p> <p>Eine Nachweispflicht 14 Tage nach Ende des Quartals wird in vielen Fällen das Controlling sehr unter Druck setzen, kurzfristige Meldungen erfordern einen hohen Verwaltungsaufwand, eine</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme, siehe unsere Bewertung zu 24.16.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|-------|------|--|---|
| | | Fristsetzung von sechs Wochen erscheint uns sinnvoller. | |
| 24.18 | DGPT | <p>§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</p> <p>§ 13 (5) Wir unterstützen den Vorschlag der DKG, den Vergütungsausfall bis Ende 2024 auszusetzen und die Resultate der aktuell laufenden Studien abzuwarten.</p> <p>Es ist nicht vertretbar, dass schon jetzt Anpassungen des Personals geschehen, um drohenden Sanktionen zu entgehen, ohne dass die Personalvorgaben sich an den bisherigen therapeutischen Vorgehen und empirisch begründeten etablierten Behandlungskonzepten orientieren.</p> <p>Es ist zu befürchten, dass zu früh einsetzende Sanktionen ohne Überprüfung der Personalvorgaben zu einer Negativspirale führen und gerade kleinere Häuser, die für die wohnort-nahe Versorgung zentral sind, schließen müssen.</p> <p>Deshalb begrüßt die DGPT den Vorschlag der DKG, dass die Ermittlung und Umsetzung der Personalmindestvorgaben sowie Sanktionsmaßnahmen bis zum Jahr 2025 weiter aus-gesetzt werden.</p> <p>Es fehlen in der Psychosomatik bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben. Diese Daten werden derzeit in Studien erhoben. Aufgrund der Pandemiebedingungen wird mehr Zeit zur Umsetzung und Auswertung der Studien benötigt. Mit validen Daten ist frühestens Mitte 2024 zu rechnen. Somit ist es wünschenswert, dass diese noch weiter zu erhebenden Daten bei der aktuellen und zukünftigen Überarbeitung der PPP-RL Berücksichtigung finden. Es gibt berufsgruppenübergreifend einen großen Konsens, den Umfang psychotherapeutischer Behandlungen in der stationären Versorgung aufrecht zu erhalten und für spezielle Bereiche auch auszubauen.</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Ablehnung.</p> <p>Eine generelle Verschiebung der Sanktionierung wird vom GKV-SV abgelehnt. Er sieht ein differenziertes Vorgehen vor, nicht verkennend, dass die bisher zur Verfügung stehende Zeit von den Einrichtungen nicht zum dringend erforderlichen Personalaufbau genutzt wurde (siehe dazu TrG zu § 13, zu Absatz 5 und 6, Seite 38).</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|-------|------|---|--|
| 24.19 | DGPT | <p>§ 14 Anpassung der Richtlinie</p> <p>§ 14 (2) wir unterstützen den Vorschlag der PatV.</p> | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
| 24.20 | DGPT | <p>§ 15 Evaluation der Richtlinie</p> <p>Zu § 15 (2) wir unterstützen der Vorschlag der DKG/PatV/LV/BPtK.</p> | <p>DKG/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 24.21 | DGPT | <p>§ 16 Übergangsregelungen</p> <p>Zu § 16 (1) 3. Wir unterstützen den Vorschlag der BPtK.</p> | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
| 24.22 | DGPT | <p>(4 und 5) Wir unterstützen die Vorschläge der PatV, BÄK und BPtK.</p> | <p>PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme, obwohl nicht so recht deutlich wird, auf welche Position sich konkret bezogen wird.</p> |
| 24.23 | DGPT | <p>Für die Umsetzung der Richtlinie unterstützen wir zu § 16 (6) den Vorschlag der DKG bzw. zu § 16 (8) den Vorschlag der DPR.</p> <p>Wichtig ist eine schrittweise Erhöhung der Minutenwerte für Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bis 2028, um den Einrichtungen ausreichend Zeit für den Personalszuwachs zu geben. Kliniken brauchen Zeit, um das entsprechende Personal zu rekrutieren</p> <p>Dabei ist Fachkräftemangel kein Argument gegen höhere Personalanforderungen. Erst wenn durch eine ausreichende Personalausstattung die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen besser werden, wird die Tätigkeit in einer psychiatrischen Einrichtung wieder attraktiv(er). Eine mangelnde Personalausstattung bewirkt hingegen eine „Negativ-Spirale“.</p> | <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme zu §16 Abs. 6.</p> |

| | | | |
|-------|------|---|---|
| 24.24 | DGPT | <p>Anlage 1 Minutenwerttabelle</p> <p>Wir unterstützen den Gemeinsamen Vorschlag von Patientenvertretung (PatV), Bundesärztekammer (BÄK) und Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)</p> <p>Die der Anpassung der Minutenwerte zugrundeliegende Psychotherapiedosis ist mindestens erforderlich, um eine stationäre Behandlung zu rechtfertigen.</p> <p>In der ambulanten Versorgung erhalten Patientinnen und Patienten in der Regel mind. 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche. Um einen stationären Aufenthalt zu rechtfertigen sind deshalb mindestens 75 bis 100 Minuten Einzeltherapie pro Woche erforderlich.</p> <p>Gleichzeitig ist es wichtig, die Bereiche später nach empirischer Datenlage zu differenzieren, da nicht alle Patienten gleich viel Psychotherapie benötigen, sondern unter Umständen zum Beispiel mehr sozialarbeiterische oder somatische Unterstützung und Behandlung, was sich bei der Unterscheidung zwischen P1 und P2 bzw. P3 und P4 aktuell nicht ausreichend darstellen lässt.</p> | <p>PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p> |
| 24.25 | DGPT | <p>Anlage 2 Eingruppierung</p> <p>Wir unterstützen die Vorschläge der DKG</p> <p>Grundsätzlich wäre eine weitere Ausdifferenzierung der Psychosomatischen Bereiche P1-P4 zu begrüßen. (siehe oben)</p> <p>Eine Anrechnung weiterer Berufsgruppen (z.B. Spezialtherapeuten) auf die Therapieeinheiten wäre sinnvoll.</p> | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |
| 24.26 | DGPT | <p>Anlage 3 Nachweise</p> | <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> |

| | | | |
|-------|------|--|--|
| | | <p>Wir unterstützen die Vorschläge der DKG (Erläuterungen zur Spalte 4 in Tab A5.1.1, sowie Tab. A5.1.2.)</p> <p>Tab A5.1.4 – Streichung der Spalte 1 ist sinnvoll.</p> | <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> |
| 24.27 | DGPT | <p>Anlage 4 Regelaufgaben</p> <p>Eine Möglichkeit der gegenseitigen Anerkennung der Berufsgruppen d-f wäre zu begrüßen, um in Vertretungsphasen eine höhere Flexibilität und bessere Patientenversorgung zu gewährleisten</p> | <p>GKV-SV/ DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Gemäß § 8 Abs 3 ist eine Anrechnung von Fachkräften der Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 möglich, „soweit diese gemäß Anlage 4 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen.“ Eine Anrechnung ist möglich zwischen den Buchstaben a und c sowie zwischen den Buchstaben b, d, e und f.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> |
| 24.28 | DGPT | <p>Zusammenfassend:</p> <p>Die Stärkung der Psychotherapie durch die Festlegung von höheren Mindestvorgaben für ärztliche und (psychologische) Psychotherapeuten wird durch die DGPT ausdrücklich begrüßt.</p> <p>Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Mehrzahl der in psychosomatischen Kliniken</p> <p>(teil-)stationär behandelten Patientinnen und Patienten neben der psychischen Erkrankung zusätzlich an einer pathognomonisch assoziierten chronischen körperlichen Erkrankung leiden. Die psychosomatische und psychopharmakologische Behandlung muss daher hinsichtlich des Settings, des therapeutischen Vorgehens sowie der Dosis auf die Ausprägung und Interaktion der genannten Merkmale bestmöglich zugeschnitten werden. Hierzu bedarf es der ärztlichen Expertise.</p> | <p>PatV/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich der Stärkung der Psychotherapie durch höhere Mindestvorgaben für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten wie von der PatV gefordert.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Grundsätzlich sollte jedoch einer Behandlung der psychischen Beschwerden getrennt von den somatischen Beschwerden entgegengewirkt werden, indem die Zusammenarbeit in berufsgruppenübergreifenden Teams gestärkt wird.</p> <p>Eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche der Psychosomatik ist dringend erforderlich. Hierzu braucht es aber eine angemessene empirische Datenbasis als Voraussetzung für die Ableitung von angemessenen Personalmindestvorgaben.</p> <p>Eine festzulegende Minutenanzahl von Psychotherapie (z.B.100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche) wäre sowohl von Ärztinnen und Ärzten und/oder (psychologischen) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erbringen.</p> <p>Für die Ermittlung der Personalmindestvorgaben sowie der Sanktionsmaßnahmen für psychosomatische Einrichtungen ist eine adäquate Datengrundlage anzustreben.</p> <p>Eine stationäre Notfallbehandlung von entsprechenden Patientinnen und Patienten ist in je-dem Fall unabdingbar zu ermöglichen und darf nicht sanktioniert werden.</p> | |
|--|---|--|

II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden nicht fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

| Organisation | Eingangsdatum | Art der Rückmeldung |
|--|---------------|--------------------------------|
| Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT) | 19. Juli 2022 | Stellungnahme (Teil 2: Anlage) |

Zusammenfassung der nicht fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Arbeitsgruppe hat die nicht fristgerecht eingegangene Stellungnahme in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 17. August 2022 zur Kenntnis genommen. Eine Auswertung nach Fristablauf erfolgt grundsätzlich nicht. Die stellungnehmende Organisation wurde auf diese Rechtsfolge im Anschreiben vom 15. Juni 2022 hingewiesen.

| Lfd. Zeilen-Nr. | Stellungnehmende Organisation | Inhalt der Stellungnahme |
|-----------------|-------------------------------|--|
| 1.1 | WFKT | 1) Als WFKT vertreten wir die Künstlerischen im Sinne des wissenschaftlich begründeten Einsatzes der verschiedenen Therapieformen, wie Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie in der leitliniengerechten Behandlung, so auch innerhalb der Psychiatrie und Psychosomatik. Eine einheitliche Begriffsführung erachten wir als daher als wichtig in der vorliegenden Änderung der PPP-RL . Entsprechend sehen wir es als sehr positiv, dass in der vorliegenden Änderung durchgehend für unsere Berufsgruppe die Bezeichnung „ Künstlerische Therapie “ bzw. „Künstlerische Therapeutinnen und Künstlerische Therapeuten“ verwendet wird. |
| 1.2 | WFKT | 2) Die Künstlerische Therapie wird in den vorliegenden Änderungen den Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten zugeordnet bzw. werden unter diesem Obergriff einerseits für die Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik zusammen mit der Ergotherapie geführt. Für die Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie gehören zu den Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten neben der Ergotherapie, der Künstlerischen Therapie auch die Sprachheiltherapie und Logopädie (S. 7 und 9, Änderung der PPP-RL, erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3). Diese (noch) undifferenzierte Bündelung halten wir weiterhin für kritisch. Dies führt zu einer inhaltlichen und damit berufsgruppenbezogenen „Verwässerung“, anstatt die jeweilige Spezifik der Therapieangebote |

| Lfd. Zeilen-Nr. | Stellungnehmende Organisation | Inhalt der Stellungnahme |
|-----------------|-------------------------------|--|
| | | zu präzisieren. Künstlerische Therapie bietet beispielsweise durch ihren nicht-verbalen und speziell ressourcen-orientierten Ansatz erweiterte Zugänge zu den Patientinnen und Patienten, was für die klinische Diagnostik und Behandlung relevant ist. |
| 1.3 | WFKT | 3) Die Beschreibung der Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten in der ANLAGE 4 - denen die Künstlerische Therapie zugeordnet ist - ist für uns (noch) ungenau formuliert bzw. wird hier wieder allgemein und synonym von „Kreativitätsfördernder Therapie“ und verwirrend von „Gestaltungstherapie“ gesprochen (was oben in der Berufsgruppenbeschreibung nicht genannt wird). Hier sehen wir Änderungsbedarf und stehen für Formulierungsänderungen sehr gerne zur Verfügung. |
| 1.4 | WFKT | <p>Änderungsvorschläge ANLAGE 4</p> <p>Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Erwachsenenpsychiatrie</p> <p>2. Einzelfallbezogene Behandlung: „spezifische ressourcen- und kreativitätsfördernde Behandlung der verschiedenen künstlerischen Therapieformen (u.a. Kunst-, Musiktherapie)“ (S. 131).</p> <p>3. Gruppenbezogene Behandlung: „Kreativitätsfördernde Interventionen der verschiedenen künstlerischen Therapieformen“ (S. 131)</p> <p>Analog sind die Formulierungen zu den Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik - der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten aus unserer Sicht zu ändern, d.h. auf den Seiten: 138-139, 146-147.</p> |

III. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 15. Juni und 11. August 2022 eingeladen bzw. im Unterausschuss QS angehört:

| Organisation | Einladung zur Anhörung angenommen | An Anhörung teilgenommen: |
|--|-----------------------------------|---------------------------|
| Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) | 15. August 2022 / ja | ja |
| Deutscher Verband Ergotherapie e. V. (DVE) | 11. August 2022 / ja | ja |
| Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK) | 18. August 2022 / nein | nein |
| Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK) | 13. August 2022 / nein | nein |
| Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) | <i>[keine Rückmeldung]</i> | nein |
| Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) | 15. August 2022 / ja | ja |
| Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW) | 12. Juli 2022 / ja | nein |
| Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) | 16. August 2022 / ja | ja |
| Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) | 12. August 2022 / ja | ja |
| Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) | 15. August 2022 / ja | ja |

| | | |
|--|------------------------|------|
| Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) | 12. August 2022 / ja | ja |
| Bundesdirektorenkonferenz (BDK) | 11. August 2022 / ja | ja |
| Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT) | 20. August 2022 / ja | ja |
| Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) | 16. August 2022 / nein | nein |
| Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) | 17. August 2022 / nein | nein |
| Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG) | 22. August 2022 / ja | ja |
| Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung e.V. (DNVF) | 23. August 2022 / nein | nein |
| Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP) | 11. August 2022 / ja | ja |
| EX-IN Deutschland e.V. (EX-IN) | 24. August 2022 / ja | ja |
| Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (DÄVT) | 20. August 2022 / ja | ja |
| Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) | 1. August 2022 / ja | ja |
| Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. | 14. August 2022 / ja | ja |
| Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) | 23. August 2022 / ja | ja |

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss QS in seiner Sitzung am 25. August 2022 durchgeführt.

| Lfd. Zeilen-Nr. | Stellungnehmende Organisation | Inhalt der mündlichen Stellungnahme | Auswertung der Anhörung (Stand: 7. September 2022) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i> |
|-----------------|--|-------------------------------------|--|
| 1. | Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei 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. | Deutscher Verband Ergotherapie e. V. (DVE) | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |
| 3. | 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. |
| 4. | Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) | siehe Wortprotokoll | Der UA QS empfiehlt dem Plenum einvernehmlich, die Übergangsregelungen für die Psychosomatik in § 16 Absatz 4 um ein weiteres Jahr zu verlängern. |
| 5. | Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) | siehe Wortprotokoll | Der UA QS empfiehlt dem Plenum einvernehmlich, die Übergangsregelungen bei den Anrechnungen für Psychotherapeuten in § 8 Absatz 3 für die Psychosomatik um ein weiteres Jahr, bis zum 30. September 2024, zu verlängern. |
| 6. | Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |

| | | | |
|-----|---|---------------------|--|
| 7. | 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. |
| 8. | Bundesdirektorenkonferenz (BDK) | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |
| 9. | 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. |
| 10. | 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. |
| 11. | Deutsche Fachgesellschaft Psychiatri-sche Pflege e.V. (DFPP) | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |
| 12. | Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Ver-haltenstherapie e.V. (DÄVT) | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |
| 13. | Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, 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. |
| 14. | Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |
| 15. | Deutsche Gesellschaft für Psychoana-lyse, Psychotherapie, Psychosomatik | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |

| | | | |
|-----|-----------------------------------|---------------------|--|
| | und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) | | |
| 16. | EX-IN Deutschland e.V. (EX-IN) | siehe Wortprotokoll | In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen. |



Wortprotokoll

einer mündlichen Anhörung
gemäß 1. Kapitel § 12 der Verfahrensordnung
des Gemeinsamen Bundesausschusses

**zum Beschlussentwurf über eine Änderung der
Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-
Richtlinie (PPP-RL):
Erste Anpassung gemäß § 1 Abs. 3**

vom 25. August 2022

| | |
|---------------------|--|
| Vorsitzende: | Frau Maag |
| Beginn: | 10:30 Uhr |
| Ende: | 12:38 Uhr |
| Ort: | Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin |

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Anhörung

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung e. V. (DGSGB):
Frau Prof. Dr.

Deutscher Verband Ergotherapie e. V. (DVE):
Frau

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP):
Herr Prof. Dr.
Frau Prof. Dr.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM):
Herr Dr.
Herr Prof. Dr.

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM):
Herr Prof. Dr.
Herr Prof. Dr.

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di):
Frau

Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK):
Herr Prof.

Bundesdirektorenkonferenz e. V. (BDK):
Herr Dr.

Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e. V. (WFKT):
Frau Prof. Dr.

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e. V. (DMtG):
Frau

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V. (DFPP):
Frau
Herr Prof. Dr.

EX-IN Deutschland e. V. (EX-IN):
Frau Dr.

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. (DÄVT):

Herr Dr.

Herr Dr.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN):

Herr Dr.

Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. (DVGP):

Herr

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT):

Frau

Frau

Beginn der Anhörung: 10:30 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmerinnen/Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Meine Damen und Herren, guten Morgen! Die meisten der teilnehmenden stellungnahmeberechtigten Organisationen sind da, sodass ich Sie ganz herzlich zur mündlichen Anhörung begrüßen darf. Es geht – das wissen Sie – um die Änderung der PPP-Richtlinie. Herzlich willkommen hier bei uns im Unterausschuss Qualitätssicherung! Ich begrüße auch die Vertreter der Bänke hier im Saal und am Bildschirm. Ich begrüße die Vertreter der Patientenvertretung. Ich begrüße die Rechtsaufsicht, begrüße Herrn Langenberg für die Ländervertretung, die Vertreter von IQWiG und IQTIG sind da. Meinen Stellvertreter, Herrn Dr. Schlenker, habe ich auch schon gesehen, und natürlich Sie alle, die Sie die Organisationen vertreten, die jetzt zur Anhörung teilnahmeberechtigt sind und Stellungnahmen abgeben.

Zunächst herzlichen Dank dafür, dass Sie sich schon schriftlich geäußert haben. Nun noch einige Hinweise: Wir haben insgesamt 18 Organisationen, die heute teilnehmen und von ihrem Recht zur mündlichen Stellungnahme Gebrauch machen wollen. Ich werde sie in alphabetischer Reihenfolge aufrufen. Ich bitte Sie ganz herzlich: Verwenden Sie die Mikrophone und nennen Sie bitte zu Beginn jeder Wortmeldung Ihren Namen und die Organisation, die Sie vertreten. Das ist notwendig, weil ein stenografisches Protokoll erstellt wird, das dann auch im Internet veröffentlicht werden wird und da soll man doch sehen, wer welche Stellungnahme abgegeben hat.

Wir haben uns vorgestellt, dass wir nach neun Beiträgen eine Pause machen. Ich werde Sie also alphabetisch nacheinander aufrufen. Nach neun Beiträgen kommt dann sozusagen der Schnitt. Dann haben wir, die Vertreter der Bänke, Gelegenheit zu fragen, zum Inhalt nachzufragen, aber auch Stellungnahmen abzugeben, mit Ihnen in den Austausch zu treten, so, wie Sie das für richtig halten.

Vermutlich haben wir dann Gelegenheit zu einer Mittagspause; wir müssen erst einmal sehen, wie schnell wir – inklusive des Austauschs – sind. Dann folgen die zweiten neun Beiträge sowie die Fragen und der Austausch.

An die Vertreter der Institutionen und Organisationen: Sie dürfen davon ausgehen, dass Ihre schriftlichen Stellungnahmen gelesen und bereits in der zuständigen Arbeitsgruppe diskutiert, also auch beraten wurden. Es ist also nicht nötig, alles zu wiederholen. Sie haben Gelegenheit, in drei Minuten das für Sie Wichtigste zu akzentuieren, auf die wesentlichen Themen aus Ihrer Sicht noch einmal hinzuweisen, gegebenenfalls auch zu ergänzen, wenn etwas noch nicht ausreichend erwähnt und diskutiert wurde. Wie gesagt, stehen Ihnen drei Minuten Redezeit zur Verfügung; die Sanduhr läuft zur Unterstützung. Ich bin relativ harsch und streng, nicht, weil ich Ihren Vortrag nicht schätze, sondern weil wir unser Pensum ansonsten nicht bewältigen können.

Soweit meine Vorbemerkungen.

Dann beginnen mit der Anhörung in alphabetischer Reihenfolge. Als Erste hat die Gelegenheit zur Stellungnahme die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung e. V., die DGSGB. Für die Organisation spricht Frau Prof. (DGSGB). Sie haben das Wort.

Frau Prof. Dr. (DGSGB): Herzlichen Dank! Ich möchte erst einmal lobend hervorheben, dass die Berufsgruppe der Heilerziehungspflegerinnen in der letzten Version als Fachgruppe anerkannt wurde, was für meine Patientinnen und Patienten von großem Vorteil ist, da diese Berufsgruppe für die Behandlung von großem Wert ist und eben nicht mehr als fachfremd zählt.

Allerdings weiterhin unberücksichtigt geblieben ist der erhöhte Zeit- und personelle Mehraufwand für eine gute medizinische Behandlung von Menschen mit einer geistigen und schweren Mehrfachbehinderung. Im Schreiben an den Behindertenbeauftragten wurde versprochen,

dass im Herbst 2022 auch diese Mehrbedarfe Berücksichtigung in der PPP-RL finden. Wir sind irritiert und möchten auf diesen Missstand explizit aufmerksam machen, dass dieses Versprechen nicht gehalten wurde.

Behinderung findet sich nach wie vor nur im Zusammenhang mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aber Behinderung ist per Definition ein lebenslanger Zustand. Eine Million Personen sind in Deutschland betroffen. Ein Drittel davon leidet auch an einer psychischen Erkrankung. Jeder Zweite hat mehr als 50 Prozent Krankheitstage im letzten Monat und schläft weniger als sechs Stunden pro Nacht.

Dieser Missstand, diese Unausgewogenheit in der Berücksichtigung der psychiatrischen Behandlung muss dringend behoben werden. Daher vertrete ich nach wie vor die Auffassung, dass hier eine Extrabehandlungsgruppe oder auch eine Berücksichtigung der erhöhten personellen Mehraufwände durch Eingruppierungsmöglichkeiten in die Gruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Frau Prof. (DGSGB), und auch vielen Dank für die Punktlandung. – Als Nächster folgt der Deutsche Verband der Ergotherapeuten e. V., DVE, und es spricht Frau (DVE).

Frau (DVE): Vielen Dank. Deutscher Verband Ergotherapie, wir haben unseren Namen geändert; das nur am Rande.

Unsere Stellungnahme war diesmal sehr, sehr kurz; das werden Sie bemerkt haben. Wir haben sachlich-inhaltlich auf unsere vorherige Stellungnahme Bezug genommen und da nichts wiederholt. Deswegen werde ich das an dieser Stelle jetzt hier auch nicht tun, sondern, was eher ungewöhnlich ist; das werden Sie auch in der Stellungnahme gelesen haben, ist, dass sie eher nicht von inhaltlichen Dingen geprägt war, sondern tatsächlich eher von Emotionen. Das möchte ich gern noch einmal ganz kurz zum Ausdruck bringen, nämlich dass im Moment eher Bedauern und Enttäuschung im Deutschen Verband Ergotherapie vorherrschen, dass von unseren vorherigen sachlich-inhaltlichen Stellungnahmen aus unserer Sicht nichts bedacht wurde und nichts Eingang gefunden hat, worüber wir sehr enttäuscht sind, da die Ergotherapeutinnen und -therapeuten noch früher – unter anderer Berufsbezeichnung – nun schon seit fast einhundert Jahren ein selbstverständlicher Bestandteil der stationären Psychiatrie sind, wir uns aber in dem jetzigen PPP-RL-Entwurf nicht wiederfinden und auch unsere Vorschläge und Änderungsvorschläge überhaupt nicht berücksichtigt werden. Das bedauern wir sehr. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Frau (DVE). Dann folgt als Nächste die Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e. V. (DGPSF). Wer spricht für sie? Da haben wir keine Zusage. Daher gehen wir davon aus, dass niemand von dort hier ist, und kommen sofort zur Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, DGKJP. Gemeldet sind Herr Prof. (DGKJP) und Frau Prof. (DGKJP). Wen hören wir?

Herr Prof. Dr. (DGKJP): Sie hören zuerst Herrn (DGKJP), ich begrüße Sie alle und später dann Frau (DGKJP), weil ich diese Veranstaltung dann wegen einer zweiten Veranstaltung verlassen muss.

Herzlichen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Vollinhaltlich gilt natürlich unsere ausführliche Stellungnahme, die wir überreicht haben. Ich möchte mich heute darauf konzentrieren, dass wir noch einmal sehr stark darauf hinweisen, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie letztendlich Gefahr einer strukturellen Benachteiligung läuft, weil wir sehr, sehr kleine Einheiten haben.

Es wurde schon mehrfach in PPP-RL-Verfahren darauf hingewiesen, dass kleine und dezentrale Einheiten besonders in Gefahr sind, durch den Stationsbezug benachteiligt zu werden. Das gilt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie insgesamt. Wir haben bettenführende Einheiten von meist sieben bis zwölf Plätzen. Wir haben kleine Häuser mit 30 bis 40 Behandlungsplätzen im

Schnitt. Hier ist der Stationsbezug letztendlich sehr, sehr hinderlich, wenn man daran denkt, dass wir eine sehr, sehr hohe Rückfallquote – von 50 Prozent unserer Patienten – haben, die als Notfälle kommen. Daraus ergibt sich, dass man eine hohe Flexibilität zwischen den Stationen haben muss, um die Patienten gut zu betreuen, die, die viel Bedarf haben, die die Eins-zu-eins-Betreuung brauchen, die die Kleinstgruppen brauchen und Ähnliches.

Wir haben darauf hingewiesen – das möchte ich auch noch einmal unterstreichen –: Wir haben einen Pflege- und Erziehungsdienst, und das heißt, wir haben auch pädagogisches Personal und auch pädagogisches Personal in Ausbildung. Das muss sich auch in der Anerkennung wiederfinden, denn sonst sind die Ausbildungen erschwert und damit wird auch der Fachkräftemangel letztendlich verschärft, der ohnehin schon besteht.

Ansonsten könnten wir uns diesem OGS-Bezug oder der Einstufung ja durchaus anschließen, das haben wir geschrieben. Hier muss aber dann auch klar sein, dass er dementsprechend gerechnet wird, nämlich mit Aufnahme- und Entlasstag. Da gibt es Unstimmigkeiten im bisherigen Vorschlag.

Dann wollten wir an der Stelle noch einmal darauf hinweisen, dass wir letztes Jahr sehr spezifisch – eben aufgrund der Strukturen der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Stationstypologien eingereicht haben. Die haben sich in diesem Entwurf aber nicht wiedergefunden. Die anderen, die jetzt im Entwurf stehen, passen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht. – Herzlichen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Prof. (DGKJP). – Dann sind wir bei der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften, DGRW. Frau Dr. (DGRW) ist adressiert, aber nicht anwesend. – Gibt es einen weiteren Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften? Der oder die möge sich jetzt melden. – Das ist offensichtlich nicht der Fall.

Dann kommen wir zur Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, DGPM. Angemeldet sind Herr Dr. (DGPM) und Herr Prof. (DGPM).

Herr Prof. Dr. (DGPM): Herr (DGPM) wird sprechen. – Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses! Die DGPM begrüßt die mit der PPP-RL beabsichtigte Verbesserung der Versorgungsqualität durch Personalmindestvorgaben.

In der Psychosomatischen Medizin fehlen allerdings bis heute empirische Daten als Grundlage für die Ableitung von Personalmindestvorgaben. Eine voreilige Umsetzung von nicht in der Versorgung überprüften Mindestvorgaben würde daher zu Verwerfungen in der Versorgung führen und etablierte Therapieprogramme gefährden.

Wir fordern daher, die Ermittlung der Mindestvorgaben, die Bestimmung des Umsetzungsgrades und des Vergütungsabschlags bei nicht vollständiger Erfüllung bis Ende 2024 für die Psychosomatik auszusetzen.

Hintergrund ist, dass aktuell im Rahmen des EPPIK-Projektes, gefördert durch den Innovationsfonds, eine repräsentative Erhebung der Personalausstattung in 80 Psychosomatischen Einrichtungen stattfindet. Die Erhebung ist sehr erfolgreich angelaufen, und es ist davon auszugehen, dass bis zum Ende des Förderzeitraums am 31. März 2024 eine valide Datenbasis vorliegt. Durch den Einsatz von Studienmitarbeitern, die die Erhebung auf den Stationen vor Ort durchführen, ist von einer hohen Datenqualität der Studienergebnisse auszugehen.

Die dringend notwendige Ausdifferenzierung der P-Behandlungsbereiche sollte sich in erster Linie an der Intensität der psychotherapeutischen Leistung und dem somatischen medizinischen Versorgungsaufwand orientieren.

Die Auswertungen des IQTIG sind nicht geeignet für die weitere Ausdifferenzierung der P-Behandlungsbereiche, da diese leistungsbezogenen Aspekte nicht erfasst werden.

Im Weiteren stellte die DGPM fest: Wie von der DKG und anderen Verbänden gefordert, sollte die stations- und monatsbezogene Berichterstattung durch quartals- und einrichtungsbezogene Berichterstattung ersetzt werden.

Ein Stationsbegriff, wie von GKV-SV gefordert, wird nicht empfohlen, weil dadurch eine konzeptuelle Rigidität befördert wird, die einer personalisierten medizinisch-psychotherapeutischen Behandlung und der Weiterentwicklung von Behandlungskonzepten entgegensteht. Durch eine einrichtungsbezogene Festlegung der Personalausstattung ist es besser möglich, sich an den jeweiligen Behandlungsnotwendigkeiten und Schutzbedürfnissen der Patienten zu orientieren.

Anders als bei den Pflegepersonaluntergrenzen, die nur eine und die am häufigsten vertretene Berufsgruppe erfassen, bezieht sich die PPP-RL auf alle Berufsgruppen einer multimodalen Komplexbehandlung. Dies schränkt massiv die therapeutische Flexibilität ein. Eine sachgerechte Behandlung unterschiedlicher Erkrankungen erfordert jedoch eine angemessene therapeutische Flexibilität. Zum Beispiel hat eine Medizin studierende Anorexie-Patientin einen anderen sozialarbeiterischen Behandlungsbedarf als eine sozial desintegrierte traumatisierte Borderline-Patientin. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Prof. (DGPM), auch für die Punktlandung. Es folgt das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin, die DKPM. Angemeldet sind die Herren Prof. (DKPM) und Prof. (DKPM).

Herr Prof. Dr. (DKPM): Wir begrüßen die beabsichtigte Verbesserung der Versorgungsqualität durch Standards.

Wir plädieren dafür und unterstützen die Forderung, dass die stations- und monatsbezogene Berichterstattung durch quartals- und einrichtungsbezogene ersetzt wird. Neben der Flexibilität, die ein Personalmix für die Gewährleistung etablierter und wirksamer Behandlungskonzepte braucht, betrachten wir den extremen Bürokratieaufwand als nicht dauerhaft sinnvoll, sondern vielmehr die Dynamik in der Versorgung gefährdend, mit negativer Konsequenz für Patientinnen und Patienten. Für Dokumentationsaufwände und strukturierte Auswertungen ist Personal notwendig und gebunden, nicht nur im Verwaltungsbereich.

Wir plädieren dafür und unterstützen den Vorschlag einer Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben nach § 6 Ermittlung des Umsetzungsgrades nach § 7 sowie die Meldung bei Nichteinhaltung gemäß § 11 für die Psychosomatik bis Ende 2024.

Bis heute gibt es keine empirische Datengrundlage. Wie von der DGPM gerade dargelegt, laufen die Erhebungen. Die bisher verwendeten Daten wurden in der Versorgungspraxis nie überprüft.

Für die Implementierung der Psych-PV seinerzeit stand deutlich mehr Zeit zur Verfügung. Ein vorschnelles Fordern der genannten Punkte würde unweigerlich zu Verwerfungen im Versorgungssystem führen. Derzeit wirklich wirksame Behandlungen würden gefährdet und etablierte Konzepte, die über Jahre laufen und von denen Patienten profitieren, ohne Not infrage gestellt. Dass die aus einer verfrühten Pflicht erwachsenen Konzepte – also wir müssen da jetzt anpassen, weil wir dieses Personal nehmen müssen –, nachher wirksam sind, muss eindeutig infrage gestellt werden. Wir basteln also etwas, was dann wahrscheinlich dazu führt, dass es schlechter wirkt.

[Tonstörung] Wir plädieren dafür, die Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe P, Psychotherapeuten, auf Berufsgruppen D bis F für 2024 und nicht nur für 23 zu erweitern, schlicht, weil wir bis dahin erst die Datengrundlage haben und dann das neu festlegen können.

Die DKPM unterstützt die Forderung der DKG, dass Tageskliniken an Standorten, die ausschließlich eine Tagesklinik umfassen, nur einen durchschnittlichen Umsetzungsgrad von 100 Prozent über alle Berufsgruppen nachweisen müssen.

Wir plädieren darüber hinausgehend dafür, dies nicht nur versorgungsarttagesklinikspezifisch zu machen, sondern vielmehr an der Größe der Einheit festzumachen. Es gibt in unserem Fach im Vergleich zur Psychiatrie mehr Krankenhausabteilungen, also kleine Einheiten, und verhältnismäßig wenige Fachkliniken.

Es braucht folglich eine Flexibilisierung der Personalressourcen in Abhängigkeit von der Größe und nicht von der Art des Settings.

Bezüglich der Nachtdienstvorgaben für den Pflegedienst sehen wir zum jetzigen Zeitpunkt keine Notwendigkeit der Stellungnahme und würden auch das nach Datenerhebung machen. Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. – Es folgt die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. Frau (ver.di).

Frau (ver.di): Vielen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Sehr geehrte Frau Vorsitzende, liebe Mitglieder des G-BAs! Ich möchte eingangs auf eine Befragung eingehen, die wir im Frühjahr dieses Jahres durchgeführt haben, dazu, wie die Lage in der psychiatrischen Versorgung ist, wie auch die Richtlinie umgesetzt wird.

Das Ergebnis: Die Situation hat sich seit der letzten Befragung zum Versorgungsbarometer im letzten Jahr nicht verbessert, sondern eher verschärft.

Es gibt Berichte aus den Einrichtungen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verstärkt kündigen. Ersatz wird oft nicht gefunden. Die Beschäftigten befinden sich in einer Dauerbelastung, und das muss sich dringend ändern.

Ich möchte einen Punkt bei der Befragung auf über 90 Psychiatrischen Stationen mit 1 800 Betten herausheben:

Sie hat aufgedeckt, dass die Besetzung der Nachtdienste besonders prekär ist. So ist nur in 5 Prozent der Stationen der Einsatz von mindestens zwei Pflegefachpersonen sichergestellt. Bei fast der Hälfte ist es offenbar Standard, dass im Nachtdienst nur eine Fachkraft eingesetzt wird. Deshalb begrüßen wir es, dass die Richtlinie um eine verbindliche Regelung der Personalbesetzung im Nachtdienst ergänzt wird, damit gefährliche Alleinarbeit ausgeschlossen wird.

Die Beschäftigten berichten uns immer wieder über Überlastungssituationen in den Nachtdiensten, insbesondere wenn es zu erhöhtem Betreuungsaufwand oder zur Eins-zu-eins-Betreuung kommt. Diese Personalbedarfe werden dann ad hoc durch Versetzung irgendwie aufgefangen, was dazu führt, dass andere Stationen mit einer ursprünglich besseren Nachtdienstbesetzung dann in eine Unterbesetzung kommen. Das muss dringend aufgehoben und verbessert werden.

Über diese wichtige Regelung des Nachtdienstes hinaus möchte ich für ver.di noch zwei weitere zentrale Punkte ansprechen:

Erstens: Es muss der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen/-begleitern sichergestellt werden. Auch da begrüßen wir den Ansatz zur Weiterentwicklung. Der muss sichergestellt werden, ohne dass dies auf andere Berufsgruppen angerechnet wird.

Zweitens braucht es bei der Weiterentwicklung dringend wirksame Nachweisregelungen und konsequente Sanktionen, wenn die Vorgaben der PPP-RL nicht eingehalten werden. Schließlich ist eine konsequente und wirklich vollständige Umsetzung der Richtlinie dringend geboten. Wir müssen raus aus dem Teufelskreis aus Personalnotstand und immer stärkerer Belastung der vorhandenen Pflegebeschäftigten.

Es hilft nicht, die Anforderungen zu senken. Nur mit attraktiven Arbeitsbedingungen kann dem Ausstieg weiterer Berufsgruppen begegnet und können Versorgungsmängel verhindert werden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Frau (ver.di). Als Letzte in dieser ersten Runde rufe ich die Aktion Psychisch Kranke e. V., APK, auf, und Herrn Prof. (APK), der angemeldet ist.

Herr Prof. r (APK): Vielen Dank. Entschuldigung, ich muss an der Stelle mal fragen, weil Sie sagen: der Letzte in der ersten Runde. Da ist die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege noch. Haben Sie die vergessen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Nein, die ist bei mir mit der Nummer 13 gelistet, weshalb sie in der zweiten Runde zu Wort kommt. Wir haben sie nicht vergessen. Wir wollen zwischen den Fragekomplexen Gelegenheit für Nachfragen geben. Bitte, starten Sie jetzt.

Herr Prof. (APK): Alles klar. Frau Vorsitzende! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich kann an vielen Punkten Frau (ver.di) zustimmen:

Wir haben tatsächlich in den Kliniken im Moment ein erhebliches Problem mit den Fachkräften. Das ist wirklich dramatisch.

Und ich würde mal ein bisschen in die Zukunft sehen: Ich habe an verschiedenen Standorten unsere Meldungen ans IQTIG fürs zweite Quartal jetzt unterschrieben, und das zweite Quartal ist bei uns dramatisch, und ich höre von anderen Kliniken, dass es dort auch so sein wird. Ich würde also abwarten, was im zweiten Quartal herauskommt.

Wir sehen im Moment eine dramatische Verschiebung hin zur Unterbesetzung. Nur, anders als Frau (ver.di) sehe ich nicht, dass uns die Sanktionen hier helfen. Wir würden das Personal gern einstellen, wir finden es einfach nicht auf dem Arbeitsmarkt. Und wir haben da auch nicht irgendwelche Interessen dahinter, kein Personal einzusetzen, sondern da sind wir tatsächlich in Not.

Wir sehen tatsächlich schon in der Fläche, was passiert. Sie haben es vielleicht in den Medien gesehen: Das Bezirkskrankenhaus Bayreuth hat zwei Wochen die Komplettversorgung eines bayerischen Bezirks eingestellt, hat auch keine Aufnahmen vorgenommen, keine untergebrachten Patienten mehr aufgenommen.

Solche Situationen werden wir im nächsten Jahr en masse bekommen, wenn die Sanktionen freigeschaltet werden. Das wird die Realität werden; da bin ich mir sicher. Wir sehen jetzt schon – ich weiß es von ... bei den ZFP, die schließen gerade drei Tageskliniken, weil sie sagen: Wir können die unter diesen Bedingungen nicht mehr betreiben.

Das heißt, was wir sehen werden, ist eine dramatische Verschlechterung der Versorgung aufgrund dieser Sanktionen, die uns einfach in bestimmte Dinge zwingen. Deswegen meine Bitte: Der Stationsbezug macht keinen Sinn. Das haben viele meiner Vorredner schon gesagt. Das ist ein altertümliches Konzept. Wir müssen grundsätzlich einrichtungsbezogen denken. Und wir müssen mehr Flexibilität für kleine Einrichtungen haben, zum Beispiel eine wechselseitige Anrechenbarkeit der Berufsgruppen in den Stand-alone-Tageskliniken. Und die Sanktionen dürfen nicht im nächsten Jahr freigeschaltet werden. Es droht eine massive Gefährdung der Psychiatrischen Versorgung, wenn die Sanktionen in der Psychiatrie im nächsten Jahr freigeschaltet werden.

Im Übrigen kann ich auch noch Frau (DGSG) zustimmen. Die besonderen Bedarfe für Menschen mit geistigen Behinderungen werden sehr schlecht abgebildet und übrigens auch die besonderen Bedarfe von Menschen in der Alterspsychiatrie. Auch die werden nicht gut abgebildet.

Ansonsten, glauben wir, ist es gut, dass es eine Konzeption für eine Personal-Richtlinie gibt, das brauchen wir. Aber bitte nicht mit diesen engen Daumenschrauben und nicht so kleinteilig! Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr Prof. (APK). – Damit machen wir eine Pause und geben den Bänken Gelegenheit zu Nachfragen. Ich sehe, Frau vom GKV-Spitzenverband (GKV-SV) hat sich bereits gemeldet.

GKV-SV: Vielen Dank erst einmal für die Eingangsstatements. Sehr interessant, all dies noch einmal zusammengefasst und zugespitzt zu hören.

Ich habe eine Bitte und zwei Fragen an Frau von ver.di. Die Bitte ist: Sie haben sich jetzt in Ihrem Statement und auch in Ihrer Stellungnahme auf Ihre Umfrage bezogen. Könnten Sie noch etwas mehr über die Ergebnisse berichten?

Die erste der beiden Fragen: Wie stehen Sie auch vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse zu der Richtlinie und der nun vorgesehenen Einführung der Konsequenzen? Die DKG schlägt ja vor, die Einführung der Sanktionen erneut zu verschieben.

Ich würde die zweite Frage noch zurückstellen und Frau (ver.di) erst einmal antworten lassen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses Frau (ver.di).

Frau (ver.di): Herzlichen Dank für die Frage bzw. die Bitte um den Bericht, Frau (GKV-SV). Dem komme ich gerne nach.

Ich hatte erwähnt, dass wir im Frühjahr noch einmal bei den Beschäftigten nachgefragt haben, und das Ergebnis ist, dass die Vorgaben der Richtlinie durchschnittlich zu weniger als 78 Prozent erfüllt werden. Und fast alle Berufsgruppen liegen unter dem von der PPP-Richtlinie aktuell vorgegebenen Erfüllungsgrad von 90 Prozent.

Bei den Pflegefachpersonen liegt der Erfüllungsgrad bei 81 Prozent, bei Ärztinnen und Ärzten bei gut 76 Prozent. Und bei den Physiotherapeutinnen und -therapeuten sind es sogar weniger als 55 Prozent, also eine höchst dramatische Situation.

Verschärfend wirkt sich die Größe der Stationen aus. Diese sind nicht – wie in der PPP-Richtlinie empfohlen – mit durchschnittlich 18, sondern mit durchschnittlichen 22 Patientinnen und Patienten belegt. Das zeigt, die Empfehlungen reichen nicht aus, es braucht verbindliche Vorgaben für die Stationsgrößen.

Ein dritter Punkt, den ich aus der Befragung hervorheben möchte, ist, dass häufig berichtet wurde, dass die Anzahl der nicht dreijährig qualifizierten Pflegepersonen steigt. In Extremfällen führt das dazu, dass lediglich eine Pflegefachkraft im Dienst geplant ist und die weiteren Pflegepersonen über eine Qualifikation als Pflegehelferin verfügen oder angelernt sind. Das bringt diverse Probleme im Behandlungsalltag und erzeugt zusätzlichen Stress. Deshalb sind uns verbindliche Vorgaben zur Qualifikation auch so wichtig. Das zunächst zu den Erläuterungen zur Befragung.

Zu Ihrer Frage: Wie stehen wir zu den Konsequenzen? Es war ja in meinem Eingangsstatement schon zu hören: Ohne verbindliche Konsequenzen wird der dringend erforderliche Personal- aufbau nicht erfolgen, und der jetzt schon bestehende Personalmangel wird sich auch in den Folgejahren fortsetzen und sogar verschärfen. Bei fehlendem Personal muss die Belegung entsprechend nach unten angepasst werden.

Wenn sich die Arbeitsbedingungen nicht rasch verbessern, droht eine weitere Flucht aus den Berufen. Dadurch wird die psychiatrische Versorgung gefährdet, nicht durch verbindliche Personalvorgaben.

Die Einrichtungen hatten jetzt zweieinhalb Jahre Zeit, sich auf die Einhaltung der Personalvorgaben einzustellen. Weitere Verzögerungen verschärfen den Notstand, statt ihn zu beheben, und deshalb spricht sich ver.di entschieden gegen die Verschiebung eines Sanktionsregimes aus.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. Frau (GKV-SV), Sie hatten eine weitere Frage angekündigt.

GKV-SV: Genau, vielen Dank. Sie hatten gerade das Thema Station angesprochen. Sie unterstützen in Ihrer Stellungnahme unseren Vorschlag, eine Definition für eine Station einzuführen, und lehnen den Vorschlag der DKG ab, den stations- und monatsbezogenen Nachweis abzuschaffen. Können Sie erläutern – auch vor dem Hintergrund der Studienergebnisse, von denen Sie berichtet haben –, weshalb eine stationsbezogene Transparenz aus Ihrer Sicht wichtig ist?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau (ver.di), bitte.

Frau (ver.di): Vielen Dank. Das Personal hat sich ja spezialisiert auch gemäß der Richtlinie der Gerontopsychiatrie, Akutpsychiatrie, Sucht, funktionelle Störungen, Depressionen, Psychosomatik. Entsprechend sind auch die Stationen abgebildet.

Ein Abteilungs- oder Klinikbezug würde schlicht ein Chaos auslösen. Es muss zwingend der Nachweis auch auf der Stationsebene erfolgen. Nur so ist sichergestellt, dass bei personellen Engpässen die Beschäftigten nicht von einer Station zur anderen verschoben werden. Und ohne den Stationsbezug wird die Arbeit in einem kontinuierlich besetzten multiprofessionellen Team nicht durchzusetzen sein. Die Beschäftigten müssten ständig stationsfremdes Personal einweisen.

Eine verbindliche Stationsdefinition ist auch deshalb so wichtig, weil die Station immer noch der entscheidende Bezugspunkt für die Arbeitsorganisation und die Dienstplangestaltung ist, und das Behandlungsumfeld für den Patienten wird mit dem Stationsbezug organisiert. Für die Versorgungsqualität ist es wichtig, dass damit auch eine Kontinuität bei der an der Behandlung Beteiligten multiprofessionellen Teams gewährleistet wird.

Und auch wichtig: die Transparenz bei der Nachweisführung. Da ist der Stationsbezug die entscheidende Größe. Schließlich werden in der Richtlinie Mindestvorgaben geregelt, die einzuhalten sind. Damit die Einhaltung auch klar nachvollziehbar ist, auch im Behandlungsalltag, auch durch die betrieblichen Interessenvertretungen, ist der Bezug bei der Nachweisführung so notwendig und dafür eine klare Definition mit dem Stationsbezug erforderlich.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (ver.di). Ich habe jetzt – dies zur Information – in folgender Reihenfolge Fragende aufgenommen: Zunächst Frau von der DKG, dann dreimal die Patientenvertretung – zunächst Herr (PatV), Herr (PatV), Herr (PatV)? Und am Ende Herrn (LV). Es beginnt Frau (DKG).

DKG: Erst einmal vielen Dank an alle Stellungnehmenden für die schriftlichen Stellungnahmen und jetzt auch noch einmal für die mündlichen ergänzenden Ausführungen.

Meine erste Frage – ich habe zwei Fragen – richtet sich an Herrn Prof. (APK) und Herrn Prof. (DGPM). In Ihrer Stellungnahme sprechen Sie sich gegen die Einführung der Sanktionen im Jahr 2023 aus. Können Sie darlegen, warum Sie diese Meinung vertreten?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Prof. (DGPM) und dann Herr Prof. (APK).

Herr Prof. Dr. (DGPM): Ich habe ja versucht, in der Stellungnahme darzustellen, dass es im Moment keine empirische Datenbasis gibt, die es erlaubt, sinnvolle Personalmindestvorgaben für die Psychosomatik abzuleiten. Vor dem Hintergrund – und das war ja auch die Initiative, die dann mit der EPIK-Studie ergriffen worden ist – braucht es erst eine Ist-Standserhebung. Wir brauchen diese Datenbasis, um ausgehend von der Datenbasis dann Mindestvorgaben und auch eine weitere Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche ableiten zu können.

Bislang ist die Psychosomatik mit im Wesentlichen zwei Behandlungsbereichen abgebildet, und das deckt die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen, die wir in der Psychosomatik haben, bei Weitem nicht ab, wenn Sie allein an die Unterschiede denken zwischen Fachkliniken oder aber auch Abteilungen für Psychosomatik, die in Somatischen Krankenhäusern untergebracht sind.

Vor dem Hintergrund halten wir es für entscheidend, dass die Sanktionen oder auch die Ermittlung der Mindestvorgaben und die Bestimmung des Umsetzungsgrades in der Psychosomatik noch bis Ende 2024 ausgesetzt werden. Wir gehen davon aus, dass wir Anfang des Jahres 2024 gute Studienergebnisse vorliegen haben, die dann genutzt werden können, um Personalmindestvorgaben festzulegen. Wir sind sehr in Sorge – und der Leitsatz sollte eigentlich sein, dass etablierte Therapieprogramme die Mindestvorgaben bestimmen und nicht umgekehrt –, wie Personalmindestvorgaben Einfluss nehmen auf Behandlungskonzepte, denn dann drohen Verwerfungen in der Versorgung, was die Versorgung auch gefährdet. Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen Herr Prof. (APK).

Herr Prof. (APK): Vielen Dank. Ich hatte ja schon ein Stück weit in meiner mündlichen Stellungnahme ausgeführt, dass ich tatsächlich die Sorge habe, dass, wenn die Sanktionen scharfgeschaltet werden, die Versorgung in der Pflichtversorgung in der Psychiatrie gefährdet ist. Wir sehen gerade dann eine Abwärtsspirale. Wir würden dann mitbekommen, dass immer mehr – wie Frau (ver.di) es ja dargestellt hat – Pflegende und andere Berufsgruppen die Kliniken verlassen.

Wir brauchen einfach mehr Zeit, um diese Systeme zu stabilisieren, um hier entsprechend den Personalaufbau zu machen, denn was wir gerade sehen, ist – wir sind vielleicht gerade aus Corona draußen oder vielleicht noch drinnen oder so –: Wir sehen gerade unglaubliche Arbeitsunfähigkeitszeiten in den Kliniken. Wir sehen eine Belastung in den Kliniken, wir sehen Verwerfungen in den Kliniken. Die kriegen wir nicht bis ins nächste Jahr in den Griff. Da brauchen wir einfach mehr Zeit. Wir sind so durch diese zwei Jahre Corona verändert in unseren ganzen Arbeitsstrukturen, dass keine Chance besteht, dass im Jahr 2023 wieder in den Griff zu kriegen. Deswegen unbedingt die Verschiebung; das halte ich für unabdingbar. Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. Als Nächster hat sich Herr (PatV) für die Patientenvertretung gemeldet. Entschuldigen Sie, Herr (PatV), ich habe die zweite Frage der DKG vergessen. Ich würde erst die zweite Frage zulassen und dann Sie. Sorry!

DKG: Danke schön erst einmal an Herrn Prof. (DGPM) und Herrn Prof. (APK). Da hätte ich gleich noch eine zweite Frage: In Ihrer Stellungnahme sprechen Sie sich gegen die stations- und monatsbezogene Nachweispflicht aus. Können Sie diese Forderung begründen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Das ging jetzt nur an Prof. (APK)? Okay. Herr Prof. (APK).

Herr Prof. (APK): Das kann ich gern tun. Zum einen ist es natürlich eine Sache der Organisation, aber wir haben einfach viele Berufsgruppen, die gar nicht stationsbezogen tätig sind. Nehmen Sie beispielsweise Ergotherapeuten und -therapeutinnen! Die sind oft in mehreren Stationen eingesetzt, und diese ganzen Nachweise, das funktioniert auch gar nicht. Wir haben Sozialpädagoginnen. Von den Sozialpädagoginnen ist kaum eine nur auf einer Station tätig. Wir haben übergreifende Tätigkeiten, tagesklinisch, ambulant, stationär. Wir versuchen, integrierte Versorgungskonzepte umzusetzen.

Der Stationsbezug ist ein Bezug aus den Achtziger, Neunziger Jahren der Psychiatrie. Wir arbeiten heute anders in der Psychiatrie.

Und bei der Pflege ist es so: Die sind im Dienstplan auf einer Station. Selbst da versuchen wir aber, ambulante Konzepte einzubauen und tagesklinische Betreuung auf Station einzubeziehen. Das klappt nicht in der Nachweisführung. Und es gelingt uns auch nicht, das entsprechend tatsächlich auszuleiten aus den bestehenden Personalmanagement- oder Personaldienstplanprogrammen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. Und jetzt, Herr (PatV), haben Sie das Wort.

PatV: Danke schön, Frau (Die Vorsitzende des Unterausschusses). Erst einmal habe ich mich sehr über die vielen Stellungnahmen und auch ausführlichen Stellungnahmen gefreut, die wir

bekommen haben. Man sieht, dass sich die Verbände sehr stark damit beschäftigen. Wir finden das auch sehr hilfreich bei unserer Arbeit.

Ich habe zwei Fragen zum Nachtdienst, einmal an die DGKJP, die sich auch ausführlich mit den Nachtdiensten beschäftigt hat. Sie sehen allerdings in den vorgelegten Konzepten noch keines, das Sie als gut empfunden haben. Am ehesten konnten Sie sich noch für den Vorschlag der Patientenvertretung entscheiden. Bei den Minutenwerten haben Sie aber darüber hinausgehende Vorstellungen, und da würde ich Sie bitten, uns die noch einmal konkret zu nennen.

Eine zweite Frage zum Nachtdienst an die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), die den vereinfachten Nachweis begrüßt hat, der beim Pflegepersonal nicht für Tag und Nacht separat erbracht werden muss. Da frage ich, welchen Vorteil Sie darin gegenüber den anderen Vorschlägen sehen.

Sie haben auch gesagt, bei den Minutenwerten könnte es noch Verbesserungen geben. Auch da hätte ich gern noch einmal konkret die Verbesserungsvorschläge. Schönen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (PatV). – Nun hat die DGKJP, vermutlich Herr Prof., das Wort.

Frau Prof. Dr. (DGKJP): Nein, jetzt antwortet Frau Prof. (DGKJP). Wir haben die Nachtdienste für die Kinder und Jugendlichen mit unseren Pflegeexperten durchgerechnet. Das steht auch in der Stellungnahme.

Ich muss noch einmal die Besonderheit unserer kleinen Stationsgrößen beschreiben, die zum Teil auch wirklich baulich voneinander getrennt sind. Das oberste im Prinzip ist erstens: Es sollte nicht festgelegt sein, von wann bis wann der Nachtdienst geht, weil wir lieber eine geteilte Spätschicht haben. Das heißt, solange gerade Jugendliche auf sind, muss man verhindern, dass es Remmidemmi gibt, wenn nur noch eine Kraft auf Station ist. Das heißt, bis 10 Uhr abends muss jemand da sein, und zwar in der Stationseinheit, in der Stationsgruppe.

Gleichzeitig kommen aber um die Zeit auch noch Notaufnahmen, Sie haben es gehört: 50 Prozent haben wir. Die müssen ja auch bedient werden. Wenn Kinder nachts wach werden und ins Bett gemacht haben oder einen Alptraum hatten oder sonst etwas, brauchen sie jemanden, der sich sofort kümmern kann. Das heißt, wir kommen nur zurecht, wenn wir Bereitschaftspflegemitarbeitende haben oder Erziehungsdienstmitarbeitende, die dann hinzukommen können.

Sie haben das in Ihrem Vorschlag ja ausgeschlossen. Bereitschaftsdienste sollen extra gezählt werden. Allein für einen Bereitschaftsdienst, der da ist, der auf der Station schläft, braucht man aber 0,75 Stellen mehr.

Die Minutenwerte sind auch für kleine Stationseinheiten mit acht Betten, mit zehn Betten nicht ausreichend. Wenn Sie eine Kraft auf zwölf Betten rechnen, dann haben wir ein paar Tage in der Woche niemanden da. Das geht natürlich so nicht.

All das hat uns dazu gebracht, dass wir sagen: Wir können das unter Einbezug der baulichen Möglichkeiten, unter Einbezug der Stationsgrößen eigentlich nur vor Ort verhandeln, weil das zu kompliziert ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Ich weise noch einmal darauf hin: Wir haben eine strukturelle Benachteiligung durch die Größe. Wir sind ja mit einer Station so groß wie die Allgemeinpsychiatrie mit zwei Stationen – mit einer halben Station. Das muss man einbeziehen. Deswegen gehen allgemeine Regelungen bei uns nicht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau Prof. (DGKJP). – Jetzt hat Frau von ver.di noch einmal das Wort.

Frau (ver.di): Vielen Dank für die Frage an Herrn (PatV). Auch wir haben uns mit den Praktikerrinnen und Praktikern die Vorschläge zu den Nachtdienstregelungen angeschaut. Die Dienst-

planung läuft in den Einrichtungen ja sehr unterschiedlich. Im Tag- und im Nachtdienst beginnen und enden die Dienste in einer Range von 14 bis 16 Stunden im Tagdienst und 8 bis 10 Stunden im Nachtdienst. Der Tagdienst beginnt in der Regel zwischen 6 und 8 Uhr und endet zwischen 20 und 22 Uhr. Der Nachtdienst beginnt zwischen 20 und 22 Uhr und endet zwischen 6 und 8 Uhr. Und davon können dann auch noch einmal individuelle Regelungen in Kliniken abweichen.

Der Vorteil einer Regelung in Minutenwerte für das Pflegepersonal, das 24 Stunden täglich festlegt, ist, dass die Einrichtungen jeweils nach Bedarf – selbstverständlich auch mitbestimmt durch die betrieblichen Interessenvertretungen – Dauer, Beginn und Ende der einzelnen Schichten festlegen. Dabei muss jederzeit eine sichere Patientenversorgung gewährleistet werden. Eine fehlende Regelung für die Nachtdienste führt dazu, dass das Personal im Tagdienst konzentriert wird, um die Vorgaben zu erfüllen, und für den Nachtdienst fehlt es dann an Personal.

Bei einem Minutenwert über 24 Stunden täglich kann dann der Personaleinsatz an die Bedarfe der Kliniken angepasst werden und ist nicht zwingend an die Tageszeiten gebunden. Verbesserungspotenzial sehen wir beim Vorschlag der Patientenvertretung, in dem die Grundlage der Aufteilung von Tag- und Nachtdiensten angepasst wird.

Zehnstündige Nachtdienste sind nicht die Regel. In tarif- und arbeitsvertraglichen Regelungen werden ganz überwiegend Arbeitszeiten von täglich 7,6 bis 8 Stunden vereinbart. Daher würde eine Anpassung der Verteilung der Minuten auf 16 Stunden im Tagdienst und 8 Stunden im Nachtdienst die Wirklichkeit deutlich besser abbilden.

Bis zu einer Neubewertung der Minuten je Patient und Woche sollten die Tagesminuten im Verhältnis von 14 Stunden täglich auf 16 Stunden täglich hochgerechnet werden, und auf Grundlage dieser Werte hat dann eine Berechnung der Nachtminuten auch in Abhängigkeit der Behandlungsbereiche und somit der Schweregrade zu erfolgen. Dabei muss die Qualitätsempfehlung – darauf möchte ich an dieser Stelle noch einmal hinweisen – von 18 Behandlungsplätzen, die für die Erwachsenenpsychiatrie Bezugsgröße sind und auch verbindlich vorgegeben werden. Bei einer Überschreitung der Stationsgröße muss sich dann auch entsprechend einen Aufschlag in den Minutenwerten ergeben. Das wäre eine sachgerechte Lösung. Diese Anregung haben wir.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (ver.di). Als nächster Fragender hat sich Herr (PatV) gemeldet.

PatV: Vielen Dank. Ich habe mich auch über die vielen Stellungnahmen der Verbände gefreut, da das immer ein Zeichen ist, dass da Interesse an einzelnen Regelungen, an der Änderung der Richtlinie besteht.

Ich hätte eine Frage, die sich aus mehreren Teilen zusammensetzt an die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB). Frau Prof. (DGSGB), sind Sie der Meinung, dass die aktuelle Behandlung von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen und psychischer Erkrankung leitliniengerecht ist und den Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention entspricht? Falls nicht, weil Sie das auch schon angedeutet haben: Wie könnte die Situation schnell und positiv geändert werden, und welche Lösungen sind, was die Personalausstattung betrifft, auf der G-BA-Ebene nötig?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Prof. (DGSGB).

Frau Prof. Dr. (DGSGB): Vielen Dank, Herr (PatV), für diese wichtige Frage, denn in der Tat: Menschen mit Behinderung haben ein Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit, und sie dürfen nicht aufgrund der Behinderung benachteiligt werden im Erlangen von Gesundheit. Und in der Tat ist gegenwärtig, unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen der PPP-RL eine leitliniengerechte Behandlung dieses Personenkreises im Krankenhaus nicht möglich, denn die Be-

handlung ist zeit- und personalaufwändiger. Die kommunikativen Barrieren und auch die Einschränkungen durch die verlängerte kognitive Verarbeitungszeit macht ein Durchführen der Behandlung unter den gegenwärtigen personellen Ausstattungen nicht möglich.

Darüber hinaus gibt es noch Fall- und Helferkonferenzen sowie einen erhöhten Kommunikationsbedarf mit dem betreuenden Bezugssystem, der sich nicht in der Form im gegenwärtigen Entwurf widerspiegelt. Menschen mit Behinderungen brauchen Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Man benötigt viel mehr Zeit für Deeskalation, für Verhaltensbeobachtung, mehr und zeitaufwändigere Diagnostik sowohl körperlich als auch psychisch, und dies ist unter den gegenwärtigen Bedingungen nicht möglich, sodass wir keine leitliniengerechte Behandlung durchführen können.

Eine Lösung wäre, eine eigene Behandlungsgruppe zu schaffen für Personen mit einer kognitiven Einschränkung oder entsprechend dem kognitiven Referenzalter auch eine Eingruppierung in die KJ-Gruppen zu ermöglichen.

Ich halte es für sehr wichtig, auch auf einer übergeordneten Ebene des G-BAs, hier Lösungen anzubieten, aus zwei Gründen. Natürlich ist es möglich, dass Häuser mit Spezialbereichen eigene Verhandlungen mit den jeweiligen Kostenträgern führen. Aber aus eigener leidvoller Erfahrung weiß ich: Diese Verhandlungen sind sehr langwierig und kleinschrittig. Bei uns am KEH in Berlin hat es über zehn Jahre gedauert, bis wir da zu einem einigermaßen befriedigenden Verhandlungsabschluss gekommen sind, der auch extremer Ressourcen bedurfte.

Der andere Grund, den ich auch noch sehe, dass eine überregionale Regelung nötig ist: Es gibt nur sehr vereinzelt Spezialbereiche für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in Deutschland. Ein wichtiger Grund dafür ist, dass die Behandlung letztlich querfinanziert werden muss aus anderen Bereichen, um diesen erhöhten Mehrbedarf zu decken. Davor scheuen sich viele Kliniken. Wenn die Rahmenbedingungen so wären, dass mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen auch diesem Personenkreis ein angemessenes Behandlungsangebot gemacht werden könnte, würden sich wahrscheinlich auch noch weitere Kliniken entscheiden, spezialisierte Stationen dafür einzurichten, sodass ein flächendeckendes wohnortnahe Angebot für Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen auch in Deutschland möglich gemacht wird.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. Herr (PatV), wollten Sie noch eine Frage ergänzen?

PatV: Nein, danke, das war's. Ich hatte die Fragen schon miteinander verknüpft.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. – Dann folgt als Nächster Herr (PatV).

PatV: Vielen Dank. Meine Frage richtet sich auch noch einmal an Frau von ver.di. Sie haben schon auf die erste Frage von Frau (GKV-SV) den Fachkräftemangel kurz angesprochen. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, der Fachkräftemangel darf nicht als Ausrede für verschobene Nachweisregelungen und Sanktionen herhalten. Das ist natürlich ein gutes Statement, aber es stellt sich natürlich sofort die Frage nach Alternativen. Welche sehen Sie denn in diesem Kontext?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau (ver.di).

Frau (ver.di): Vielen Dank, Herr (PatV), für die Frage. Ja, in der Tat: In der Analyse sind wir uns mit Prof. (APK) einig, dass es eine Abwärtsspirale gibt, dass die Situation wirklich dramatisch ist. In den Schlussfolgerungen unterscheiden wir uns, und das möchte ich begründen:

Der Weg aus dem Teufelskreis, in dem wir uns befinden, führt nur über bessere Arbeitsbedingungen. Die sind die Voraussetzung, um das notwendige Personal zu halten und zu gewinnen. Mehr Personal ermöglicht gute Arbeitsbedingungen und das wiederum macht den Weg frei, das erforderliche Personal zu halten und die notwendigen zusätzlichen Fachkräfte zu gewinnen. Das wird durch die aktuelle von der Hans-Böckler-Stiftung veröffentlichte Studie „Ich

pflge wieder, wenn“ belegt. Danach kann eine Kapazität von mindestens 300 000 Vollzeitpflegekräften in Deutschland durch Rückkehr in den Beruf oder Aufstockung der Arbeitszeit zusätzlich gewonnen werden bzw. steht zur Verfügung. Die entscheidende Voraussetzung, die die Befragten angeführt haben, ist aber, dass sie mehr Zeit für die Versorgung der Patientinnen und Patienten haben, dass ihnen mehr Zeit zur Verfügung steht. Und deshalb ist die Schlussfolgerung: Um die Mindestvorgaben zu erfüllen, geht kein Weg vorbei an mehr Verbindlichkeit, an stichhaltigen Regelungen für die Nachweisführung und auch an klaren Konsequenzen für den Fall, dass die Mindestvorgaben nicht eingehalten werden.

Zusätzlich möchte ich noch einmal erwähnen, dass aus unserer Sicht eine an guten Arbeitsbedingungen interessierte Instanz vor Ort mit Kontrollbefugnis da ist, die die Realität einschätzen kann, also auch betriebliche Interessenvertretungen, Betriebsräte, Personalräte, Mitarbeitervertretungen. Denn es gibt viele Schlupflöcher. Wie werden zum Beispiel StÄB-Beschäftigte – Beschäftigung in der stationsäquivalenten Behandlung – gezählt? Wie werden Querschnittsbeschäftigte gezählt? Wie werden Stationsleitungen, die real nicht in die Patientenversorgung eingebunden sind, angerechnet? Das ist von außen nur schwer zu überprüfen. Schon beim stationsgenauen Nachweis ist das schwierig – er ist wichtig, das möchte ich noch einmal betonen –, geschweige denn ist der Nachweis möglich, wenn weiter aufgeweicht werden soll und der Stationsbezug nicht mehr gegeben wäre. Deshalb müssen Betriebs- und Personalräte bereits in der Personalplanung und auch dann bei der Entstehung des Dienstplans und dessen Änderung eingebunden werden. Das möchte ich zusätzlich über die Richtlinie hinaus anmerken: dass die Kontrolle vor Ort auch noch einmal besonders wichtig ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. Als Nächster fragt Herr (LV).

Ländervertretung: Danke schön für das Wort. Ich nutze die Gelegenheit, kurz zu sagen, dass für die Ländervertretung heute auch Frau ... aus Hessen dabei ist, die sich besonders intensiv mit der PPP-RL befasst. Ich kann in Bezug auf meine Frage aber sagen, dass sich das weitgehend erledigt hat, weil ich auch die Frage an Frau Prof. (DGSGB) hatte, noch einmal ein wenig zu konkretisieren, wie man denn diesen zusätzlichen Bedarf in einer möglichen Richtlinie abbilden könnte. Aber dazu hat Frau Prof. (DGSGB) jetzt ja schon durch die vorangehende Frage noch einmal erläuternd ausgeführt. Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke für die Verfahrensökonomie. Als Nächste hat sich gemeldet Frau Dr. (GKV-SV) vom GKV-Spitzenverband. Dann folgt noch einmal Frau (DKG).

GKV-SV: Guten Tag! Ich habe zwei Fragen. Eine richtet sich an die DGKJP und eine an Herrn von der APK.

Aber bevor ich zu den Fragen komme, wollte ich kurz noch einmal etwas zum Stations- und Monatsbezug bemerken. Das ist ja ein Thema, das uns seit Ewigkeiten begleitet, und ich verstehe gar nicht, warum wir da mit einigen Verbänden so gar nicht zusammenkommen. Es wird ja immer wieder gesagt, der Stations- und Monatsbezug hindert uns in unserer Flexibilität. Aber für die Flexibilität der Krankenhäuser ist ja gerade die Mindestvorgabe auf Einrichtungsebene und quartalsbezogen einzuhalten. Das ist ja die entscheidende Größe, die für Sie wirklich relevant ist. Der Stations- und Monatsbezug im Nachweis, der zusätzlich erhoben wird, dient ja für uns, für den G-BA als Qualitätssicherungsmaßnahme. Mit diesem Bezug können wir prüfen, ob das Personal wirklich auf der Station ankommt. Und wenn wir dann sehen, dass es dort Verwerfungen geben könnte – und das ist ja durchaus möglich –, dann könnte man nachjustieren und sagen: Hier stimmt etwas nicht! So ist es immer gedacht gewesen. Beide Maßnahmen gemeinsam – die Mindestvorgabe einrichtungsbezogen, quartalsbezogen, und der Stations- und Monatsbezug –, beides zusammen macht sozusagen den Kern dieser Richtlinie aus. Das eine ist ohne das andere nicht denkbar.

Dann kommt ja immer noch das Argument: Es gibt gar keine Stationen. Auch darüber haben wir schon oft gesprochen. Wir hatten letztes Jahr ja vorgelegt, dass unsere Recherchen in zwei

Bundesländern ergeben haben, dass der Großteil der Krankenhäuser eben doch stationsbezogen organisiert ist. In den Nachweisen selber gibt es ja die Möglichkeit, neue – innovative – Behandlungskonzepte anzugeben, solche Einheiten. Die haben aber nur 3,5 Prozent der Kliniken angegeben. Also scheint das verschwindend gering zu sein.

Und vielleicht als Letztes, was ich zu dem Punkt noch sagen darf, ich bin ja jetzt auch wieder in der Versorgung tätig, vier Tage die Woche, und die Krankenhäuser, die ich besuche, sind leider – muss man sagen – stationsbezogen organisiert. Das kurz dazu.

Meine Frage zur DGKJP: Sie hatten sich grundsätzlich positiv geäußert zu den Einstufungen auf Basis der Routinedaten im OPS, und da wollten wir noch einmal nachfragen: Welche Vorteile sind denn mit dieser Umstellung Ihres Erachtens verbunden? Und könnten Sie den Änderungsvorschlag, den Sie diesbezüglich noch bei den Behandlungstagen hatten, kurz erläutern?

Die zweite Frage richtet sich an die APK. Herr (APK), Sie haben die Personalnot geschildert. Unseres Erachtens müsste man dann eigentlich so reagieren, dass man die Einführungsphase verlängert, aber durchaus bei den wenigen schwarzen Schafen ganz unten schon mal eine Sanktion anlegt, damit die sich jetzt vielleicht doch so anstrengen, dass sie über dieses Stöckchen mal springen können von den 90 Prozent jetzt. Ihre Conclusio ist aber eine andere. Sie fordern die Abschaffung der Sanktionen und beschäftigen sich mit der Einführungsphase nicht. Da wollte ich mal nachfragen, warum Sie diesen Schluss ziehen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank für die Frage. Ich gebe noch einmal kurz den Hinweis: Wir wollten uns nicht während der Stellungnahmen mit einem argumentativen Austausch befassen, sondern haben nachher noch intern, in der Unterausschusssitzung Gelegenheit dazu.

Herr (DKG), Sie haben eine Geschäftsordnungsfrage?

DKG: Vielen Dank, Frau (Die Vorsitzende des Unterausschusses), Sie haben es im Grunde schon gesagt. Insofern muss ich gar nicht mehr viel dazu sagen, denn das, was Frau (GKV-SV) gesagt hat, war ein Statement inhaltlicher Art und widerspricht komplett dem Verfahren, das wir vereinbart haben.

Der Stations- und Monatsbezug – dazu muss ich jetzt etwas sagen – ist von fast bzw. quasi allen Verbänden mit großem Nachdruck abgelehnt worden, und das aus guten Gründen; das steht in den Stellungnahmen. Ich werde mich an dieser Stelle kurzfassen, aber das, was Sie gesagt haben, kann an dieser Stelle nicht unwidersprochen bleiben; das geht einfach nicht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Trotzdem würden wir uns im internen Teil im Unterausschuss darüber unterhalten, was wichtig ist und was geht und was nicht geht.

Jetzt aber zu den Fragen. Die DGKJP – ich beginne einmal mit Frau Prof. (DGKJP). Bitte!

Frau Prof. Dr. (DGKJP): Wir hatten im letzten Jahr ja schon, um die kleinteiligen Tätigkeitsbeschreibungen für die Berufsgruppen zu umgehen, gesagt: Es gibt ja schon Beschreibungen dessen, was man am Patienten tut, nämlich in den OPS. Warum nimmt man nicht diese? Die nutzen uns für alle Berufsgruppen und für Einzelkontakte viel. Für den Pflege- und Erziehungsdienst werden sie bekanntlich nicht ausgefüllt; das wäre der große Nachteil an dieser Regelung. Und wir sind ja auch darauf gekommen, dass, wenn man die Abrechnungsdaten zugrunde legen will, wir in den Abrechnungsdaten einen anderen Tagesbezug und Zeitbezug haben, als ihn die PPP-Richtlinie vorgibt, weil die PPP-Richtlinie den Entlasstag nicht zählt und den Verlegungstag und den sogenannten Beurlaubungstag – bei uns heißt das häusliche Belastungserprobung bei den Kindern – nicht zählt, obwohl diese Tage nachweislich – empirisch geprüft über das InEK, sonst wären die PEPPs anders berechnet worden – besonders viel Aufwand verursachen. Bezieht man die Tage in die Personalkalkulation ein, kommen höhere Werte dabei heraus. Da hätten wir natürlich etwas mehr Interesse dran. Deswegen würden wir bitten: Wenn OPS-Bezug, dann eben auch komplett an die OPS-Systematik angelehnt. Wenn wir dafür auf die Tätigkeitsbeschreibung verzichten könnten, wären wir sehr zufrieden.

Zum Stationsbezug sage ich jetzt nichts mehr; das war auch keine Frage, wie ich verstanden habe.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau Prof. (DGKJP). – Dann Herr Prof. (APK).

Herr Prof. (APK): Vielen Dank für die Frage. Ich glaube, an einem Punkt bin ich missverstanden worden. Ich habe nicht gesagt, die Sanktionen sollen komplett abgeschafft werden, sondern habe mich für eine Verschiebung der Sanktionen aus den genannten Gründen ausgesprochen, ich habe sie aufgeführt.

Ich würde mich freuen, wenn es ein paar wenige schwarze Schafe wären, die da über ein Stöckchen springen müssten. Ich prophezeie Ihnen: Es wird im zweiten und dritten Quartal nicht einige wenige schwarze Schafe geben, sondern es wird die Versorgung flächendeckend erreichen, und dann gefährdet es tatsächlich die Versorgung, und dann wird eine Scharfschaltung der Sanktionen zu einer dramatischen Verschlechterung führen. Denn was mache ich denn als Klinikbetreiber, wenn ich plötzlich soundsoviel Hunderttausend oder Millionen zurückzahlen muss? Dann muss ich ja weiter in die Sparspirale gehen. Dadurch wird keine einzige Pflegekraft mehr eingestellt. Damit komme ich in eine Abwärtsspirale und damit ist die Versorgung einfach gefährdet.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. Als Letzte auf meiner Wortmeldungsliste: Frau von der DKG.

DKG: Herr Prof. (APK), die vorletzte Wortmeldung von Frau Prof. (DGKJP) drehte sich um die OPS-Systematik, wo laut Frau Prof. (DGKJP) das prinzipiell möglich erscheint. Sie hatten dies jetzt in Ihrer Stellungnahme abgelehnt. Genauer: Sie sprechen sich dafür aus, die 14-tätige Einstufung der Behandlungsbereiche beizubehalten, und haben die OPS-Einstufung sogar entschieden abgelehnt. Können Sie das bitte noch etwas genauer erläutern?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Prof. (APK).

Herr Prof. (APK): Das ist eine komplexe Frage, und da bin ich im Moment gar nicht ganz sicher, wie ich mich da positionieren müsste. Man müsste das noch einmal nebeneinanderlegen. Ich kann jetzt nicht ganz fundiert auf diese Frage antworten, muss ich ganz ehrlich sagen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. Herr (PatV), Sie hatten sich ergänzend noch einmal gemeldet? Sonst würde ich jetzt die zweite Runde einläuten, damit die Sachverständigen nicht so lange warten müssen. Herr (PatV)?

PatV: Ich hatte mich für eine nächste Frage gemeldet.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Gut, dann stellen Sie sie bitte.

PatV: Ich möchte an die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, an Frau (ver.di), die Frage richten: Sie halten den Einsatz von Genesungsbegleitern immer für ein zusätzliches wertvolles Angebot. Sie finden die Kernaufgaben der Genesungsbegleiter positiv; so wird es einstimmig formuliert. Was müsste aus Ihrer Sicht diesbezüglich bei der Weiterentwicklung der Richtlinie erfolgen? Und wie stehen Sie zu dem Thema Anrechnung der Arbeit des Genesungsbegleiters gegenüber anderen Berufsgruppen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Frau (ver.di)

Frau (ver.di): Vielen Dank, Herr (PatV), für die Frage. Ja, in der Tat begrüßen wir diesen ersten Schritt mit der Definition der Kernaufgaben sehr. Die Genesungsbegleiter und Genesungsbegleiterinnen halten ein sehr, sehr wichtiges zusätzliches Angebot vor. Darüber hinaus ist es aus unserer Sicht notwendig, dass die Genesungsbegleiter auch konzeptionell gut eingebunden sind, ihnen klare Rollen entsprechend der Kernaufgaben zugewiesen werden und eine professionelle Begleitung in den Einrichtungen, zum Beispiel durch einen EX-IN-Trainer vorzusehen ist. Die Rahmenbedingungen dafür sind auch in der Richtlinie zu umreißen, und ich will auch hier noch einmal betonen, weil wir auch noch einmal nachgefragt haben: Genesungsbegleiter

setzen ihr Erfahrungswissen zum Wohle der Patienten ein. Sie sind jedoch keine Fachkräfte und können diese nicht ersetzen. Im Rahmen der Mindeststandards sind sie deshalb auch nicht auf die Personalkapazitäten anderer Berufsgruppen anzurechnen. Wir empfehlen den Einsatz von Genesungsbegleitern und -begleiterinnen mit einer EX-IN-Qualifikation. Von einem Einsatz ohne Qualifikation möchten wir abraten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau (ver.di). Damit habe ich die Liste aus der ersten Runde abgearbeitet. Herzlichen Dank, auch für die Konzentration auf einigermaßen Kürze und Würze, an alle Sachverständigen und Fragenden.

Ich mache weiter in der Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen. Es folgt jetzt die Bundesdirektorenkonferenz, die BDK. Herr Dr. (BDK) hat eine Wortmeldung signalisiert. Sie haben das Wort.

Herr Dr. (BDK): Herzlichen Dank. Wir können uns vor allem den Ausführungen von Herrn (APK) anschließen. Wir haben die wirklich unangenehme Situation, dass wir auf der einen Seite eigentlich vernünftige Personalmengen brauchen, um eine vernünftige Medizin zu machen, andererseits der Fachkräftemangel derzeit so heftig ist, dass im Prinzip die Krankenhausmedizin umorganisiert werden müsste. Wir müssten wahrscheinlich in den Krankenhäusern deutlich mehr ambulante Leistungen, die über die bisherigen Strukturen hinausgehen, erbringen können, um die Versorgung sicherzustellen. Wenn jetzt die Sanktionen kurzfristig scharfgeschaltet würden, dann würde ich wie Herr (APK) befürchten, dass ein größerer Teil der Psychiatrischen Kliniken und Abteilungen erheblich ins Schleudern kommt.

Außerdem würde ich ebenfalls den Vorrednern Recht geben, dass die kleinen Einheiten, also in der Erwachsenenpsychiatrie, vor allen Dingen die externen Tageskliniken in dem jetzigen System so schlecht abgebildet sind, dass leider zu befürchten ist, wenn Sanktionen eingeführt und die Budgets in den externen Tageskliniken nicht dramatisch erhöht werden, dann ein externes Tageskliniksterben „vom Feinsten“ einsetzen wird, und das möchte wohl niemand. Die Vorboten zeigen sich ja immer wieder. Auch wir müssen hin und wieder externe Tageskliniken vorübergehend vom Netz nehmen, um überhaupt den Betrieb im Haupthaus aufrecht zu erhalten.

Kurzum: Die Sanktionen sind das A und O, und die sollten auf jeden Fall ein ganzes Stück hinten rausgeschoben werden.

Und wir brauchen dringend eine Erweiterung um ambulante Behandlungsmöglichkeiten, denn was bisher gar nicht zur Sprache kam, wir haben die Mitarbeiterperspektive betrachtet; das ist schön und gut: Wir haben aber als Kliniken auch einen Versorgungsauftrag, und dem müssen wir irgendwie nachkommen. Wir müssen nicht alles stationär machen, aber wir können die Bevölkerung auch nicht einfach unversorgt lassen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr Dr. (BDK). Es folgt die Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien, die WFKT. Es hat sich angemeldet Frau Prof. (WFKT).

Frau Prof. Dr. (WFKT): Vielen Dank für die Einladung, sodass wir wieder dabei sein können. Wir bedanken uns auch dafür, dass unsere doch im Vergleich der Berufsgruppen junge Disziplin als Künstlerische Therapie so eingebunden ist in die neue Richtlinie. Wir wissen, dass unsere Evidenzlage schwach ist, sehen aber auch an der großen Resonanz – und verfügen über einen umfangreichen Erfahrungsbereich –, wie wichtig wir in dieser Leitlinie insgesamt sind.

Was wir mit großem Nachdruck anmerken möchten, und auch schriftlich formuliert haben, ist, dass wir die große Notwendigkeit darin sehen, dass die Künstlerischen Therapien als Spezialtherapien in der Klinik eingeordnet genauer berücksichtigt werden in Bezug auf ihr Potenzial, gerade in Bezug auf den – was genannt wurde – flexiblen Einsatz. Die Spezifik auch der Qualifikation ist bei der Künstlerischen Therapie notwendig zu berücksichtigen, denn die Bündelung von Spezialtherapien, Ergotherapie, zum Teil auch Sprachtherapie, Logotherapie ist undifferenziert und verwässert auch das wichtige Potenzial der Künstlerischen Therapien im

klinischen Bereich, wozu unter anderem die nonverbale Arbeit mit den Patienten gehört, ressourcenorientiert zu arbeiten, was gerade Covid gezeigt hat, auch die neuen Leitlinien, wo ein großer Bedarf ist. Daher sehen wir auch in Bezug auf die Beschreibung der Regelaufgaben des Tätigkeitsprofils, die sehr ungenau ist, eine sehr große Wichtigkeit, die Künstlerischen Therapien zu präzisieren. Es findet sich in der vorliegenden Beschreibung immer noch eine synonyme Verwendung von kreativitätsfördernden Maßnahmen. Da sehen wir einen wichtigen Bedarf, das zu präzisieren. Wir haben es dafür auch eingereicht.

Abschließend ist noch hinzuzufügen, dass die Künstlerischen Therapien eine Berufsgruppe sind, die aktuell an den Ausbildungsstandards arbeitet, was wichtig zu berücksichtigen ist, was wir im letzten Jahr auch schon thematisiert haben, sodass wir uns gern zur Verfügung stellen, um Ihnen auch den Hintergrund zu liefern.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Prof. (WFKT). – Wir kommen zur Musiktherapeutischen Gesellschaft, Frau (DMtG) Sie haben das Wort.

Frau (DMtG): Herzlichen Dank. Ich spreche für die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft. Ich kann mich den Kolleginnen und Kollegen von der Ergotherapie und natürlich auch Frau (WFKT) anschließen.

Wir stellen schon auch mit einer gewissen Enttäuschung fest, dass unsere Berufsgruppen bisher noch wenig beschrieben sind, und da ist, glaube ich, der OPS-Bezug auch nicht hilfreich, wenn man eben guckt: Wie ist das im Vertretungsfall dann zu ersetzen? Insofern schiene uns schon wichtig, dass eben dieser ganze Bereich der Fachtherapien und Sozialdienste doch genauer betrachtet wird. Wir hatten eigentlich gehofft, dass das in dieser jetzigen Änderungsarbeit stattfindet.

Frau (WFKT) hat gerade schon darauf hingewiesen: Man kann eigentlich ganz schön aus der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen ablesen, was auch die einzelnen Berufsgruppen Wesentliches zu leisten haben, was eben tatsächlich auch die Symptomatik verbessert, zum Beispiel bei Menschen mit schizophrenen Erkrankungen auch die Negativsymptomatik. An der Stelle würden wir sehr gern mehr tätig werden.

Wir würden uns wünschen, dass die Entwicklung, die unsere Berufsgruppen in den letzten 30 Jahren vollzogen haben, da auch zur Kenntnis genommen wird. Da müsste man ja auch noch die Minutenwerte überprüfen. Aus unserer Sicht liegt da sehr viel Arbeit vor uns, und es erscheint uns eigentlich nicht sinnvoll, eine nur halb überarbeitete Fassung der PPP-RL, wo das alles überhaupt noch nicht berücksichtigt ist, jetzt auf einmal voll in Kraft zu setzen. Das könnte eventuell ja auch dazu führen, dass am Ende unsere Berufsgruppen in der Praxis benachteiligt sind, wenn zum Beispiel in einer Einbahnstraßenregelung die Anrechnung der Psychotherapeuten auf diese Berufsgruppen herbeigeführt würde.

Wir erleben in der Praxis auch, dass Kolleginnen und Kollegen in dem ganzen Durcheinander, was diese Richtlinie in den Kliniken hervorruft, Verträge, die befristet sind, nicht verlängert bekommen, weil ihnen gesagt wird, sie seien gar nicht vertretbar, und das könnte eben die PPP-RL in Zukunft nicht mehr zulassen.

Also: Einerseits fehlen Fachkräfte, andererseits werden Verträge nicht verlängert. Das passt alles hinten und vorne nicht zusammen.

Wir wünschen uns dringend, dass wir stärker einbezogen werden und vielleicht auch Ansprechpartner haben, also nicht nur Stellung nehmen können, wenn alles fertig ist, sondern auch zwischenzeitlich im Kontakt zum Unterausschuss stehen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau (DMtG). Wir kommen zur Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege, DFPP. Es haben sich Frau (DFPP) und Herr Prof. (DFPP) angemeldet. Wen darf ich aufrufen? Frau (DFPP), Sie haben das Wort.

Frau (DFPP): Herzlichen Dank. Ich bin die Präsidentin der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege und übernehme das Eingangsstatement.

Wir haben jetzt schon sehr viel gehört, wo wir, wenn wir uns schon vorher befugt gesehen hätten, etwas zu sagen oder angesprochen worden wären, sagen: Wir freuen uns schon jetzt auf die nächste Diskussionsrunde, und das nötigt mich auch, in diesem Eingangsstatement noch etwas zum Thema Fachpersonalmangel zu sagen.

Zunächst will ich sagen, dass wir die einzige pflegerische Fachgesellschaft sind, die stellungnahmeberechtigt ist, und deswegen ist uns das Thema Nachtdienst natürlich wichtig, und deswegen hoffen wir auch sehr, dass wir über die heutige Sitzung hinaus in die Diskussionen eingebunden werden. Wir sehen die Nacht als sehr vulnerable Situation. Ein Indikator für eine vollstationäre Krankenhausversorgung ist, dass eine Bedürftigkeit grundsätzlich 24 Stunden und 7 Tage die Woche vorliegt, sonst wäre ja eine tagesklinische Behandlung möglich. In der Nacht schlagen die Symptomlast, da schlagen die dringlichen Bedürfnisse, da schlagen die funktionellen Einschränkungen usw. genauso stark in irgendeiner Form auf, und das sind ja die Themen, die zunehmen. In der Gerontopsychiatrie nehmen Multimorbidität, Gebrechlichkeit, Desorientierung zu. All das sind Hilfebedarfe in der Nacht.

Wir müssen in der Nacht Ruhe vermitteln. Wir müssen Risiken managen. Wir müssen Sicherheit gewährleisten, Sicherheit für die Patienten, für die Betroffenen, für Mitpatienten und fürs Personal. Wir müssen mit Notfällen umgehen, und wir müssen Aufnahmen managen. Wir müssen auf die Krisen vorbereitet sein. Wir haben einen hohen Aufwand mit Eins-zu-eins-Betreuung. All das macht die Nachtwachenberechnung sehr komplex. Und das erfordert, dass wir den Nachtdienst als Vorhalteaufgabe definieren und nicht über Minutenwerte und Tätigkeiten usw. Wir müssen viel Vorhalteleistungen in den Nachtdienst mitdenken. Das war das erste Thema, zu dem ich sprechen wollte.

Ich wollte noch etwas zum nächsten Schwerpunkt der diesjährigen Richtlinie Psychotherapie sagen: Uns ärgert erneut, dass nur bei den Psychotherapeuten und den Ärzten psychotherapeutische Leistungen gesehen werden. Viele Berufsgruppen machen gerade supertiefe, übende, motivationsfördernde edukative reflektierende Verfahren und begleiten Expositionen, auch wir.

Zum Fachpersonenmangel möchte ich sagen, dass wir es uns nicht mehr leisten können, weiterhin dysfunktionale Strategien zu fahren. Das Aussetzen von Sanktionen ist kurzfristig hilfreich, langfristig dysfunktional. Da freue ich mich auf die Diskussion.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (DFPP). Jetzt folgt EX-IN Deutschland e. V., angemeldet sind Frau (EX-IN) und Frau Dr. (EX-IN). Wer möchte sprechen? Wir stellen gerade fest: EX-IN ist jetzt weg, war vorher eingewählt. Wir würden das jetzt zurückstellen und nehmen die Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, DÄVT, angemeldet sind Herr Dr. (DÄVT) und Frau Dr. (DÄVT). Wer spricht?

Herr Dr. (DÄVT): Ich werde sprechen. Vielen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme für die Fachgesellschaft für Verhaltenstherapie. Auch wenn das vielleicht schon bekannt ist, weisen wir noch einmal darauf hin, dass ja mit der PPP-RL lediglich ein Beitrag zur leitliniengerechten Behandlung geleistet wird, aber natürlich keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung vorliegen.

Fakt ist aber, dass die Kliniken bundesweit keine Personalausstattung über diese Mindestgrenzen hinaus verhandeln können und damit einerseits durch den Fachkräftemangel, andererseits aber auch immer wieder durch besondere Situationen eine erhöhte Ausfallquote auftritt. Dies ist eigentlich vom System her angelegt, dass Kliniken immer wieder in eine Personalnotsituation kommen. Hier fordern wir als Verhaltenstherapeutischer Verband, auch eine Verhaltenstherapie umzusetzen, dass grundsätzliche Ergänzungen bei der PPP-RL vorgenommen werden, die eine Verhandelbarkeit eines krankenhausindividuellen Personalbudgets auch oberhalb von Mindestvorgaben der Personalausstattung begründen helfen.

Auf den Stations- und Monatsbezug wurde schon mehrfach eingegangen; das will ich nicht unbedingt vertiefen. Auch wir halten den Stations- und Monatsbezug für nicht geeignet, sondern für ein ungeeignetes Qualitätskriterium. Es ist auch so, dass die Verhaltenstherapie natürlich Psychiatrie vielfach auch indikationsbezogen stationsunabhängig und settingübergreifend organisiert, sodass Vertretungssituationen und Personalmangelsituationen auf einer Station deutlich besser – anders – gelöst werden können als durch einen Stationsbezug, um die Versetzung eines Mitarbeiters, einer Mitarbeiterin auf eine andere Station zu vermeiden. Das machen die Mitarbeiter auch nicht gut mit.

Was uns noch einmal wichtig ist, sind die Behandlungsbereiche A4, G4, S4 und KJ5. Das sind Behandlungsbereiche, die wir nicht gelöscht sehen möchten. Diese Patientengruppe ist ja weiter in der Versorgungsrealität identifizierbar. Aber vielleicht findet die Einstufung deswegen nicht statt, weil einfach die Minutenwerte so obsolet sind und so wenig attraktiv sind. Hier ist eine Begleiterforschung zwingend erforderlich, damit auch diese wichtigen Patientengruppen von schwer und mehrfach Kranken weiterhin gut versorgt sind in den stationären Einrichtungen des Landes. Vielleicht kriegen wir dann mal Qualität in diese schwierigen Patientengruppen. Die bilden auch in den Fachkrankenhäusern einen besonderen Anteil der zu versorgenden Patienten ab.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr Dr. (DÄVT). Dann frage ich noch einmal, ob Frau (EX-IN) und Frau Dr. (EX-IN) von EX-IN da sind? Nicht ersichtlich. Dann folgt jetzt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, die DGPPN. Angemeldet ist Herr Dr. (DGPPN).

Herr Dr. (DGPPN): Vielen Dank, sehr geehrte Frau (Die Vorsitzende des Unterausschusses). Sehr geehrte Damen und Herren! Uns sind heute drei Dinge besonders wichtig. Erstens sollte der Nachweis der Erfüllung der Mindestpersonalvorgaben möglichst praxisnah sein und die Krankenhäuser in ihren komplexen Aufgaben nicht behindern. Ein stations- und monatsbezogener Nachweis erfüllt diese Kriterien aus unserer Sicht nicht. Er geht an der modernen Versorgungsrealität vorbei und kostet wertvolle Zeit, die eigentlich den Patienten vorbehalten sein sollte.

Die Kliniken benötigen die Flexibilität zurück, die sie zur Bewältigung ihrer Aufgaben dringend brauchen, und deshalb plädieren wir dafür, den Stations- und Monatsbezug aus dem Nachweisverfahren zu streichen.

Zweitens sollten Durchsetzungsmaßnahmen bzw. Sanktionen aus unserer Sicht im Sinne der Richtlinie dem Zweck dienen, die Krankenhausversorgung sicher zu machen. Dazu gehört eindeutig nicht die Bestrafung bzw. in der Konsequenz die Schließung von kleinen Einheiten auf dem Land, insbesondere auch Tageskliniken, die aufgrund der starren Vorgaben und des bekannten Fachkräftemangels in der Fläche die Mindeststandards nicht einhalten können.

Die Kliniken befinden sich nun seit mehreren Jahren in einem Dauerausnahmestand durch Pandemie und Krieg. Aktuell setzen Inflation und die gestiegenen Energiepreise den Kliniken weiter zu. Gleichzeitig verschärft sich der Fachkräftemangel; das haben wir heute mehrfach gehört. Wenn Sie in einer solchen Gemengelage die Sanktionen ab dem 01.01.23 scharfstellen, geraten wir möglicherweise in eine Abwärtsspirale mit nicht absehbaren Konsequenzen für eine flächendeckende gemeindenahere Versorgung.

Vor diesem Hintergrund fordern wir, mit der Einführung der Sanktionen zu warten, bis die Richtlinie evaluiert und grundsätzlich überarbeitet wurde. Im besten Fall werden die Sanktionen bis dahin im Sinne eines gestuften Systems weiterentwickelt, in dem Beratung und Unterstützung der Kliniken Vorrang vor harten Durchsetzungsmaßnahmen haben.

Drittens ist für eine evidenzbasierte und leitliniengerechte Behandlung in Psychiatrischen und Psychosomatischen Kliniken eine Erhöhung der geltenden Minutenwerte für die Erbringung von Psychotherapie dringend geboten. Hier steht die Erfüllung des entsprechenden gesetzlichen Auftrags durch den G-BA noch aus.

Das von Patientenvertretung, Bundesärztekammer und Bundespsychotherapeutenkammer vorgelegte Konzept basiert auf der besten verfügbaren Evidenz und den aktuellen Leitlinien und wird von uns ausdrücklich unterstützt. Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr (DGPPN). Es folgt der Dachverband Gemeindepsychiatrie, Herr (DVGP).

Herr (DVGP): Vielen Dank für das Wort. Ich habe die Zeit über *[Tonstörung]* nachgedacht. Ich kann mich sehr beschränken, denn Etliches von dem, worauf wir in unserer schriftlichen Stellungnahme hingewiesen haben, ist schon mehrfach erwähnt worden.

Uns geht es insbesondere um kleine Einheiten, die von Großkliniken betrachtet „dezentrale Einheiten“ heißen. Wir sprechen lieber von Einheiten, die in regionale Versorgungssysteme eingebunden sind. Das sind, wie zuletzt Herr (DGPPN) auch erwähnt hat, überwiegend Tageskliniken.

Wir haben einige Vorschläge unterbreitet, wie man verhindern kann, dass die bei Scharfstellung der Sanktionen reihenweise schließen müssen, weil die Logik der Minutenwerte, des Stations- und des Berufsgruppenbezugs auf diese Tageskliniken einfach nicht passt. Ob diese Vorschläge jetzt sachgerecht sind, ob es bessere Möglichkeiten gibt, will ich in aller Demut dem G-BA und seinem Ausschuss überlassen.

Ein Vorschlag wäre beispielsweise, wenn denn unbedingt Ersatz bei Urlaub und Krankheit zu fordern ist, wenigstens den Berufsgruppenbezug in diesem Fall zu streichen oder stark abzuschwächen, denn das entspricht der tagesklinischen Realität nicht. Das ist von den Stationen her gedacht, die eine sehr strikte Trennung der berufsgruppenbezogenen Aufgaben haben. Das ist bei Tageskliniken nicht nur dezentral generell anders; die bilden einheitliche Teams.

Eine andere Möglichkeit wäre, dass man zwar erhebt, auch zum Zwecke der Evaluation, wie die Ausstattung ist, aber zumindest die Sanktionen aussetzt. Wir wollen gar nicht grundsätzlich Stellung nehmen zu der Frage, ob Sanktionen generell sinnvoll oder erforderlich sind oder der Fachkräftemangel geradezu erfordert, sie wegzulassen, aber wir machen darauf aufmerksam, dass kleine regional gut eingebundene Einheiten das wohl nicht überstehen würden.

Da ich noch eine halbe Minute Zeit habe, möchte ich mich denen anschließen, die sich dafür stark gemacht haben, die Genesungsbegleiter als vollwertige Berufsgruppe anzuerkennen. Dass sie schon in der ersten Fassung der Richtlinie erwähnt werden, ist zweifellos ein Fortschritt und dem geschuldet, wie die Realität zunehmend ist. Wenn es aber eine vollwertige Berufsgruppe sein soll – und unserer Ansicht nach ist das so; da spreche ich dann für den EX-IN-Verband –, dann muss sich erstens natürlich auch deren Vergütung entsprechend ändern – sie werden oft noch als Hilfskräfte vergütet – und zweitens müssen sie eigene Minutenwerte bekommen. Das scheint jetzt in der Kürze der Zeit nicht mehr leistbar zu sein, deswegen haben wir in aller Bescheidenheit vorgeschlagen, dann wenigstens mit der nächsten Überarbeitung so weit zu kommen, dass das eine vollwertige Berufsgruppe mit eigenen Minutenwerten ist. Das entspricht dem Stand der Versorgung und vor allem der wünschenswerten Versorgung. Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr (DVGP). Ich gebe einmal folgenden Hinweis: Es tut mir leid, das habe ich am Anfang falsch gesagt: Es geht nach dem Eingang der Stellungnahmen. Danach richtet sich die Sortierung, nicht nach dem Alphabet. Sorry! Wir haben Sie nicht in irgendeiner Form „nach unten gewertet“, sondern ausschlaggebend war der Eingang der Stellungnahme.

Als Letzte erhält jetzt die DGPT, die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie das Wort. Angemeldet haben sich Frau (DGPT) und Frau (DGPT). Wer spricht? Frau (DGPT).

Frau (DGPT): Vielen Dank. Jetzt haben Sie ja noch einmal betont, dass unsere Stellungnahme offensichtlich als letzte eingegangen ist – wir haben vielleicht am meisten darüber nachgedacht. Nein, natürlich nicht. Wir bedanken uns auch ganz herzlich dafür, dass wir hier Stellung nehmen konnten.

Ich schließe mich auch der Stellungnahme von Herrn (DKPM) und von Herrn (APK) an. Wir unterstützen natürlich auch die Bemühungen um eine verbindliche Personalausstattung und darum, dass die gute Qualität der Psychosomatischen und Psychiatrischen Kliniken gefördert, erhalten oder auch verbessert wird.

Uns ist es aber auch ein ganz großes Anliegen darauf hinzuweisen, dass gerade für die Psychosomatischen Kliniken die Sanktionen zum jetzigen Zeitpunkt kein geeignetes Mittel werden und wir unterstützen es sehr, dass wir warten, bis die empirische Grundlage da ist. Und zwar werde ich nachher auch noch etwas zur Psychiatrie sagen, weil ich Chefärztin einer Psychosomatischen Abteilung bin, aber in unserem Haus gibt es auch noch eine Psychiatrie und eine Neurologie.

In der Psychosomatik ist uns aufgefallen, dass gerade diese unterschiedlichen strukturellen Bedingungen überhaupt nicht erfasst werden mit so einer pauschalen oder relativ pauschalen Minutenwerttabelle. Wenn wir im Essstörungssetting eine Patientin mit einem BMI von 12 aufnehmen, dann kann die gar keine Therapie bekommen, zumindest nicht von den Psychotherapeuten. Dann wird die kurz gesehen in Krisengesprächen. Aber die bekommt täglich ärztliche Gespräche, täglich Psychoedukation von der Pflege. Und wir haben Pflegekräfte, die Psychosomatische Fachkräfte sind, die auch nicht mit erfasst werden in den therapeutischen Einheiten, was wir auch nicht gut finden. An der Stelle bräuchte es eine Anpassung in die Richtung der Somatik. An anderen Stellen – mit den Borderline-Patienten – braucht es viel höhere Minutenwerte für die Therapeuten, und auch da finden wir, dass die Berufsgruppen gegenseitig anerkannt werden müssen, wie es gefordert wird.

Ein kurzer Satz zur Psychiatrie: Bei uns ist es so: Wenn die Sanktionen scharfgestellt werden, dann werden wir eine schlechtere Behandlung der Patienten bekommen, weil wir nicht mehr die Eins-zu-eins-Betreuung der offenen Psychiatrie weitermachen können, sondern wir müssen die Patienten wieder einschließen, weil wir nicht so viele Pflegehelfer werden einstellen können, wie wir dann bräuchten, um das vorzuhalten, obwohl wir ein Haus sind – als konfessionelles Haus –, das eine hohe Personaldecke und eine viel bessere Versorgung hat als die anderen Krankenhäuser um uns herum. An der Stelle, denke ich, sind die Sanktionen der Psychiatrie auch echt ein Schaden wahrscheinlich. Mehr kann ich jetzt gar nicht dazu sagen. Aber ich schließe mich den anderen auch an.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Sie waren die letzte der Organisationen, die hier Stellung genommen haben. Irgendeine Reihenfolge mussten wir finden, das tut mir leid. Es sind uns alle gleichermaßen willkommen.

Jetzt geht es in eine weitere Fragerunde. Es hat sich gemeldet die DKG, Frau

DKG: Ich hätte zwei Fragen an Frau (DFPP) bzw. an Herrn Prof. (DFPP). Sie hatten in Ihren vorhergehenden Ausführungen auch ganz treffend das Problem des vorhandenen Personals angesprochen, und in Ihrer Stellungnahme haben Sie sich in diesem Kontext für eine Anrechnung von Nicht-PPP-RL-Personal im ärztlichen Dienst ausgesprochen. Da würde ich Sie zum einen bitten, dies noch einmal zu erläutern. Zum anderen würden wir Sie gern fragen, was Sie zur Einstufung der Behandlung in OPS-Codes zu sagen haben.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Prof. (DFPP), bitte.

Herr (DFPP): Herzlichen Dank für Ihre Fragen. Einerseits, was das Thema Anrechnung von auch Nicht-PPP-RL-Personal im ärztlichen Dienst angeht, halten wir es für zwingend notwendig, dass dies gemacht wird, denn wir haben in den Kliniken durchaus viele, viele Aufgaben, die quasi manchmal multiprofessionell, manchmal aber auch singulär einer Berufsgruppe zuzurechnen sind, in der zum Beispiel Stationsassistentinnen oder Sekretärinnen in vielen, vielen

Kliniken zu finden sind, quasi angerechnet werden müssen, die keiner PPP-RL-Berufsgruppe entsprechen, aber die durchaus Aufgaben auch aus dem ärztlichen Dienst übernehmen, das heißt Diagnostikvorbereitung, Blutentnahme und andere Dinge.

Wir haben sicherlich auch Tätigkeiten, die im Grenzbereich zwischen PPP-RL und Basispflege-satz liegen. Das ist so etwas wie Codierung oder auch Schreibtätigkeiten. Diese Berufsgruppen werden im Moment aufgrund der aktuellen PPP-RL-Logik in einem, ich will es einmal so sagen, nicht definierten Graubereich durchaus über andere Berufsgruppen in die Anerkennung und Anrechnung gebracht und damit zur Last gelegt. Das kann aus unserer Perspektive so nicht weitergehen, sondern muss einer klaren Struktur folgen.

Es ist auch nicht erkennbar, aus welchen Gründen Assistenzaufgaben im ärztlichen Dienst von den Ärzten selber erfüllt werden sollen. Denn das wäre in der aktuellen Logik der Nichtanrechnung die Konsequenz. Das heißt, alle Ärzte müssten quasi auch Assistenzaufgaben, die sie delegieren könnten, dann selbst durchführen. Weil es ja auch eine Grenze gibt zwischen allen anderen Berufsgruppen und den Ärzten und den Psychologen, ein deutliches Votum für Minutenwerte oder prozentuale Anrechnungsfaktoren.

Die zweite Frage – OPS – halten wir für nicht sinnvoll für unsere Berufsgruppe. Man kann das natürlich denken und angucken. Man muss sich das OPS-System ja noch einmal in Gänze anschauen, welche Wirkung es überhaupt entfaltet. Natürlich werden mit OPS Leistungen definiert oder auch Schweregrade quasi transparent dargestellt. Das Ganze führt ins PEPP-System, und das PEPP-System ist ein Abschlagssystem auf das Budget, und das Budget macht sie zum großen Teil dadurch deutlich, dass es sich über Personalmindestvorgaben definiert. Das heißt, am Ende bleibt PEPP ein Abschlagssystem eigentlich auf PPP-RL, und die Frage ist, inwieweit diese Systematik in einer weiteren Explikation, die es dann auch für die Pflege brauchen würde, nicht zu aufwändig wird.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Prof. (DFPP). Frau (DFPP), wollen Sie noch ergänzen? Das war für die DKG ausführlich genug, sagt sie. Gut. Dann kommt jetzt Frau ... vom GKV-Spitzenverband an die Reihe.

GKV-SV: Herr (DKG), sehen Sie es mir nach. Sehr geehrte Frau Vorsitzende, ich möchte noch ein kurzes Statement platzieren, aber ich glaube, das ist im Sinne des G-BA, und zwar haben wir jetzt einige Spezialtherapeuten gehört, die gesagt haben: Die Regelaufgaben sind immer noch die alten. Sie haben erwartet, dass da eine deutliche Verbesserung erfolgt ist. Das ist noch nicht der Fall, weil wir momentan andere Themen im Fokus hatten. Aber wir sind uns einig, zumindest habe ich auch die Bewertung der Stellungnahme so gelesen, dass wir als Fach-AG auch sagen, wir wollen uns in den nächsten Schritten die Regelaufgaben anschauen. Da möchte ich Sie sozusagen noch einmal um Geduld bitten, als Feedback auf Ihre Stellungnahmen. Die sind nicht umsonst abgegeben worden, sondern es war einfach noch nicht die Zeit dazu.

Ich habe zwei Fragen an die DFPP. Frau (DFPP), Sie hatten in Ihrem Eingangsstatement davon gesprochen, dass, wenn die Sanktionen langfristig ausgesetzt würden, dies dysfunktional sei. Da möchte ich Sie bitten, das noch einmal zu erläutern, warum Sie das als dysfunktional sehen, welche Gefahr Sie damit verbunden sehen.

Und Sie sprachen auch im Zusammenhang mit der Erhöhung der Minutenwerte, wenn ich das richtig in Erinnerung habe, von therapeutischen Tätigkeiten der Pflege, die damit gar nicht richtig abgebildet würden. Da möchte ich Sie auch bitten, noch einmal näher darauf einzugehen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. Ich fasse Ihre Einlassung jetzt als Erklärung gegenüber den Sachverständigen auf. Dann erhält Frau (DFPP) das Wort.

Frau (DFPP): Vielen Dank für die Fragen. Mit dysfunktionalen Strategien kennen wir uns in der Psychiatrie aus, die man anwendet, um ein dringendes Problem abzuwälzen, weil man keine andere Idee hat, weil man irgendwas tun muss, aber die langfristig halt nicht hilfreich sind.

Wir haben in der Pflege leider Gottes jahrzehntelange Erfahrungen mit dysfunktionalen Strategien. Das ist nicht das erste Mal, dass wir einen Personalnotstand haben, und immer wird damit reagiert, dass man Qualifikationen absenkt, dass man Anrechnungen erhöht, dass man die Masse beliebiger macht und alles flexibler macht. Das schadet auf die Dauer der Professionalisierung unserer Berufsgruppe sehr. Das kann die Abwanderungsflut, die Abwanderungstendenzen aus der Berufsgruppe nicht im Ansatz stoppen.

Wir sehen die Sanktionen in ähnlicher Weise. Wenn man die verschiebt und verschiebt und verschiebt, wird sich das, was auf Kosten der Pflegefachpersonen auch ausgetragen wird, auch nicht zügig ändern können. Wir glauben eher, dass man über die Ausnahmetatbestände reden muss und über die Art der Sanktionen usw. Da gibt es bestimmt noch Sachen zum Nachschleifen.

Wir wollen auch nicht, dass die Tageskliniken schließen müssen wegen der Sanktionen, aber wir wollen nicht, dass dauernd Strategien gefahren werden, die den Fachpersonenmangel in der Pflege mittelfristig verstärken. Deswegen sind wir sehr zurückhaltend bei Anrechnungen von Hilfspersonen, bei Anrechnungen von Leistungen anderer Berufsgruppen auf die Pflege. Solange die anderen Berufsgruppen keine 24-Stunden-Dienste machen müssen, müssen wir sehr genau gucken, was die alles der Pflege abnehmen können.

Und wir sind sehr offen dafür, dass Sanktionen eingeführt werden, wenn man die vernünftig rahmt.

Therapeutische Tätigkeiten: Es ist in diesem Jahr gesagt worden, dass Psychotherapie-Leistungen angemessen abgebildet werden. Ich danke Ihnen noch einmal, Frau (GKV-SV), für den Hinweis, dass die Tätigkeitskataloge angesprochen werden. Das erfüllt mich mit Hoffnung in letzter Zeit, dass wird viele Berufsgruppen mit Hoffnung erfüllen.

In der PsychPV ist der Aspekt zu wenig gesehen worden, dass gerade die niedrigschwelligen psychotherapeutischen Leistungen von der Pflege in den vergangenen Jahren sehr stark zugenommen haben. Gerade das Begleitende – Expositionen begleiten, Therapieempfehlungen umsetzen und kotherapeutisch da sein und Therapiesitzungen vor- und nachbesprechen und übende motivationsfördernde Maßnahmen zu machen – ist wichtig für die Psychiatrie und für psychotherapeutische Angebote gerade der hochakuten Patienten, die das psychotherapeutische Verfahren vielleicht gar nicht umsetzen können in der akuten Phase. Da sind wir stark mit drinnen, und wenn man uns das wegnimmt, haben wir wieder die dysfunktionale Strategie.

Das wird die Berufsgruppe unattraktiver machen und das Handlungsfeld einschränken, dass man die Pflege wieder unter dem eigenen Anspruch arbeiten lässt. Deswegen würden wir uns wünschen, dass man auch die psychotherapeutischen Leistungen von der Pflege angemessen würdigt. – (DFPP), hast du Ergänzungen?

Herr (DFPP): Nur eine letzte, was das Thema Sanktion angeht. Wir sprechen uns ja, wie der Stellungnahme zu entnehmen ist, für eine Scharfschaltung und für eine Nichtverschiebung aus, und zwar aus dem Grunde, den Frau (DFPP) in ähnlicher Weise genannt hat – ich möchte ihn noch ein bisschen verdeutlichen.

Auch heute habe ich wahrgenommen, dass Fachkräftemangel fast ein Stück weit wie ein Naturgesetz diskutiert wird. Das ist er keinesfalls. Ein Fachkräftemangel ist kein Naturgesetz, sondern hat etwas mit Arbeitsbedingungen und hat etwas mit Attraktivität zu tun, und da sind alle Klinikleitungen gefordert, ist aber auch Politik gefordert, das Thema Investitionskosten neu zu denken und Ähnliches.

Wir müssen etwas verändern, denn es ist keinesfalls so, dass alle Kliniken in Deutschland in der Psychiatrie ein Fachkräftemangelproblem haben. Das gilt es genauso zu würdigen.

Wir haben auch in den letzten 20 Jahren PsychPV gemerkt, was es bedeutet, wenn ein doch eigentlich sehr tragfähiges System ohne Sanktionen, ohne Nachweispflicht am Ende da stand,

wo es stand. Und wir wären sehr dankbar – weil wir es schon als Motor auch für Veränderungen wahrnehmen, und es gehört am Ende auch zur Wahrheit –, wenn man sich die Daten des Statistischen Bundesamtes anschaut, wie sich die Fachkräfte in der Pflege, in der Psychiatrie in den letzten Jahren entwickelt haben. Denn dann stellt man fest, dass PPP-RL ein Motor gewesen zu sein scheint. Diesen kann man jetzt natürlich abwürgen, indem man die Sanktionen nicht scharfschaltet. Man kann durchaus ja darüber nachdenken, ob man sie berufsspezifisch scharfschaltet. Aber für die Pflege halten wir es für einen wesentlichen Faktor, den Beruf attraktiver zu gestalten, weil damit alle der Bemühung zumindest folgen müssen, ihre Stellenpläne entsprechend zu füllen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. Als Nächste kommt Frau (BPtK) von der Psychotherapeutenkammer zu Wort.

BPtK: Vielen Dank. Erlauben Sie ein ganz kurzes Statement, weil Frau (DFPP) das jetzt mehrfach gesagt hat. Unser Vorschlag von BÄK gemeinsam mit der PatV zur Erhöhung der Minutenwerte für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen zur Stärkung der Psychiatrie dient der Umsetzung des gesetzlichen Auftrages, der ausdrücklich die Psychiatrie im engeren Sinne, die durch ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen erbracht wird, gemeint hat, der noch nicht vollständig umgesetzt ist. Nichtsdestotrotz – stimme ich Ihnen zu – ist es auch notwendig, in den weiteren Entwicklungsschritten auch die Pflegeminuten dahingehend anzupassen, dass Pflege auch wichtige Tätigkeiten in diesem Bereich verrichtet.

Dann habe ich zwei Fragen, einmal an die DGPPN und einmal an die DÄVT. An die DGPPN, an Herrn (DGPPN) richte ich die Frage: Sie haben in Ihren Ausführungen gesagt, dass der Vorschlag von BÄK, BPtK und PatV zur Erhöhung der Psychiatrieminuten ja auf einem Konzept der DGPPN beruht, das Sie vorgelegt hatten. Und Sie haben in Ihrem Statement gesagt, dass das auch über die beste Evidenz verfügt. Vielleicht könnten Sie noch einmal erläutern, was damit gemeint ist.

Die zweite Frage geht an die Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, die in ihrer Stellungnahme und gerade auch noch einmal im Statement ausgeführt hat, dass es für die Kliniken überaus hilfreich wäre – in § 2 der Richtlinie ist ja ausgeführt, dass die Kliniken mehr Personal brauchen als das, was in den Mindestvorgaben festgelegt worden ist; es fehlen aber für die Budgetverhandlungen vor Ort – oder für die Kliniken ist es sehr schwierig, zusätzliches Personal für die leitliniengerechte Versorgung zu verhandeln. Deshalb wollte ich die DÄVT noch einmal fragen, ob Sie das in dem Sinne meinen, dass die PPP-Richtlinie vielleicht noch um Qualitätsempfehlungen zum Beispiel, was für Psychiatrie notwendig wäre, ergänzt werden sollte – ob das hilfreich sein könnte.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. Frau (BPtK) wendet sich zum einen an die DGPPN, also an Herrn (DGPPN), der zunächst das Wort erhielt, und dann an die DÄVT, an Herrn (DÄVT). – Zunächst Herr (DGPPN). Okay, da sehe ich jetzt nur eine schwarze Kachel. Dann würde ich zunächst Herrn (DÄVT) das Wort geben. – Jetzt ist Herr (DGPPN) da.

Herr Dr. (DÄVT): Es geht, glaube ich, nicht nur der Verhaltenstherapie samt den Klinikleitern darum, die Personalsituation auch ohne Sanktionen so zu stabilisieren und so auszugestalten, dass eine leitliniengerechte Behandlung möglich wird.

Und wenn es Qualitätskriterien, die Inhalte transportieren, aus denen die Begründung eines Personalbudgets oberhalb der Mindestgrenzen ableitbar ist, geben könnte – da geht es natürlich nicht nur um Psychiatrie, vielleicht auch um andere auch krankenhausindividuelle Strukturmerkmale, die da in solche Kriterien einfließen könnten –, dann wäre das aus meiner Sicht durchaus ein plausibler Weg, eine argumentative Grundlage zu schaffen. Darum wird es ja gehen: bei der Verhandlung des krankenhausindividuellen Personalbudgets sozusagen auch Abschlüsse zu erreichen, die oberhalb der Mindestgrenzen sind. Das wären meine ersten Gedanken zu dieser Idee.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. – Dr. (DGPPN), bitte.

Herr Dr. (DGPPN): Das Internet hatte mich kurz mich im Stich gelassen. Ich habe die Antwort von Herrn (DÄVT) jetzt nicht ganz mitbekommen. Jedenfalls war die Frage, wie sozusagen die Evidenz ist, die dem Konzept und den jetzt hier vorgelegten Minutenwerten zugrunde liegt. Die Vorgehensweise war folgende:

Vor einigen Jahren ist eine Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten im „Nervenarzt“ publiziert worden, die kennen Sie wahrscheinlich alle, die auf Grundlage der damals am besten verfügbaren Evidenz geschaut hat: Wieviel Psychiatrie brauchen Patienten im stationären Setting, um einen möglichst guten Behandlungseffekt zu haben? Dort hat man eben geschaut, wie viel randomisierte kontrollierte Studien liegen vor, die das untersuchen, und hat dann bezüglich verschiedener Indikationen geschaut, was man daraus ableiten kann. Wie gesagt, das war die beste verfügbare Evidenz, und man ist dann im Prinzip bei fast allen Indikationen – das kommt natürlich noch ein bisschen auf den Schweregrad an – dazu gekommen, die Experten sind dazu gekommen, zu sagen: Ein Patient braucht optimalerweise und leitliniengerechterweise etwa 100 Minuten Einzelpsychotherapie und 180 Minuten Gruppenpsychotherapie die Woche.

Aus diesen von Experten auf Grundlage der besten verfügbaren Evidenz abgeleiteten Minutenwerte haben jetzt die Patientenvertretungen und die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer quasi die entsprechenden Personalvorgaben errechnet, und die liegen hier zur Abstimmung vor. Was oft kolportiert wird, ist ja, dass es hier eben keine Evidenz gäbe zum Thema leitliniengerechte Personalausstattung, und das ist ganz klar nicht so, und das kann nicht oft genug betont werden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Dr. (DGPPN). Dann folgt als nächste Fragerin Frau (PatV) von der Patientenvertretung.

PatV: Guten Tag! Ich habe noch eine andere Frage: Ist jetzt jemand von EX-IN Deutschland hier? Obwohl ich die Stellungnahme nicht gelesen habe, habe ich trotzdem eine Frage.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ja, Frau (PatV), offensichtlich ist jetzt jemand eingetroffen. Wir würden die Stellungnahme an den Schluss setzen, und dann haben Sie noch einmal Gelegenheit nachzufragen, denn sonst kommen wir jetzt ein bisschen mit dem Frageduktus durcheinander.

PatV: Okay. Dann habe ich noch eine Frage an den Dachverband Gemeindepsychiatrie, und zwar geht es darum, dass wir dafür plädieren, mit der nächsten Überarbeitung die Genesungsbegleiter und -begleiterinnen mit eigenen Minutenwerten in die Richtlinie einzuarbeiten. Sehen Sie die Voraussetzungen dafür als erfüllt an? Oder was müsste bis dahin noch geschehen?

Herr (DVGP): Soll ich direkt darauf antworten?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ja, gerne.

Herr (DVGP): Ich muss gestehen, wir haben als Dachverband keine eigene Übersicht darüber, wie viele Genesungsbegleiter in welchen Regionen jetzt tatsächlich die EX-IN-Qualifikation erworben haben. Möglicherweise kann der Bundesverband dazu noch etwas sagen. Sonst hätten wir hier zugegebenermaßen auch so ein Problem von Fachkräftemangel. Aber ich weiß wohl, auch aus eigener Aktivität, weil wir das systematisch gefördert haben, dass es zunehmend EX-IN-Ausbildungen bzw. -weiterbildungen überall in Deutschland gibt. Insofern bin ich ziemlich zuversichtlich, dass die personellen Voraussetzungen für viele Kliniken entweder schon erfüllt sind oder absehbar erfüllt sein werden. Das vielleicht als kurze Antwort.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Wie gesagt: Ex-IN kommt am Ende dran. – Dann folgt als nächster – auch von der Patientenvertretung – wieder Herr (PatV).

PatV: Ich kann mich auch kurzfassen. Ich habe noch eine Frage an Herrn ... von der DGPPN, und Frau (BPtK) hatte schon die Frage nach der Evidenz gestellt. Die ist auch schon gut beantwortet worden.

Meine kurze Nachfrage ist, dass wir – BÄK, Psychotherapeutenkammer und PatV – diesen Vorschlag sozusagen in der Strategie einer schrittweisen Erhöhung bis 2028 vorgeschlagen haben, und die Frage ist, ob Sie das als realistisch einschätzen, Herr (DGPPN), das zu erreichen – vielleicht auch wieder unter Berücksichtigung des Fachkräftemangels – hier vielleicht bei den Ärzten?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. – Herr (DGPPN)

Herr Dr. (DGPPN): Ja, das ist natürlich eine sehr gute Frage und zeigt auch die Komplexität der Diskussion hier. Wenn man sich die Verfügbarkeit von neuen Psychotherapeuten anschaut und den benötigten Weiterbildungsstellen anschaut, stellt man fest, dass es sicherlich kein Problem sein wird. Aber natürlich ist uns auch als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft wichtig, den Arbeitsplatz Psychiatrie und gerade auch in der Psychotherapie für Ärzte weithin attraktiv zu halten, und insofern - *[Tonstörung]*. Ich höre ein starkes Rauschen; ich hoffe, das ist nicht bei mir.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Wir haben Sie gut verstanden.

Herr Dr. (DGPPN): Wir denken, diese schrittweise Anpassung ist in den Kliniken erreichbar. Es kommt aber natürlich auf die Details an. Es kommt darauf an, ob die Sanktionen scharfgestellt werden. Es kommt darauf an, ob diese Erhöhungen sich tatsächlich auf die Mindestvorgaben beziehen oder auch zu bedenken wäre, nicht doch besser als qualitätsbezogene Vorgabe, die über den Mindestvorgaben liegt, im Sinne von § 2 Absatz 1 der Richtlinie. In diese Richtung würden wir, glaube ich, eher denken wollen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (DGPPN). – Und es fragt Herr (PatV), ebenfalls Patientenvertretung.

PatV: Vielen Dank. Auch auf die Gefahr hin, mich ein wenig zu wiederholen, möchte ich Herrn (DVGP) vom Dachverband Gemeindepsychiatrie noch einmal fragen, vielleicht etwas anders formuliert: Sie haben vorgeschlagen, Minutenwerte für Genesungsbegleiter/innen zu erarbeiten. Die Minutenwerte haben für mich aber nur dann Sinn, wenn man die Kliniken grundsätzlich verpflichtet, die Genesungsbegleiter/innen einzustellen. Wären Sie für diese Verpflichtung in einer Änderung der Richtlinie? Oder soll man erst bestimmte Kriterien für die Verpflichtung erarbeiten, zum Beispiel Kliniken ab einer gewissen Größe verpflichten? Sind Sie dafür, auch Tageskliniken in diese Verpflichtung einzubeziehen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie; Herr (DVGP) noch einmal.

Herr (DVGP): Die Antwort kann ausgesprochen kurz ausfallen: Ja, dafür sind wir. Wir sehen die Genesungsbegleitung als eine neue, zunehmend bedeutende Chance, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu erreichen, die mit Fachkräften, die sie dann bei stationärer Aufnahme erst einmal auch nicht kennen, nicht so ohne Weiteres vertrauensvoll kommunizieren können. Da haben wir eine Chance mit der Genesungsbegleitung, die wir unbedingt nutzen sollten. Und sobald es von den verfügbaren Kräften her vertretbar ist, sollte das auch verbindlich werden. Da hat Deutschland aus unserer Sicht einen gewissen Nachholbedarf.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. Als Nächste folgt noch einmal die DKG, Frau ...

DKG: Eine Frage an Herrn (DVGP). Sie hatten vorhin recht ausführlich auch über die Wichtigkeit der gemeindenahen dezentralen Versorgung psychisch erkrankter Menschen gesprochen. Warum ist es denn aus Ihrer gemeinnützig psychiatrischen Perspektive so wichtig, in Bezug auf die Mindestvorgaben Personal gerade die dezentralen Standorte gesondert zu betrachten?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. Herr (DVGP) bitte noch einmal.

Herr (DVGP): Ob man die gesondert betrachten muss, hängt ja davon ab, wie wir die Grundsatzzdebatte über die Scharfschaltung führen. Wir wollten vor allem darauf hinweisen, dass aus unserer Sicht bei Scharfschaltung der Sanktionen diese Einrichtungen tatsächlich existenzgefährdet sind. Da wollen wir uns über größere Einheiten kein Urteil anmaßen. Deswegen plädieren wir dafür, diesen Fortschritt, dass Klinikeinheiten in den regionalen Verbänden mitarbeiten, nicht zu gefährden, ausdrücklich ohne in der Grundsatzfrage Sanktionen Stellung zu nehmen; da wollen wir uns keine vertiefte Sachkunde anmaßen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. Frau ... von GKV-Spitzenverband.

GKV-SV: Ich gebe meine Frage an Frau (GKV-SV) ab.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Dann hat Frau (GKV-SV) das Wort.

GKV-SV: Wir würden gern noch einmal Frau ... von ver.di fragen, und zwar haben Sie in Ihrer Stellungnahme den Vorschlag der BPTK, der Ländervertreter und der DKG abgelehnt, eine weitere Ausdehnung der Anrechnungsregelungen zu regeln. Können Sie bitte erläutern, weshalb Sie das ablehnen?

Die zweite Frage wäre: Sie lehnen auch ab, die Ausnahmetatbestände zu erweitern. Auch hier würden wir Sie fragen wollen, weshalb Sie denken, dass die bestehenden Ausnahmeregelungen ausreichen und weshalb weitergehende Anrechnungen abzulehnen sind.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau (ver.di), Sie haben noch einmal das Wort.

Frau (ver.di): Vielen Dank. Die vorgeschlagene weitere Ausdehnung der ohnehin schon sehr weitgehenden Anrechnungsregelungen wird von ver.di deshalb entschieden abgelehnt, weil sie klar zulasten der anderen Berufsgruppen geht. Wenn ich es einmal so formuliere: Ich setze auf dem Bau auch keinen Maurer ein, wenn ich einen Elektriker brauche.

Im Gegenteil ist es so, dass die gestiegenen Anforderungen an die Fachkräfte in der psychiatrischen Versorgung eher höhere Standards zum Einsatz der qualifizierten Kräfte erfordern, statt die Standards abzusenken. Es gibt sicherlich Überschneidungen bei den Berufsgruppen, und eine Quote von Anrechenbarkeit könnte sinnvoll sein, macht es aber auch komplizierter. Ein komplettes Ersetzen konterkariert tatsächlich das Konzept der Multiprofessionalität und wirft neue Probleme auf.

Zum zweiten Teil Ihrer Frage, den Ausnahmetatbeständen bei Aufnahmen in Tageskliniken oder bestehenden Aufnahmeregelungen bei Personalausfällen möchte ich noch einmal deutlich machen, dass es auch da gilt, die weitere Belastung des Personals zu verhindern. Der Vorschlag stellt eine weitere Aufweichung dar.

Bei den Tageskliniken würde es darauf hinauslaufen, dass die Mindestvorgaben regelhaft unterschritten werden würden. Das muss unbedingt verhindert werden. Erschwerend kommt hinzu, dass bei den Tageskliniken bei Personalausfällen temporär bis zum Eintreffen des Personals aus dem Ausfallkonzept bei Unterbesetzung gearbeitet wird. Hier sind auch die Träger gefordert, geeignete Ausfallkonzepte zu entwickeln, und die müssen auch entsprechend finanziert werden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. Dann habe ich jetzt meine Frageliste zunächst abgearbeitet. Am Ende erhält EX-IN noch einmal das Wort. Frau Dr. (EX-IN), Sie beginnen.

Frau Dr. (EX-IN): Ich muss mich entschuldigen. Ich bin [Tonstörungen] hat sich ausgeschaltet.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Dr. (EX-IN), schalten Sie bitte mal die Kamera aus!

Frau Dr. (EX-IN): Ich danke dafür, dass wir hier angehört werden. [Tonstörungen]

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Dr. (EX-IN), sorry, wir verstehen Sie kaum. Irgendwie ist die Leitung extrem schlecht. Vielleicht probieren Sie es einmal, indem Sie die Kamera ausschalten. Dann wird der Ton meist besser. Probieren Sie es noch einmal?

Frau Dr. (EX-IN): Jetzt besser? Hören Sie mich? *[Tonstörung]*

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Dr. (EX-IN), es tut mir herzlich leid, aber wir können Sie hier leider überhaupt nicht verstehen.

Frau Dr. (EX-IN): Ich habe jetzt die Kamera ausgeschaltet. Hören Sie mich jetzt?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Jetzt ist es besser.

Frau Dr. (EX-IN): Es ist schwierig gerade für mich. Die Kamera ist aus. *[Tonstörung]*

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Das tut mir jetzt leid, aber wir im Saal haben Sie leider nicht verstanden und können Sie auch nicht verstehen.

Frau Dr. (EX-IN): Danke. Ich will antworten: Wir sind dabei, eine sogenannte *[Tonstörung]* zu erstellen *[Tonstörung]* Innovationsprojekt in Kiel erfasst. *[Tonstörung]*

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Stopp! Ist Frau (EX-IN) denn extern zu verstehen? Wir können es auch nicht mitstenografieren, weil hier nur Satzketten ankommen.

Frau Dr. (EX-IN): Es ginge nur, dass ich das schriftlich nachreiche.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Sie haben sich ja bereits schriftlich geäußert. Ich biete Ihnen jetzt jenseits aller Üblichkeiten an, wenn Sie außerhalb dessen, was Sie schriftlich bereits geäußert haben, noch einen Hinweis für uns haben: Schicken Sie uns den bitte per E-Mail; ich würde den dann allen Beteiligten zur Verfügung stellen, denn für die schlechte Leitung kann jetzt keiner was. Können wir so verfahren? Ich sehe hier im Saal keinen Widerspruch. Dann würden wir so verfahren. Es tut mich leid, wir verstehen Sie leider überhaupt nicht. Gut, Hinweis per E-Mail, gut, wunderbar! Vielen Dank, das war jetzt im Chat, den ich von hier aus lesen kann.

Dann sind wir jetzt mit den stellungnahmeberechtigten Organisationen fertig. Vorschlag: Mittagspause! Gut, dann würden wir jetzt TOP 4.1 beenden.

Ich danke allen dafür, dass Sie uns Fragen beantwortet haben, für Ihre Stellungnahmen, mündlich wie schriftlich. Wir würden in einer halben Stunde, wenn das okay ist, also 13.10 Uhr, mit der Sitzung des Unterausschusses fortfahren.

Ich danke für Ihre Stellungnahmen, und Sie sind entlassen, wenn ich das so sagen darf. Herzlichen Dank für die Mühe!

Schluss der Anhörung: 12:38 Uhr