

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und
Psychosomatik-Richtlinie:
Änderungen ab dem Erfassungsjahr 2024

Vom 19. Oktober 2023

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
3.	Bürokratiekostenermittlung.....	5
4.	Verfahrensablauf	6
5.	Fazit	6
6.	Zusammenfassende Dokumentation	7

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

Die beschlossenen Änderungen dienen vor allem dazu, die Umsetzung der Richtlinie zu verbessern:

So soll beispielsweise sichergestellt werden, dass eine möglichst vollzählige Grundgesamtheit der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen bei den Nachweisen der PPP-RL insbesondere für die Ziehung der Stichprobe gemäß § 16 Absatz 8 gewährleistet ist. Letztere ist von Bedeutung für die Aussagekraft der Auswertung der Nachweisdaten und damit auch für die Weiterentwicklung der PPP-RL.

Ferner wird den Einrichtungen bei der für das Jahr 2024 vorgesehenen Umstellung auf Routinedaten nunmehr bei Bedarf ein Jahr länger Zeit eingeräumt, sich auf die grundsätzliche Anpassung der Systematik einzustellen und entsprechende Vorbereitungen für die technische und organisatorische Umsetzung zu treffen. So können Krankenhäuser im Jahr 2024 wählen, ob sie für die Ermittlung der Behandlungstage noch die ursprünglich lediglich bis 2023 gültigen Regelungen zur Stichtagserhebung oder das neue, auch mit Dokumentationsentlastungen verbundene Verfahren mittels Routinedaten anwenden wollen.

In § 1 Absatz 3 hatte sich der G-BA bereits im Rahmen seiner Beschlussfassung vom 15. September 2022 darauf verständigt, die PPP-RL bis zum 31. Dezember 2025 weiterzuentwickeln. Diese Zeit soll u.a. dazu genutzt werden, die Richtlinie „unter Berücksichtigung der Auswertung der Datenlieferungen der Krankenhäuser aus dieser Richtlinie nach Finalisierung und Auswertung der derzeit in der Wissenschaft und von den Fachgesellschaften diskutierten Personalbemessungsmodelle“ (§ 1 Abs. 3 Satz 4 PPP-RL) evidenzbasiert anzupassen. Da der aktuelle Umsetzungsstand zeigt, dass auch die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen mehr Zeit benötigen für den Personalaufbau sowie eine Weiterentwicklung der Versorgung hin zu mehr ambulanter bzw. teilstationärer und Komplexbehandlung (Behandlungsbereich A7), werden die normierten Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben vorliegend bis zu einer entsprechenden Anpassung der Richtlinie für die Jahre 2024 und 2025 ausgesetzt.

Darüber hinaus erfolgen redaktionelle sowie klarstellende Anpassungen sowie eine Verlängerung der Nutzung des Servicedokumentes in 2024.

2.1 Die Regelungen im Einzelnen

Zu § 11 Nachweisverfahren:

Zu Absatz 14 (neu):

Die Regelungen im neuen Absatz 14 sollen sicherstellen, dass alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erfasst werden, für die der Anwendungsbereich nach § 1 Absatz 2 PPP-RL gilt. Eine vollzählige Grundgesamtheit ist von Bedeutung für die Aussagekraft der Auswertung der Nachweisdaten und damit auch für die Weiterentwicklung der PPP-RL.

Aus der Ermittlung der Grundgesamtheit für die Stichprobe gemäß § 16 Absatz 8 für das Erfassungsjahr 2023 ergab sich, dass die Liste, die das IQTIG aufgrund der ihm bekannten psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erstellte, unvollzählig ist. Einige Einrichtungen haben sich bisher nicht beim IQTIG-Webportal für die PPP-RL registriert und demnach bisher keine Nachweise gemäß § 11 an das IQTIG übermittelt.

Den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ist aufgrund von Abrechnungsdaten bekannt, für welche Krankenhäuser die Regelungen der PPP-RL Anwendung finden. Durch den Abgleich der ihnen bekannten Krankenhausstandorte mit den Standorten der IQTIG-Liste soll eine vollzählige Grundgesamtheit erreicht werden, indem fehlende Standorte ergänzt werden. Diese ist u. a. relevant für das Stichprobenverfahren gemäß § 16 Absatz 8.

Die neuen Regelungen dienen gleichzeitig dazu, die Regelungen von § 11 Absatz 12 besser umsetzen zu können. Darin sind u.a. die Mitteilungspflichten des IQTIG an den G-BA über die Nichterfüllung der Dokumentationspflichten der Einrichtungen festgelegt.

Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:

Zu Absatz 5 und 6:

Die bisher veröffentlichten Daten der Quartalsberichte gemäß PPP-RL aus dem Jahr 2022 zeigen, dass durchschnittlich 82,8 Prozent der Kliniken den berufsgruppenübergreifenden Umsetzungsgrad über alle Berufsgruppen hinweg in der Erwachsenenpsychiatrie und durchschnittlich über 77,6 Prozent der Kliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (IQTIG Quartalsbericht Q-4, Abb. 5 S. 238) erreicht haben. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen erreichten sogar einen berufsgruppenübergreifenden Umsetzungsgrad von über 100 Prozent. Jedoch erfüllen durchschnittlich 49,6 Prozent der Einrichtungen in der Erwachsenenpsychiatrie (IQTIG Quartalsbericht Q-4, Abb. 5 S. 79) und 52,3 Prozent der Einrichtungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (IQTIG Quartalsbericht Q-4, Abb. 5 S. 238) die Mindestvorgaben nicht. Hierbei ist zu beachten, dass die Mindestvorgaben als nicht erfüllt gelten, wenn sie in nur einer Berufsgruppe unterschritten werden.

Die Daten zeigen insbesondere Defizite in bestimmten Berufsgruppen, wie in der Pflege und bei den Spezialtherapeuten.

Zu Absatz 8:

Die Änderung stellt klar, dass für die Berechnung des gestaffelten Abschlags je vereinbartem Berechnungstag bei Nichterfüllung der Mitwirkungspflichten jeweils die in dem entsprechenden Erfassungsjahr der PPP-RL vereinbarten Berechnungstage gemäß der AEB-Psych-Vereinbarung in der Fassung von 2020 heranzuziehen sind.

Zu § 16 Übergangsregelungen:

Zu Absatz 2:

In der PPP-RL ist ein umfangreiches und komplexes Nachweisverfahren etabliert. Die Einrichtungen lernen zunehmend mit diesen Anforderungen umzugehen. Es bestehen jedoch nach wie vor Schwankungen in der Nachweisqualität in Bezug auf die Vollständigkeit, obgleich sich die Lernkurve zügig in eine erfreuliche Richtung entwickelt. So konnten im vierten Quartal 2022 jeweils 83 Prozent der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und fast 82 Prozent der psychosomatischen Einrichtungen vollständige Daten übermitteln. Eine beachtliche Steigerung, beachtet man die Zahlen von vor einem Jahr aus dem vierten Quartal 2021 mit Liefersätzen um die 68 Prozent bzw. 66 Prozent.²Um diesen positiven Trend weiterhin zu fördern, werden die Übergangsregelungen bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten in § 16 Absatz 2 unter Berücksichtigung der vorgesehenen Änderungen in § 13 Absatz 5 und 6 ebenso um zwei weitere Jahre verlängert.

²*IQTIG Quartalsbericht 4-2022 Abbildung A.1 S. 35*

Zu Absatz 4:

Für die Einrichtungen der Psychosomatik finden die Regelungen von Satz 3 – die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absätze 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten – analog zur Regelung für Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie erst ab 1. Januar 2026 Anwendung.

Zu Absatz 5:

Eine Empfehlung zur technischen Spezifikation des Nachweisverfahrens wird ab dem 1. Januar 2024 weiterhin nicht zur Verfügung stehen. Die Einführung der Anwendung der Spezifikation wird daher erneut verschoben. 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 2024 ein neues Servicedokument zur Verfügung stellen kann, hat er am 5. Juli 2023 eine Beauftragung des IQTIG mit der Erstellung des entsprechenden Dokuments beschlossen.

Zu Absatz 6:

Die Änderungen in Bezug auf Anlage 3 Teil B3 der Richtlinie dienen der Klarstellung im Nachgang zur erfolgten Richtlinienanpassung vom 15. September 2022. Der Nachweis gemäß Anlage 3 Teil A9 wird von allen Einrichtungen, die nicht an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 PPP-RL teilnehmen, und der Nachweisteil B3 nur von solchen Einrichtungen aus der vorgenannten fünfprozentigen Stichprobe mittels Servicedokument ausschließlich an das IQTIG übermittelt.

Zu Absatz 9 (neu):

Die Krankenhäuser können übergangsweise im Jahr 2024 zwischen zwei Verfahren zur Ermittlung der Behandlungstage je Behandlungsbereich wählen:

1. Regelverfahren ab 1. Januar 2024:

Am 15. September 2022 wurde beschlossen, die Ermittlung der Behandlungstage je Behandlungsbereich auf Routinedaten umzustellen (§ 6 Absatz 3). Ziel ist es, den Dokumentationsaufwand der Krankenhäuser zu reduzieren. Um den Krankenhäusern Zeit zu geben, sich auf grundsätzliche Anpassungen der Systematik einzustellen und entsprechende Vorbereitungen für die technische und organisatorische Umsetzung zu treffen, wurde festgelegt, dass diese Neuerung erst ab dem 1. Januar 2024 umzusetzen

ist. Maßgeblich ist hierzu der Beschluss vom 15. September 2022 über eine Änderung der PPP-RL zur Umstellung auf Routinedaten.

2. Altes Verfahren (gültig bis 31. Dezember 2023, übergangsweise verlängert bis 31. Dezember 2024):

Krankenhäuser, die die Ermittlung der Behandlungstage mit Routinedaten ab 1. Januar 2024 noch nicht umsetzen wollen, erhalten ein weiteres Jahr Zeit für die Umstellung: Dementsprechend können sie gemäß § 16 Absatz 9 bis 31. Dezember 2024 alternativ zum o.g. Regelverfahren die Behandlungstage anhand der 14-tägigen Einstufung ermitteln. Maßgeblich sind hierbei § 6 Absatz 3 sowie die Anlagen 2 und 3 jeweils gemäß der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung. Das übergangsweise alternative Verfahren gilt begrenzt für den Zeitraum vom 1. Januar 2024 bis zum 31. Dezember 2024. Damit wird den Kliniken und Anbietern der Krankenhausinformationssysteme Zeit gegeben, die inhaltliche und technische Umsetzung vorzubereiten, und auch dem G-BA ermöglicht, ggf. offene Fragen zur Umsetzung zu klären.

Durch die bereits beschlossene Umstellung auf Routinedaten wird der Dokumentationsaufwand zur Umsetzung der Richtlinie reduziert. Bei den ca. 1.400 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Durchführung von insgesamt ca. 35.000 Stichtagserhebungen mit ca. 1,9 Millionen Patientinnen und Patienten entfallen.

Literatur:

Gemeinsamer Bundesausschuss Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erste Anpassung gemäß § 1 Absatz vom 15. September 2022 eingesehen am 15. August 2023 unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9060/2022-09-15_PPP-RL_Erste-Anpassung_TrG.pdf

Zu Anlage 3:

Zu Administrative Daten:

Das Datenfeld „Welche nach § 2 Absatz 5 differenzierten Einrichtungen erbringen Leistungen der stationsäquivalenten Behandlung?“ wird unter „Administrative Daten“ der Anlage 3 ergänzt, um die Angabe einmal zu Beginn des Nachweises für die differenzierten Einrichtungen „Erwachsenenpsychiatrie“ und „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ zu erfassen. Es handelt sich um ein vorgeschaltetes Filterfeld für die technische Spezifikation, mit dem sechs nachfolgende Datenfelder nicht ausgefüllt werden müssen, wenn von der Einrichtung keine stationsäquivalenten Leistungen erbracht werden.

Zu Tabelle A3.3:

Siehe dazu die Ausführungen unter § 16 Abs. 9.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO.

Gemäß § 16 Absatz 9 besteht für das Jahr 2024 für Krankenhäuser die Möglichkeit, die Behandlungstage je Behandlungsbereich unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen gemäß der bis zum 31. Dezember 2023 geltenden Fassung der Anlage 2 zu ermitteln. Sofern Krankenhäuser die Eingruppierung nach OPS gemäß der ab

1. Januar 2024 geltenden Fassung der Anlage 2 (vgl. hierzu <https://www.g-ba.de/beschluesse/5696/>) vornehmen, geht dies mit einer Entlastung von Informationspflichten einher.

In der Dokumentation zum Nachweisverfahren in Anlage 3 wird der administrative Teil um eine Abfrage hinsichtlich stationsäquivalenter Leistungserbringung ergänzt. Da es sich hierbei um einfache Angaben handelt, die zudem keine relevante Datenbeschaffung erfordern und sich überdies nur in sehr seltenen Fällen ändern, sind die resultierenden Bürokratiekosten gering und werden daher nicht quantifiziert.

4. Verfahrensablauf

Am 14. März 2023 begann die Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (AG PPP) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In drei 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 I) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 7. Juni 2023 wurde das Stellungnahmeverfahren am 8. Juni 2023 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in Anlage II. Die Frist für die Einreichung der schriftlichen Stellungnahme endete am 6. Juli 2023.

Es wurden 20 Stellungnahmen fristgerecht eingereicht, mit ihrem Eingangsdatum in Anlage IV dokumentiert und in zwei Arbeitsgruppensitzungen am 12. Juli und 9. August 2023 für die Auswertung vorbereitet. Zwei Stellungnahmen wurden unaufgefordert übermittelt. Die eingereichten Rückmeldungen befinden sich in Anlage III.

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 8. Juni bzw. 23. August 2023 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens in die Sitzung des Unterausschusses am 6. September 2023 eingeladen. Die Auswertung der Stellungnahmen durch den Unterausschuss erfolgte in seinen Sitzungen am 6. September und 4. Oktober 2023 (Anlage IV).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Oktober 2023 beschlossen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Länderververtretung tragen den Beschluss nicht mit.

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

6. Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage I: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage II: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie sowie versandte Tragende Gründe
- Anlage III: Von 23 Organisationen eingereichte Stellungnahmen/Rückmeldungen
- Anlage IV: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 19. Oktober 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage I 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:
<p><i>In der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) organisierte betroffene medizinische Fachgesellschaften:</i></p> <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 (gmds) • Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) • Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie und Psychopathometrie (DGMPP) • Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) • Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) • Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) • Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (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)

Non-AWMF-Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS)
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)
- Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)
- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)

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

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

Beschlussentwurf

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

(Beratungsgegenstand)

Stand 07.06.2023 nach Sitzung des UA QS

Hinweis:

Abzustimmende dissente Punkte sind **gelb gekennzeichnet**; Folgedissense und redaktionell anzupassende Passagen sind grau markiert.

Vom T. Monat 2023

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat 2023 beschlossen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie in der Fassung vom 19. September 2019 (BAnz AT 31.12.2019 B6), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 15. September 2022 (BAnz AT 09.03.2023 B4) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

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

GKV-SV/BÄK	DKG	PatV/BPtK
<p>1. § 6 Absatz 6 wird wie folgt gefasst:</p> <p>„Im Tagdienst sind die Minutenwerte um 10 Prozent zu verringern, wenn eine Einrichtung der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychosomatik weder zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung verpflichtet ist noch eine 24-Stunden Bereitschaft</p>	<p>[keine Übernahme]</p>	<p>1. § 6 Absatz 6 wird aufgehoben.</p>

zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten besteht.“		
---	--	--

GKV-SV	DKG
<p>2. Dem § 11 wird folgender Absatz 14 angefügt:</p> <p>„(14) Zur Bildung der Grundgesamtheit für die Stichprobe gemäß § 16 Absatz 8 sowie eines Abgleichs gemäß § 11 Absatz 12 übermittelt das Institut nach § 137a SGB V dem G-BA und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jeweils bis zum 1. Juli des Jahres eine Liste der Krankenhausstandorte einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen überprüfen die Liste der Krankenhausstandorte einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen, für die § 1 Absatz 2 gilt, auf Vollständigkeit. Dazu gleichen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen alle Krankenhausstandorte mit mindestens einem im vorangegangenen Kalenderjahr abgerechneten Behandlungsfall ab mit der vom IQTIG übermittelten Liste der Krankenhausstandorte einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen. In dieser Liste fehlende Krankenhausstandorte, einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen, werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für das im Folgejahr zu prüfende Erfassungsjahr bis 1. August ergänzt und an das Institut nach § 137a SGB V übermittelt. Das Institut nach § 137a SGB V informiert</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>

<p>unverzüglich die Krankenhausstandorte darüber, dass sie gemäß Satz 3 und 4 von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ergänzt worden sind, verbunden mit dem Hinweis, dass sie innerhalb von zehn Arbeitstagen schriftlich mitteilen können, keine richtlinienrelevanten Leistungen zu erbringen. In diesem Fall entfernt das Institut nach § 137a SGB V den Krankenhausstandort bzw. die Einrichtung von der Liste der Einrichtungen und informiert darüber den G-BA und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.“</p>	
--	--

3. § 13 wird wie folgt geändert:

GKV-SV/PatV	DKG/BÄK
<p><i>[keine Übernahme]</i></p>	<p>a) Absatz 5 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 1 wird die Angabe „1. Januar 2024 bis zum 31. Dezember 2025“ durch die Angabe „1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember 2027“ ersetzt.</p> <p>bb) Satz 3 wird wie folgt gefasst: „Der Anteil der fehlenden Vollkraftstunden nach Satz 2 errechnet sich aus der Summe der Differenz der Mindestpersonalausstattung VKS-Mind und der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist für alle Berufsgruppen mit einem Umsetzungsgrad unter 100 Prozent dividiert durch die Summe der Mindestpersonalausstattungen VKS-Mind aller Berufsgruppen.“</p> <p>cc) In Satz 4 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.</p>
<p><i>[keine Übernahme]</i></p>	<p>b) In Absatz 6 wird die Angabe „2025“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.</p>

c) In Absatz 8 Satz 3 werden nach den Wörtern „AEB-Psych-Vereinbarung“ die Wörter „in der Fassung von“ eingefügt.

4. § 16 wird wie folgt geändert:

GKV-SV/PatV	DKG
[keine Übernahme]	a) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2026“ ersetzt.

GKV-SV/PatV/BPtK	DKG/BÄK
[keine Übernahme]	b) Absatz 4 wird wie folgt geändert: aa) In Satz 1 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2025“ ersetzt.

bb) In Satz 3 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2026“ ersetzt.

c) In Absatz 5 Satz 1 wird die Angabe „2023“ durch die Angabe „2024“ ersetzt.

d) Absatz 6 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird die Angabe „Teil B3“ gestrichen.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „zur Anlage 3 Teil B3“ durch die Wörter „zu den Regelaufgaben“ ersetzt.

cc) In Satz 4 werden nach der Angabe „Teil A9“ die Wörter „oder Teil B3“ eingefügt.

[Folgedissens zu § 6 Abs. 6:

[DKG/PatV/BPtK: keine Übernahme]

GKV-SV:

5. Anlage 3 wird wie folgt geändert:

a) Teil A1 wird wie folgt gefasst:

„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. Welche Einrichtungen am Standort sind zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung verpflichtet oder haben eine 24-Stunden Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten

Einrichtung	Behandlungsverpflichtung von Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung	Besteht eine 24-Stunden Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten
1	2	3
Erwachsenenpsychiatrie	Ja/Nein	Ja/Nein
Psychosomatik	Ja/Nein	Ja/Nein
Kinder- und Jugendpsychiatrie	Ja/Nein	Ja/Nein

Hinweis:

Gemäß § 6 Abs. 6 sind bei der Ermittlung der Mindestvorgabe die Minutenwerte um 10 Prozent zu verringern, wenn eine Einrichtung der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychosomatik weder zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung verpflichtet ist noch eine 24-Stunden Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten besteht.

2. Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen oder Patienten mit gesetzlicher Unterbringung

Einrichtung	Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen oder Patienten mit gesetzlicher Unterbringung
1	2
Erwachsenenpsychiatrie	
Psychosomatik	
Kinder- und Jugendpsychiatrie	

Zulässige Werte:
Spalte 2: Behandlungstage (0 bis 999 999)“

b) Teil A5.2 wird wie folgt gefasst:

„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	10 Prozent Abschlag nach § 6 Abs. 6	Umsetzungsgrad der differenzierten Einrichtung in %	Mindestanforderung der differenzierten Einrichtungen erfüllt	Mindestanforderung pflegerischer Nachtdienst erfüllt
1	2	3	4	5	6

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: Ja/Nein
 Spalte 4: Zahlenwerte 0 bis 999,99
 Spalte 5: bei Spalte 1 = 29 oder 30: ja/nein, bei Spalte 1 = 31: entfällt
 Spalte 6: ja/nein/entfällt (ab 1. Januar 2024)
 Spalte 7: ja/nein (Mindestens ein Ausnahmetatbestand nach § 10 liegt vor.)

Hinweis:

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

- II. Die Änderung der Richtlinie tritt am / mit Wirkung vom 1. Januar 2024 in Kraft.
- III. Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe

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

Vom T. Monat 2023

Entwurf, Stand 07.06.2023 nach Sitzung des UA QS

Hinweise:

- Erläuterungen zu dissidenten Positionen sind **gelb markiert.**
- Redaktionell anzupassende oder zu vervollständigende Passagen sind **grau markiert.**

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Die Regelungen im Einzelnen.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung.....	12
4.	Verfahrensablauf.....	12
5.	Fazit.....	12

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

[...]

2.1 Die Regelungen im Einzelnen

Zu § 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung:

Zu Absatz 6:

GKV-SV:

Nach der bisherigen Regelung in § 6 Absatz 6 PPP-RL sind die Minutenwerte um 10 Prozent zu verringern, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat. Es existiert bislang keine bundeseinheitliche Definition einer Versorgungsverpflichtung. Darüber hinaus unterscheiden sich die entsprechenden Regelungen für Versorgungsverpflichtung und regionale Pflichtversorgung zwischen den einzelnen Bundesländern. Die Minutenwerte berücksichtigen die hohen strukturellen und prozeduralen Anforderungen der besonderen Akutversorgung, insbesondere aufgrund von ungeplanten Aufnahmen rund um die Uhr, die zu einem höheren Personalbedarf führen.

Um zukünftig eine möglichst einheitliche und versorgungsrealitätsnahe Ermittlung der Mindestvorgaben zu ermöglichen, wird die Regelung konkretisiert. Die Angabe allein, dass eine regionale Pflichtversorgung bestehe, ist hierfür nicht ausreichend. Gemäß der ausgewerteten PPP-Nachweise geben fast 80 % der Erwachsenenpsychiatrien und sogar über 40 % der psychosomatischen Einrichtungen an, eine regionale Pflichtversorgung wahrzunehmen, siehe Tabelle. Zieht man weitere Kriterien heran, wie die Gewährleistung der Aufnahmemöglichkeit rund um die Uhr, die bei einer regionalen Pflichtversorgung gegeben sein muss, reduziert sich die Anzahl der Einrichtungen deutlich.

Deshalb erfolgt eine Annäherung an die regionale Pflichtversorgung indirekt über zwei Ersatzparameter. Der erste erfasst, ob Patientinnen und Patienten nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (Vormundschaft, Pflegschaft bzw. nach dem Betreuungsgesetz) aufgenommen werden. Der zweite berücksichtigt, ob akute Notfälle rund um die Uhr aufgenommen und behandelt werden können.

Tabelle 2 (29): Regionale Pflichtversorgung über alle Einrichtungen.

	Regionale Pflichtversorgung über alle Einrichtungen			
	Gesamt	Erwachsenen- psychiatrie	Psychosomatik	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Datenliefernde Einrichtungen	1.383 (100,0%)	798 (100,0%)	276 (100,0%)	309 (100,0%)
Regionale Pflichtversorgung	1.002/1.383 (72,5%)	636/798 (79,7%)	117/276 (42,4%)	249/309 (80,6%)
Geschlossenen Bereiche	429/1.002 (42,8%)	326/636 (51,3%)	1/117 (0,9%)	102/249 (41,0%)
24-h-Präsenzdienst	586/1.002 (58,5%)	379/636 (59,6%)	86/117 (73,5%)	121/249 (48,6%)
Mind. einen Behandlungstag mit gesetzlicher Unterbringung	378/1.002 (37,7%)	301/636 (47,3%)	1/117 (0,9%)	76/249 (30,5%)
Mind. einen Behandlungstag mit landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme	383/1.002 (38,2%)	284/636 (44,7%)	37/117 (31,6%)	62/249 (24,9%)
Regionale Pflichtversorgung + geschlossene Bereiche + 24-h-Präsenzdienst	410/1.002 (40,9%)	316/636 (49,7%)	1/117 (0,9%)	93/249 (37,3%)
Regionale Pflichtversorgung + geschlossene Bereiche + 24-h-Präsenzdienst + mind. 1 Behandlungstag in gesetzlicher Unterbringung	356/1.002 (35,5%)	283/636 (44,5%)	0/117 (0,0%)	73/249 (29,3%)
Regionale Pflichtversorgung + geschlossene Bereiche + 24-h-Präsenzdienst + mind. 1 Behandlungstag in gesetzlicher Unterbringung + mind. 1 Behandlungstag aus einer Aufnahme in landesrechtlicher Verpflichtung	288/1.002 (28,7%)	242/636 (38,1%)	0/117 (0,0%)	46/249 (18,5%)

Quelle: IQTIG-Quartalsbericht 2022-2

DKG:

[Die bisherige Richtlinienregelung wird beibehalten.

Die regionale Versorgungsverpflichtung psychiatrischer Einrichtungen erfolgt in 16 Bundesländern nach verschiedenen Prämissen. Sie ist formell äußerst unterschiedlich geregelt und unterliegt der jeweiligen landeshoheitlichen Ausgestaltung. Eine bundeseinheitliche Definition existiert nicht. Jegliche Versuche einer Definition mit dichotom eindeutigen Kriterien sind bisher gescheitert, da sie der gelebten Versorgungsrealität und Sicherstellung der Pflichtversorgung nicht gerecht werden¹. Bei der Erstfassung der PPP-RL vom 19. September 2019 hat der G-BA sich in den Tragenden Gründen den typischen Merkmalen für die regionale Versorgungsverpflichtung lediglich angenähert. Auch in den Abrechnungsdaten gemäß § 21 KHG zeigt sich regelmäßig ein äußerst heterogenes Bild bei den Selbstanangaben der Kliniken, ob eine regionale Versorgungsverpflichtung besteht oder nicht. Dies liegt einerseits an den individuellen Vorgaben und Rahmenbedingungen auf Landesebene, andererseits an dem unterschiedlich gelebten Grad der Versorgungswahrnehmung vor Ort. Zunehmend zeigt sich hierbei, dass gerade die beiden nunmehr vorgeschlagenen Merkmale eben nicht in Gänze der Versorgungsrealität von Hauptversorgern in einer Region entsprechen. Dieses heterogene Bild

zeigt sich ebenfalls in den Angaben der Einrichtungen in den Quartalsberichten des IQTIG. Daraus lässt sich jedoch nicht automatisch auf falsche Angaben der Krankenhausstandorte schließen. Schließlich ergeben sich aus der Tatsache, dass eine Versorgungsverpflichtung besteht, höhere Mindestvorgaben, bei deren Nichteinhaltung zukünftig gravierende finanzielle Sanktionen drohen. Die Minutenwerte sind um 10 % zu verringern, wenn eine Einrichtung keine regionale Versorgungsverpflichtung hat. Deshalb ist zu hinterfragen, aus welcher Intention sich der akute Definitionsbedarf ergibt. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass die Vorgaben der PPP-RL zunehmend die Grundlage bei den Budgetverhandlungen auf der Ortsebene darstellen und somit eine Absenkung des zu verhandelnden Personalniveaus zu erwarten ist. Dies kann nicht die Intention einer Qualitätssicherungs-Richtlinie des G-BA sein.

Quellenangabe:

(1) Godeman F, Hauth I, Richert A et al. Merkmale einer regionalen Pflichtversorgung in Deutschland. *Nervenarzt* 2015; 86: 367. doi.org/10.1007/s00115-015-4257-1]

PatV:

Absatz 6 wird gestrichen. Die Verringerung der Minutenwerte stellt keinen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung im Sinne von § 1 Abs. 1 dieser Richtlinie dar. Vielmehr ist unabhängig von der Verpflichtung zur gesetzlichen Unterbringung die Zuordnung zu Behandlungsbereichen ausreichend.

Zu § 11 Nachweisverfahren:

Zu Absatz 14 (neu):

GKV-SV:

Die Regelungen im neuen Absatz 14 stellen sicher, dass in der Liste alle psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erfasst sind, für die § 1 Absatz 2 PPP-RL gilt. Eine vollzählige Grundgesamtheit ist essentiell für die Aussagekraft der Auswertung der Nachweisdaten und damit auch für die Weiterentwicklung der PPP-RL.

Bei der Erstellung der Grundgesamtheit für die Stichprobenermittlung gemäß § 16 Absatz 8 für das Erfassungsjahr 2023 zeigte sich, dass die Liste, die das IQTIG aufgrund der ihm bekannten psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erstellte, unvollzählig ist. Etwa 4 Prozent der Einrichtungen haben sich bisher nicht beim IQTIG-Webportal für die PPP-RL registriert und demnach bisher keine Nachweise gemäß § 11 an das IQTIG übermittelt. Darunter finden sich auch große Psychiatrien.

Den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ist aufgrund von Abrechnungsdaten bekannt, für welche Krankenhäuser die Regelungen der PPP-RL Anwendung finden. Durch ihren Abgleich der ihnen bekannten Krankenhausstandorte inkl. aller Einrichtungen mit der IQTIG-Liste und der Meldung an das IQTIG wird eine vollzählige Grundgesamtheit erreicht. Dies ist u.a. hoch relevant für die Erstellung einer Grundgesamtheit für die Stichprobe gemäß § 16 Absatz 8.

Diese Regelung dient gleichzeitig dazu, die Regelungen von § 11 Absatz 12 umsetzen zu können. Darin sind die Übermittlungspflichten gegenüber dem IQTIG sowie die Mitteilung des IQTIG über die Nichterfüllung der Dokumentationspflichten an den G-BA festgelegt.

DKG:

[Die bisherige Richtlinienregelung wird beibehalten.]

Das Ziel zur Ermittlung einer möglichst vollständigen Grundgesamtheit im Rahmen der PPP-RL ist grundsätzlich zu unterstützen. Allerdings wird mit der Aufnahme des neuen Absatzes die Grundlage für ein unregelmäßiges Verfahren gelegt, bei dem wesentliche verfahrenstechnische und rechtliche Fragen ungeklärt sind. Aus dem vorgeschlagenen Vorgehen ergibt sich, dass sich aus der retrospektiven Betrachtung von Abrechnungsdaten eine prospektive Pflicht zur Erfüllung der Mindestvorgaben nach PPP-RL ergibt, was nicht den Regelungen der PPP-RL entspricht. Ebenso ist bei diesem Vorgehen rechtlich ungeklärt, ob die herangezogenen Daten durch den GKV-Spitzenverband für diesen Zweck genutzt und an das IQTIG weitergeleitet werden können. Zusätzlich ist unklar, wie mit implausiblen oder inkorrekten Daten (bspw. im Falle von quartalsbezogenen temporären Schließungen, Abmeldungen von der Versorgung oder wenn nur ein [fehlerhafter] Fall in der Erwachsenenpsychiatrie dokumentiert wurde, aber die Einrichtung offensichtlich eine Kinder- und Jugendpsychiatrie ist) umgegangen werden soll. Offen bleibt im weiteren Verlauf der Umgang des IQTIG mit den durch den GKV-SV nachgemeldeten Einrichtungen. Es wird nicht geregelt, was konkret das IQTIG in Bezug auf die Liste der Grundgesamtheit prüfen, klären oder feststellen soll. Den Standorten bzw. Einrichtungen ist zudem ein Stellungnahmerecht bzw. Widerspruchsrecht zu gewähren, um die Rechte der Einrichtungen zu wahren, aber auch um dem Anspruch einer zuverlässigen und validen Grundgesamtheit gerecht zu werden. Hierfür benötigen die Einrichtungen sämtliche notwendigen Informationen sowie eine sachgerechte Bearbeitungsfrist. Zehn Arbeitstage ist reichen dafür kaum aus. Für diese Prozesse sind – wie in anderen ähnlich gelagerten Verfahren im G-BA - sowohl zeitlich als auch ressourcentechnisch die entsprechenden Gremienläufe (Arbeitsgruppe/Unterausschuss Qualitätssicherung/Plenum) des G-BA einzuplanen, zu berücksichtigen und in Zusammenschau mit den weiteren Aufgaben im Zusammenhang mit der PPP-RL zu priorisieren. Für sämtliche Prozessschritte sind Fristen festzulegen. Zusätzlich muss geklärt werden, für welche Zwecke die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die vollzählige und bereinigte Liste benötigen und nutzen. Vor diesem Hintergrund ist ein rechtssicheres Verfahren für alle Beteiligten zu etablieren, was aus dem bisher vorliegenden Vorschlag nicht hervorgeht.]

Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:

Zu Absatz 5 und 6:

DKG:

Die bisher veröffentlichten Daten der Quartalsberichte gemäß PPP-RL aus dem Jahr 2022 zeigen, dass durchschnittlich 83,9 Prozent der Kliniken den berufsgruppenübergreifenden Umsetzungsgrad über alle Berufsgruppen hinweg in der Erwachsenenpsychiatrie und durchschnittlich über 78,9 Prozent der Kliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erreicht haben. Viele Einrichtungen erreichten sogar einen Umsetzungsgrad von über 100 Prozent. Jedoch erfüllen durchschnittlich 48,2 Prozent der Einrichtungen in der Erwachsenenpsychiatrie und 50,2 Prozent der Einrichtungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Mindestvorgaben nicht. Hierbei ist zu beachten, dass die Mindestvorgaben bereits als nicht erfüllt gelten, wenn sie in nur in einer Berufsgruppe unterschritten werden. Dementsprechend ist nicht in Gänze zu wenig Personal vorhanden. Vielmehr zeigen die Daten spezifische Defizite in bestimmten Berufsgruppen, wie in der Pflege und bei den Spezialtherapeuten. Trotz intensiver Bemühungen vieler Häuser ist es im

Bundesdurchschnitt bisher nicht gelungen, die personelle Ausstattung in allen Berufsgruppen den Mindestvorgaben der PPP-RL anzupassen. Aus der Höhe der Defizite insbesondere in der Pflege ergibt sich jedoch, dass vor dem Hintergrund der bestehenden Fachkräftesituation und geringen Verfügbarkeit auf dem Arbeitsmarkt ein Aufbau entsprechender Kapazitäten realistisch zeitnah nicht zu erreichen ist. Bei den anderen Berufsgruppen, wie beispielsweise den Psychotherapeuten und Psychologen, zeigen sich teilweise hohe Übererfüllungsgrade. Daher ist zu hinterfragen, ob die Minutenwerte in den Mindestvorgaben noch den gelebten Versorgungskonzepten und der Versorgungsrealität vor Ort entsprechen. Eine Verschiebung der Übergangsregelungen gemäß § 16 PPP-RL wäre aus Sicht der Qualitätssicherung nicht sachgerecht und verhindert zusätzlich eine entsprechende Perspektive für notwendige Personalentwicklungen. Eine Weiterentwicklung der PPP-RL und eine Überarbeitung der Sanktionsregelungen sind solchen Überlegungen unbedingt voranzustellen.

Um eine zukünftige Sanktionierung zu umgehen, bleibt den Krankenhäusern wenig anderes übrig, als die Belegung abzusenken und das Leistungsspektrum zu reduzieren, da sich die Anzahl der Behandlungstage der Patientinnen und Patienten direkt auf die Umsetzungsgrade auswirkt. Somit ist die Grundlage für Anreize aber auch für Fehlanreize, die aus dem Ziel einer Einhaltung Mindestvorgaben resultieren, gelegt. Die Einstellung von Fachpersonal erfolgt in vielen Fällen nicht orientiert an der Versorgungspraxis und deren Notwendigkeiten, sondern lediglich um den Vorgaben der Richtlinie zu genügen. Die flächendeckende Streichung von Angeboten wie Spezialstationen oder Tageskliniken und wohl auch die Schließung von ganzen Kliniken wird die Folge sein. Daraus folgt, dass die wohnortnahe Versorgung psychisch erkrankter Menschen zukünftig vor allem im ländlichen Raum gefährdet ist - eine der wichtigen Errungenschaften in Folge der Psychiatriereformen aus den vergangenen Jahrzehnten.

Besonders prekär zeigt sich dies vor dem Hintergrund, dass in naher Zukunft kaum weniger Menschen auf eine psychiatrische, kinder- und jugendpsychiatrische bzw. psychosomatische Versorgung angewiesen sein werden. Im Gegenteil ist mit einer steigenden Inanspruchnahme zu rechnen. Gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt sich eine deutliche Unterversorgung durch eine Reduktion der Behandlungsangebote².

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser aufgrund der drohenden Sanktionen dazu gezwungen, ihre Versorgungskonzepte der engen und unflexiblen Systematik der Mindestvorgaben anzupassen. Das Innovationspotenzial der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychosomatischen Versorgung und die patientenorientierte Weiterentwicklung des psychiatrischen und psychosomatischen Versorgungssystems wird so im Keim erstickt.

Bis zum 31. Dezember 2025 ist, wie in § 1 Abs. 3 PPP-RL festgelegt, eine grundsätzliche Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie vorgesehen. Diese Zeit soll dazu genutzt werden, die PPP-RL „unter Berücksichtigung der Auswertung der Datenlieferungen der Krankenhäuser aus dieser Richtlinie nach Finalisierung und Auswertung der derzeit in der Wissenschaft und von den Fachgesellschaften diskutierten Personalbemessungsmodelle“ (§ 1 Abs. 3 Satz 4 PPP-RL) evidenzbasiert weiterzuentwickeln, ohne dabei die flächendeckende und auf die Bedürfnisse und Bedarfe psychisch erkrankter Menschen ausgerichtete stationäre Versorgung durch Sanktionen unnötig zu gefährden“. Vor diesem Hintergrund wird festgelegt, dass bis zu einer entsprechenden Anpassung der Richtlinie für die Jahre 2024 und 2025 sich keine Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben ergeben und somit kein Vergütungswegfall erfolgt. Die Frist für eine Entscheidung des G-BA über weitergehende Sanktionsregelungen wird dementsprechend ebenso um zwei Jahre bis zum 31. Oktober 2027 verlängert. Es ergeben sich weitere Anpassungen für die in § 13 PPP-RL vorgesehenen Berechnungen und Fristen für die Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben, die ab 1. Januar 2026 gelten.

Quellenangabe:

(2) BAG Psych, BAG KJPP, BAG PED, DGKJP: Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen. 2023 Online: <https://www.dgkjp.de/die-versorgung-von-kindern-und-jugendlichen-mit-psychischen-erkrankungen/> [abgerufen am 11.05.2023].

GKV-SV:

[Die bisherige Richtlinienregelung wird beibehalten.]

Die in § 13 geregelten Folgen bei Nichteinhalten der Mindestvorgaben dürfen nicht isoliert, sondern müssen im Zusammenhang mit den Übergangsregelungen in § 16 betrachtet werden. Die Übergangsregelungen in § 16 stellen ein zentrales Element für die Einführung der PPP-RL dar. Dort ist festgelegt, dass die Mindestvorgaben stufenweise eingeführt werden. Dieses schrittweise Vorgehen wurde u. a. aufgrund der Auswertungen der Psych-PV-Nachweise erforderlich. Durchschnittlich erreichten die Einrichtungen in 2017 zwar einen Umsetzungsgrad von 98 Prozent. Aber fast 48 Prozent der Einrichtungen, 147 Häuser, lagen jedoch unter dem Umsetzungsgrad von 100 Prozent (Tabelle 1). Hintergrund ist die „Durchschnittsproblematik“: Lediglich 17 Prozent der Häuser führten mit ihrer vorbildlichen Personalausstattung mit einem Umsetzungsgrad von deutlich über 100 Prozent dazu, dass die Ergebnisse von 83 Prozent der Häuser mit einem niedrigen Umsetzungsgrad ausgeglichen und der Durchschnitt bei 98 Prozent lagen.

Tabelle 1: Umsetzungsgrade gemäß Psych-PV-Nachweise für das Jahr 2017

Umsetzungsgrad	Einrichtungen in 2017 (n = 334)	Einrichtungen in 2018 (n = 361)	Einrichtungen in 2019 (n = 255)
unter 100%	47,9 %	42,4 %	42,2 %
unter 95 %	21,9 %	16,6 %	14,5 %
unter 90 %	9,6 %	6,9 %	6,7 %
unter 85 %	3,6 %	2,5 %	3,1 %

Quelle: eigene Darstellung auf Basis von GKV-Spitzenverband 2020 und G-BA 2019, Tragende Gründe zum Erstbeschluss PPP-RL S. 27

Die Ergebnisse waren ausschlaggebend für den G-BA die Übergangsregelungen einzuführen. Begründet wurde dies wie folgt: „In Anbetracht dieser Zahlen ist die Mindestvorgabe, die zukünftig von allen Einrichtungen eingehalten werden muss, gestuft mit den obigen Übergangszeiten festzulegen. Damit soll den betroffenen Einrichtungen die erforderliche Zeit zur Personalbestandsanpassung gegeben werden. Außerdem soll mit dieser Regelung sichergestellt werden, dass diejenigen Einrichtungen, die derzeit die Personalvorgaben nach der Psych-PV unterschreiten, in der Übergangszeit weiter ihrer regionalen Pflichtversorgung nachkommen können.“

Derzeit gilt die zweite Einführungsstufe: die Mindestvorgaben müssen zu 90 Prozent erfüllt sein, und das bereits seit 2022. Zu beachten dabei ist, dass die derzeit einzuhaltenden Mindestvorgaben damit noch unter dem Niveau der Psych-PV liegen. Der aktuelle Umsetzungsstand aus dem zweiten Quartal 2022 zeigt, wie wichtig diese stufenweise Einführung der Mindestvorgaben ist: in der Erwachsenenpsychiatrie haben 53 Prozent von insgesamt 798 Einrichtungen und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 52 Prozent von insgesamt 309 Einrichtungen die Mindestvorgaben nicht erreicht. Deshalb ist der G-BA dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes im letzten Jahr gefolgt und hat die Einführungsphase um zwei Jahre bis 2026 verlängert.

Damit die in der PPP-RL vorgesehenen Stufen der Einführungsphase eingehalten werden, ist es jedoch notwendig, dass die Folgen bei Nichteinhaltung wie in § 13 vorgesehen, umgesetzt werden. Die Erfahrungen mit der Umsetzung der Psych-PV lehren, dass freiwillige Personalvorgaben nicht von allen Krankenhäusern realisiert werden. Dies zeigen Auswertungen der Psych-PV-Nachweise für die Jahre 2017 bis 2019, siehe Tabelle 1.

Eine Mindestausstattung mit Personal ist jedoch höchst relevant im Zusammenhang mit Patientenschutz und Schutz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Aktuelle Auswertungen zeigen, dass vor allem Einrichtungen, die einen hohen oder sehr hohen Anteil von Patienten mit intensivem Behandlungsbedarf haben, besonders schlecht personell ausgestattet sind (Tabelle 2). Fast 70 Prozent der Einrichtungen, die mehr als 20 Prozent an Patienten mit intensivem Behandlungsbedarf haben, liegen mit ihrem durchschnittlichen Umsetzungsgrad unter 90 Prozent. Im Gegensatz zu nur 16 Prozent Einrichtungen, die keine oder nur einen geringen Anteil von Patienten (weniger als 20 Prozent) mit intensivem Behandlungsbedarf behandeln. Die Ergebnisse legen nahe, dass vor allem Einrichtungen, die viele deutlich selbst- oder fremdgefährdende oder somatisch vitalgefährdende Patienten, und damit die vulnerabelsten Patienten behandeln, personell deutlich schlechter ausgestattet sind.

Tabelle 2: Umsetzungsgrad und Anteil der Patienten mit intensivem Behandlungsbedarf in der Erwachsenenpsychiatrie

Umsetzungsgrad	keine Intensivpat. n=379	geringer Anteil Intensivpat. (1-20%) n=196	hoher Anteil Intensivpat. (21-35%) n=139	sehr hoher Anteil Intensivpat. (>35%) n=50
>=100 %	66%	47%	37%	32%
95 bis 100 %	13%	23%	14%	8%
90 bis 95 %	8%	14%	16%	24%
<90 %	13%	16%	32%	36%

Intensivpatienten: A2 Intensivbehandlung Allgemeinpsychiatrie, S2 Intensivbehandlung Abhängigkeitskranke, G2 Intensivbehandlung Gerontopsychiatrie

Quelle: eigene Darstellung auf Basis des IQTIG-Quartalsberichts zum 2. Quartal 2022

Überraschend hingegen sind die Ergebnisse nach Größe der Einrichtungen. Je größer die Einrichtung ist, desto mehr psychiatrische Einrichtungen erfüllen die Mindestvorgaben nicht, obwohl sie gerade aufgrund ihrer Größe besonders flexibel im Umgang mit ihrem Personal sind. Zwei Drittel der sehr großen Einrichtungen (mehr als 250 Betten) erfüllen die derzeitigen Mindestvorgaben nicht. Im Gegensatz zu den kleinen Einrichtungen mit weniger als 25 Betten, bei denen nur 41 Prozent die Mindestvorgaben nicht erfüllen (Siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Einhaltung der Mindestvorgaben nach Größe in der Erwachsenenpsychiatrie

Gesamt (N=764)	Mindestvorgaben erfüllt	Mindestvorgaben nicht erfüllt
<25 Betten N=258	59%	41%
25 - 49 Betten N=121	50%	50%
50 - 99 Betten N=126	42%	58%
100 - 249 Betten N=206	36%	64%
≥ 250 Betten N=53	36%	64%

Quelle: eigene Darstellung auf Basis des IQTIG-Quartalsberichts zum 2. Quartal 2022

Zentral für die Einhaltung der Mindestvorgaben ist die berufsgruppenbezogene Einhaltung. Mindestvorgaben für jede einzelne Berufsgruppe haben ihre Berechtigung, da ein wesentlicher Standard der psychiatrischen Behandlung die Behandlung in einem multiprofessionellen Team ist.

Am häufigsten wurden in der Psychiatrie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Mindestvorgaben bei den Pflegefachkräften und bei den Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten nicht eingehalten. Jeweils knapp ein Drittel der Einrichtungen, d. h. fast jede dritte Einrichtung, verfügt nicht über das Mindestmaß an Pflegefachkräften oder an Spezialtherapeuten in ihrer gesamten Einrichtung (Tabelle 4). Außerdem zählen nicht nur Ergotherapeuten, sondern auch Musik- oder Kunsttherapeuten zu den Spezialtherapeuten.

Tabelle 4: Einhaltung der Mindestvorgabe nach Berufsgruppe

Berufsgruppe rZ	Erwachsenenpsychiatrie		Kinder- und Jugendpsychiatrie	
	nicht erfüllt Prozent	erfüllt Prozent	nicht erfüllt Prozent	erfüllt Prozent
a - Ärzte	89 12 %	675 88 %	47 16 %	247 84 %
b - Pflege	230 30 %	534 70 %	93 32 %	201 68 %
c - Psycho.	61 8 %	703 92 %	21 7 %	273 93 %
d - Spezialth.	230 30 %	534 70 %	82 28 %	212 72 %
e - Physioth.	655 14 %	655 86 %	91 31 %	203 69 %
f - Sozial.	568 26 %	568 74 %	85 29 %	209 71 %

Quelle: eigene Darstellung auf Basis des IQTIG-Quartalsberichts zum 2. Quartal 2022

Dabei bietet die Richtlinie ausreichend Flexibilität. Die Mindestvorgaben gelten pro Quartal und für die gesamte Einrichtung, also über alle Stationen hinweg. Auch stationsübergreifende, innovative Behandlungskonzepte sind mit der PPP-RL möglich. Außerdem berücksichtigt die Richtlinie durch weitreichende Anrechnungsmöglichkeiten, dass es Überschneidungen in den Tätigkeiten der Berufsgruppen gibt. So können beispielsweise Psychotherapeuten auf Ärzte, aber auch auf alle anderen Berufsgruppen angerechnet werden. Letztere erweiterte Anrechnungsmöglichkeit wurde im letzten Jahr beschlossen. Wie bei den Psychotherapeuten handelt es sich auch bei den weiteren Berufsgruppen der Spezialtherapeuten auch um Berufsgruppen, die auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sind.

Und nicht zuletzt sind die Regelungen der Richtlinie maßvoll angelegt. Bei unvorhersehbaren Ereignissen, wie z. B. kurzfristig überdurchschnittlich hohen krankheitsbedingten Personalausfälle oder deutlich mehr Patienten, die behandelt werden müssen, können die Krankenhäuser von den Mindestvorgaben abweichen.

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.

Eine Änderung in § 13, mit der die Einführungsstufen verlassen und der Umsetzungsstand, der dann sanktioniert werden soll, ad hoc auf 100 Prozent angehoben wird, ist deshalb abzulehnen.]

Zu Absatz 8:

Die Änderung stellt klar, dass für die Berechnung des gestaffelten Abschlags je vereinbartem Berechnungstag bei Nichterfüllung der Mitwirkungspflichten jeweils die in dem entsprechenden Erfassungsjahr der PPP-RL vereinbarten Berechnungstage gemäß der AEB-Psych-Vereinbarung in der Fassung von 2020 heranzuziehen sind.

Zu § 16 Übergangsregelungen:

DKG:

Zu Absatz 2:

In der PPP-RL ist ein umfangreiches und komplexes Nachweisverfahren etabliert. Die Einrichtungen lernen zunehmend mit diesen Anforderungen umzugehen. Es bestehen jedoch nach wie vor Schwankungen in der Nachweisqualität. Um die Einrichtungen weiterhin in ihrer Lernkurve bei der Erfüllung der Mitwirkungspflichten zu unterstützen und zu fördern, werden die Übergangsregelungen bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten in § 16 Absatz 2 unter Berücksichtigung der vorgesehenen Änderungen in § 13 Abs. 5 und 6 ebenso um zwei weitere Jahre verlängert.

Zu Absatz 4:

DKG:

Zu Satz 1

Um keine vorzeitige Anpassung von Behandlungskonzepten an die bisher ausgestalteten Mindestvorgaben für die Psychosomatik zu erzeugen, erfolgt eine Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades sowie der Meldung bei Nichteinhaltung 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 Satz 3

GKV-SV	DKG
Für die Einrichtungen der Psychosomatik finden die Regelungen von Satz 3 – die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 13 Absätze 1 bis 7 sowie der in § 13 Absatz 8 geregelte Vergütungsabschlag bei nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten – erst ab 1. Januar 2026 Anwendung. Damit erhalten	Die Personalanzahlzahlen der Psych-PV galten nie für die Psychosomatik, so dass für diese Einrichtungen im weiteren Verlauf zunächst nur neue Kategorien auf Basis der Systematik der Psych-PV in die PPP-RL aufgenommen wurden. Für die Kategorien und die Ableitung der Mindestpersonalausstattung wurde auf die

<p>diese Einrichtungen zwei Jahre mehr Zeit, die Umsetzung der Mindestvorgaben vorzubereiten.</p> <p>Für die Psychosomatik wurden mit der PPP-RL erstmals Personalvorgaben festgelegt. Davor gab es keine Vorgaben. Dies ist ein relevanter Unterschied im Vergleich zur Erwachsenenpsychiatrie, für die fast 30 Jahre lang die Personalvorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung galten. Insofern ist es gerechtfertigt, wenn für die Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie die Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben ab 2024 umgesetzt werden, die Psychosomatik davon jedoch weitere zwei Jahre ausgenommen bleibt.</p> <p>Da eine Überprüfung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik gemäß § 14 Absatz 2 vorgesehen ist, ermitteln die psychosomatischen Einrichtungen erstmals ab 01. Januar 2024 die Mindestvorgaben nach § 6 sowie die Ermittlung des Umsetzungsgrades nach § 7. Erstmals erfolgt auch die Meldung bei Nichteinhaltung gemäß § 11 Absatz 3 Satz 1.</p>	<p>Personalanhaltszahlen von Heuft (1999)³ in modifizierter Form zurückgegriffen, ohne sich auf valide Daten der aktuellen psychosomatischen Versorgungssituation stützen zu können.</p> <p>Diese Zahlen wurden – ebenso wie die der Psych-PV – normativ entwickelt, bilden jedoch nicht die heterogene Versorgungsrealität der Psychosomatik ab, die sich zudem je nach Behandlungssetting und Spezialisierung unterscheidet. So wird bspw. in einer psychosomatischen Fachabteilung eines Maximalversorgers tendenziell mehr pflegerisches Personal benötigt, als in einer psychosomatischen Fachklinik. Dementsprechend bergen die Mindestvorgaben der PPP-RL besonders für die Psychosomatik die Gefahr, dass spezialisierte Versorgungskonzepte aufgegeben bzw. fachlich unbegründet angepasst werden müssen, um den Vorgaben der Richtlinie zu entsprechen.</p> <p>Dementsprechend erfolgt für die Einrichtungen der Psychosomatik die Verschiebung der für sie geltenden Mindestvorgaben durch die Regelung in Satz 1 um zwei weitere Jahre bis zum 31. Dezember 2025.</p> <p><u>Quellenangabe:</u> (3) Heuft: Personalanhaltszahlen: In: Janssen u.a. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin. Standortbestimmung zur Differenzierung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker. 1999, S.181-199.</p>
--	--

Zu Absatz 5:

Eine Empfehlung zur Spezifikation wird ab dem 1. Januar 2024 weiterhin nicht zur Verfügung stehen. Die Einführung der Anwendung der Spezifikation wird daher erneut verschoben. 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 2024 ein neues Servicedokument zur Verfügung stellen kann, hat er am T. Monat 2023 eine Beauftragung des IQTIG mit der Erstellung des entsprechenden Dokuments beschlossen.

Zu Absatz 6:

Die Änderungen dienen der Klarstellung im Nachgang zur erfolgten Richtlinienanpassung vom 15. September 2022. Der Nachweis gemäß Anlage 3 Teil A9 wird von allen Einrichtungen, die nicht an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Abs. 8 PPP-RL teilnehmen, und der

Nachweisteil B3 nur von solchen Einrichtungen aus der vorgenannten fünfprozentigen Stichprobe mittels Servicedokument ausschließlich an das IQTIG übermittelt.

GKV-SV [Folgedissens zu § 6 Abs. 6]:

Zu Anlage 3:

Bei den Änderungen zu „A1. Datenfelder zur regionalen Pflichtversorgung der Einrichtung, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie“ sowie zu Tabelle „A5.2: Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen im Quartal für die Einrichtungen, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik“ handelt es sich um die Umsetzung der Richtlinienänderung in § 6 Abs. 6.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine / neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO.

[...]

4. Verfahrensablauf

Am 14. März 2023 begann die Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (AG PPP) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In drei 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, zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 7. Juni 2023 wurde das Stellungnahmeverfahren am 8. Juni 2023 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in Anlage III. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 6. Juli 2023.

[...]

5. Fazit

[...]

6. Zusammenfassende Dokumentation

[Anlagen]

Berlin, den T. Monat 2023

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

Bielefeld, 27.6.2023

Aufnahme von spezifischen Behandlungsbereichen (Behandlungsbereich „I“)

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Deutschland leben ca. 1 Million Bürgerinnen und Bürger mit einer kognitiven Behinderung, ein Drittel davon mit einer zusätzlichen 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.

Auch in der ggw. Fassung der PPP-RL bleiben die für die stationär psychiatrische Behandlung behinderungsbedingten Mehrbedarfe unberücksichtigt. Daher fordern wir als Fachgesellschaft - wie in den Stellungnahmen der DGSGB vom 14.06.2019, vom 12.08.2020, vom 26.06.2021 und vom 21.06.2022 - die **Aufnahme von spezifischen Behandlungsbereichen** (Behandlungsbereich „I“) für Personen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung. Alternativ dazu könnte der - entsprechend dem kognitiven bzw. emotionalen Referenzalter - in die KJ-Behandlungsbereiche eingruppiert werden. 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 und ignoriert, dass es sich dabei definitionsgemäß um einen lebenslangen Zustand handelt.

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 **6.9.2023** möchten wir gerne teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen,



PD Dr. Tanja Sappok
Stellvertretende Vorsitzende der DGSGB
tanja.sappok@t-online.de; Tel: 0521/ 772 77788

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

Bankverbindung:
Sparkasse Köln Bonn
IBAN DE66 3705 0198 0007 8320 74
BIC COLSDE33

St-Nr. 214/5869/0040
UST-ID DE122662687

**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 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 [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

Anlage III der Tragenden Gründe

		<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>
--	--	---

29.06.2023

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

Auch in diesem Jahr möchten wir unseren Beitrag als Vertretung der Berufsgruppe der Ergotherapeut:innen zur Weiterentwicklung der PPP-RL leisten.

Mit Sorge sehen wir weiterhin, dass in dem jetzt vorliegenden Entwurf wieder keinerlei Inhalte aus unseren vorangegangenen Stellungnahmen Berücksichtigung gefunden haben. Uns ist durchaus bewusst, dass im Zusammenhang mit der PPP-RL noch an einigen Stellen dringender 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 intensiven Kontakt mit Patient:innen – dennoch bleibt der Eindruck, dass kein Interesse besteht, unsere Expertise zu berücksichtigen oder Anliegen von Ergotherapeut:innen im Sinne einer angemessenen Patientenversorgung in der Psychiatrie nachzugehen. Das ist aus unserer Sicht gleichbedeutend mit einem Desinteresse an sachgerechter und zeitgemäßer Versorgung und Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Aus der Perspektive der Ergotherapie geht es weiterhin um folgende Themen:

- Minutenwerte: Im Gegensatz zu allen anderen Berufsgruppen, die eine Erhöhung der Minutenwerte erfahren haben oder zumindest auf unverändertem Niveau geblieben sind, hat die Ergotherapie real eine Reduzierung erfahren. Dies liegt an der Zusammenfassung mit den Künstlerischen Therapien, die ohne Erhöhung der Minutenwerte erfolgte, da für diese Berufsgruppen zu keiner Zeit überhaupt Minutenwerte definiert waren. Vor diesem Hintergrund ist zumindest eine Erhöhung des Minutenkontingents für die Fachtherapien im Sinne eines Anteils für Künstlerische Therapien notwendig.
- „Fachtherapien“ statt „Spezialtherapeuten“: Der Begriff der Spezialtherapeuten muss durch einen angemesseneren Begriff wie „Fachtherapien“ ersetzt werden – im Sinne der Professionalität und Wertschätzung der hier zugeordneten Berufsgruppen.
- Subsummierung verschiedener Berufsgruppen unter „Fachtherapien“: Grundsätzlich ist bereits die Subsummierung verschiedener Berufsgruppen unter einen Begriff, um gemeinsame Minutenwerte zu haben und den Kliniken die Verteilung offen zu halten, aus unserer Sicht wenig nachvollziehbar, da es ja bereits breite Anrechnungsmöglichkeiten

untereinander gibt. Diese Anrechnungsmöglichkeiten betrachten wir schon jetzt mit Sorge, da sie aus unserer Sicht zu weitreichend sind und die spezifische, breit aufgestellte Versorgung gefährden können. Falls diese Zusammenfassung allerdings unabänderlich ist, dann ist die bestehende zu hinterfragen, denn sie ist fachlich nicht begründbar. In der Logik müssten dann alle therapeutischen Berufsgruppen darunter zusammengefasst werden, also beispielweise auch die Bewegungstherapeut:innen oder Heilpädagog:innen.

- Beschreibung Regelaufgaben: Die Beschreibung der Regelaufgaben ist unabhängig von einer Subsummierung unter den Begriff der Fachtherapien berufsgruppenspezifisch nötig. Aufgrund der Entwicklung in den Professionen in den letzten 30 Jahren besteht bei den aktuellen Beschreibungen dringender Aktualisierungsbedarf. Die aktuelle Ausführung ist auch ethisch nicht mehr haltbar.

Wir fordern daher 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 .

Wir stellen unsere Expertise jederzeit gerne zur Verfügung, um eine zeitgemäße Versorgung der Klient:innen zu gewährleisten, und erwarten auch eine aktive Einbeziehung, da wir als Deutscher Verband Ergotherapie und damit Vertretung der Profession Ergotherapie diejenigen sind, die eine entsprechende fachliche Expertise für Aspekte aus dem Bereich Ergotherapie einbringen können.

Zur weiteren Erläuterung und Begründung der o.g inhaltlichen Anliegen verweisen wir wiederum auf unsere Stellungnahme von 2021, die wir als Anlage beigefügt haben.

Karlsbad, 30.06.2023

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

DGPSF e.V. · Obere Rheingase 3 · D-56154 Boppard

An
Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung und sektoren-
übergreifende Versorgungskonzepte
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

30.6.2023

**Stellungnahme 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
– Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit, zu o.g. Beschlussentwurf seitens der DGPSF Stellung nehmen zu können. Im Einzelnen möchten wir zu folgenden Punkten Stellung nehmen:

§ 6 Absatz 6: Änderungsvorschlag des GKV-SV bzgl. der Mindestanforderungen für Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung

Stellungnahme: Hier sollen gemäß GKV-SV/BÄK sowie DKG die Minutenwerte pauschal über alle Berufsgruppen reduziert werden. Aus Sicht der DGPSF wäre eine solche pauschale Reduzierung der Minutenwerte höchst problematisch. Zum einen sind die Minutenwerte ohnehin niedrig. Zum anderen wird die pauschale Reduzierung der Minutenwerte über alle Berufsgruppen hinweg dem Umstand nicht gerecht, dass die Berufsgruppen nicht alle gleichermaßen für die spezifischen Aufwände im Rahmen der Versorgungsverpflichtung relevant sind. Die DGPSF spricht sich gegen diesen Änderungsvorschlag der GKV-SV aus.

§ 13 Abs. 5 und 6, §16 Abs. 3: Änderungsvorschlag der DKG bzgl. Verschiebung der Sanktionierung auf den 1.1.2026

Stellungnahme: Der Verschiebung des Inkrafttretens der Sanktionierung ist zwar einerseits nachvollziehbar, gleichwohl dürfte es unwahrscheinlich sein, dass die Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben sich ändert, wenn dies ohne Konsequenzen bleibt, zumal eine zu geringe Personalausstattung sich ungünstig auf die Patient:innen-Versorgung auswirkt. Auch ist zu befürchten, dass das vorhandene Personal weiterhin dem Risiko der Überlastung ausgesetzt sein wird. Die DGPSF befürwortet deshalb die Umsetzung der ursprünglich zum 1.1.2024 vorgesehenen Sanktionierung, würde aber auch eine Verschiebung auf den 1.1.2025 als Kompromisslösung für vertretbar halten.

§ 16 Absatz 4: Änderungsvorschlag der DKG/BÄK

Stellungnahme: Die DGPSF spricht sich für die Beibehaltung der von GKV-SV/PatV/BPtK vorgesehenen Frist (31.12.23) aus. Die Ermittlung von Mindestvorgaben und Umsetzgraden dient der Informationsgewinnung und Transparenz und ist gleichermaßen Voraussetzung für die Sicherstellung adäquater Patient:innenversorgung.

Wir hoffen, 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: PPP-RL@g-ba.de

Präsident

Prof. Dr. med. Marcel Romanos
Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Würzburg

Stellvertretender Präsident und Kongresspräsident

Prof. Dr. med. Michael Kölich
Direktor der Klinik für Psychiatrie, Neurologie,
Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes-
und Jugendalter
Universitätsmedizin Rostock

Stellvertretender Präsident und Schatzmeister

Prof. Dr. med. Tobias Renner
Direktor der Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
Universitätsklinikum Tübingen

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
Renate.schepker@zfp-zentrum.de

Beisitzerin

Prof. Dr. Tanja Legenbauer
Beisitzerin, Leiterin Forschung und Testdiagnostik an
der Kinder- und Jugendpsychiatrie
LWL-Universitätsklinik Hamm der Ruhr-Universität
Bochum

Beisitzerin

Prof. Dr. med. Luise Poustka
Beisitzerin, Direktorin der Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Georg-
August-Universität,
Universitätsmedizin Göttingen

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.
Laura Ceresna-Chaturvedi, M.Sc
Antje Rößler, Dipl. Betriebswirtin (BA)
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin
☎ 030 / 28 09 43 86, 📠 030 / 27 58 15 38
E-mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de
Internet: <http://www.dgkjp.de>

Berlin, 30.06.2023

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der PPP-Richtlinie

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit zur Stellungnahme und gehen im Folgenden auf die für die Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) relevanten Punkte ausführlich ein.

Zu 1. Verringerung der Minutenwerte angesichts „keiner Versorgungsverpflichtung“

Wir weisen an diesem Punkt darauf hin, dass sich hier die Problematik der PPP-RL exemplarisch zeigt: sie ist kein Instrument zur Budgetfindung. Sie soll aber Sanktionen auslösen, wenn Untergrenzen unterschritten werden. Nach der Logik der Absenkung wären bei ggfs. eintretenden Sanktionen solche Kliniken bevorzugt, die keine Pflichtversorgung leisten, da sie weniger Personal nachweisen müssten, dagegen würden pflichtversorgende Kliniken bestraft, die temporär die PPP-RL Maßgaben unterschreiten. Da die Pflichtversorgung für gerade schwer erkrankte Patient:innen essentieller Bestandteil der psychiatrischen Versorgung ist, stellt sich die Frage, ob die Intentionen, die mit der Modifikation der PPP-RL verfolgt werden, in ihren Folgen wirklich eingeschätzt werden und nicht im Gegenteil in der Praxis zu einer Schlechterstellung der Kliniken führen, die die aufwändige und wenig planbare Pflichtversorgung wahrnehmen. Ob dies im Sinne der Patientenversorgung und –sicherheit ist, bezweifeln wir (vgl. hierzu auch weiter unten). Die vorgelegte Regelung ist deshalb ggfs. sogar gefährlich, auf jeden Fall aber untauglich, da auch nicht klar wird, welches Ziel sie verfolgt. Die Kalkulationsgröße von 10 % aller Minutenwerte aller Berufsgruppen ist hinsichtlich der Pflichtversorgung nicht nachvollziehbar und wird nicht begründet.

Soll mit der G-BA PPP-RL verfolgt werden, Kliniken, die die aufwändige Pflichtversorgung zu organisieren haben, eine entsprechende Personalbemessung (und damit Refinanzierung) zu ermöglichen, so verfehlen die Vorschläge ihr Ziel. Dafür müsste der G-BA eine gesonderte Regelung finden.

Insofern befürworten wir im speziellen Fall der KJPP den Vorschlag der Patientenvertretung und der Bundespsychotherapeutenkammer, § 6 Abs. 6 aufzuheben. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie existieren nur sehr wenige Kliniken ohne Pflichtversorgung (ohnehin, wenn man die unscharfe Definition der Beschlussvorlage zu Grunde legt). Diese widmen sich einer spezialisierten Behandlung von Kindern und Jugendlichen, z.B. mit Essstörungen oder Borderline-Patient:innen.

Einen Sonderfall stellen in einigen Ländern Kliniken dar, die die Behandlung von Intelligenzgeminderten wahrnehmen, einer besonders vulnerablen Patientengruppe. Gerade letztere Patient:innen sind in der Regel nicht weniger aufwandsintensiv als Krisenpatient:innen, die im Rahmen der Pflichtversorgung aufgenommen werden. Auf diese „Einrichtungen der Sonderversorgung“ kann flächendeckend nicht verzichtet werden, und eine Kürzung der Minutenwerte für diese besonders behandlungsintensiven Patient:innengruppen ist medizinisch nicht gerechtfertigt, sie würde eher eine Schlechterstellung der Intelligenzgeminderten nach sich ziehen. Einer solchen Diskriminierung muss im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie entgegengetreten werden. Der Patientenvertretung ist laut den „Tragenden Gründen“ S. 4 überdies recht zu geben, dass die Zuordnungen zu Behandlungsbereichen hier ebenso aussagekräftig sind.

Zudem kommentieren wir den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes und der BÄK sowie den Folgedissens zu § 6 Absatz 6 wie folgt:

Die Versorgungsrealität der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in der Beschreibung nicht suffizient wiedergegeben.

- a) Die Definition „zur Behandlung von Patienten mit gesetzlicher Unterbringung verpflichtet“ trifft auf das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht zu. Zur Behandlung von Patient:innen mit einem Unterbringungsbeschluss nach § 1631b BGB (der gesetzlichen Grundlage für gut 90 % aller unterzubringenden Patient:innen unter 18 Jahren) werden zunächst die Sorgeberechtigten, dann das Krankenhaus mit

dem familiengerichtlichen Beschluss jeweils berechtigt, nicht verpflichtet. Vor dem Hintergrund dieser Rechtsgrundlage ist ein Krankenhaus nicht aufnahmeverpflichtet. Für Aufnahmen von Patient:innen nach den Psych-K(H)Gs, d.h. den Landesunterbringungsgesetzen, existieren sehr unterschiedliche landesrechtliche Vorgaben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Einige Länder definieren eine Aufnahmeverpflichtung bis hin zur Postleitzahl, andere nicht. Zudem müssen sich z.B. Krankenhausträger in Baden-Württemberg außerhalb der ZfP-Gruppe und der Universitätskliniken für die Berechtigung zur Aufnahme solcher Patient:innen bei der Landesregierung bewerben (die dann bei Vorliegen eines Beschlusses nach Landesrecht allerdings verpflichtend wird). Auf verschiedenen Ebenen, von LAGs bis hin zu Landesgesetzen oder Landesverordnungen ist geregelt, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche aus einer definierten Region im Notfall akut stationär versorgt werden.

Die PPP-RL müsste also der Realität in der Versorgungspraxis auch im Bereich der KJPP gerecht werden und hier entsprechende Formulierungen finden, die sowohl die rechtlichen Regelungen in praxi und de lege in der KJPP abbilden, als auch dem Umstand, dass ein großer Anteil von Patient:innen ohne entsprechende rechtliche Beschlüsse im Rahmen der Pflichtversorgung als Notfälle aufgenommen werden: in der KJPP immerhin fast 50 % (Kölch et al. 2022, Kölch et al. 2023).

Der Vorschlag des GKV-SpiV in den „Tragenden Gründen“ („Der erste [Ersatzparameter] erfasst, ob Patientinnen und Patienten nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (Vormundschaft, Pflegschaft Vormundschaft, Pflegschaft bzw. nach dem Betreuungsgesetz) aufgenommen werden“) (TrG S.2) adressiert damit nicht die Patient:innen der KJPP. Die Umsetzung als „zur Behandlung verpflichtet“ drückt jedoch einen gänzlich anderen Sachverhalt aus.

- b) Inwieweit die Definition „24-Stunden Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten“ trennscharf in der KJPP einzusetzen ist, bezweifeln wir: wie wird dieses Kriterium operationalisiert? Nachdem sozialrechtlich für die stationäre Behandlung von Patient:innen entsprechende Definitionen bestehen, und auch die ständige Rechtsprechung definiert,

dass jederzeit eine ärztliche Intervention möglich sein muss, ist in Frage zu stellen, welche Krankenhäuser dieses Kriterium nicht erfüllen?

Die Formulierung müsste somit für das Fachgebiet z.B. in „*24-stündige Aufnahmemöglichkeit für akut stationär behandlungsbedürftige Patientinnen oder Patienten*“ geändert werden.

Auch hier scheint es, dass laut den „Tragenden Gründen“ seitens des GKV-SpiV einfach gemeint war, „ob akute Notfälle rund um die Uhr aufgenommen und behandelt werden können“ (TrG S. 2), aber im Beschlusstext missverständlich – ohne Beachtung der krankenhausrrechtlichen Bedeutung des Begriffs „Bereitschaft“ - ausgedrückt wurde.

Auf einen weiteren versorgungspolitischen Nebeneffekt der intendierten Regelung sollte zusätzlich aufmerksam gemacht werden: eine rechnerische Absenkung der Personal-Mindest-Vorgaben um 10 % könnte für Krankenhausträger mit Problemen der Personalrekrutierung durchaus attraktiv sein, um die Mindestvorgaben nicht länger zu unterschreiten. Deshalb könnten Krankenhausträger auf die Idee kommen, Patient:innen mit Unterbringungsbeschluss oder notfallmäßigem Behandlungsbedarf die Aufnahme zu verwehren, dafür aber eine personell „klamme“ Abteilung ohne zusätzliche, die 10 %-Abschlag teils überschreitende, Sanktionszahlungen existenziell zu erhalten. Beim aktuellen bundesweiten Post-Corona-Behandlungsbedarf ist eine Bettenbelegung mit „Regelpatienten“ ohne Notfälle im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie ohne jede Schwierigkeit weiterhin realisierbar. Auf den bereits begonnenen Abbau kleiner stationärer Einheiten im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat die DKG in ihrer Kommentierung dieses Abschnitts in den „Tragenden Gründen“ auf Seite 6 bereits hingewiesen.

Zu 2. Bildung einer Grundgesamtheit für die Stichprobe gemäß § 16 Abs. 8

Die DGKJP begrüßt jegliche Bestrebungen, die Grundgesamtheit der leistungserbringenden Krankenhäuser besser abzubilden. Anstelle eines aufwändigen und fehleranfälligen Verfahrens nach der Abrechnung nur einer Leistung wäre es aber gegebenenfalls naheliegender, die Liste der Einrichtungen mit durchgeführten Strukturprüfungen für psychiatrische bzw. in unserem Fall kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen zum OPS 9-65 der Medizinischen Dienste zugrunde zu legen.

Zu 3. Änderung des § 13 - Vergütungswegfall bei Unterschreiten der Mindestpersonalausstattung

Die DGKJP unterstützt den Vorschlag der BÄK und der DKG, das Eintreten der Sanktionen um weitere 2 Jahre zu verschieben und dann von 100 % Erfüllungsquote auszugehen, da laut den veröffentlichten Quartalsberichten des IQTIG bereits aktuell rund die Hälfte aller Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie Sanktionen unterworfen werden würden. Eine Reduzierung der stationären und teilstationären Platzzahl für Kinder und Jugendliche wäre die unweigerliche Folge, sobald Träger gezwungen würden, bei allfälligen Personalausfällen zwischen teuren zusätzlichen Honorarkräften oder Bettenabbau zu entscheiden. In Post-Pandemie-Zeiten mit einem bundesweit gestiegenen Behandlungsbedarf für Kinder und Jugendliche ist diese Entwicklung gesundheitspolitisch nicht vertretbar.

Vielmehr sollte die Zeit bis 2026 genutzt werden, Gründe für die Untererfüllung der Mindestpersonalausstattung zu erheben, angegebene Ausnahmetatbestände zu analysieren und wahre, zwischenzeitlich erfolgte Tarifsteigerungen refinanzierende Budgetverhandlungen zu führen. Zudem ist zu erwarten, dass Ergebnisse der vom Innovationsfond geförderten EPPIK Studie zur Personalbemessung vorliegen. Außerdem sind die Ergebnisse zur Krankenhausreform der Regierungskommission einzubeziehen, die ebenfalls derzeit erarbeitet werden. In dieser Situation ein Sanktionsverfahren mit der Folge eines ungeordneten Abbau von stationären Angeboten für psychisch schwer erkrankte Kinder und Jugendliche in der angespannten Situation nach Corona in Kraft zu setzen halten wir für nicht vertretbar - es würde unseren Patient:innen schaden.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. M. Romanos
Präsident



Prof. M. Kölch
Stellv. Präsident



Prof. T. Renner
Stellv. Präsident



Prof. R. Schepker
Vorstandsmitglied

Literatur

Kölch, M. et al, Psychische Störungen bei Minderjährigen während der COVID-19-Pandemie - Analyse der bundesweiten Krankenhausbehandlungsdaten; Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 362-3; DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0010

Kölch, M. et al; COVID-19 und psychische Störungen bei Minderjährigen: Veränderungen der Behandlungen nach der Krankenhausstatistik; Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2023), 0, <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000935>.



DGSP-Stellungnahme zur Änderung der PPP-Richtlinie in der Fassung vom 07.06.2023

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

DGSP-Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie vom 07.06.2023: Konkretisierung und Überarbeitung der Regelungen

Die Richtlinien-Fassung vom 07.06.2023 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.

Es erscheint uns naheliegend, pflichtversorgende Einrichtungen zu stärken. Weniger überzeugend ist es, nicht-pflichtversorgende Einrichtungen einseitig personell zu schwächen, so wie es im Richtlinien-Entwurf vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) in §6 (6) vorgeschlagen wird. Die DGSP schlägt hingegen eine Umschichtung von personellen Ressourcen zugunsten von pflichtversorgenden Einrichtungen vor. Diese Stärkung sollte besonders für Alternativen zur stationären Versorgung genutzt werden, also für die Versorgung mit Home Treatment und stationsäquivalenter Behandlung. Längere Fristen für Sanktionen sind sinnvoll, weil durch das Sanktionensystem die großen gegenüber den kleinen Einrichtungen bevorzugt werden, da letztere personelle Engpässe schlechter kompensieren können. Die DGSP unterstützt zudem die Aussage der Patientenvertretung, dass die Verringerung der Minutenwerte keinen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung im Sinne von § 1 Abs. 1 dieser Richtlinie darstellen.

Den Vorschlag des GKV-Spitzenverbands, einen §11 (14) einzuführen, lehnt die DGSP ab, da hier ein immenser bürokratischer Aufwand gefordert wird, wobei verfahrenstechnische Fragen nicht eindeutig geklärt sind und eine Verschlechterung der Versorgung durch Entfernung der Krankenhausstandorte zu befürchten ist.

Eine Verlängerung der Fristen, wie sie die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und Bundesärztekammer (BÄK) in §13 (5) vorschlagen, unterstützt die DGSP grundsätzlich.

Generell sollten alternative Modelle der Personalbemessung wie die Psych-PV plus von Ver.di oder das Plattform-Modell der DGPPN für eine grundlegende Neufassung herangezogen werden. Die DGSP wird sich daran oder an einer trialogischen Expert:innenkommission gerne beteiligen.

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.
- Die Bereiche der Psychosomatik P3 und P4 stellen keine Trennschärfe zwischen Psychiatrie und Psychosomatik dar. Es gibt auch keinen erkennbaren Grund der Aufspaltung der Bereiche 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 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 Expert:innengruppe mit Vertreter:innen aus Wissenschaft und Praxis an. Dazu sollte baldmöglichst eine Nachfolgestudie zur Wittchen-Studie erstellt werden.
- 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 Patient:innensicherheit zu gewährleisten sowie Zwangsbehandlungen zu vermeiden.

Der begrenzte Zeitraum zwischen der Veröffentlichung der Änderung am 09. Juni 2023 und der Frist zur Einreichung der Stellungnahme bis 06. Juli 2023 lässt kaum Raum für unsere verbandsinterne Kultur der gemeinsamen Meinungsbildung und dem dazu gehörigen Abstimmungsprozess.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Der Vorstand

03.07.2023



Vereinte

**Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Beschlussentwurf über eine Änderung der

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie

zur Anhörung am 6. September 2023

Berlin, 04.07.2023

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di
Bereich Gesundheitswesen/Gesundheitspolitik
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Mit der Einführung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) 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.

Mit den vorliegenden Änderungen soll die seit dem 1. Januar 2020 wirkende Richtlinie weiterentwickelt werden. ver.di macht sich stark für Personalvorgaben, die eine hochwertige qualitative Versorgung ermöglichen. Dazu sind verbindliche Mindestvorgaben ein wichtiger Schritt, diese müssen bedarfsgerecht sein, die Einhaltung ist nachzuweisen und es muss Konsequenzen haben, wenn verbindliche Vorgaben nicht eingehalten werden. Anderenfalls erlangen sie keine hinreichende Wirksamkeit. Es ist erforderlich, dass die Sanktionen zielgerichtet sind und dafür Sorge tragen, dass die Behandlung unter Einhaltung der Qualitätsvorgaben der Richtlinie erfolgen. Zukünftig müssen Qualitätsvorgaben der Richtlinie verknüpft werden mit der Krankenhausplanung der Länder – auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung. Können die Vorgaben nicht eingehalten werden, sind die Planungen anzupassen, in dem die Zahl der Planbetten reduziert wird, bis das notwendig vorzuhaltende Personal nachgewiesen wird.

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. 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, Arbeits- und Gesundheitsschutzstandards für Beschäftigte abschließend zu berücksichtigen, noch können sie eine leitliniengerechte Versorgung gewährleisten. Dafür ist ein bedarfsgerechter 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 BpflV 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 in der Einrichtung tätigen noch nicht von der PPP-RL erfassten Berufsgruppen gelten.

Über die Weiterentwicklung der PPP-RL hinaus sieht ver.di den Bedarf, die Regelungen der Bundespflegeverordnung anzupassen um sicherzustellen, dass die finanziellen Mittel für das Personal zweckentsprechend eingesetzt werden müssen. Das bedeutet, dass Regelungen erforderlich sind die eine Rückzahlung nicht und nicht zweckentsprechend eingesetzter Mittel sicherstellt. Eine selbstkostendeckende Refinanzierung aller Personalstellen analog zur Pflegebudgetregelung im Bereich der Krankenhauspflege ist die Voraussetzung, um bedarfsgerechte Personalbemessung zu begünstigen und ein weiteres Abwandern von Fachkräften aus den Einrichtungen und einen verschärften Kostendruck zulasten des Personal und der Versorgungsqualität zu verhindern.

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.
- Die ambulante psychiatrische Versorgung wird zukünftig eine größere Rolle spielen. Hier fehlen ebenfalls Qualitätsvorgaben um eine gute Versorgung sicherzustellen und den Wechsel in diese Tätigkeiten für die Beschäftigten attraktiv zu gestalten.
- 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.

ver.di setzt sich dafür ein, dass diese Kritikpunkte im Rahmen der Weiterentwicklung aufgegriffen werden.

Zu den Regelungen im Einzelnen

§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung:

zu Absatz 6:

Um eine hohe und vergleichbare Behandlungsqualität zu erzielen und um die Qualitätsvorgaben aus dem § 136a SGB V erfüllen zu können, müssen für alle Einrichtungen identische Minutenwerte gelten. Eine Absenkung der Minutenwerte bei fehlenden Behandlungsvoraussetzungen konterkariert eine leitliniengerechte Behandlung, benachteiligt die in den betreffenden Einrichtungen zu behandelnden Patient*innen ohne sachliche Begründung und führt zu einer zusätzlichen Belastung für die Beschäftigten. Die Richtlinie würde bei einer entsprechenden Umsetzung die bereits heute in erheblichem und nicht zu vertretendem Umfang gegebene Arbeitsverdichtung verstärken, anstatt für eine hohe Versorgungsqualität in

Verbindung mit guten Beschäftigungsbedingungen zu sorgen. ver.di spricht sich daher gegen den Ansatz einer Absenkung von Minutenwerten aus und unterstützt den Antrag der Patient*innenvertretung (PatV), den Absatz 6 zu streichen.

§ 11 Nachweisverfahren:

zu Absatz 14 (neu):

Insbesondere für die Stichprobe gem. § 16 Abs. 8 ist eine vollständige Erfassung aller psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erforderlich. Darüber hinaus ist die vollzählige Grundgesamtheit die Basis für die Umsetzung der weiteren Regelungen, wie z. B. der Übermittlungsvorgaben gegenüber dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und die Information des IQTIG an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über nicht erfüllte Dokumentationspflichten.

Um sicherzustellen, dass die Qualitätsvorgaben der PPP-RL in allen Einrichtungen gelten und auch umgesetzt werden, müssen diese bekannt sein. Gleiches gilt für die Auswahl im Stichprobeverfahren. ver.di unterstützt daher den Vorschlag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV).

§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:

zu Absatz 5 und 6:

ver.di lehnt eine weitere Verschiebung der Sanktionierung bei nicht eingehaltenen Personalmindestvorgaben ab. Um die vorhandenen Fachkräfte zu halten sowie die Versorgungsqualität abzusichern und zu verbessern, muss der dringend erforderliche Personalaufbau erfolgen. Eine ver.di-Befragung im letzten Jahr hat ergeben, dass viele Träger angesichts drohender Sanktionszahlungen mehr Personal eingestellt haben. Diese Bemühungen sind nach der Entscheidung über die weitere Aussetzung der Sanktionen wieder zurückgefahren worden. Eine Verschiebung würde den Fachkräftenotstand in den psychiatrischen Einrichtungen forcieren. Deshalb müssen die Vorgaben aus der Richtlinie konsequent umgesetzt und wie vorgesehen ab dem 01.01.2024 die Nichteinhaltung sanktioniert werden.

Seit 2017 ist aufgrund des PsychVVG-Nachweises (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen) den Einrichtungen bekannt, welche personellen Maßnahmen zur Umsetzung einer bedarfsgerechten Personalausstattung erforderlich sind. Die Einrichtungen hatten seither ausreichend Zeit, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen und einen erforderlichen Personalaufbau in die Wege zu leiten. Wenn dies nicht geschehen ist, darf die Konsequenz keinesfalls ein Beibehalten des für die Beschäftigten und die zu behandelnden Patient*innen inakzeptablen Status quo sein. Sollte

das verfügbare Personal für eine bedarfsgerechte Versorgung nicht ausreichen, ist eine Absenkung der Belegung unerlässlich.

Wenn der Sanktionstatbestand nicht in der Gesamtzahl des Personals, sondern der Verteilung innerhalb der Berufsgruppen begründet sein sollte, gibt die PPP-RL einen ausreichenden Handlungsspielraum. Die näheren Regelungen zur praktischen Umsetzung des Vergütungswegfalls treffen die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG. Die Einrichtungen haben danach die Möglichkeit, die abweichende Verteilung des Personals zu begründen und z. B. auf Basis von Behandlungskonzepten zu belegen.

Die Richtlinie gibt ausreichend Flexibilität, weil die Mindestvorgaben im Quartal und für die gesamte Einrichtung, also über alle Stationen hinweg einzuhalten sind. Auch die Anrechnungsmöglichkeiten gemäß § 8 der Richtlinie lassen Spielräume zu.

Eine wichtige Voraussetzung für eine hohe Versorgungsqualität und gute Arbeitsbedingungen sind neben der Personalausstattung entsprechende Ausfall- und Vertretungskonzepte. Diese können gemäß § 2 Absatz 10 der Richtlinie vereinbart werden und sind zu finanzieren. Wenn geeignete Ausfall- und Vertretungskonzepte in den Einrichtungen nicht zur Anwendung kommen, kann die Reaktion nicht die Aussetzung von Sanktionen sein, sondern die Behandlungskapazitäten müssen an die verfügbare Personalausstattung angepasst werden, um eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten.

zu Absatz 8:

Die Klarstellung in Absatz 8 ist sinnvoll.

§ 16 Übergangsregelungen:

zu Absatz 2:

Grundsätzlich sollten aufgrund des zeitlichen Vorlaufs inzwischen alle Einrichtungen in der Lage sein, ihre Mitwirkungspflicht vollständig zu erfüllen. ver.di unterstützt deshalb die Beibehaltung der Frist 01. Januar 2024.

zu Absatz 4:

Einer Verschiebung der Fristen in Absatz 4 um weitere zwei Jahre lehnt ver.di ab. Diese sind zur Sicherstellung der erforderlichen Personalausstattung und einer guten Versorgungsqualität erforderlich. Die Einrichtung der Psychosomatik erhalten durch die Regelungen in Satz 3 bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben und nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten bereits zwei zusätzliche Jahre Zeit, die Mindestvorgaben umzusetzen. Wir unterstützen den Antrag des GKV-SV/PatV/BPtK.

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

04.07.2023

**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: Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL (PPP-RL@G-BA.de)**

Sehr geehrte Frau Karola Pötter-Kirchner,

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) § 6 Abs. 6:

Mangels Vorgaben zur Prozess- oder Ergebnisqualität definiert die PPP-RL die Qualität über Vorgaben zur Struktur, in dem Personenanzahlen in definierten Berufsgruppen - sprich mit entsprechender Qualifikation – vorgehalten werden sollen. Die Versorgungsverpflichtung, wie auch immer sie definiert ist, erhöht ganz sicher die Anzahl der vorzuhaltenden Personen alleine durch die Gewährleistung einer 24h Verfügbarkeit an 7 Tagen der Woche. Die PPP-RL sieht hierfür eine ca. 11% Erhöhung der Personenzahl unabhängig von den Berufsgruppen oder der Größe der Einrichtung oder der Restriktion auf Ganzzahligkeit beim Einsatz von Menschen vor. Auch erschließt sich nicht, woher die 11% letztendlich stammen.

In unserer Bundestags-Petition zur PPP-RL haben wir ferner darauf hingewiesen, dass die PPP-RL ein Verständnis der Psychiatrie von vor über 30 Jahren abbildet. Das heutige, durch viele Leitlinien unterfütterte Verständnis wird zu einer noch höheren Vorhaltung von qualifizierten Personen in den stationären Strukturen führen. Allerdings zeigen die vom IQTIG veröffentlichten Zahlen, dass in vielen Fällen selbst die auf einem veralteten Psychiatrie-Verständnis basierenden Mindestmengen in einzelnen Berufsgruppen nicht eingehalten werden können.

Der BApK schließt sich daher der Forderung der PatV an und fordert eine Streichung des Absatz 6.

2) §11 Abs. 14 Anfügung:

Unabhängig von der Bildung einer Grundgesamtheit für die Stichprobe sollte die Grundgesamtheit der ans IQTIG gemeldeten Krankenhausstandorte mit ihren vorhandenen Einrichtungen festgelegt werden. Der BApK unterstützt daher den Vorschlag des GKV-SV vorbehaltlich eines besseren Lösungsvorschlages.

3) 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 § 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.

4) 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 freuen uns auf die Teilnahme an der Anhörung am 6. September 2023 in Berlin.

Bis dahin verbleiben wir

mit freundlichen Grüßen



Dr. Rüdiger Hannig

Vorsitzender BApK e.V.

**Stellungnahme der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie vom 07.06.2023**

Die DVSG nimmt zu den vorgeschlagenen Änderungen wie folgt Stellung:

1) §6 Absatz 6: Die DVSG lehnt die vorgeschlagene Änderung der GKV-SV ab und unterstützt den Vorschlag der Patient*innenvertretung den § 6 Abs. 6 zu streichen.

Begründung: Eine Absenkung um 10% von Minutenwerten für Einrichtungen, die keine Versorgungsverpflichtung haben, hält die DVSG fachlich und strukturell nicht für sinnvoll.

Ausschließlich für die Berufsgruppe der Psychologie wurden die Minutenwerte der Psych-PV von 1991 bei der aktuellen Fassung der PPP-RL angepasst. An dieser Stelle eine geforderte Mindestqualität noch weiter nach unten aufzuweichen wird den Anforderungen an eine moderne und patient*innenorientierte Behandlung und deren personellen Aufwand nicht gerecht.

Strukturell würde zudem ein Stand-Alone Standort mit Stationen und Tageskliniken anders gesehen als wenn die nicht versorgungspflichtigen Bereiche am Standort mit Bereichen der Pflichtversorgung kombiniert sind, obwohl die Notwendigkeiten und Erfordernisse im Personalaufwand aus Patient*innensicht sich nicht nachvollziehbar unterscheiden.

Aus Sicht der DVSG benötigt die Erfüllung der Richtlinie keine Reduzierung der Anforderungen, sondern stattdessen mehr Zeit für ihre Umsetzung sowie die Befreiung von regulatorischer Engmaschigkeit und eine Fokussierung auf bedarfsgerechte und spezialisierte Versorgung in einem multiprofessionellen Ansatz.

2) §13/§16: Die DVSG unterstützt im Kern den Vorschlag von DKG/BÄK, die Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zeitlich zu verschieben.

Begründung: Die aktuell geplanten Folgen ab 2024 führen in vielen Kliniken zu internen Verwerfungen und für Patient*innen und Mitarbeiter*innen zu einer angespannten Versorgungslage, die sich nicht an Patient*innenbedarfen und therapeutischen Schwerpunkten orientiert, sondern die Erfüllungsquoten im zu kritisierenden kleinteiligen standortbezogenen Bezug in den Vordergrund stellt. Aus Sicht der DVSG ist neben der zeitlichen Verschiebung der Sanktionen auch ein Anpassungszeitraum weiter einzuplanen, um komplexe Einsatzplanungen von Personal verträglich gestalten zu können. Zudem müssen die Leistungsplanung und die Anpassung des Personalbestands ohne negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität in einem machbaren Zeitraum synchronisiert werden. Die Art und Weise der geplanten Sanktionen sind nicht geeignet, positive Anreize für eine Qualitätsverbesserung in der Versorgung zu schaffen. Ziel der Richtlinie sollte es sein, negative Entwicklungen für die Versorgung zu vermeiden und durch angemessene finanzielle Rahmensetzung eine qualitätsorientierte Personalausstattung in der Versorgung sicherzustellen.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.

Berlin, 04.07. 2023

Stellungnahme

03.07.2023

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der PPP-RL

1. Durchsetzungsmaßnahmen

Zu § 13: Die Anträge von DKG/BÄK werden unterstützt.

Die aktuell geplanten Durchsetzungsmaßnahmen nach § 13 PPP-RL müssen zwingend ausgesetzt werden, andernfalls würde die Versorgungssicherheit in Deutschland Schaden nehmen (siehe hierzu auch das beigefügte Positionspapier der Plattform Entgelt).

Die Durchsetzungsmaßnahmen sind in der aktuellen Ausgestaltung unverhältnismäßig. Sie übersteigen das theoretisch eingesparte Personalbudget um ein Vielfaches. Dies steht in drastischem Widerspruch zu den Vorgaben, die der Gesetzgeber in § 137 Absatz 1 SGB V für Sanktionsmaßnahmen gemacht hat. Dort sind gestufte und verhältnismäßige Maßnahmen vorgesehen.

Die Durchsetzungsmaßnahmen sind zudem unsachgemäß, weil sie kleinteilig jede Berufsgruppe in jedem Quartal betrachten. Außer Acht bleibt dabei, wie sich die Personalausstattung insgesamt und über das ganze Jahr hinweg darstellt. Die Systematik der Maßnahmen führt dazu, dass ein Krankenhaus sogar dann bestraft wird, wenn es über das Jahr hinweg mehr Stellen vorhält, als die Mindestvorgaben es vorsehen, aber die PPP-RL-Vorgaben nur in einem Quartal und nur in einer der sechs Berufsgruppen nicht erfüllen kann. Auch kurzfristige krankheitsbedingte Abwesenheiten können eine Unterschreitung der Mindestvorgaben auslösen. Um dies zu verhindern, ist ein personeller „Puffer“ nötig, der sich aber nach bisherigen Erfahrungen in Budgetverhandlungen vor Ort nicht vereinbaren lässt: Krankenkassen setzen die Personaluntergrenzen vielfach als Budgetobergrenzen fest.

Die vorgesehenen Durchsetzungsmaßnahmen würden keinen Beitrag zur Patientensicherheit oder Qualität der Behandlung leisten, sondern im Gegenteil zu einer Verschlechterung führen und bestehende Probleme verschärfen. So ist zu erwarten, dass Kliniken, die das Personal nicht einstellen können, weil es an Bewerbern fehlt, versuchen müssen, die Sanktionen durch eine Reduktion der Patientenzahlen und des Leistungsangebots zu vermeiden.

Dies hätte enorme Folgen für die psychische Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Patienten der stationären Psychiatrie sind in aller Regel schwer und akut erkrankt. Können sie nicht

in ein Krankenhaus aufgenommen werden, drohen schwere Gesundheitsschäden und akute Eigen-/ und/oder Fremdgefährdung.

Eine die stationäre Behandlung ersetzende ambulante Versorgung dieser Patienten kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht gelingen, da bekanntermaßen weder die ambulanten Behandlungskapazitäten ausreichen noch Strukturen vorhanden sind, die eine hinreichend komplexe Versorgung akut-erkrankter Patienten ermöglichen.

Die Verknappung der stationären Angebote wird außerdem dazu führen, dass eine Behandlung für schwer erkrankte Patienten vielerorts, wenn überhaupt, nur in einem weiter entfernt liegenden Krankenhaus möglich sein wird. Dies steht im eklatanten Widerspruch zum Prinzip der gemeindenahen Versorgung, die es psychisch erkrankten Menschen ermöglichen soll, in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu bleiben und – wo gewünscht – Angehörige frühzeitig in die Behandlung einzubeziehen.

Zudem ist zu erwarten, dass das Personal von dort abgezogen werden muss, wo es nicht zwingend zur Erfüllung der Pflichtversorgung und der PPP-RL notwendig ist – insbesondere aus innovativen Angeboten wie der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) oder aus den Psychiatrischen Institutsambulanzen. In der Folge werden diese Behandlungsangebote nur noch reduziert zur Verfügung stehen oder regional sogar ganz wegfallen.

Personal, das in den Kliniken arbeitet, muss sich zudem auf häufige, kurzfristige Versetzungen einstellen, um akute Mängel auf einzelnen Stationen auszugleichen. Solche wiederholten Änderungen des Einsatzortes sind nicht nur höchst demotivierend für die Mitarbeitenden, sie sind auch der erfolgreichen Behandlung psychisch erkrankter Menschen abträglich, da diese auf einer tragfähigen Beziehung zwischen Patienten und Personal basiert. Diese Faktoren zusammengenommen machen die betroffenen Krankenhäuser zu zunehmend unattraktiven Arbeitsplätzen, wodurch sich die Personalsituation weiter verschärfen wird.

Viele Kliniken werden trotz dieser Maßnahmen Schwierigkeiten haben, die Personalvorgaben in allen Berufsgruppen einzuhalten und in der Folge von Sanktionen betroffen sein. Ihr Budget wird sich durch die Strafzahlungen reduzieren. Das wird für einige Kliniken sogar die Schließung bedeuten, da ihr Weiterbetrieb dann wirtschaftlich nicht mehr möglich ist.

Laut Daten des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) konnten im dritten Quartal 2022 bereits mehr als jede zweite Einrichtung die Mindestvorgaben nicht in jeder Berufsgruppe erfüllen. Insbesondere mangelt es an Mitarbeitenden in den Berufsgruppen der Pflege, der Spezialtherapie und der Sozialen Arbeit.

Auch auf Grundlage der Analysen von PPP-RL-Nachweisdaten des vierten Quartals 2022 von 347 Klinikstandorten der Erwachsenenpsychiatrie und 127 Klinikstandorten der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer

Krankenhäuser (BAG Psychiatrie) und des Lehrstuhls für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg ist davon auszugehen, dass bei einer Scharfstellung der Sanktionen mehr als 80 % der Einrichtungen von Strafzahlungen betroffen sein werden, und zwar in weiten Teilen der Bundesrepublik.

2. Pflichtversorgung

Zu § 6 Abs. 6: Der Antrag von GKV-SV/BÄK wird unterstützt unter dem Vorbehalt einer Umformulierung

Der Antrag des GKV-SV verfolgt das Ziel einer Konkretisierung der regionalen Pflichtversorgung. Dieses Ziel teilt die DGPPN grundsätzlich, da es sich hier um einen unverzichtbaren Baustein der regional differenzierten gemeindenahen Versorgung handelt. Gerade aufgrund der Wichtigkeit bedarf eine Operationalisierung hier aber einer detaillierteren Diskussion, als dies zum momentanen Stand des Verfahrens möglich erscheint. Die vorgelegte Formulierung erscheint in jedem Falle nicht geeignet, da zwar die Verpflichtung zur Behandlung von Patienten mit gesetzlicher Unterbringung überprüfbar ist, eine „24-Stunden Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten“ jedoch für sich allein nicht weiter nachweisbar erscheint. Mit der aktuellen Formulierung des „weder noch“ würde zudem einer der beiden Ersatzparameter ausreichen.

Als Mindestparameter für eine regionale Versorgungsverpflichtung sehen wir, dass sowohl eine Verpflichtung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung als auch eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten besteht.

Aus diesem Grund schließen wir uns dem Vorschlag der GKV/BÄK nur unter der Voraussetzung an, dass der Satz dahingehend umformuliert wird, dass die Spezifizierung beide Aspekte der Pflichtversorgung enthält.

Die DGPPN empfiehlt darüber hinaus dringend, eine versorgungswissenschaftlich begründete Operationalisierung der Pflichtversorgung im Kontext der Verfolgung des Prüfauftrages in § 14 im weiteren Verlauf des Verfahrens vorzunehmen.

3. Fristveränderung bei Mitwirkungspflichten

Zu § 16 Abs. 2: Der Antrag der DKG wird unterstützt.

Wir unterstützen die Position der DKG, die Fristen bis zur sanktionsbewährten vollständigen Datenlieferung auch weiterhin auszusetzen. Derzeit befinden sich die Einrichtungen immer noch in der Lern- und Erprobungsphase. Die beginnenden Prüfungen nach MD-QK-RL

werden wichtige Hinweise zur Verbesserung der Daten-/Dokumentationsqualität liefern. Zudem wird auch die Evaluation der Richtlinie Aufschluss über eventuelle Probleme bei der Nachweisführung liefern. Die Sanktionierung während dieser Phase wäre widersinnig und sollte daher vermieden werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

Präsident

Reinhardtstr. 29

10117 Berlin

Telefon: 030 240 4772 0

E-Mail: praesident@dgppn.de



Positionspapier der Plattform Entgelt

Klinik-Sanktionen:

Psychiatrische Versorgung in Gefahr

Das Wichtigste auf einen Blick

Die Ausgangslage

- Psychische Erkrankungen betreffen mehr als jeden vierten Erwachsenen in Deutschland. Seelische Belastungen nehmen zu, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Der Mangel an verfügbaren Angeboten im Versorgungswesen ist ein Dauerbrenner der Medienberichterstattung.
- Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie halten trotz Fachkräftemangel eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung aufrecht, damit Betroffenen insbesondere auch in Krisen- und Notfallsituationen rund um die Uhr eine Behandlung zur Verfügung steht.
- Allen Beteiligten ist klar: Wie es ist, kann es nicht bleiben. Vor Ort wird nach flexiblen Lösungen gesucht und bundesweit über notwendige Reformen diskutiert. Konsens herrscht darüber, dass die notwendige Umgestaltung des Versorgungssystems evidenzbasiert und strukturiert erfolgen sollte.

Das Problem

- Die seit 2020 in den Krankenhäusern geltende „Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL) hat ohne empirische Grundlage Untergrenzen für die Personalausstattung definiert. Kliniken, welche sie – auch nur temporär und in einzelnen Berufsgruppen – nicht einhalten können, müssen ab 2024 mit drastischen Strafzahlungen rechnen.
- Aktuelle Daten und Analysen zeigen, dass diese Strafzahlungen in ihrer Höhe unverhältnismäßig, in ihrer Ausgestaltung unsachgemäß und in ihrer Wirkung unkontrolliert sind.
- Die Strafzahlungen werden in vielen Kliniken eine Abwärtsspirale auslösen: Bettenabbau, Stilllegung innovativer Angebote, Motivationsverlust der Mitarbeitenden – bis hin zur Schließung ganzer Kliniken.
- Dies wird Kliniken im ganzen Land betreffen und bundesweit zu einer weiteren Verknappung der stationären Versorgungskapazitäten und Überlastung der ambulanten Versorgung führen.
- Statt die Personalproblematik zu lösen und einen Beitrag zur Qualitätssicherung zu leisten, wird die PPP-RL zu einer Verschlechterung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen führen. Die Versorgungslandschaft steht vor einem unkontrollierten Kahlschlag, der gerade die schon heute unterversorgten Regionen treffen wird.

Die Lösung

- Die überzogenen und nicht zielführenden Strafzahlungen der PPP-RL müssen in ihrer aktuellen Form gestrichen werden.
- Wenn Mindestvorgaben nicht eingehalten werden können, müssen neben der Rückzahlung nicht genutzter Personalmittel Unterstützung, Beratung und Anreize für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalausstattung im Zentrum stehen.
- Zudem muss eine Weiterentwicklung erfolgen, die im Gegensatz zur aktuell gültigen Richtlinie evidenzbasiert zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen kann.
- Nur auskömmlich finanzierte Kliniken sind attraktive Arbeitgeber, die qualifizierte Fachkräfte in ausreichender Zahl gewinnen und halten können.
- Gemeinsam können Politik, Experten und die Selbstverwaltung die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen, um die Versorgung krisen- und zukunftssicher zu machen und patientenorientiert weiterzuentwickeln.

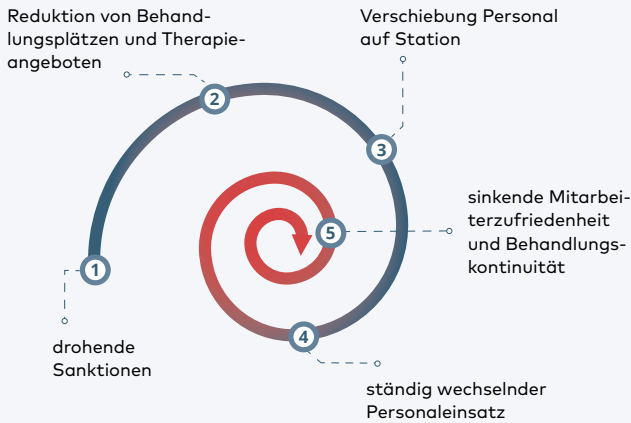
PPP-Richtlinie

Die Sanktionen der PPP-RL greifen, sobald auch nur in einem Quartal in einer einzigen Berufsgruppe die Vorgaben nicht erfüllt werden; selbst dann, wenn über das gesamte Jahr und das gesamte Personal betrachtet, alle vorgesehenen Stunden geleistet wurden.

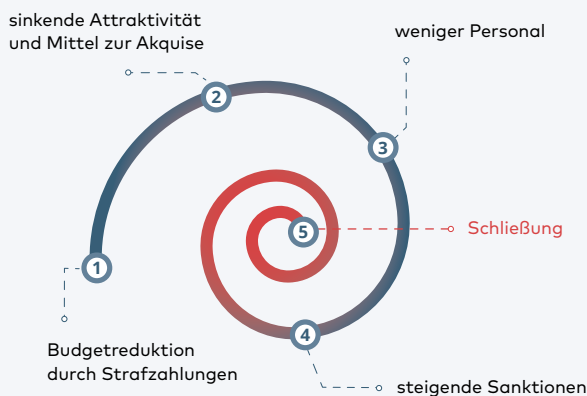
Betroffene Berufsgruppen



Vermeidung von Sanktionen

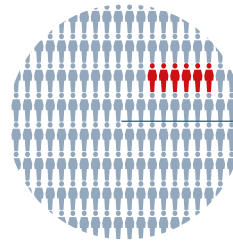


Folgen von Sanktionen



Beispielberechnung der Sanktionen für ein Quartal

Klinik der Erwachsenenpsychiatrie
 500 Betten, 100 teilstationäre Plätze, 6500 Patienten/Jahr,
 Quartalsbudget: 15.843.750 Euro



1,6%

Unterschreitung der PPP-RL in einem Quartal:
 ca. sechs Vollkraftstellen

REALER SANKTIONSAKTOR

5,4

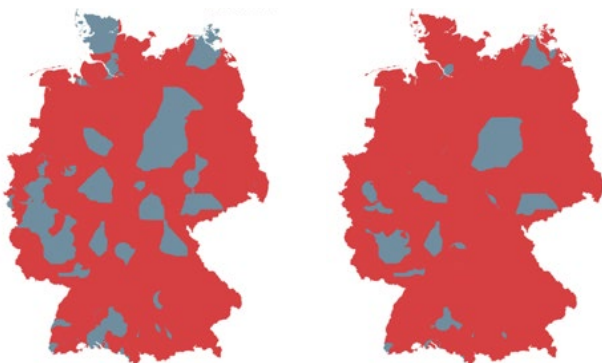
Sanktionshöhe:
 das 5,4-Fache der vermeintlichen Ersparnis

78.960 Euro Ersparnis

429.459 Euro Sanktionszahlung

Von Sanktionen betroffen

Erwachsenenpsychiatrie



2024

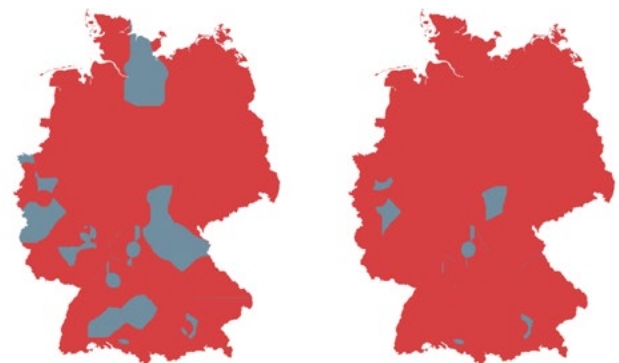
Erfüllungsgrad: 95%

2026

Erfüllungsgrad: 100%

■ von Sanktionen betroffen ■ nicht von Sanktionen betroffen

Kinder- und Jugendpsychiatrie



2024

Erfüllungsgrad: 95%

2026

Erfüllungsgrad: 100%

Quelle: Universität Regensburg für die BAG Psychiatrie

Psychiatrische Krankenhausversorgung in Gefahr

Psychische Belastungen nehmen zu, die Inanspruchnahme des Versorgungssystems steigt, die öffentliche Debatte um Behandlungsmöglichkeiten und ihre Verfügbarkeit läuft auf vollen Touren. Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie halten trotz des Fachkräftemangels und schlechter Rahmenbedingungen eine qualitativ hochwertige Versorgung aufrecht. Durch drakonische Strafzahlungen, die die Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2024 bei Unterschreiten einer willkürlich festgelegten Personalmindestausstattung leisten müssen, wird dies gefährdet. Neue Berechnungen zeigen jetzt: Nahezu alle Kliniken in allen Regionen des Landes werden von den Sanktionen betroffen sein. Damit droht eine enorme Verknappung der Versorgungskapazitäten für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die ambulant nicht aufgefangen werden kann. Die unterzeichnenden Fach- und Betroffenenverbände fordern deshalb nachdrücklich die Streichung dieser Strafzahlungen und die Intensivierung strukturierter Reformbemühungen.

Die Sanktionen sind nicht zielführend

Die „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL) sieht ab 2024 Strafzahlungen vor, wenn Krankenhäuser die Personalmindestvorgaben nicht erfüllen. Diese Sanktionen sind aus mehreren Gründen verfehlt.

1. Die Sanktionen sind unverhältnismäßig: Ihre Höhe übersteigt das eingesparte Personalbudget um ein Vielfaches (vgl. Hintergrund). So würde beispielsweise eine große psychiatrische Klinik (500 Betten, 100 teilstationäre Plätze, 6500 Patienten pro Jahr) mit einem Quartalsbudget von knapp 16 Millionen Euro, die die Personalmindestvorgaben in einem Quartal um nur 1,6% (ca. 6 Vollkraftstellen) unterschreitet und deshalb in diesem Quartal knapp 80.000 Euro weniger Ausgaben hat, für das Quartal mit Strafzahlungen in Höhe von rund 430.000 Euro belegt werden. Die Strafzahlung ist damit mehr als fünfmal so hoch wie die Einsparung. Dies steht in drastischem Widerspruch zu den Vorgaben, die der Gesetzgeber in § 137 Absatz 1 SGB V für Sanktionsmaßnahmen gemacht hat. Dort sind gestufte und verhältnismäßige Maßnahmen vorgesehen. Die Rückzahlung von nicht verausgabten Personalmitteln ist selbstverständlich sinnvoll.
2. Die Sanktionen sind unsachgemäß, weil sie kleinteilig jede Berufsgruppe in jedem Quartal betrachten. Außer Acht bleibt dabei, wie sich die Personalausstattung insgesamt und über das ganze Jahr hinweg darstellt. Die Systematik der PPP-RL führt dazu, dass ein Krankenhaus sogar dann bestraft wird, wenn es über das Jahr hinweg mehr Stellen vorhält, als die Mindestvorgaben es vorsehen, aber die PPP-RL-Vorgaben nur in einem Quartal und nur in einer der sechs Berufsgruppen nicht erfüllen kann. Auch kurzfristige krankheitsbedingte Abwesenheiten können eine Unterschreitung der Mindestvorgaben auslösen. Um dies zu verhindern, ist ein personeller „Puffer“ nötig, der sich aber nach bisherigen Erfahrungen in Budgetverhandlungen vor Ort nicht vereinbaren lässt: Krankenkassen setzen die Personaluntergrenzen vielfach als Budgetobergrenzen fest.
3. Die Sanktionen sind ungerecht, wenn man sie mit ähnlichen Regelungen vergleicht. So resultieren aus der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) im Gegensatz zur PPP-RL deutlich geringere Strafzahlungen. Dies ist eine erhebliche Benachteiligung psychisch erkrankter Menschen gegenüber somatischen erkrankten Patienten.

Die Sanktionen verschärfen bestehende Probleme, statt sie zu lösen

Die Sanktionen, so wie sie aktuell ab dem Jahr 2024 vorgesehen sind, führen Krankenhäuser in einen Teufelskreis. Wenn sie das fehlende Personal nicht einstellen können, weil es an Bewerbern fehlt, müssen sie versuchen, die Sanktionen durch eine Reduktion der Patientenzahlen und des Leistungsan-

gebots zu vermeiden. Das Personal wird von dort abgezogen, wo es nicht zwingend zur Erfüllung der Pflichtversorgung und der PPP-RL notwendig ist – insbesondere aus sektorübergreifenden innovativen Angeboten wie der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) oder aus den Psychiatrischen Institutsambulanz. In der Folge werden diese Behandlungsangebote nur noch reduziert zur Verfügung stehen oder sogar ganz wegfallen.

Personal, das in den Kliniken arbeitet, muss sich zudem auf häufige, kurzfristige Versetzungen einstellen, um akute Mängel auf einzelnen Stationen auszugleichen. Solche wiederholten Änderungen des Einsatzortes sind nicht nur höchst demotivierend für die Mitarbeitenden, sie sind auch der erfolgreichen Behandlung psychisch erkrankter Menschen abträglich, da diese auf einer tragfähigen Beziehung zwischen Patienten und Personal basiert. Diese Faktoren zusammengenommen machen die betroffenen Krankenhäuser zu zunehmend unattraktiven Arbeitsplätzen, wodurch sich die Personalsituation weiter verschärfen wird.

Viele Kliniken werden trotz dieser Maßnahmen Schwierigkeiten haben, die Personalvorgaben in allen Berufsgruppen einzuhalten und in der Folge von Sanktionen betroffen sein. Ihr Budget wird sich durch die Strafzahlungen reduzieren. Das wird für einige Kliniken sogar die Schließung bedeuten, da ihr Weiterbetrieb dann wirtschaftlich nicht mehr möglich ist.

Die PPP-RL leistet also mit der aktuell vorgesehenen Sanktionsregelung keinen Beitrag zur Patientensicherheit oder gar der Qualität der Behandlung. Sie führt ganz im Gegenteil zu einer Verschlechterung der Behandlungsqualität und der Versorgung.

Die Sanktionen werden zur Verknappung der Versorgung führen

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie) und der Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg haben die regionale Verteilung der von Sanktionen betroffenen Kliniken projiziert (siehe Abbildungen). Dazu wurden die Daten von 347 Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und 127 Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus dem vierten Quartal 2022 ausgewertet. 82% dieser Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und 83% der Kinder- und Jugendpsychiatrie wären ab 2024 von Sanktionen betroffen – die jeweilige Region ist in der Karte rot eingefärbt. Hier ist zu erwarten, dass die oben skizzierten Entwicklungen eintreten. Es wird in weiten Teilen der Bundesrepublik zu einer massiven Verknappung der stationären Versorgungskapazitäten für Menschen mit psychischen Erkrankungen kommen, ohne dass ausreichend ambulante Behandlungsmöglichkeiten vorhanden sind, um den Mangel auszugleichen.

Dies hätte enorme Folgen für die psychische Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Patienten der stationären Erwachsenen- sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in aller Regel schwer und akut erkrankt. Können sie nicht in ein Krankenhaus aufgenommen werden, droht die akute Eigengefährdung.

Eine die stationäre Behandlung ersetzende ambulante Versorgung dieser Patienten kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht gelingen, da bekanntermaßen weder die ambulanten Behandlungskapazitäten ausreichen noch Strukturen vorhanden sind, die eine hinreichend komplexe Versorgung akut-erkrankter Patienten ermöglichen. In dieser Hinsicht bedarf zunächst auch das ambulante Versorgungssystem einer Weiterentwicklung unter Einbezug aller relevanten Akteure, bevor eine Reduktion stationärer Behandlungsangebote ohne Schaden für die Patienten möglich ist.

Die Verknappung der stationären Angebote wird außerdem dazu führen, dass eine Behandlung für schwer erkrankte Patienten vielerorts, wenn überhaupt, nur in einem weiter entfernt liegenden Krankenhaus möglich sein wird. Dies steht im eklatanten Widerspruch zum Prinzip der gemeindenahen Versorgung, die es psychisch erkrankten Menschen ermöglichen soll, in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu bleiben und – wo gewünscht – Angehörige frühzeitig in die Behandlung einzubeziehen.

Unkontrollierter Kahlschlag statt zukunftsgerichteter Umgestaltung

Durch die geplanten unverhältnismäßigen Sanktionen werden aktuelle Bestrebungen und Überlegungen zur psychiatrischen Versorgung der Zukunft (Stichworte „sektorübergreifend“, „flexibel“, „Ambulantisierung“, „Psychiatriedialog“, „Krankenhausreform“) konterkariert. Statt einer geordneten Weiterentwicklung wird es zu einem unkontrollierten Kahlschlag kommen, der unumkehrbar sein wird. Die Folgen werden psychisch erkrankte Menschen und ihre Angehörigen sowie die psychiatrischen Fachkräfte zu tragen haben.

Was getan werden muss

1. Die Sanktionen der PPP-RL müssen in der jetzigen Form gestrichen werden. Krankenhäuser, die die Personalmindestvorgaben trotz aller Bemühungen nicht erfüllen können, sollten zunächst Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen erhalten.
2. Zudem muss eine Weiterentwicklung erfolgen, die im Gegensatz zur aktuell gültigen Richtlinie evidenzbasiert zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen kann. Um Menschen mit psychischen Erkrankungen eine gute Behandlung zukommen zu lassen, benötigt eine Klinik ausreichendes, gut qualifiziertes Personal verschiedener Professionen. Daher braucht es ein Instrument, das den Personalbedarf für eine moderne, leitliniengerechte Behandlung ermittelt. Die Fachgesellschaften und Verbände setzen sich seit Jahren dafür ein, da die PPP-RL dafür bislang keine Regelungen vorsieht.
3. Darüber hinaus ist tatsächlich eine Umgestaltung der Versorgungslandschaft nötig. Sie muss allerdings geordnet erfolgen und die Versorgungssicherheit gewährleisten. Dazu müssen alternative Modelle der Personalbemessung (s. EPIK-Projekt) und weitere aktuelle Reformbemühungen zeitnah und unter Einbezug der relevanten Akteure intensiviert werden. Das Ziel ist ein psychiatrisches Behandlungsangebot für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, das flexibel ist und den regionalen Patientenbedarf flächendeckend berücksichtigt – und zwar sektoren- und sozialgesetzbuchübergreifend. Werden hierfür kluge Konzepte implementiert, erscheint eine Umstrukturierung auch im Sinne einer Reduzierung vollstationärer Angebote und des Aufbaus integrativer Angebote in den Gemeinden möglich.

HINTERGRUND

Prävalenz und Behandlung psychischer Erkrankungen

Jedes Jahr sind in Deutschland 27,8% der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen. Das entspricht rund 17,8 Millionen betroffenen Personen. Bei Kindern und Jugendlichen geht man davon aus, dass 20% eine psychische Auffälligkeit zeigen und 10% die Kriterien für eine psychische Erkrankung erfüllen. Diese Zahlen wurden vor der Corona-Pandemie erhoben; seitdem haben insbesondere unter Kindern und Jugendlichen seelische Belastungen deutlich zugenommen.

Psychische Erkrankungen haben gravierende Auswirkungen auf die Betroffenen, ihr Umfeld und die Gesellschaft. Sie zählen hierzulande zu den vier wichtigsten Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre. Sie verursachen 17% aller Arbeitsunfähigkeitstage und sind mit knapp 38% der häufigste Grund für Frühberentungen. Ihre Behandlung verursacht Kosten in Höhe von 56,4 Milliarden Euro (Platz 2 unter allen Krankheitsgruppen). Schätzungsweise 50%–90% aller Suizide gehen auf psychische Erkrankungen zurück.

Trotz der hohen Prävalenz und des Leidensdrucks sucht nur jeder fünfte Betroffene das Gesundheitssystem auf. Die Inanspruchnahme ist über die letzten Jahrzehnte jedoch kontinuierlich gestiegen. In den Krankenhäusern der Kinder- und Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie werden heute nahezu eine Million Patienten behandelt. Der stationäre Sektor bildet damit neben dem ambulanten und dem gemeindepsychiatrischen einen wesentlichen Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungslandschaft. Bereits seit vielen Jahren gibt es Reformbemühungen. Behandlungsangebote sollen stärker sektorübergreifend aufgestellt und somit flexibilisiert werden.

PPP-RL

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen (vgl. § 136a Abs. 2 SGB V). Dazu sollte der G-BA personelle Mindestvorgaben bestimmen, die möglichst evidenzbasiert sind und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Diese Mindestvorgaben sollten die seit 1991 geltenden Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ersetzen.

2019 veröffentlichte der G-BA die „Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ (PPP-RL), welche Untergrenzen für die Personalausstattung festlegt. Diese wurden ohne Evidenzgrundlage und ohne die Bezugnahme auf Leitlinien definiert. Stattdessen wurden die Personalanzahlzahlen der über 30 Jahre alten Psych-PV weitergeführt und zu sanktionsbewährten Personaluntergrenzen deklariert.

Die Personaluntergrenzen der PPP-RL beziehen sich auf sechs verschiedene in der Behandlung von Patientinnen und Patienten relevante Berufsgruppen: Ärzte, Pflegende, Psychologen, Soziale Arbeit, Bewegungstherapie und Spezialtherapie (Ergotherapie und künstlerische Therapien). Basierend auf der Anzahl der im jeweiligen Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten wird festgeschrieben, wie viele Vollkraftstunden pro Berufsgruppe, Station und Quartal mindestens geleistet werden müssen. Dabei werden Fehlzeiten nicht mitgezählt, auch wenn diese z.B. aufgrund von Krankheit unvorhersehbar sind.

Sanktionen

Werden diese Untergrenzen nicht eingehalten, sieht die PPP-RL Strafzahlungen vor. Die Sanktionszahlungen greifen, sobald auch nur in einem Quartal in einer einzigen Berufsgruppe die Vorgaben nicht erfüllt sind. Strafzahlungen werden selbst dann fällig, wenn über das gesamte Jahr und das gesamte Personal betrachtet alle vorgesehenen Stunden geleistet und alle entsprechenden Finanzmittel verausgabt werden.

Die Strafzahlungen wurden u.a. aufgrund der enormen Belastungen durch die Pandemie zunächst ausgesetzt. Zum 01.01.2024 sollen sie nun aber trotz aller Kritik durchgesetzt werden. Dabei ist eine stufenweise Einführung vorgesehen: Ab 2024 müssen die Personaluntergrenzen zu 95 %, ab 2026 zu 100 % eingehalten werden.

Die Höhe der Strafzahlungen bezieht sich einerseits auf das Gesamtbudget der Klinik, andererseits auf das prozentuale Maß der Unterschreitung der Mindestvorgaben. Dafür ist relevant, wie viele Vollkraftstunden in jedem einzelnen Quartal in jeder der Berufsgruppen nicht geleistet und nicht ausbezahlt wurden. Die letztendliche Höhe der Strafzahlungen wird durch einen Algorithmus bestimmt:

1. Ermittlung der prozentualen Unterschreitung der Mindestvorgaben,
2. Berechnung des sogenannten Sanktionsfaktors durch Multiplikation der prozentualen Unterschreitung mit dem Wert 1,7,
3. Berechnung der Sanktionshöhe durch Multiplikation der Quartalsbudgets mit dem Sanktionsfaktor.

Es ist im deutschen Gesundheitswesen ein Einzelfall, dass der Vergütungsanspruch eines Krankenhauses vollständig von der Einhaltung personeller Mindestvorgaben in allen Berufsgruppen abhängig gemacht wird. Ein vergleichbarer Mechanismus greift bei den Sanktionen nach der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV). Aber diese unterscheiden sich erheblich von den Sanktionen der PPP-RL: Sie bewegen sich in etwa in der Höhe der eingesparten Personalkosten.

Dies stellt eine Ungleichbehandlung gleicher Sachverhalte dar, bei der psychisch erkrankte Menschen gegenüber somatisch erkrankten deutlich benachteiligt werden.

Beispielberechnungen: Sanktionen für ein Quartal

Beispiel 1: Eine große erwachsenenpsychiatrische Klinik mit 500 Betten, 100 teilstationären Plätzen, 6500 Patienten und einem Quartalsbudget von ca. 16 Mio. Euro muss bei Unterschreitung der PPP-RL in lediglich einem Quartal um 1,6 % (entspricht etwa 6 Vollkraftstellen) eine Strafzahlung in Höhe von 430.000 Euro leisten. Gegenüber der Einsparung durch die Unterbesetzung in Höhe von rund 80.000 Euro ist dies mehr als ein Fünffaches (siehe Tabelle 1).

Beispiel 2: Für ein Haus mit 200 Betten, etwa 2600 Patienten und einem Quartalsbudget von 5 Mio. Euro bedeutet das: Werden in einem Quartal die Mindestvorgaben um 2,2 % unterschritten (entspricht etwa 2,5 Vollkraftstellen) und damit knapp 33.000 Euro eingespart, muss die Klinik Sanktionen in Höhe von annähernd 185.000 Euro bezahlen. Damit beträgt die Strafzahlung knapp das Sechsfache der eingesparten Personalkosten (siehe Tabelle 2).

Beispiel 3: Ähnlich verhält es sich bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für eine mittelgroße Klinik mit 50 Betten, 30 teilstationären Plätzen, 900 Patienten und einem Quartalsbudget von 2,4 Mio. Euro hätte eine Unterschreitung in einem Quartal von 2,5 % (entspricht etwa 1,8 Vollkraftstellen) Sanktionen von 100.000 Euro gegenüber einer Einsparung von 23.000 Euro zur Folge (siehe Tabelle 3). Der Sanktionsfaktor beläuft sich also auf 4,3.

Beispiel 4: Eine Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 15 Plätzen, 62 Patienten und einem Quartalsbudget von 310.000 Euro ist bei einer Unterschreitung um 3 % (entspricht etwa 0,3 Vollkraftstunden) von Strafzahlungen in Höhe von knapp 16.000 Euro gegenüber einer Einsparung von 4.000 Euro betroffen (siehe Tabelle 4). Die Strafzahlung ist in dem Quartal viermal so hoch wie die eingesparten Personalkosten.

Fachkräftemangel

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat quartalsbezogene Berichte über die Einhaltung der PPP-RL-Mindestvorgaben veröffentlicht. Demnach konnten im dritten Quartal 2022 die meisten Krankenhäuser das nach PPP-RL erforderliche Gesamtpersonal vorweisen. Allerdings kann mehr als jede zweite Einrichtung die Mindestvorgaben nicht in jeder Berufsgruppe erfüllen. Insbesondere mangelt es an Mitarbeitenden in den Berufsgruppen der Pflege, der Spezialtherapie und der Sozialen Arbeit.

Dieser Fachkräftemangel deckt sich mit anderweitigen Berichten. In der jährlichen Befragung des Deutschen Krankenhausinstituts (PSYCHIATRIE BAROMETER) berichten 96 % der Krankenhäuser, die 2021 die Vorgaben nicht in jedem Quartal und jeder Berufsgruppen einhalten konnten, dass die erforderlichen Stellen aufgrund des Fachkräftemangels nicht besetzt werden können (Zustimmung voll und ganz: 63%, Zustimmung eher: 33%).

Regionale Verteilung der Sanktionen

Auswertungen der BAG Psychiatrie Benchmark und des Lehrstuhls für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg zeigen nun erstmals, welche Regionen wie stark von den Sanktionen der PPP-RL betroffen sein werden.

Für die Analyse wurden die Personalnachweisdaten gemäß PPP-RL des vierten Quartals 2022 von 347 psychiatrischen sowie 127 kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken ausgewertet. Für jede Klinik der Stichprobe wurde betrachtet, inwieweit die Personaluntergrenzen erfüllt werden konnten. Liegt eine Klinik auch nur in einer Berufsgruppe unter den Mindestvorgaben der PPP-RL, werden ihr Strafzahlungen auferlegt.

In der Stichprobe wären bei einem Erfüllungsgrad der PPP-RL von 95 %, wie ab 01.01.2024 vorgesehen, 82% der Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und 83% der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Sanktionen betroffen. Bei einem Erfüllungsgrad von 100%, wie er ab 01.01.2026 vorgesehen ist, wären 92% der erwachsenenpsychiatrischen und 95% der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken der Stichprobe von Sanktionen betroffen.

Um die regionale Verteilung der betroffenen Kliniken darzustellen, wurde mit Hilfe eines Algorithmus eine Georeferenzierung durchgeführt. Jeder Klinik wird eine initiale Kreisfläche zugeordnet; ihr Mittelpunkt wird durch die Geokoordinaten der Klinik, ihre Einfärbung durch den PPP-RL-Umsetzungsgrad der Klinik bestimmt. Um die Anonymität der Kliniken zu gewährleisten, generiert der Algorithmus anschließend eine weitere Ausbreitung der Flächen. Die Expansion simuliert dabei einen natürlichen Prozess, bei dem zunächst Ecken und Winkel aufgefüllt werden, bevor sich die Fläche entlang von Geraden ausbreitet.

In Gebieten mit weniger Kliniken läuft die Ausbreitung ungestört, so lange bis sie auf die nächste Fläche trifft. Da jede Fläche – unabhängig von ihrer Einfärbung bzw. dem durch sie repräsentierten Umsetzungsgrad – die gleiche Chance hat, sich auszubreiten, entsteht schließlich ein regionales Abbild der Umsetzungsgrade, ohne diese punktgenau abzubilden.

Regionen, in denen Kliniken von Sanktionen betroffen sein werden, sind rot eingefärbt. In ihnen wird es zu den oben genannten Folgen kommen (siehe auch Abbildungen). Es wird deutlich, dass nahezu in ganz Deutschland Kliniken von den Strafzahlungen betroffen sein werden. Nur sehr wenige, in der Karte blau eingefärbte Regionen, werden keine Einschränkungen der Versorgung erfahren.

Rechenbeispiel Tabelle 1

Klinik der Erwachsenenpsychiatrie 500 Betten, 100 teilstationäre Plätze					
	Vollkraft- stunden- Untergrenze bei 100%- Einhaltung PPP-RL	Vollkraft- stunden- Untergrenze bei 95%- Einhaltung PPP-RL	Vollkraft- stunden IST	Differenz	Erfüllung
Ärzte	21.250	20.188	20.500	0	96,5%
Pflege	100.250	95.238	93.500	-1.738	93,3%
Psychologen	6.100	5.795	6.125	0	100,4%
Spezialtherapie	10.950	10.403	10.100	-303	92,2%
Bewegungs- therapie	3.010	2.860	2.800	-60	93,0%
Soziale Arbeit	7.525	7.149	6.990	-159	92,9%
Summe	149.085	141.631	140.015	-2.258	93,9%
Unterschreitung nach PPP-RL				1,6%	
Sanktionsfaktor				2,7%	
Jahresbudget				63.375.000 €	
Quartalsbudget				15.843.750 €	
Sanktion für das Quartal				429.459 €	
Theoretische Einsparung				-78.960 €	
Faktor der Sank- tionshöhe im Vgl. zur Einsparung				5,4	
Behandelte Fälle im Jahr				6500	

Rechenbeispiel Tabelle 2

Klinik der Erwachsenenpsychiatrie 200 Betten					
	Vollkraft- stunden- Untergrenze bei 100%- Einhaltung PPP-RL	Vollkraft- stunden- Untergrenze bei 95%- Einhaltung PPP-RL	Vollkraft- stunden IST	Differenz	Erfüllung
Ärzte	6.184	5.875	5.910	0	95,6%
Pflege	31.968	30.370	29.795	-575	93,2%
Psychologen	1.585	1.506	1.550	0	97,8%
Spezialtherapie	2.942	2.795	2.705	-90	91,9%
Bewegungs- therapie	921	875	825	-50	89,6%
Soziale Arbeit	2.477	2.353	2.112	-241	85,3%
Summe	46.077	43.773	42.897	-956	93,1%
Unterschreitung nach PPP-RL				2,2%	
Sanktionsfaktor				3,7%	
Jahresbudget				19.987.500 €	
Quartalsbudget				4.996.875 €	
Sanktion für das Quartal				185.445 €	
Theoretische Einsparung				-33.413 €	
Faktor der Sank- tionshöhe im Vgl. zur Einsparung				5,6	
Behandelte Fälle im Jahr				2600	

Rechenbeispiel Tabelle 3

Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie 50 Betten, 30 teilstationäre Plätze					
	Vollkraft- stunden- Untergrenze bei 100%- Einhaltung PPP-RL	Vollkraft- stunden- Untergrenze bei 95%- Einhaltung PPP-RL	Vollkraft- stunden IST	Differenz	Erfüllung
Ärzte	3.273	3.109	2.950	-159	90,1%
Pflege	19.315	18.349	17.950	-399	92,9%
Psychologen	2.206	2.096	2.300	0	104,3%
Spezialtherapie	1.705	1.620	1.599	-21	93,8%
Bewegungs- therapie	727	691	660	-31	90,8%
Soziale Arbeit	1.495	1.420	1.350	-70	90,3%
Summe	28.721	27.285	26.809	-680	93,3%
Unterschreitung nach PPP-RL				2,5%	
Sanktionsfaktor				4,2%	
Jahresbudget				9.587.500 €	
Quartalsbudget				2.396.875 €	
Sanktion für das Quartal				101.587 €	
Theoretische Einsparung				-23.785 €	
Faktor der Sank- tionshöhe im Vgl. zur Einsparung				4,3	
Behandelte Fälle im Jahr				900	

Rechenbeispiel Tabelle 4

Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie 15 teilstationäre Plätze					
	Vollkraft- stunden- Untergrenze bei 100%- Einhaltung PPP-RL	Vollkraft- stunden- Untergrenze bei 95%- Einhaltung PPP-RL	Vollkraft- stunden IST	Differenz	Erfüllung
Ärzte	621	590	700	0	112,7%
Pflege	1.915	1.819	1.825	0	95,3%
Psychologen	470	447	510	0	108,5%
Spezialtherapie	386	367	300	-67	77,7%
Bewegungs- therapie	158	150	140	-10	88,6%
Soziale Arbeit	336	319	280	-39	83,3%
Summe	3.886	3.692	3.755	-116	96,6%
Unterschreitung nach PPP-RL				3,1%	
Sanktionsfaktor				5,3%	
Jahresbudget				1.245.833 €	
Quartalsbudget				311.458 €	
Sanktion für das Quartal				16.637 €	
Theoretische Einsparung				-4.056 €	
Faktor der Sank- tionshöhe im Vgl. zur Einsparung				4,1	
Behandelte Fälle im Jahr				62	

Mitglieder der Plattform Entgelt

- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (BAG KJPP)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie)
- Bundesdirektorenkonferenz (BDK)
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP e.V.)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE)
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)
- Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs)
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. – Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen (VKD)

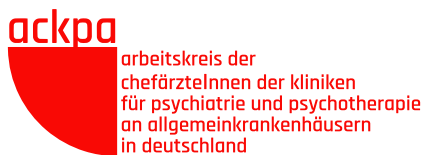
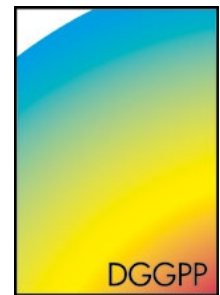
Weitere zeichnende Verbände

- Aktion Psychisch Kranke (APK)
- Borderline-Trialog
- Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter/-innen des Pflege- und Erziehungsdienstes kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (BAG PED)
- Deutsche Angst-Hilfe e.V. (DASH)
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft der Tageskliniken e.V.
- Pandora Selbsthilfe Psychiatrieerfahrener e.V. Nürnberg
- Deutsche Depressionsliga e.V. (DDL)
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)

Logos der unterzeichnenden Verbände



Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V.





WFKT • Sigmaringerstr. 15/ 2 • 72622 Nürtingen • www.wfkt.de

Prof. Dr. Constanze Schulze-Stampa
1. Vorsitzende der WFKT
schulze-stampa@hfwu.de

An
Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte

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

06.07.2023

Stellungnahme der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien/ WFKT zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL

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 dem Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PP-RL) einreichen zu können. Damit verbunden planen wir gerne die Teilnahme an der mündlichen Stellungnahme (Anhörung) am 06. September 2023.

Die Künstlerischen Therapien, differenziert in Musik-, Kunst-, Tanz-, Theatertherapie u.a., sind Bestandteil in den klinischen Versorgungsbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie, der Psychosomatik sowie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Gemäß ihrer wissenschaftlichen Grundlegung sowie ihrer aktuellen Evidenzlage zielen die künstlerischen Therapieformen insbesondere auf die Ressourcenaktivierung, Kreativitätsförderung und damit auf die Verbesserung von Selbstwirksamkeits- und Gruppenerleben (Gruppenkohärenz). In der Grundversorgung ergänzen sie durch ihr breites Spektrum an künstlerisch-therapeutischen Interventionen die klinische Diagnostik und insbesondere multimodale Therapieprogramme um wichtige nonverbale, erfahrungs-, emotions- und kommunikations- und handlungsorientierte Zugangsmöglichkeiten zu Patientinnen und Patienten.

In unserer Stellungnahme zum vorliegenden Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL möchten wir erneut und vehement darauf verweisen, wie bereits in vorliegenden Positionierungen, dass eine klare und fachspezifische Beschreibung der Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) der Künstlerischen Therapien unersetzlich ist. Dazu gehört durchgehend klare Begrifflichkeiten und eine angemessene Differenzierung der Versorgungsleistungen der Künstlerischen Therapien innerhalb der Gruppierung der Spezialtherapien, da auch Ergotherapie dieser zugeordnet werden. Uns ist es ein großes Anliegen, dass die fachspezifischen Inhalte und Behandlungsangebote (im Einzel und in der Gruppe) der ausgewiesenen Spezialtherapien - orientiert an aktuell vorliegenden, wissenschaftlichen Studien - und gemäß ihrer Kompetenz klar und nachvollziehbar dargestellt werden.



Eine differenzierte Kompetenzbeschreibung der Künstlerischen Therapien für die klinische Versorgung dient darüber hinaus auch als Basisinstrument für die Qualitätssicherung und -prüfung. Dafür stehen wir als wissenschaftliche Fachgesellschaft.

Im Folgenden benennen wir konkrete Textstellen (Absätze) im Beschlussentwurf der PPP-RL und legen Änderungsvorschläge vor, auf die wir uns in unserer o.g. Stellungnahme beziehen (s. Anlage).

Mit herzlichen Grüßen

(Prof. Dr. Constanze Schulze-Stampa)



ANLAGE - Änderungsvorschläge &

3_PPP-RL_ab 2024_Entwurf_2023-06-07 PDF, S. 81-82 !

II Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Kinder- und Jugendpsychiatrie

4. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

4.1. Künstlerische Therapien *(hier differenzierte Beschreibung)*

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Beeinflussung emotionaler **und sozial interaktiver** Probleme mittels **künstlerisch-therapeutischer Interventionen** und **spezieller** kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich (u.a. Musiktherapie, **Kunsttherapie**) **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 (= Leistungen explizit, fachspezifisch der **Sprachtherapie**)

3. Gruppenbezogene Behandlung

- **Künstlerisch-therapeutische Behandlung** (u.a. Musiktherapie, **Kunsttherapie**), **spezielle** kreativitätsfördernde Therapieangebote einschließlich **Gestaltungstherapie**
- Lebenspraktisch orientierte Therapie **und Trainingsprogramme (Handlungs-, Fertigungs- und Belastungserprobung)**
Arbeitstherapie,
- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung **künstlerisch-therapeutischer Behandlung** #
- Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team #
- Teilnahme an Fort- **und Weiterbildungsveranstaltungen**, Supervision #
- **Materialpflege und** Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben #
- **Mitarbeit an** stationsübergreifender Konzeptentwicklung **und** #
- Koordination der jeweiligen Spezialtherapie



3_PPP-RL_ab 2024_Entwurf_2023-06-07 PDF, S. 89-90

5. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

5.1. Künstlerische Therapien *(hier differenzierte Beschreibung)*

1. Grundversorgung

- Mitwirkung bei Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich ~~sowie~~ #
- **Mitarbeit** bei der Therapieplanung #
- **Verlaufskontrolle** #
- Dokumentation #

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- **Künstlerisch-therapeutische**, spezifische kreativitätsfördernde Behandlung ~~einschließlich Gestaltungstherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie,~~ (u.a. Musiktherapie, **Kunsttherapie**)
- **Fachspezifische** funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
- Mitwirkung bei der berufs- **und lebenswelt**bezogenen Rehabilitationsplanung

3. Gruppenbezogene Behandlung

- **Künstlerisch-therapeutische, spezifische** kreativitätsfördernde **Behandlung** ~~Therapie einschließlich Gestaltungstherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie,~~ (u.a. Musiktherapie, **Kunsttherapie**)
- **Lebenspraktisch** orientierte ~~Therapie~~ Trainingsprogramme mit erfahrungs- und handlungsbezogener Ausrichtung #
- **Arbeitstherapie und Belastungserprobung** #
Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen #
- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung **künstlerisch-therapeutischer Behandlung**
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team #
- Teilnahme an Fort- **und Weiter**bildungsveranstaltungen, Supervision #
- Materialpflege und Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben
- **Mitarbeit an** stationsübergreifender Konzeptentwicklung ~~und~~ #
- Koordination der jeweiligen Spezialtherapie



DEUTSCHE
MUSIKTHERAPEUTISCHE
GESELLSCHAFT

Stellungnahme der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft (DMtG) zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie / Ihr Schreiben vom 8.06.2023

Die im aktuellen Entwurf (Stand 07.06.2023 nach Sitzung des UA QS) formulierten Änderungsvorschläge bzgl. Pflichtversorgung etc. und Krankenhausstandorten sowie der weiteren Verschiebung geplanter Termine betreffen die Berufsgruppe der Musiktherapeut*innen weniger als die weiter ausbleibende Bearbeitung der von uns in den vergangenen Jahren bereits in unseren Stellungnahmen vorgeschlagenen Themen für Änderungen wie an den Regelaufgaben für Künstlerische Therapien und die Überarbeitung der unsystematischen Zusammenfassung verschiedener Berufsgruppen unter dem damit verändert definierten Begriff „Spezialtherapien“, gegen den wir uns in dieser Definition ausgesprochen hatten.

Aufgrund dieser bisher nicht vorgenommenen Aktualisierung der Regelaufgaben und Prüfung der aus unserer Sicht ungeeigneten Struktur und Definition der „Spezialtherapien“ unter Einbeziehung der betroffenen Berufsgruppen halten wir die vorgeschlagene Verlängerung der Fristen für sinnvoll.

Unsere Position möchten wir Ihnen mit Bezug auf unsere vorangegangenen Stellungnahmen gerne detaillierter erläutern und einen Vorschlag zum weiteren Arbeitsablauf machen (die beigefügten Anhänge dienen der Konkretisierung):

Auf dem Hintergrund der oben beschriebenen nicht sachgerechten Erfassung der Musiktherapie bzw. der Künstlerischen Therapien insgesamt in der PPP RL kann das vorgesehene Vorhaben der Erfassung von Regelaufgaben nach dem OPS- Kodes, gegen deren Anwendung wir uns ausgesprochen hatten, („Ab dem Jahr 2024 erfolgt die Erfassung der Regelaufgaben durch die Übermittlung der OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98. Im Jahr 2024 und 2025 wird Anlage 3 Teil A9 oder Teil B3 ausschließlich an das IQTIG übersandt. Für die Erfassung der Regelaufgaben wird in den Jahren 2024 bis 2026 ein Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 nur bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten erhoben.“) so nicht sinnvoll durchgeführt werden. Aus unserer Sicht muss vorab unter Einbeziehung von Expert*innen unserer Berufsgruppe am Thema Regelaufgaben gearbeitet werden.

Um einem Fachkräftemangel entgegenzuwirken werden auch in unserer Berufsgruppe dringend Impulse gebraucht, die eine Arbeit in den von der PPP RL betroffenen Kliniken attraktiv erscheinen lässt. Dafür wäre aus unserer Sicht eine Verankerung mit ausreichenden Minutenwerten wichtig, aber auch die Beendigung der einseitigen Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe c, gegen die wir uns ausgesprochen haben ((§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen (3) „... Bis zum 31. Dezember 2024 ist eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e und f möglich. Der G-BA entscheidet bis zum 30. September 2024 über eine zukünftige Ausgestaltung der Anrechnungsregelung nach Satz 4.“).

Für die aus unserer Sicht dringend überarbeitungsbedürftige Struktur der Berufsgruppen d,e, und f möchten wir als konstruktiven Vorschlag einen Ausgangspunkt für die Überarbeitung der bisherigen, aus unserer Sicht in mehrfacher Hinsicht ungenügenden, Struktur formulieren. Mit aktualisierten Formulierungen kann die Vertretung unter den nicht- ärztlich/ psychotherapeutischen und nicht- pflegerischen Berufsgruppen auf der Grundlage gemeinsamer Regelaufgaben vereinfacht werden. Dazu müssten die völlig veralteten, aus der PsychPV übernommenen Regelaufgaben unter Beteiligung der betroffenen Berufsgruppen für alle Kliniken



DEUTSCHE
MUSIKTHERAPEUTISCHE
GESELLSCHAFT

(EP, KJP, PM) zeitgemäß formuliert und weiterentwickelt werden. Wir schlagen dafür eine durchgehende Anwendung der Berufsbezeichnungen (Bewegungstherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Künstlerische Therapeut*innen, Heilpädagoge*innen, Sozialarbeiter*innen, weitere Therapeut*innen) als Überschriften für alle diese Berufsgruppen vor und für alle gemeinsam (wie ursprünglich in der PPP RL formuliert) eine gemeinsame Überschrift, die evtl. als Alternative zum Begriff „Spezialtherapien“ erarbeitet werden muss (s. Anlage 1). In dieser Struktur können dann die bestehenden Regelaufgaben neu den jeweiligen Berufsgruppen zugeordnet und in aktuellen Formulierungen der Entwicklung der vergangenen ca. 40 Jahre Rechnung tragend die Tätigkeiten geprüft, überarbeitet und ergänzt werden, was wir mit kleinen Änderungen bei den Aufgaben der Künstlerischen Therapien beispielhaft begonnen haben (s. Anlage 2).

Unsere Formulierungen in dieser Anlage sollen nur verdeutlichen, dass schon mit relativ geringfügigen Änderungen die Aufgabenschwerpunkte und Gemeinsamkeiten der verschiedenen Berufsgruppen aktualisiert und präzisiert werden können. Auf dieser Basis sollten nicht nur Fragen der gegenseitigen Vertretung unter diesen Berufsgruppen leichter zu beantworten sein, sondern schließlich auch die Definition zeitgemäßer Minutenwerte möglich werden.

Zu diesen Arbeitsschritten würden wir sehr gern zusammen mit den anderen betroffenen Berufsgruppen beitragen, am liebsten in einem Arbeitstreffen, bei dem ein Austausch mit allen diesen Berufsgruppen und dem zuständigen Unterausschuss möglich ist. Damit könnte die Richtlinie im besten Fall zur guten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen beitragen, deren Behandlungen den Patientinnen und Patienten in abgestimmter Weise zur Verfügung stehen sollten.

Mit unseren Vorschlägen möchten wir keine wörtlichen oder strukturellen Änderungen der Richtlinie anregen, sondern einen Arbeitsprozess, in dem unter Beteiligung aller betroffenen Berufsgruppen Struktur und Regelaufgaben der nicht-ärztlich/ psychotherapeutischen und nicht- pflegerischen Berufsgruppen sinnvoll geordnet und zeitgemäß formuliert werden. Die konkrete Ausformulierung soll ausschließlich der Orientierung am konkreten Beispiel dienen.

Gerne beantworten wir Fragen und erläutern unsere Überlegungen auch telefonisch!



DEUTSCHE
MUSIKTHERAPEUTISCHE
GESELLSCHAFT

Anhang 1

**Entwurf einer neuen Struktur für alle nicht- ärztlichen/psychotherapeutischen
und nicht-pflegerischen Berufsgruppen**

EP

4. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (oder andere Bezeichnung als gemeinsame Überschrift für die darunter genannten Berufsgruppen)
- 4.1 Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- 4.2 Regelaufgaben der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
- 4.3 Regelaufgaben der Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten
- 4.4 Regelaufgaben der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
- 4.5 Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

KJP

4. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
- 4.1 Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- 4.2 Regelaufgaben der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
- 4.3 Regelaufgaben der Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten
- 4.4 Regelaufgaben der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
- 4.5 Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

Psychosomatik

4. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten
- 4.1 Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- 4.2 Regelaufgaben der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
- 4.3 Regelaufgaben der Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten
- 4.4 Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter



Anhang 2

Entwurf überarbeiteter Regelaufgaben für die Künstlerischen Therapien (erste Vorschläge für neue Formulierungen)

Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (oder alternativ zu erarbeitender Oberbegriff)

...

Künstlerische Therapien

1. Grundversorgung

- Mitwirkung bei der Anamnese und fachspezifische Diagnostik (im psycho-sozialen Bereich)
- Therapieplanung
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Künstlerisch-therapeutische Behandlung (u.a. Musiktherapie, Kunsttherapie) zur Förderung von nonverbalem Ausdruck und Kreativität
- fachspezifische funktionelle Übungsbehandlung
- Mitwirkung bei der lebensweltbezogenen Rehabilitations- und Nachsorgeplanung

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Künstlerisch-therapeutische Behandlung (u.a. Musiktherapie, Kunsttherapie) einschließlich spezieller Trainingsprogramme mit handlungs- und lebensweltbezogener Ausrichtung
- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen (u.a. auch mit Angehörigen)
- Freizeitprogramme, Mitwirkung an speziellen Aktivitätsgruppen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung künstlerisch-therapeutischer Behandlung
- Teilnahme an Konferenzen des therapeutischen Personals
- Teilnahme an Therapiekonferenzen
- Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen einschließlich Supervision
- Materialpflege und -beschaffung, Verwaltungsaufgaben
- stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Künstlerischen Therapien

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende
Versorgungskonzepte
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Per E-Mail: PPP-RL@g-ba.de

**Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5a, 136a Abs. 2 Satz 5
SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zur Richtlinie des Ge-
meinsamen Bundesausschusses durch die Deutsche Ge-
sellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psy-
chotherapie (DGPM)**

**Hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der Personal-
ausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Kon-
kretisierung und Überarbeitung der Regelungen (Stand:
15.09.22)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) dankt für die Gelegenheit, zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL, Stand 15.09.22) Stellung nehmen zu können. Die Stellungnahme wird in Abstimmung mit der Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) abgegeben.

Im Folgenden wird zuerst auf die spezifischen Themen des Fachgebietes der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (Psychosomatik) eingegangen und danach auf die abzustimmenden dissidenten Punkte des Änderungsentwurfs der PPP-RL.

Wir begrüßen den Konsens von DKG und GKV-SV, die Sanktionsmaßnahmen in der PPP-RL für die Psychosomatik für weitere 2 Jahre auszusetzen. Diese Zeit wird dringend benötigt, um die EPPIK-Studie abzuschließen und in einen sachorientierten Dialog zu treten, um sinnvolle Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben für die psychosomatische Versorgung bis Ende 2025 zu definieren.

Mit der EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) wird erstmalig eine ausreichend differenzierte Datenbasis zur Personalausstattung im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Verfügung stehen, auf deren Grundlage die Entwicklung von Mindestvorgaben vorgenommen werden soll. Ab 2026 sollte auch für die Psychosomatik eine gestufte Erfüllung der Mindestvorgaben in 5% Schritten, beginnend mit 85% im Rahmen einer Übergangsregelung erfolgen.

Nachdem bei der Einführung der PPP-RL für die Psychosomatik keine Datengrundlage zur Verfügung stand, wurde auf veraltete Expertenschätzungen ohne aktuelle Evidenz zurückgegriffen. Damit Einrichtungen nicht voreilig beginnen ihr Personal an die veralteten und nicht überprüften Mindestvorgaben anzupassen, sehen wir die dringende Notwendigkeit auch die Berechnung des Umsetzungsgrades der Mindestvorgaben in der Psychosomatik für weitere 2 Jahre auszusetzen.

Unabhängig von den nicht validierten Mindestvorgaben in der Psychosomatik sind die aktuellen Regelungen zu den Strafzahlungen in der PPP-RL nicht sachgerecht und unverhältnismäßig. Wir fordern daher mit Nachdruck eine Anpassung des Sanktionsmechanismus durch sachgerechte und angemessene Regelungen. Das Ausmaß der Strafzahlungen gefährdet die Existenz der Kliniken und bedroht im Weiteren dringend notwendige Versorgungsstrukturen für psychisch Erkrankte.

Im Einzelnen

§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

Zu Absatz 6

Wir schließen uns der DKG an und sehen ebenfalls zum jetzigen Zeitpunkt keinen weiteren Definitionsbedarf für die regionale Versorgungsverpflichtung. Die Festlegung, dass im Tagdienst die Minutenwerte um 10% zu verringern sind, wenn eine Einrichtung keine regionale Versorgungsverpflichtung aufweist, wird unterstützt. Die Definition der Pflichtversorgung durch lediglich zwei Merkmale, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, ist nicht eindeutig und wird den Hauptversorgern nicht gerecht. Ferner bildet eine bundeseinheitliche Festlegung die unterschiedlichen Strukturen in den Ländern nicht ab. Die hohe Bedeutung dieser Regelung in der PPP-RL für die Kliniken hat eine Diskussion ausgelöst, die eine genauere Definition der regionalen Versorgungsverpflichtung zum Ziel hat. Deren Ausgang sollte abgewartet werden. Wir empfehlen daher die bisherige Regelung in der Richtlinie beizubehalten, da sie der Versorgungsrealität am ehesten gerecht wird.

§11 Nachweisverfahren

Zu Absatz 14 (neu)

Die Ermittlung der Grundgesamtheit der Einrichtungen, die der PPP-RL unterliegen ist grundsätzlich zu unterstützen. Wir schließen uns der DKG dahingehend an, dass hierfür jedoch noch zahlreiche verfahrenstechnische und rechtliche Fragen zu klären sind (siehe Kommentar der DKG in den Tragenden Gründen).

§13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Zu Absatz 5 und 6

Die aktuellen Regelungen zu den Strafzahlungen in der PPP-RL sind nicht sachgerecht und unverhältnismäßig. Die nachfolgend vorgestellten Berechnungen (siehe Tabelle 1) zeigen am Beispiel einer Psychosomatischen Fachklinik ein realistisches Bild der überzogenen Wirkung der geplanten Sanktionen. Sie müssen daher durch eine sinnvolle und verhältnismäßige Regelung mit förderlichen Anreizstrukturen ersetzt werden.

Ferner ist nicht nachvollziehbar, warum das Ausmaß der Sanktionierung durch die PPP-RL sehr viel höher ist im Vergleich zur Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in den somatischen Fächern. Die aktuellen Sanktionsmaßnahmen stellen eine existentielle Bedrohung für Kliniken dar, weil Sie bei den betroffenen Kliniken einen Substanzverlust zur Folge haben. Sie bedrohen damit dringend notwendige Strukturen zur Versorgung von psychisch Erkrankten. Die Sanktionszahlungen gehen weit über die durch Personalunterbesetzungen eingesparten Mittel der Krankenhäuser hinaus und zwingen die Krankenhäuser damit, die Sanktionszahlungen aus ihrer Substanz bzw. ihrem Vermögen (Rücklagen) zu bestreiten. Dies führt konsequenterweise zu externem Unterstützungsbedarf, bzw. zur Insolvenz der betroffenen Klinik.

In der PpUGV und ähnlichen Sanktionsregelungen kommt es aus nachvollziehbaren Gründen nicht zum Substanzabzug. Zudem wird in der PpUGV nur die Nichteinhaltung für die Berufsgruppe der Pflege sanktioniert und nicht alle medizinischen Berufsgruppen, wie nun in der PPP-RL vorgesehen. Es ist nicht nachzuvollziehen, wieso im Psych-Bereich zum Beginn der Einführung eines neuen Qualitätssicherungsinstruments mit einer solch ungleich härteren Sanktionssystematik als im somatischen Bereich vorgegangen werden soll.

Zudem müssen Psych-Krankenhäuser künftig bei entsprechender Konstellation einer – in aller Regel ungewollten und unfreiwilligen - Unterbesetzung bei den medizinischen Personalgruppen künftig die nicht verauslagten Mittel bereits gemäß der Psych-Personalnachweis-Verordnung (PsychPNV) i.V.m. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) über Abschläge im nächstjährigen Klinikbudget zurückzahlen. Darüber hinaus droht dann noch die eben beschriebene Strafzahlung der PPP-RL mit Substanzabzug.

Eine Überarbeitung der Sanktionssystematik vor deren Inkraftsetzung wäre aus all diesen Gründen dringend erforderlich. Deshalb wird dem Vorschlag der DKG einer Aussetzung der Sanktionen bis zu ihrer Überarbeitung in 2026 zugestimmt.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch, wie bereits in früheren Stellungnahmen zur PPP-RL ausführlich dargestellt, eine Zusammenlegung der Berufsgruppen der SpezialtherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen und SozialarbeiterInnen in eine Berufsgruppe SpezialtherapeutInnen. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psycho-sozialem Behandlungsbedarf unterschiedliche spezialtherapeutische Behandlungsbedarfe auslösen, ist eine Zusammenlegung der Berufsgruppen sinnvoll und medizinisch begründet. 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 jedenfalls eine vereinfachte gegenseitige Anrechenbarkeit von berufsgruppenübergreifenden therapeutischen Leistungen sicherzustellen. Ein entsprechender Vorschlag für die Psychosomatik wurde mit der Stellungnahme im letzten Jahr eingereicht.

Insbesondere kleine Einrichtungen mit wenig Behandlungsplätzen haben keine Möglichkeit eine Vertretungsregelung bei Krankheit und Urlaub für Berufsgruppen mit geringem VK-Anteil zu gewährleisten.

§16 Übergangsregelung

Zu Absatz 4

Wir begrüßen den Konsens von GKV-SV und DKG, die Sanktionsmaßnahmen in der Psychosomatik bis zum 01.01.2026 auszusetzen sehr. In dieser Zeit soll eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und eine Festlegung der Personalmindestvorgaben für die Behandlungsbereiche erfolgen.

Damit Kliniken nicht voreilig bereits jetzt ihr Personal unnötig an die Mindestvorgaben anpassen, ist zusätzlich eine weitere Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben nach § 6, die Ermittlung des Umsetzungsgrades nach § 7 sowie die Meldung bei Nichteinhaltung gemäß § 11 Absatz 3 Satz 1 erforderlich. Die Aufforderung zur Berechnung des Umsetzungsgrades vermittelt das Signal, dass die Erfüllung der Mindestvorgaben noch vor Anpassung der Mindestvorgaben erfolgen sollte.

Vor allem seit Anfang des Jahres 2023 registrieren die psychosomatischen Fach- und Trägerverbände zunehmend Konflikte in psychosomatischen Krankenhäusern und -abteilungen, in denen im vorauseilenden Gehorsam die Behandlungskonzepte an die Mindestvorgaben der Behandlungsbereiche P1 bis P4 angepasst werden. Die Einrichtungen der Psychosomatik befürchten Sanktionen und sehen sich gezwungen, ihre differenzierten und zielgenauen Behandlungsangebote an die falschen Mindestvorgaben anzupassen. Für diese Steuerungswirkungen gibt es aus Sicht der Fach- und Trägerverbände der Psychosomatik keine Rechtfertigung. Etablierte Versorgungskonzepte werden dadurch ohne evidenzbasierte Grundlage in Frage gestellt und gefährdet. Diese Signalwirkung ist in jedem Fall zu vermeiden, um unerwünschte weitere Verwerfungen in der psychosomatischen Versorgung zu verhindern. Den Vorschlag von BÄK und der DKG, die Aussetzung der Ermittlung und der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades ebenfalls bis zum 31. Dezember 2025 zu beschließen, wird deshalb dringend empfohlen.

Zusammenfassend weist der Entwurf, Stand 07.06.2023, 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) wichtige Änderungen und Präzisierung auf. Dennoch besteht, insbesondere im Hinblick auf die unverhältnismäßigen Sanktionsmaßnahmen, weiterhin dringender Handlungsbedarf, um die Versorgung für psychisch Erkrankte krisensicher aufzustellen.

Die DGPM steht für einen konstruktiven Dialog und eine sachgerechte Weiterentwicklung der PPP-RL sehr gerne weiter zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Univ.-Prof. Dr. Hans-Christoph Friederich
Vorsitzender

Dr. Gerhard Hildenbrand
Stellvertretender Vorsitzender

Anlage**Beispielrechnung der Sanktionen für ein Jahr**

Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Psychosomatische Fachklinik mit 60 vollstationären Betten, Jahresauswertung					
Rechenbeispiel Tabelle 1					
Berufsgruppen	Vollkraft- stunden Un- tergrenze bei 100%- Einhaltung PPP-RL ¹⁾	Vollkraft- stunden Un- tergrenze bei 95%-Einhal- tung PPP-RL ¹⁾	Vollkraft- stunden IST	Differenz (IST vs. 95%-Einhal- tung)	Erfüllung (ggü. 100 %)
Ärzte	9.609	9.128	8.639	-489	90%
Pflege ²⁾	22.588	21.459	11.319	-10.140	50%
Psychologen	5.481	5.207	12.817	7.610	234%
Spezialtherapeuten	4.701	4.466	3.796	-670	81%
Bewegungstherapeuten	1.857	1.765	1.844	80	99%
Sozialdienst	1.445	1.372	679	-694	47%
Summe	45.681	43.397	39.094	-4.303	86%
Unterschreitung nach PPP-RL			-9,9%		
Sanktionsfaktor (x 1,7)			-16,9%		
Jahresbudget (EUR)			5.600.000		
Sanktionshöhe p.a. (EUR)			-943.874		
Theoretische Einsparung p.a. (EUR)			-150.591		
Faktor der Sanktionshöhe in Vgl. zur Einsparung			6,3		
Behandelte Fälle im Jahr			480		
1) Anrechnungen gemäß %-Werte aus § 8, Absatz 5 PPP-RL					
2) Keine Verrechnung zwischen Pflege und Psychologen. Aktuell möglich, aber begrenzt bis Ende 2024					

DKPM Geschäftsstelle, Jägerstr. 51, 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende
Versorgungskonzepte
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Per E-Mail: PPP-RL@g-ba.de

**Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5a, 136a Abs. 2 Satz 5
SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zur Richtlinie des
Gemeinsamen Bundesausschusses durch das Deutsche
Kollegium für Psychosomatische (DKPM)**

**Hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der
Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-
Richtlinie: Konkretisierung und Überarbeitung der
Regelungen (Stand: 15.09.22)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin dankt für die Gelegenheit, zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL, Stand 15.09.22) Stellung nehmen zu können. Die Stellungnahme erfolgt in enger Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie.

Außerdem wird die Stellungnahme in Abstimmung mit der Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) abgegeben.

Im Folgenden wird zuerst auf die spezifischen Themen des Fachgebietes der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (Psychosomatik) eingegangen und danach auf die abzustimmenden dissidenten Punkte des Änderungsentwurfs der PPP-RL.

Präsident

Univ. Prof. Dr. Stephan Herpertz
LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-
Universität Bochum für
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Alexandrinenstr. 1-3, 44791 Bochum
T: 0234/5077-3110
stephan.herpertz@rub.de

Vizepräsidentin

Univ. Prof. Dr. Ulrike Dinger-Ehrenthal
Klinisches Institut für psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Düsseldorf
und
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie, LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstraße 2
40629 Düsseldorf
T: 0211/922-4700
ulrike.dinger-ehrenthal@lvr.de

Vizepräsident

Univ. Prof. Dr. Imad Maatouk
Universitätsklinikum Würzburg
Medizinische Klinik II
Oberdürrbacher Straße 6
97080 Würzburg
T: 0931/201 40060
maatouk_i@ukw.de

Generalsekretärin

Univ. Prof. Dr. rer. nat. Katrin Giel
Medizinische Universitätsklinik Tübingen
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Osianderstr. 5, 72076 Tübingen
T: 07071/29-86719
katrin.giel@med.uni-tuebingen.de

Schatzmeister

Univ. Prof. Dr. med. Carsten Spitzer
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Universitätsmedizin Rostock
Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock
T: 0381/4949670
carsten.spitzer@med.uni-rostock.de

DKPM Geschäftsstelle

Sascha Hellendahl
Jägerstr. 51
10117 Berlin
T: 030/20648243
info@dkpm.de

Website: www.dkpm.de

E-Mail: info@dkpm.de

Steuernummer: 27/640/61321

Wir begrüßen den Konsens von DKG und GKV-SV, die Sanktionsmaßnahmen in der PPP-RL für die Psychosomatik für weitere 2 Jahre auszusetzen. Diese Zeit wird dringend benötigt, um die EPPIK-Studie abzuschließen und in einen sachorientierten Dialog zu treten, um sinnvolle Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben für die psychosomatische Versorgung bis Ende 2025 zu definieren. Mit der EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) wird erstmalig eine ausreichend differenzierte Datenbasis zur Personalausstattung im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Verfügung stehen, auf deren Grundlage die Entwicklung von Mindestvorgaben vorgenommen werden soll. Ab 2026 sollte auch für die Psychosomatik eine gestufte Erfüllung der Mindestvorgaben in 5% Schritten, beginnend mit 85% im Rahmen einer Übergangsregelung erfolgen.

Nachdem bei der Einführung der PPP-RL für die Psychosomatik keine Datengrundlage zur Verfügung stand, wurde auf veraltete Expertenschätzungen ohne aktuelle Evidenz zurückgegriffen. Damit Einrichtungen nicht voreilig beginnen, ihr Personal an die veralteten und nicht überprüften Mindestvorgaben anzupassen, sehen wir die dringende Notwendigkeit auch die Berechnung des Umsetzungsgrades der Mindestvorgaben in der Psychosomatik für weitere 2 Jahre auszusetzen. Unabhängig von den nicht validierten Mindestvorgaben in der Psychosomatik sind die aktuellen Regelungen zu den Strafzahlungen in der PPP-RL nicht sachgerecht und unverhältnismäßig. Wir fordern daher mit Nachdruck eine Anpassung des Sanktionsmechanismus durch sachgerechte und angemessene Regelungen. Das Ausmaß der Strafzahlungen gefährdet die Existenz der Kliniken und bedroht im Weiteren dringend notwendige Versorgungsstrukturen für psychisch Erkrankte.

Im Einzelnen

§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

Zu Absatz 6

Wir schließen uns der DKG an und sehen ebenfalls zum jetzigen Zeitpunkt keinen weiteren Definitionsbedarf für die regionale Versorgungsverpflichtung. Die Festlegung, dass im Tagdienst die Minutenwerte um 10% zu verringern sind, wenn eine Einrichtung keine regionale Versorgungsverpflichtung aufweist, wird unterstützt. Die Definition der Pflichtversorgung durch lediglich zwei Merkmale, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, ist nicht eindeutig und wird den Hauptversorgern nicht gerecht. Ferner bildet eine bundeseinheitliche Festlegung die unterschiedlichen Strukturen in den Ländern nicht ab. Die hohe Bedeutung dieser Regelung in der PPP-RL für die Kliniken hat eine Diskussion ausgelöst, die eine genauere Definition der regionalen Versorgungsverpflichtung zum Ziel hat. Deren Ausgang sollte abgewartet werden. Wir empfehlen daher die bisherige Regelung in der Richtlinie beizubehalten, da sie der Versorgungsrealität am ehesten gerecht wird.

§11 Nachweisverfahren

Zu Absatz 14 (neu)

Die Ermittlung der Grundgesamtheit der Einrichtungen, die der PPP-RL unterliegen ist grundsätzlich zu unterstützen. Wir schließen uns der DKG dahingehend an, dass hierfür jedoch noch zahlreiche verfahrenstechnische und rechtliche Fragen zu klären sind (siehe Kommentar der DKG in den Tragenden Gründen).

§13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Zu Absatz 5 und 6

Die aktuellen Regelungen zu den Strafzahlungen in der PPP-RL sind nicht sachgerecht und unverhältnismäßig.

Die nachfolgend vorgestellten Berechnungen (siehe Tabelle 1) zeigen am Beispiel einer Psychosomatischen Fachklinik ein realistisches Bild der überzogenen Wirkung der geplanten Sanktionen. Sie müssen daher durch eine sinnvolle und verhältnismäßige Regelung mit förderlichen Anreizstrukturen ersetzt werden.

Ferner ist nicht nachvollziehbar, warum das Ausmaß der Sanktionierung durch die PPP-RL sehr viel höher ist im Vergleich zur Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in den somatischen Fächern. Die aktuellen Sanktionsmaßnahmen stellen eine existentielle Bedrohung für Kliniken dar, weil Sie bei den betroffenen Kliniken einen Substanzverlust zur Folge haben. Sie bedrohen damit dringend notwendige Strukturen zur Versorgung von psychisch Erkrankten. Die Sanktionszahlungen gehen weit über die durch Personalunterbesetzungen eingesparten Mittel der Krankenhäuser hinaus und zwingen die Krankenhäuser damit, die Sanktionszahlungen aus ihrer Substanz bzw. ihrem Vermögen (Rücklagen) zu bestreiten. Dies führt konsequenterweise zu externem Unterstützungsbedarf, bzw. zur Insolvenz der betroffenen Klinik.

In der PpUGV und ähnlichen Sanktionsregelungen kommt es aus nachvollziehbaren Gründen nicht zum Substanzabzug. Zudem wird in der PpUGV nur die Nichteinhaltung für die Berufsgruppe der Pflege sanktioniert und nicht alle medizinischen Berufsgruppen, wie nun in der PPP-RL vorgesehen. Es ist nicht nachzuvollziehen, wieso im Psych-Bereich zum Beginn der Einführung eines neuen Qualitätssicherungsinstruments mit einer solch ungleich härteren Sanktionssystematik als im somatischen Bereich vorgegangen werden soll.

Zudem müssen Psych-Krankenhäuser künftig bei entsprechender Konstellation einer – in aller Regel ungewollten und unfreiwilligen - Unterbesetzung bei den medizinischen Personalgruppen künftig die nicht verauslagten Mittel bereits gemäß der Psych-Personalnachweis-Verordnung (PsychPNV) i.V.m. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) über Abschläge im nächstjährigen Klinikbudget zurückzahlen. Darüber hinaus droht dann noch die eben beschriebene Strafzahlung der PPP-RL mit Substanzabzug.

Eine Überarbeitung der Sanktionssystematik vor deren Inkraftsetzung wäre aus all diesen Gründen dringend erforderlich. Deshalb wird dem Vorschlag der DKG einer Aussetzung der Sanktionen bis zu ihrer Überarbeitung in 2026 zugestimmt.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch, wie bereits in früheren Stellungnahmen zur PPP-RL ausführlich dargestellt, eine Zusammenlegung der Berufsgruppen der SpezialtherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen und SozialarbeiterInnen in eine Berufsgruppe SpezialtherapeutInnen. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psycho-sozialem Behandlungsbedarf unterschiedliche spezialtherapeutische Behandlungsbedarfe auslösen, ist eine Zusammenlegung der Berufsgruppen sinnvoll und medizinisch begründet. 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 jedenfalls eine vereinfachte gegenseitige Anrechenbarkeit von berufsgruppenübergreifenden therapeutischen Leistungen sicherzustellen. Ein entsprechender Vorschlag für die Psychosomatik wurde mit der Stellungnahme im letzten Jahr eingereicht.

Insbesondere kleine Einrichtungen mit wenig Behandlungsplätzen haben keine Möglichkeit, eine Vertretungsregelung bei Krankheit und Urlaub für Berufsgruppen mit geringem VK-Anteil zu gewährleisten.

§16 Übergangsregelung

Zu Absatz 4

Wir begrüßen den Konsens von GKV-SV und DKG, die Sanktionsmaßnahmen in der Psychosomatik bis zum 01.01.2026 auszusetzen sehr. In dieser Zeit soll eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und eine Festlegung der Personalmindestvorgaben für die Behandlungsbereiche erfolgen.

Damit Kliniken nicht voreilig bereits jetzt ihr Personal unnötig an die Mindestvorgaben anpassen, ist zusätzlich eine weitere Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben nach § 6, die Ermittlung des Umsetzungsgrades nach § 7 sowie die Meldung bei Nichteinhaltung gemäß § 11 Absatz 3 Satz 1 erforderlich. Die Aufforderung zur Berechnung des Umsetzungsgrades vermittelt das Signal, dass die Erfüllung der Mindestvorgaben noch vor Anpassung der Mindestvorgaben erfolgen sollte.

Vor allem seit Anfang des Jahres 2023 registrieren die psychosomatischen Fach- und Trägerverbände zunehmend Konflikte in psychosomatischen Krankenhäusern und -abteilungen, in denen im voreilenden Gehorsam die Behandlungskonzepte an die Mindestvorgaben der Behandlungsbereiche P1 bis P4 angepasst werden. Die Einrichtungen der Psychosomatik befürchten Sanktionen und sehen sich gezwungen, ihre differenzierten und zielgenauen Behandlungsangebote an die falschen Mindestvorgaben anzupassen. Für diese Steuerungswirkungen gibt es aus Sicht der Fach- und Trägerverbände der Psychosomatik keine Rechtfertigung. Etablierte Versorgungskonzepte werden dadurch ohne evidenzbasierte Grundlage in Frage gestellt und gefährdet. Diese Signalwirkung ist in jedem Fall zu vermeiden, um unerwünschte weitere Verwerfungen in der psychosomatischen Versorgung zu verhindern. Den Vorschlag von BÄK und der DKG, die Aussetzung der Ermittlung und der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades ebenfalls bis zum 31. Dezember 2025 zu beschließen, wird deshalb dringend empfohlen.

Zusammenfassend weist der Entwurf, Stand 07.06.2023, 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) wichtige Änderungen und Präzisierung auf. Dennoch besteht, insbesondere im Hinblick auf die unverhältnismäßigen Sanktionsmaßnahmen, weiterhin dringender Handlungsbedarf, um die Versorgung für psychisch Erkrankte krisensicher aufzustellen.

Das DKPM steht für einen konstruktiven Dialog und eine sachgerechte Weiterentwicklung der PPP-RL sehr gerne weiter zur Verfügung.

Für das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)



Univ-Prof. Stephan Herpertz
Präsident

Anlage**Beispielrechnung der Sanktionen für ein Jahr**

Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Psychosomatische Fachklinik mit 60 vollstationären Betten, Jahresauswertung					
Rechenbeispiel Tabelle 1					
Berufsgruppen	Vollkraft- stunden Untergrenze bei 100%- Einhaltung PPP-RL¹⁾	Vollkraft- stunden Untergrenze bei 95%- Einhaltung PPP-RL¹⁾	Vollkraft- stunden IST	Differenz (IST vs. 95%- Einhaltung)	Erfüllung (ggü. 100 %)
Ärzte	9.609	9.128	8.639	-489	90%
Pflege ²⁾	22.588	21.459	11.319	-10.140	50%
Psychologen	5.481	5.207	12.817	7.610	234%
Spezialtherapeuten	4.701	4.466	3.796	-670	81%
Bewegungstherapeuten	1.857	1.765	1.844	80	99%
Sozialdienst	1.445	1.372	679	-694	47%
Summe	45.681	43.397	39.094	-4.303	86%
Unterschreitung nach PPP-RL			-9,9%		
Sanktionsfaktor (x 1,7)			-16,9%		
Jahresbudget (EUR)			5.600.000		
Sanktionshöhe p.a. (EUR)			-943.874		
Theoretische Einsparung p.a. (EUR)			-150.591		
Faktor der Sanktionshöhe in Vgl. zur Einsparung			6,3		
Behandelte Fälle im Jahr			480		
<small>1) Anrechnungen gemäß %-Werte aus § 8, Absatz 5 PPP-RL</small>					
<small>2) Keine Verrechnung zwischen Pflege und Psychologen. Aktuell möglich, aber begrenzt bis Ende 2024</small>					



05.07.2023

Sehr geehrte Damen und Herren,

gerne nehmen wir, stellvertretend für die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) zum Beschlusssentwurf über eine „Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ wie folgt Stellung.

1. Zu § 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung: Aus suchtmmedizinischer Sicht ist der Vorschlag der GKV-SV/ BÄK abzulehnen, da eine Ausdehnung der 10%-Reduktion keine Verbesserung der Patientenversorgung darstellt und eine einheitliche, bundesweite Regelung der Versorgungsverpflichtung dem Regionalitätsprinzip widerspricht. Wie von der DKG in den „Tragenden Gründen“ dargestellt, sollte die Interpretation der Versorgungsverpflichtung unter Einbezug regionaler Besonderheiten den örtlichen Verhandlungspartnern überlassen bleiben (z.B. im Rahmen der Budgetverhandlungen).
2. Zu § 11 Nachweisverfahren: Die Sinnhaftigkeit der vom GKV-SV/ BÄK vorgeschlagenen Änderung ist zweifelhaft, wie von der DKG in den tragenden Gründen ausgeführt. Insbesondere aber sollte in Anbetracht des enorm hohen bürokratischen Aufwandes für die Leistungserbringer im Rahmen der Nachweispflicht prinzipiell auf weitere Vorgaben und Fristen verzichtet werden.
3. Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben: Der Vorschlag der DKG zur Flexibilisierung der Anrechenbarkeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ist unbedingt zu unterstützen. Ein flexibler Umgang ist hier insb. für Leistungserbringer im ländlichen Raum mit besonderen Herausforderungen im Bereich der Fachkräfte-Rekrutierung wichtig, um einem Abbau von Leistungsangeboten entgegenzuwirken.
4. Zu § 16 Übergangsregelungen: Aufgrund der mit der Umsetzung der PPP-RL verbundenen Probleme, insb. im Bereich der Dokumentation, wäre eine Verschiebung wie von der DKG vorgeschlagen unbedingt zu begrüßen. Eine zu rasche Umsetzung birgt das Risiko, dass insb. im suchtmmedizinischen Bereich aufgrund des in vielen Bereichen bestehenden Personal mangels die Vorgaben von zahlreichen Einrichtungen / Kliniken nicht eingehalten werden können und es zum Abbau von wichtigen Angeboten für suchtkranke Betroffene kommt.

Für Rückfragen stehen wir, auch stellvertretend für den gesamten Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, jederzeit sehr gerne zur Verfügung. Eine Teilnahme an der Anhörung am 6. September 2023 ist aus organisatorischen und zeitlichen Gründen leider nicht möglich.



Prof. Dr. Thomas Hillemacher
Vorstandsmitglied der DG-Sucht



Prof. Dr. Falk Kiefer
Präsident der DG-Sucht

Stellungnahme der DFPP e.V. zu den Änderungsvorschlägen der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), Stand 06.07.2023

Die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege (DFPP e.V.) dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme. Unsere Rückmeldung zu den §§ siehe S. 2 ff.

Die DFPP bedankt sich für die Weiterentwicklung der Richtlinie. Allerdings bleibt die Anpassung hinter den Erwartungen der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege zurück. Gerade im Kontext der Minutenwerte sowie der Tätigkeiten, die weitgehend aus den achtziger Jahren stammen und auf Grundlage der Psych-PV innerhalb der Richtlinie Wirkung entfalten, sind weitere Anpassungen für eine moderne psychiatrische Versorgung unbedingt von Nöten. Auch das keine Anrechnung von anderen Berufsgruppen für Ärzt:innen möglich sind, entspricht einerseits nicht der Realität, und andererseits birgt es die Gefahr der Aushöhlung der Richtlinie bei anderen Berufsgruppen. Auch hier empfiehlt die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege eine, den Realitäten und der Versorgungslandschaft angepasste Richtlinie.

Die DFPP wird vertreten durch Prof. Michael Löhr und Präsidentin Dorothea Sauter; wir werden am Anhörungstermin (06.09.2023) zugegen sein.

Ulm, den 06.07.2023



Dorothea Sauter
Präsidentin



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 07.06.2023

Bitte um redaktionelle Änderung:

In der PPP-RL wird noch auf „externen Krankenpflegeschülerinnen oder externen Krankenpflegeschülern“, sowie [...] „Zivildienstleistende“ Bezug genommen (auf Anlage 4 Regelaufgaben des Pflegepersonals/3.2 – 4. Spiegelstrich).

Eine zeitgemäße Richtlinie sollte von „Auszubildenden und Studierenden in Pflegeberufen“ sowie von „Freiwilligendiensten“ sprechen.

§ 6, Absatz (6)

Pflichtversorgung

Die DFPP plädiert für die Beibehaltung der Verringerung der Minutenwerte um 10 Prozent bei Nichtvorhandensein einer Versorgungsverpflichtung. Die DFPP unterstützt den Vorschlag des GKV SV /BÄK da die Reduktion für den Tagdienst eine entsprechende Bedeutung hat und der Nachtdienst explizit in § 7 geregelt ist.

Begründung:

Die DFPP plädiert für eine Reduktion, da gerade im Hinblick auf die Versorgungsverpflichtung Patient:innen mit hohem Versorgungsbedarfen aufgenommen werden. Mit dieser Aufnahmeverpflichtung geht eine Unplanbarkeit von Aufwänden einher. Diese sind vielfach nur über Vorhalteleistungen abdeckbar.

§ 13, Absatz (5+6)

Folgen Nichteinhaltung

Die DFPP unterstützt keine weitere Verschiebung der Sanktionen. Allerdings hält die DFPP die Höhe der Sanktionen für unverhältnismäßig.

Begründung):

Eine Richtlinie, die Personalmindestanforderungen definiert, braucht Sanktionen, damit Wirkung entfaltet wird. Die Sanktionen sollten allerdings in einer Höhe sein, dass sie einerseits mit entsprechendem Nachdruck und Ernsthaftigkeit in die Praxis transferiert wird, andererseits dürfen sie nicht so empfindlich sein, dass sie über zu starke finanzielle Einbußen für Kliniken zu einer Gefährdung der Versorgung durch diese Einschnitte führt. Daher plädiert die DFPP um ein deutliches Absenken des Sanktionsfaktors von 1,7 auf 1,0. Die Absenkung des Sanktionsfaktors würde dazu führen, dass bei Nichteinhaltung der PPP-RL Sanktionen auf ein Maß reduziert werden, die einerseits die Wirkung der PPP-RL unterstützt, andererseits Kliniken nicht in finanzielle Schieflage bringt.

§ 16, Absatz (2, 4, 5, 6)

Übergangsregelungen

Die DFPP unterstützt den Vorschlag des GKV-SV /PatV.

Begründung):

Die DFPP plädiert für die Beibehaltung der Sanktionen ab dem Jahr 2024. Daher braucht es aus Sicht der DFPP keine weitere Anpassung des § 16.

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.



Dr. med. Sylvia Claus • Pfalzkrankenhaus AdöR • Weinstraße 100 • 76889 Klingenmünster

06.07.2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

PPP-RL@g-ba.de

Vorsitzende

Dr. med. Sylvia Claus
Ärztliche Direktorin und Chefarztin
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz
Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie AdöR
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
Tel.: 06349 900 2000
Fax: 06349 900 2099
E-Mail: sylvia.claus@pfaelzkrankenhaus.de

Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

Ärztliche Direktorin und Chefarztin
Abt. Allgemeine Psychiatrie II
LVR-Klinik Köln
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Köln
Wilhelm-Griesinger-Str. 23
51109 Köln
Tel.: 0221-8993629
Fax: 0221-8993593
E-Mail: euphrosyne.gouzoulis-mayfrank@lvr.de

Dr. med. Felix Hohl-Radke

Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Asklepios Fachklinikum Brandenburg
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Anton-Saefkow-Allee 2
14772 Brandenburg
Tel.: 03381-78-2156
Fax: 03381-78-2366
E-Mail: f.hohl@asklepios.com

Prof. Dr. med. Wolfgang Jordan, MBA, MIM

Chefarzt
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützige GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Magdeburg
Birkenallee 34
39130 Magdeburg
Tel.: 0391-791-3400
Fax: 0391-791-3403
E-Mail: wolfgang.jordan@klinikum-magdeburg.de

Prof. Dr. med. Jens M. Langosch

Ärztlicher Direktor
Evangelisches Krankenhaus Bethanien gGmbH
Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Gützkower Landstraße 69
17489 Greifswald
Tel.: 03834-543-411
Fax: 03834-543-400
E-Mail: langosch@odebrecht-stiftung.de

Dr. med. Stephan Schieting

Medizinischer Direktor Krankenhaus und Chefarzt
Klinik für Allgemeine und Gemeindefreie Psychiatrie
Zentrum für Psychiatrie Emmendingen
Neubronnstraße 25
79312 Emmendingen
Tel.: 07641-461-1020
Fax: 07641-461-3215
E-Mail: s.schieting@zfp-emmendingen.de

Schatzmeister

Prof. Dr. med. Thomas Kraus
Chefarzt Frankenalb-Klinik Engelthal
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Reschenbergstraße 20
91238 Engelthal
Tel.: 09158-926-2201
Fax: 09158-926-3201
E-Mail: thomas.kraus@bezirkskliniken-mfr.de

Bankverbindung:
Bundesdirektorenkonferenz (BDK) e.V.
HypoVereinsbank
IBAN: DE29 1002 0890 0355 3709 68
BIC: HYVEDEMM488
Steuer-Nr. 208107/30588

www.bdk-deutschland.de

Stellungnahme

**zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und
Psychosomatik (RL-PPP): Änderung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Bundesdirektorenkonferenz (Verband der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V.) bedankt sich für die Möglichkeit, Stellung zum aktuell vorliegenden Beschlusssentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie beziehen zu dürfen. Die Personalausstattung psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken ist das wesentliche Element der Strukturqualität für eine leitliniengerechte und patientenorientierte Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die vorliegende Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses legt verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136 a Abs. 2 Satz 1 SGB 5 fest. Sie soll einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten

In einem umfassenden Positionspapier der Plattform Entgelt haben sich über 20 Verbände aus dem Bereich Psychiatrie und Psychotherapie zu den Auswirkungen von Sanktionen und der daraus resultierenden Bedrohung der psychiatrische Versorgungslandschaft in Deutschland geäußert. (*sh. Anlage 1*)

Die dort dargestellten Aspekte werden von der Bundesdirektorenkonferenz uneingeschränkt vertreten.

Darüber hinaus nehmen wir als Bundesdirektorenkonferenz von unserem Stellungnahmerecht Gebrauch und positionieren uns zu folgenden strittigen Punkten des vorgelegten Beschlusssentwurfes.

Zu § 6 Absatz 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung Anlage III der Tragenden Gründe

GKV-SV und BÄK legen einen Antrag zur Spezifizierung der "Versorgungsverpflichtung" vor im Zusammenhang mit der Absenkung der Minutenwerte um 10 % bei fehlender Versorgungsverpflichtung:

Im Tagdienst sind die Minutenwerte um 10% zu verringern, wenn eine Einrichtung der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychosomatik weder zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung verpflichtet ist noch eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten besteht.

Grundsätzlich liegt eine bundesweit einheitliche Definition des Begriffes *Regionale Pflichtversorgung* nicht vor. Vielmehr ist die regionale Versorgungspflicht in den Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet. In einer Pilotstudie der Uni Regensburg konnten erste Parameter einer mehrdimensionalen Darstellung der *Regionalen Pflichtversorgung* identifiziert werden (*sh. Anlage 2*) Dabei zeigt sich die Notwendigkeit zur weiteren Differenzierung und Operationalisierung des Begriffes *Regionale Pflichtversorgung*. Aus unserer Sicht bildet der Formulierungsvorschlag der GKV/BÄK diese Mehrdimensionalität nicht ab. Als Mindestparameter für eine regionale Versorgungsverpflichtung sehen wir, dass *sowohl* eine Verpflichtung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung *als auch* eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten besteht.

Aus diesem Grund schließen wir uns dem Vorschlag der GKV/BÄK nur unter der Voraussetzung an, dass der Satz dahingehend modifiziert wird, dass die Spezifizierung beide Aspekte der Pflichtversorgung enthält. Darüberhinaus empfehlen wir, den Tatbestand der *Regionalen Pflichtversorgung* im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL wissenschaftlich zu evaluieren (§14 Absatz 2).

Zu § 13: Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer stellen hier den Antrag zur Verschiebung der Sanktionen um 2 Jahre.

Das im Juni 2023 vorgelegte Positionspapier zum Thema Kliniksanktionen (*Anlage 1*) beschreibt ausführlich die bedrohlichen Folgen für die psychiatrische Versorgung, falls die derzeit bestehenden Sanktionen nicht ausgesetzt werden.

Unumstritten ist dabei, dass nicht für Personal verwendete Budgetmittel an die Kostenträger zurückzuzahlen sind. Aus Sicht der BDK werden hierdurch die richtigen Anreize zur personellen Ausstattung der psychiatrischen Kliniken gesetzt.

Die aktuell vorliegenden Sanktionen hingegen sind unverhältnismäßig und führen zu einer erheblichen Verschlechterung der Versorgung:

- Starre Mindestvorgaben verhindern einen patientenorientierten bedarfsgerechten Einsatz der Mitarbeitenden in den Kliniken.
- Ambulantisierte und sektorenübergreifende Versorgungsmodelle werden behindert, wenn Personal zur Erfüllung der Mindestvorgaben in (teil-)stationären Bereich herangezogen werden muss.
- Zentrale Ziele der Psychiatrie-Enquete, eine gemeindenahen Versorgung psychisch kranker Menschen in allen Regionen zu gewährleisten, werden gefährdet.
- Leistungsangebote werden reduziert, wenn bei bestehendem Fachkräftemangel kurzzeitig und in einzelnen Berufsgruppen die Mindestvorgaben nicht erfüllt werden können.
- Vor dem Hintergrund von deutlichem und zunehmenden Fachkräftemangel führt die willkürlich festgelegte Hilfskraftquote von 10% zu einer weiteren Gefährdung der Versorgung, da die Hilfskräfte in der Regel nicht mehr durch examinierte Fachkräfte ersetzt werden können.

- Die unverhältnismäßigen Sanktionen werden zu einem unkontrollierten Kassenabfluss in der Versorgungslandschaft führen, der gerade die schon unterversorgten Regionen besonders betreffen wird.

Damit werden psychisch kranke Menschen zukünftig weniger Versorgungsangebote in Anspruch nehmen können, was in Anbetracht der stetig wachsenden gesundheitsökonomischen Bedeutung seelischer Erkrankungen nicht sinnvoll und auch nicht zielführend erscheint. Die Sanktionsregelungen für die Psychiatrie und Psychotherapie sind weitaus massiver als die Sanktionen bei Minderbesetzungen in der somatischen Medizin. Wir sehen hier eine eklatante und rechtlich nicht nachvollziehbare Benachteiligung der Psychiatrie und Psychotherapie.

Vor diesem Hintergrund schließt sich die BDK dem Antrag der DKG und der BÄK zur Aussetzung der Sanktionen für weitere 2 Jahre vollumfänglich an.

Seit Jahren setzt sich die BDK dafür ein, dass bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben neben der Rückzahlung nicht genutzter Personalmittel Unterstützung, Beratung und Anreize für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalausstattung im Zentrum aller Bemühungen stehen muss. Die gesetzlich geforderte Weiterentwicklung der Richtlinie soll im Gegensatz zur aktuell gültigen Richtlinie zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen und den Kliniken ermöglichen, gerade in Zeiten des Fachkräftemangels weiterhin attraktiv für Mitarbeitende zu sein. Nur dadurch kann es gelingen, unter schwierigen Bedingungen die psychiatrische Versorgung in Deutschland krisen- und zukunftssicher zu machen und patientenorientiert weiterzuentwickeln.

Für den Vorstand der Bundesdirektorenkonferenz



Dr. Sylvia Claus
Vorsitzende BDK
Klinik für Psychiatrie, Psycho-
somatik und Psychotherapie
Pfalzkrankenhaus AdöR
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster
sylvia.claus@pfalzkrankenhaus.de

Anlage 1: Positionspapier der Plattform Entgelt
Psychiatrische Versorgung in Gefahr, Stand Juni 2023

Anlage 2: Regionale Pflichtversorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie
Nervenheilkunde, Ziems et al 2020

Bonn, den 06.07.2023

Stellungnahme

Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL

Die Aktion Psychisch Kranke (APK) hat bereits am 24.06.2019 grundlegend zur PPP-RL Stellung genommen und verschiedentlich, zuletzt am 18.10.2022 auf Fehlentwicklungen und Gefahren im Zusammenhang mit der Richtlinie hingewiesen.

Der aktuell vorgelegte Beschlussentwurf (Stand 07.06.2023) über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie ist nicht geeignet die grundlegenden Probleme der psychiatrischen Kliniken zu verbessern, sondern birgt im Gegenteil mit dem Vorschlag der „Scharfstellung“ der mit der Richtlinie verbundenen Sanktionsmechanismen die Gefahr, die psychiatrische Versorgung in Deutschland ernsthaft zu gefährden.

Die APK hat sich daher inhaltlich hinter das Positionspapier der Plattform Entgelt gestellt und trägt die dort formulierten Forderungen mit.

Die bereits 2019 geäußerte Befürchtung, dass die Umsetzung der Richtlinie vor Ort auf Schwierigkeiten stoßen wird, hat sich leider vollumfänglich bestätigt.

1. Die Vorgaben der PPP-RL werden von den Leistungsträgern nicht als Mindestvorgaben interpretiert, sondern als Sollvorgaben, bzw. als Höchstgrenze dessen, was in der Pflegesatzverhandlung vereinbart werden kann. Diese Position wird trotz gegenteiliger Zusicherung des Gesetzgebers im Gesetzgebungsverfahren von den Leistungsträgern, nicht nur in den Verhandlungen vor Ort, sondern auch in Schiedsstellenverfahren und juristischen Verfahren vertreten. Die APK strebt deshalb eine Klarstellung des Sachverhaltes im § 3 BPfIsV Abs. 3 Nr. 5 durch den Gesetzgeber an.
2. Wie bereits bei der Umsetzung der Personalverordnung Psychiatrie in den 90er Jahren, wird in den Pflegesatzverhandlungen vor Ort juristisch spitzfindig, zwischen Personalstellen und Finanzierung dieser Personalstellen unterschieden. Die Finanzierung der in der PPP-RL festgelegten Mindestbesetzung zu Tarifkosten wird juristisch strittig gestellt. Die Frage sollte vor dem Bundesverwaltungsgericht entschieden werden. Die Liquiditätsrisiken für die betroffenen Krankenhäuser summieren sich über die Jahre bis zur juristischen Entscheidung in Millionenhöhe.
3. Die für 100% Erfüllung der PPP-RL-Vorgaben technisch notwendige Schwankungsreserve wird von den Leistungsträgern strittig gestellt und konsequent nicht berücksichtigt.

Notwendig ist eine Ausfinanzierung der PPP-RL-Vorgaben inklusive einer technisch notwendigen Schwankungsbreite, Ein Sanktionsmechanismus - über die reine Rückzahlverpflichtung bei nicht besetzten Stellen hinaus - ist abzulehnen.

Angesichts des anhaltenden Fachkräftemangels und der bestehenden Unterfinanzierung der Kliniken, bergen die von dem GKV-SV vorgeschlagenen Änderungen bezüglich des Inkrafttretens der Sanktionsmechanismen erhebliche Risiken für die psychiatrische Versorgung und sind daher zum jetzigen Zeitpunkt abzulehnen.

Die APK empfiehlt daher im Einklang mit der Plattform Entgelt:

- Die vorgesehenen Strafzahlungen der PPP-RL in ihrer aktuellen Form zu streichen.
- Bei Unterschreitung der Mindestvorgaben, neben Rückzahlung der nicht genutzten Personalmittel, Unterstützung, Beratung und Anreize für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalausstattung in den Krankenhäusern anzubieten.
- Klar zu stellen, dass die PPP-RL eine Personaluntergrenze darstellt und für eine leitliniengerechte Versorgung darüber Personal erforderlich ist.
- Ein Personalbemessungsinstrument zu schaffen, das eine patienten-orientierte Behandlung ermöglicht.

Im Einzelnen nimmt die APK wie folgt Stellung zu:

1. Neufassung § 6 Abs. 6:

Die APK unterstützt die Position der DKG (*keine Übernahme*), die bisherige Regelung beizubehalten.

Das Thema regionale Pflichtversorgung hat für die psychiatrische Versorgung eine herausragende Bedeutung und stellt eine beachtenswerte Besonderheit im Krankenhausbereich dar. Das Thema regionale Pflichtversorgung sollte vor eine Änderung des § 6 Abs. 6 umfangreich geprüft und beraten werden, da es erheblichen Einfluss auf die notwendige Mindestpersonalausstattung von Kliniken hat. Dabei sind die regional unterschiedlichen Voraussetzungen für eine Pflichtversorgung angemessen zu berücksichtigen.

2. § 11 neuer Absatz 14

Keine Stellungnahme der APK

3. § 13 Abs. 5 und 6 – Durchsetzungsmaßnahmen:

Die APK unterstützt die Position der DKG/BÄK, die geplanten Durchsetzungsmaßnahmen nach § 13 PPP-RL weiterhin auszusetzen.

Wie im von der APK mit unterzeichneten ausführlichen Positionspapier der Plattform Entgelt umfangreich dargelegt, sind die geplanten Durchsetzungsmaßnahmen und den damit verbundenen Strafzahlungen bis auf weiteres nicht zielführend und bergen das Risiko einer nachhaltigen Verschlechterung der Versorgungssituation für psychisch kranke Menschen in Deutschland.

Durch eine weitere Verschiebung der Sanktionsmaßnahmen können angesichts des bestehenden Fachkräftemangels Alternativen zu den „Strafzahlungen“ entwickelt werden, die geeignet sind die Qualität der psychiatrischen Versorgung trotz der bestehenden Probleme bei der Akquise von Mitarbeitenden zu gewährleisten.

4. § 16 PPP-RL:

Die APK unterstützt die Position der DKG, die Fristen bis zur sanktionsbewerten vollständigen Datenlieferung auch weiterhin auszusetzen (Abs. 2).

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zum 1.1.2024

Vorbemerkung

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie vertritt nachdrücklich die Ansicht, dass für eine Sicherung der Qualität in der stationären psychiatrischen Versorgung ein Personalbemessungssystem wie z.B. das von der Plattform der Fachgesellschaften entwickelte „EPPIK“, erforderlich ist. Personaluntergrenzen im Sinn dieser Richtlinie sind keine Alternative, und eher geeignet, die Qualität der stationären psychiatrischen Versorgung zu verschlechtern statt zu verbessern. Durch den hohen Bürokratieaufwand der Nachweispflichten zur PPP-RL werden Ressourcen in behandlungsferne Bereiche verschoben, die Belastung der Mitarbeitenden erhöht, und dadurch die Qualität der Versorgung beeinträchtigt. Die perspektivisch angedrohten völlig unverhältnismäßigen Sanktionen bei gleichzeitigem Mangel an Fachkräften in fast allen Berufsgruppen sind geeignet, psychiatrische Kliniken zur Schließung zu zwingen, ohne dass adäquate ambulante Behandlungsalternativen bestehen. Die drohende Folge wäre, dass je nach Region eine punktuelle und strukturelle Unterversorgung durch eine fehlende psychiatrische Versorgung ersetzt würde.

Die folgende Stellungnahme bemüht sich deshalb nur, punktuell auf die aus unserer Sicht heftigsten Fehlentwicklungen im Rahmen der PPP-RL aufmerksam zu machen.

Stellungnahme zu den Änderungsvorschlägen

Änderung des §6

Aus unserer Sicht ist eine Änderung derzeit nicht sinnvoll. In den „Tragenden Gründen“ wird von der GKV zwar nachvollziehbar dargelegt, dass die Definition von „Versorgungsverpflichtung“ regional uneinheitlich ist. Dies Problem wird aber durch die von der GKV vorgeschlagene Änderung nicht behoben, statt dessen werden erneut Nachweispflichten erweitert. Darüber hinaus ist weder die Beschränkung auf den Tagdienst noch die auf Unterbringungen nach dem BGB (was ist mit den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder?) begründet, und die vorgeschlagene Regelung birgt das Risiko, dass eine Neigung zu Unterbringungen statt Freiwilligkeit entsteht.

Änderung des §11 (14)

Hier folgen wir der Argumentation der DKG. Darüber hinaus sind wir der Ansicht, dass jede Erhöhung des Bürokratieaufwands grundsätzlich zu vermeiden ist.

Änderung des §16

Auch hier präferieren wir die Vorschläge der DKG, insbesondere zur Verlängerung der Übergangsregelungen. Außerdem möchten wir erneut darauf aufmerksam machen, dass eine Rückzahlung von für Personal verhandelte, aber nicht für Personal ausgegebene Anteile von Klinikbudgets eine – wie sich auch zuletzt im Umgang mit der PsychPV gezeigt hat – sinnvolle Maßnahme zur Verbesserung der Behandlungsqualität ist. Ein Vergütungswegfall für bereits erbrachte Leistungen ist aus unserer Sicht aber geeignet, die Qualität der Behandlung von psychisch Kranken zu verschlechtern.

Für den Vorstand:

Stellungnahme

06.07.2023

Stellungnahme des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNVF) zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Änderung der PPP-RL

1. Durchsetzungsmaßnahmen

Zu § 13: Die Anträge von DKG/BÄK werden unterstützt.

Ein wesentliches Ziel des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNVF) ist es die Versorgungssituation von Patient:innen mit somatischen und/oder psychischen Erkrankungen durch Entwicklung und Implementierung geeigneter Maßnahmen, die auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen, zu verbessern. Aus diesem Grunde unterstützt sie, dass die aktuell geplanten Durchsetzungsmaßnahmen nach § 13 PPP-RL zwingend ausgesetzt werden müssen, andernfalls würde die Versorgungssicherheit in Deutschland Schaden nehmen.

„Die Durchsetzungsmaßnahmen sind in der aktuellen Ausgestaltung unverhältnismäßig. Sie übersteigen das theoretisch eingesparte Personalbudget um ein Vielfaches. Dies steht in drastischem Widerspruch zu den Vorgaben, die der Gesetzgeber in § 137 Absatz 1 SGB V für Sanktionsmaßnahmen gemacht hat. Dort sind gestufte und verhältnismäßige Maßnahmen vorgesehen.

Die vorgesehenen Durchsetzungsmaßnahmen würden keinen Beitrag zur Patient:innensicherheit oder Qualität der Behandlung leisten was dem DNVF ein großes Anliegen ist, sondern im Gegenteil zu einer Verschlechterung führen und bestehende Probleme verschärfen. So ist zu erwarten, dass Kliniken, die das Personal nicht einstellen können, weil es an Bewerbern fehlt, versuchen müssen, die Sanktionen durch eine Reduktion der Patientenzahlen und des Leistungsangebots zu vermeiden.

Die daraus folgende Verknappung der stationären Angebote wird außerdem dazu führen, dass eine Behandlung für schwer erkrankte Patient:innen vielerorts, wenn überhaupt, nur in einem weiter entfernt liegenden Krankenhaus möglich sein wird. Dies steht im eklatanten Widerspruch zum Prinzip der gemeindenahen Versorgung.

Laut Daten des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) konnten im dritten Quartal 2022 bereits mehr als jede zweite Einrichtung die Mindestvorgaben nicht in jeder Berufsgruppe erfüllen. Insbesondere mangelt es an Mitarbeitenden in den Berufsgruppen der Pflege, der Spezialtherapie und der Sozialen Arbeit.

Auch auf Grundlage der Analysen von PPP-RL-Nachweisdaten des vierten Quartals 2022 von 347 Klinikstandorten der Erwachsenenpsychiatrie und 127 Klinikstandorten der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie) und des Lehrstuhls für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg ist davon auszugehen, dass bei einer Scharfstellung der Sanktionen mehr als 80 % der Einrichtungen von Strafzahlungen betroffen sein werden, und zwar in weiten Teilen der Bundesrepublik.“

2. Pflichtversorgung

Zu § 6 Abs. 6: Der Antrag von GKV-SV/BÄK wird unterstützt unter dem Vorbehalt einer Umformulierung

„Der Antrag des GKV-SV verfolgt das Ziel einer Konkretisierung der regionalen Pflichtversorgung. Dieses Ziel teilt das DNVF grundsätzlich, da es sich hier um einen unverzichtbaren Baustein der regional differenzierten gemeindenahen Versorgung handelt. Gerade aufgrund der Wichtigkeit bedarf eine Operationalisierung hier aber einer detaillierteren Diskussion, als dies zum momentanen Stand des Verfahrens möglich erscheint. Die vorgelegte Formulierung erscheint in jedem Falle nicht geeignet, da zwar die Verpflichtung zur Behandlung von Patienten mit gesetzlicher Unterbringung überprüfbar ist, eine „24-Stunden Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten“ jedoch für sich allein nicht weiter nachweisbar erscheint. Mit der aktuellen Formulierung des „weder noch“ würde zudem einer der beiden Ersatzparameter ausreichen.

Als Mindestparameter für eine regionale Versorgungsverpflichtung sehen wir, dass sowohl eine Verpflichtung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung als auch eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten besteht.

Aus diesem Grund schließen wir uns dem Vorschlag der GKV/BÄK nur unter der Voraussetzung an, dass der Satz dahingehend umformuliert wird, dass die Spezifizierung beide Aspekte der Pflichtversorgung enthält.

Das DNVF empfiehlt darüber hinaus dringend, eine versorgungswissenschaftlich begründete Operationalisierung der Pflichtversorgung im Kontext der Verfolgung des Prüfauftrages in § 14 im weiteren Verlauf des Verfahrens vorzunehmen.“

3. Fristveränderung bei Mitwirkungspflichten

Zu § 16 Abs. 2: Der Antrag der DKG wird unterstützt.

„Wir unterstützen die Position der DKG, die Fristen bis zur sanktionsbewährten vollständigen Datenlieferung auch weiterhin auszusetzen. Derzeit befinden sich die Einrichtungen immer noch in der Lern- und Erprobungsphase. Die beginnenden Prüfungen nach MD-QK-RL werden wichtige Hinweise zur Verbesserung der Daten-/Dokumentationsqualität liefern. Zudem wird auch die Evaluation der Richtlinie Aufschluss über eventuelle Probleme bei der Nachweisführung liefern. Die Sanktionierung während dieser Phase wäre widersinnig und sollte daher vermieden werden.“

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Vorstandsvorsitzender des DNVF
Kuno-Fischer-Str. 8
14057 Berlin
Mail: info@dnvf.de
Tel.: 030 1388 7070

Literatur: Stellungnahme der DGPPN vom 03.07.2023



Sprecherin:

Dr. med. Bettina Wilms

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH
Vor dem Nebraer Tor 11
06268 Querfurt

An den Gemeinsamen Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Per Mail: PPP-RL@g-ba.de

Querfurt, den 04.07.2023

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): Beschluss über die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vom 07.06.2023 zum Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL

Unaufgeforderte Stellungnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

ackpa vertritt als „Arbeitskreis der Chefärzte*Innen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern Deutschlands“ die Interessen von über 200 Kliniken und damit von mehr als der Hälfte der klinischen Psychiatrie in Deutschland. ackpa ist im Stellungnahmeverfahren im Richtlinienprozess zur Änderung der PPP-RL vom 07.06.2023 leider nicht berücksichtigt worden.

Die PPP-RL ist für die psychiatrische Versorgung von hoher Relevanz. Aus diesem Grund erlaubt sich ackpa, erneut unaufgefordert eine Stellungnahme abzugeben in der Hoffnung, dass diese im weiteren Diskussions- und Entscheidungsprozess Berücksichtigung findet. Die hier vorgelegte Stellungnahme erfolgt ohne Kenntnis des Beschlussentwurfs bzw. der tragenden Gründe, so dass sich ackpa nur allgemein äußern kann. Dies vorausgeschickt ist es das Anliegen von ackpa, im aktuellen Richtlinienprozess auf folgende Punkte hinzuweisen:

1. Grundsätzliche Anmerkungen zur PPP-RL in der aktuellen Umsetzung

Es ist zweifelsohne ein gemeinsames Interesse, eine angemessene Personalausstattung in den Kliniken vorzuhalten. Darin ist die Grundlage für die Behandlungsqualität einerseits und für attraktive Arbeitsbedingungen andererseits zu sehen. Von den Sanktionsmechanismen in der aktuellen Form ist aus unserer Sicht allerdings Abstand zu nehmen, da sie eine kontraproduktive Entwicklung fördern und eine existentielle Bedrohung insbesondere von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern darstellen, da die „Verschiebung“ von Mitarbeitenden in kleineren Systemen noch größere Probleme erzeugt, als dies in größeren Organisationen der Fall ist. Ein Abbau der Dokumentations- und Nachweispflichten ist zu fordern. Der mit der PPP-RL einhergehende Dokumentationsaufwand und damit der Personalaufwand in den Controllingabteilungen steigen kontinuierlich, wodurch die Fehlallokation von personellen Ressourcen weiter vorangetrieben wird. Die dort tätigen Mitarbeitenden fehlen im therapeutischen Prozess und in der Beziehungsarbeit mit den Patient:innen, zumal es meist Fachpersonal ist, dass aufgrund der Komplexität der Anforderungen zur Bearbeitung der Richtlinien-Auflagen eingesetzt werden muss. Weiterhin erachten wir quartals- und einrichtungsbezogene Nachweise als ausreichend, um die aus Kostenträgerperspektive nachvollziehbare Kontrollfunktion umfassend ausüben zu können und die notwendige Transparenz zu gewährleisten.

2. Inhaltliche Erwägungen: Psychotherapie

Die Psychotherapie ist in den Kliniken der Akut- und Regelversorgung mit Versorgungsverpflichtung integraler Bestandteil der Behandlung. Psychotherapie ist stärker als bisher in der Behandlung von Patienten zu berücksichtigen. Dies entspricht auch den Leitlinien, die evidenzbasiert Behandlungsstandards und entsprechende Empfehlungen festschreiben. Demzufolge ist weiterhin eine Erhöhung der personellen Ressourcen für die regelhafte Anwendung psychotherapeutischer Behandlung erforderlich. Eine grundsätzliche Flexibilität in der berufsgruppenspezifischen Umsetzung von Psychotherapie ist erforderlich. Möglichkeiten der Anrechnung von und zwischen Berufsgruppen sind auszuweiten. Das sind die Voraussetzungen, um die notwendige Flexibilität in der Allokation personeller Ressourcen in den Kliniken adaptiert am Patient*innenbedarf zu planen und unter Wahrung der persönlichen Kontinuität umzusetzen.

3. Sanktionen in der vorgesehenen Form gefährden die Versorgung

Die Modellprojekte nach § 64 b SGB V zeigen, dass Patientenzentrierung und Flexibilität die Schlüssel zu einer modernen, beziehungsorientierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sind. Wesentliche Qualitätsmerkmale wie v.a. eine lebensfeldorientierte Behandlung können umgesetzt werden. Der Einsatz der personellen Ressourcen erfolgt flexibel und settingübergreifend. Die Beziehungskontinuität als ein wichtiges Qualitätsmerkmal psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung ist während des gesamten therapeutischen Prozesses auch bei einem Settingwechsel (z.B. Übergang von stationärer zu teilstationärer Behandlung) gewährleistet. Durch die PPP-RL droht diese Flexibilität in den Hintergrund zu geraten. **Viele Kliniken stellen den Einsatz des zur Verfügung stehenden Personals nach den Anforderungen der Richtlinie um mit dem Ziel, drohenden Sanktionen zu entgehen.** Die starren Regelungen der Richtlinie mit rigider Zuordnung des therapeutischen Personals in organisatorische Untereinheiten werden bei jedem Settingwechsel zwangsläufig zu therapeutischen Beziehungsabbrüchen führen und sich damit im therapeutischen Prozess als kontraproduktiv erweisen. Die Innovationen in den Modellprojekten werden damit gefährdet. In den Modellprojekten nach § 64b SGB V zeigt sich klar: Setting- und teamübergreifende Behandlungsansätze unter den Vorgaben der Richtlinie sind nicht möglich, positive Entwicklungen der letzten Jahre werden infrage gestellt, eine Fehlallokation personeller Ressourcen ist die Folge.

In Kliniken der sogenannten Regelversorgung ist damit zu rechnen, dass Personalressourcen in Institutsambulanzen und Angeboten Stationsäquivalenter Behandlung (StäB) in stationäre Behandlungsformen verschoben werden. Es drohen damit auch **erhebliche Rückschritte** in der Versorgungsentwicklung hin zu einer verstärkten Ambulantisierung. Erste Entwicklungen in dieser Hinsicht sind in einer Vielzahl von Kliniken bereits im Gange und gefährden damit eine moderne psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses.

Es ist ferner damit zu rechnen, dass bei drohender Unterschreitung der Mindestpersonalausstattung Patienten nicht versorgt bzw. in weiter entfernt liegende Kliniken vermittelt werden, die dann ggf. ebenfalls die Mindestpersonalvorgaben nicht erfüllen können und diese Patienten, weil sie aus wohnortfernen Versorgungsregionen kommen, ebenfalls nicht versorgen bzw. allenfalls kriseninterventionelle Behandlungen anbieten. Dies wird der Erfahrung nach zu Drehtüreffekten führen und die Übernahme einer regionalen Verantwortung für eine wohnortnahe Behandlung, insbesondere schwer erkrankter Menschen, massiv gefährden.

Um die dringend notwendige Veränderungen der PPP-RL in den nächsten Jahren begleiten zu können, ist es aus unserer Sicht notwendig, auch die Erfahrungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern im weiteren Richtlinienprozess angemessen zu berücksichtigen. Wir möchten daher weiterhin dafür werben, ackpa in dem weiteren Richtlinienprozess der PPP-RL die Möglichkeit einer Stellungnahme einzuräumen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'B. Wilms', written in a cursive style.

Bettina Wilms
Sprecherin von ackpa



Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e.V.
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen

Paul Bomke
Fachgruppenvorsitzender

Pfalzlinikum Klingenmünster, Weinstr. 100, 76889 Klingenmünster

Gemeinsamer Bundesausschuss

Postfach 120606
10596 Berlin

Telefon 06349/900-1000
Telefax
E-Mail paul.bomke@pfalzlinikum.de
Internet www.vkd-online.de

Unser Zeichen Paul Bomke
Datum 07.07.2023

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) vertritt die Interessen des Managements der psychiatrischen Einrichtungen, in dessen Verantwortung auch die Umsetzung und Einhaltung der Mindestvorgaben der PPP-RL fällt. Insofern erscheint es uns von besonderer Wichtigkeit auch die Perspektive der wirtschaftlich Verantwortlichen bei der Entscheidungsfindung zur Weiterentwicklung der Richtlinie einbringen zu können.

Unsere Einschätzung möchten wir wie folgt kurz zusammenfassen, und im Weiteren dann ausführlich begründen:

Die drohenden Sanktionen nach § 13 PPP-RL sind in ihrer vervielfachenden Wirkung geeignet, die Versorgung sowie die wirtschaftliche Existenz von Einrichtungen zu gefährden. Die Sanktionen sind daher auszusetzen und durch ein maßvolles System zur Durchsetzung der Mindestvorgaben zu ersetzen. Durchsetzungsmaßnahmen können zudem erst dann greifen, wenn die Voraussetzungen zur Erfüllung der Mindestvorgaben geschaffen sind, z.B. die Finanzierung des erforderlichen Personals.

Die vorgeschlagene Definition zur „Regionalen Pflichtversorgung“ greift in ihrer Darstellung zu kurz. Regionale Pflichtversorgung hat in der Psychiatrie eine sehr hohe Bedeutung und darf daher nicht ohne weiterführende Diskussion einseitig beschränkt werden. Der Prüfauftrag in § 14 PPP-RL ist daher mit der gebotenen Sorgfalt zeitnah anzugehen, so dass eine den graduellen Unterschieden in der Versorgung entsprechende Definition zeitnah implementiert werden kann.

Die ab 2024 vorgesehene Ableitung der Behandlungsbereiche aus Routinedaten ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht umsetzbar. Widersprüche und Unklarheiten der in 2022 beschlossenen Veränderung wurden nach wie vor nicht beseitigt. Es fehlt eine Abschätzung der Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft. Eine IT-technische Umsetzung ist zudem bis zum Jahreswechsel nicht mehr möglich. Die beschlossene Änderung der Richtlinie ist somit zurückzunehmen oder hilfsweise soweit zu verschieben, bis Klarstellungen erfolgt und die Auswirkungen auf die Qualitätsanforderungen festgestellt sind.

Die Dokumentationspflicht von Regelaufgaben über die Ableitung von OPS-Kodes schafft weiteren Bürokratieaufwand wobei bereits heute absehbar ist, dass mit der zusätzlichen Datenabfrage keinerlei Informationsgewinn einhergehen wird. Die Aussagekraft der Codes

Anlage III der Tragenden Gründe
für die Zwecke der PPP-RL ist dringend zu hinterfragen, um eine vermeidbare Zusatzbelastung zu verhindern.

1. Durchsetzungsmaßnahmen nach § 13 PPP-RL

Wir unterstützen die Position der Deutschen Krankenhausgesellschaft und verweisen auf das gemeinsame Positionspapier von psychiatrischen Verbänden und Fachgesellschaften vom 07.06.2023. Obwohl sich die PPP-RL bereits im vierten Anwendungsjahr befindet, konnten sich die Einrichtungen noch nicht adäquat auf die Mindestvorgaben vorbereiten. Neben dem bekannten Problem des Fachkräftemangels verweigern oftmals auch die Kostenträger vor Ort die Finanzierung einer angemessenen Personalausstattung zur jederzeitigen und ausfallsicheren Erreichung der Mindestvorgaben. Hinzu kommt, dass die PPP-RL nach wie vor auf einem über 35 Jahre alten System basiert, das die tatsächliche Versorgungsrealität längst nicht mehr abbildet. Statt die Personalvorgaben an moderne, leitlinienbasierte und setting übergreifende Behandlungsansätze anzupassen, schafft die PPP-RL starre und strukturkonservative Vorgaben. Auf dieser fehlanreizenden Ausgangsbasis kann kein Sanktionsmechanismus umgesetzt werden. Mit Wirksamwerden würde dies unweigerlich zu einer deutlichen Leistungseinschränkung und in der weiteren Folge zu einem unkontrollierten Kliniksterben führen. Beispielhafte Berechnungen belegen die völlig überhöhte Wirkweise. Es fehlt zudem jegliche Verhältnismäßigkeit. Selbst Krankenhäuser, die berufsgruppen- bzw. quartalsübergreifend das erforderliche Personal einsetzen, sehen sich von existenzbedrohenden Sanktionen bedroht. Wiederholt klarzustellen ist, dass es sich hierbei nicht um eine Rückzahlung nicht verausgabter Mittel handelt, diese werden auf Basis eines separaten Nachweises im Rahmen der Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern erörtert. Der G-BA hat diese Fehlwirkungen bei seinen Festlegungen in Betracht zu ziehen und muss die Gesetzesgrundlage in ein maßvolles und auf die Frage des Verschuldens von Verstößen angepasstes System übersetzen. Hilfsweise muss der Bundesgesetzgeber eine Überarbeitung von § 137 SGB V anstoßen, sodass ein verhältnismäßiges System zur Durchsetzung der Mindestanforderungen umgesetzt werden kann.

Die vorgesehenen Maßnahmen dienen zudem alle lediglich der Überprüfung des „Inputs“ und darauf basieren dann wiederum alle Sanktionsmaßnahmen. Moderne Versorgungssysteme setzen jedoch auf die Gestaltung der Wirkung von Maßnahmen (Outcome). Insbesondere im Bereich der sogenannten Modellvorhaben nach § 64b SGB V haben Einrichtungen und Kostenträger erste Ansätze der Evaluierung des Outcomes unter Beteiligung der Nutzenden vorgenommen. Diesen Weg sollte auch der G-BA bei der Festlegung moderner Qualitätsvorgaben bestreiten.

Die VKD-Fachgruppe unterstützt die Position der DKG, die vorgesehenen Sanktionsmaßnahmen längerfristig auszusetzen, die gewonnene Zeit aber auch unmittelbar zu nutzen um ein sinnvolles System zur Durchsetzung der Mindestvorgaben zu gestalten. Dieses System muss echte Anreize setzen, sodass weder Patienten gefährdet, noch Mitarbeitende überlastet werden. Die Einrichtungen sind dabei nicht grundlos in ihrer wirtschaftlichen Existenz zu gefährden, sondern in der Umsetzung der erforderlichen Strukturen zu unterstützen. Die Kostenträger sind dabei ebenso in die Pflicht zu nehmen. Die Fachgruppe setzt sich zudem grundsätzlich für eine Weiterentwicklung der Vorgaben ein, damit diese sich stärker an der Wirkung und dem Outcome orientieren und dabei die Nutzenden beteiligt werden. Wir empfehlen dafür die Rolle von Modellprojekten zu stärken, etwa mittels eines Optionsmodells als Alternative zur Regelfinanzierung. Der G-BA selbst kann hierbei nicht unmittelbar tätig werden, könnte jedoch durch ein grundsätzlich positives Votum zur Fokussierung auf Outcome statt Input mittelbar auf den Gesetzgeber einwirken und diesen zur Anpassung der gesetzlichen Grundlage bewegen.

2. Regionale Pflichtversorgung in § 6 Abs. 6 PPP-RL

Grundsätzlich begrüßen wir, dass die bislang ungeklärte Begrifflichkeit einer Definition zugeführt werden sollen. Jedoch greift die vorgeschlagene Anpassung in § 6 Abs. 6 PPP-RL für die Definition regionaler Pflichtversorgung zu kurz und konterkariert dadurch die positiven Entwicklungen der vergangenen Jahrzehnte. Der Betrieb kleiner, regional ausgerichteter Standorte, um niederschwellig Behandlungsangebote unterbreiten zu können, ist ein expliziter politischer und zivilgesellschaftlicher Wunsch. Wirtschaftlich betrachtet sind diese Einheiten äußerst schwierig zu betreiben. Die VKD-Fachgruppe steht bewusst hinter diesem Konzept, da es für die wohnortnahe Versorgung psychisch erkrankter Menschen von hoher Bedeutung ist. Die Begrenzung der regionalen Pflichtversorgung auf

Anlage III der Tragenden Gründe
solitäre Einrichtungen widerspricht dem Netzwerkgedanken einer gemeinsamen Versorgung verschiedener psychosozialer Anbieter. Nur im Netzwerk und unter Berücksichtigung eines gestuften Systems der Versorgung kann ein modernes Krisenmanagement gelingen. Regionale Pflichtversorgung kennzeichnet sich gerade dadurch, dass dezentral und niederschwellig Versorgungsangebote für die Patienten vorgehalten werden. Auch Tageskliniken oder Einrichtungen, die nicht rund um die Uhr aufnahmebereit sind, können regionale Pflichtversorgung übernehmen, indem sie Krisenintervention vor Ort betreiben und die Patienten erst nach Feststellen der zwingenden Notwendigkeit zur Unterbringung an stationäre Einheiten verlegen. Als erste wohnortnahe Anlaufstelle erfüllen auch Tageskliniken oder Einheiten ohne geschlossene Bereiche sehr wohl regionale Pflichtversorgung.

Wir unterstützen daher die Position der DKG zur Beibehaltung der aktuellen Regelung in der PPP-RL, regen jedoch dringend an, dass der ohnehin bereits in § 14 PPP-RL formulierte Prüfauftrag sehr zeitnah wahrgenommen wird um die Anforderungen regionaler Pflichtversorgung adäquat in der Richtlinie abbilden zu können. Die Frage, ob Einrichtungen regionale Pflichtversorgung übernehmen, lässt sich angesichts der Versorgungsvielfalt nicht dichotom mit „Ja“ oder „Nein“ beantworten. Der Vorstoß des GKV-SV zeigt, dass auch dort die Wichtigkeit der Thematik erkannt wurde. Eine rein semantische Anpassung wird dem Prüfauftrag jedoch nicht gerecht, es bedarf einer graduellen und fachlich begründeten Beschreibung.

3. Methode zur Patienteneinstufung nach OPS-Clusterung

Bereits mit der letzten Weiterentwicklung der Richtlinie im Jahr 2022 wurde beschlossen, die Methode zur Ermittlung der Patienteneinstufung in die Behandlungsbereiche nach Anlage 2 PPP-RL zu verändern. Ab 1.1.2024 soll die Patienteneinstufung aus Routinedaten übernommen werden können. Grundsätzlich begrüßen wir, dass der G-BA mit der Änderung einen Abbau von Bürokratie anstrebt. Jedoch sind wir nach Veröffentlichung der veränderten Richtlinienfassung und einer intensiven Auseinandersetzung mit den neuen Vorgaben auf eine Vielzahl ungeklärter Fragen und Probleme bei der Anwendung der Regelung gestoßen. Die Einstufungskategorien der PPP-RL lassen sich nicht direkt auf die OPS-Cluster übertragen. Insbesondere bei der für die Höhe der Mindestvorgaben sehr relevanten Intensivbehandlung gibt es definitorische Abweichungen, die massive Verschiebungen der Mindestvorgaben erwarten lassen. Auch in anderen Bereichen werden durch die systematische Verknüpfung zu den OPS abweichende fachliche Zuordnungen generiert, die so durch den Richtliniengeber offensichtlich nicht intendiert waren. Es entstehen somit Widersprüche zwischen Richtlinie und automatischer Ableitung. Gleichzeitig bestehen viele Definitionslücken, die einer erforderlichen Umsetzung durch die Häuser bzw. deren IT-Anbieter entgegenstehen. Anders als durch den Richtliniengeber suggeriert, wird der administrative Aufwand durch die Veränderung – insbesondere für die therapeutisch-pflegerischen Berufsgruppen – erheblich steigen. Statt zu 14-tägigen Stichtagen sind die Einstufungen der Patienten nun täglich mindestvorgabenrelevant zu prüfen und revisionssicher zu dokumentieren. Für die durch Dokumentationsvorgaben bereits überbelasteten und fehlbeschäftigten Berufsgruppen stellt diese Veränderung eine kaum zu vermittelnde Zumutung dar. Wir haben diese Punkte bereits bilateral an DKG und GKV-SV herangetragen und um zeitnahe Befassung und Lösung gebeten. Weder wurden die inhaltlichen Unstimmigkeiten bzw. Unklarheiten gelöst, noch gibt es ein Konzept auf dessen Basis die KIS-Anbieter mit der Programmierung beginnen könnten. Eine manuelle Verarbeitung der Daten für die quartalsweise Nachweisführung wäre zusätzlich mit massivem Aufwand und unlösbaren Problemen vor Ort verbunden und sollte daher tunlichst vermieden werden. Als Alternative sollte das aktuelle Einstufungsverfahren weiterverwendet werden, da es grundsätzlich funktioniert und in den Einrichtungen erprobt ist.

Die Umsetzung der Methode ist somit auszusetzen oder hilfsweise so lange zu verschieben, bis alle fachlichen Fragen geklärt und den Softwareherstellern eine angemessene Zeit zur Umsetzung eingeräumt werden konnte. Bereits heute ist absehbar, dass kein Softwarehersteller zum 1.1.2024 eine entsprechende Lösung bereitstellen könnte. Ganz davon abgesehen müssen sich die Einrichtungen bereits heute ein klares Bild über die Auswirkungen der Änderung der Methode zur Patienteneinstufung verschaffen können um die ggf. veränderten Personalbedarfe in den Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern auf einer validen Basis einbringen zu können. Da es zur Beschlussfassung 2022 keine Auswirkungsanalyse der Veränderung gibt, lässt sich nicht belegen, ob und in welchem Umfang sich dadurch personelle Veränderungen bei den Mindestvorgaben in den Einrichtungen ergeben könnten. Zudem müssen die Einrichtungen zum 1.1.2024 in der Lage

Anlage III der Tragenden Gründe
sein die jederzeitige Einhaltung der dann gültigen Mindestvorgaben gewährleisten zu können. Auch dazu benötigen Sie zeitlichen Vorlauf und Planungssicherheit. Damit die Veränderungen keine neue Bürokratiewelle in der Praxis verursacht müssen auch Vorgaben für Prüfungen durch den Medizinischen Dienst festgelegt werden.

4. Dokumentation der Leistungen zu den Regelaufgaben gemäß Anlage 4

Mit der Beschlussfassung 2022 wurde festgelegt, dass ab 1.1.2024 eine weitere Nachweispflicht Gültigkeit erlangen soll. Die Einrichtungen werden verpflichtet quartalsweise die Erbringung der Regelaufgaben mit Formular A9 bzw. B3 nachzuweisen. Grundsätzlich stimmen wir zu, dass die Regelaufgaben nach Anlage 4 überprüft werden müssen – die aus der Psych-PV übernommenen Aufgabenprofile sind nicht mehr zeitgemäß. Jedoch wird die Nachweisführung nach A9 bzw. B3 in der Hinsicht keinerlei Mehrwert bieten, da sich die Regelaufgaben der Anlage 4 nicht mit den OPS-Codes in Einklang bringen lassen. Die angestrebte Nachweisführung würde lediglich den Aufwand zur Dokumentation sowie für die Nachweisführung massiv ansteigen lassen, jedoch zu keinerlei Informationsgewinn führen.

Vor Inkrafttreten dieser Nachweispflicht empfehlen wir dringend Rücksprache mit dem IQTIG über den Informationsgehalt und die Auswertungsmöglichkeiten dieser Dokumentationspflicht zu halten.

Sollte auch das IQTIG zum Schluss kommen, dass mit den angeforderten Daten keine Rückschlüsse auf die Durchführung von Regelaufgaben vorgenommen werden können – das eigentliche Ziel der Abfrage – muss die Nachweispflicht zum 1.1.2024 unbedingt ausgesetzt werden. Alternativ stehen die angefragten Daten sogar bereits zur Verfügung, da sie im Rahmen der § 21 Datenlieferung jahres- und einrichtungsbezogen übermittelt werden. Sofern dem IQTIG dieser Teildatensatz zur Verfügung gestellt werden könnte, wäre eine Ersteinschätzung zur Aussagekraft der Daten bereits heute (und auch rückwirkend) möglich und es gäbe eine valide Entscheidungsbasis bevor weiterer erheblicher Aufwand in den Einrichtungen verursacht wird.

Wir bitten Sie freundlich, unsere Ausführungen im Stellungnahmeverfahren zur Weiterentwicklung der PPP-RL zu berücksichtigen, auch wenn wir im Vorfeld nicht zur Einreichung einer Stellungnahme aufgefordert wurden.

Für Rückfragen oder zum vertiefenden fachlichen Austausch stehen wir Ihnen gerne mit unserer praktischen Fachexpertise zur Verfügung

Mit freundlichen Grüßen



Paul Bomke

Vorsitzender
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands

Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der PPP-RL

Von: Markus.Lenz@bfdi.bund.de <Markus.Lenz@bfdi.bund.de> Im Auftrag von REFERAT13@bfdi.bund.de
Gesendet: Montag, 26. Juni 2023 16:34
An: Anfragen und Stn PPP-RL <PPP-RL@g-ba.de>
Betreff: AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der PPP-RL

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
13-315/072#1325

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Abs. 5a SGB V.

Zum Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL gebe ich aus datenschutzrechtlicher Sicht keine
Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Lenz

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Referat 13 - Sozial- und Gesundheitswesen
- Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn
Fon: (0228) 997 799 1318
Fax: (0228) 997799 5550
E-Mail Referat: referat13@bfdi.bund.de
Internet: www.bfdi.bund.de

Datenschutzrechtliche Erklärung des BfDI für den E-Mail-Verkehr und die Erfüllung seiner öffentlichen Aufgaben
insgesamt: <https://www.bfdi.bund.de/datenschutz>

Vertraulichkeitshinweis:

Dies ist eine vertrauliche Nachricht und nur für den Adressaten bestimmt. Es ist nicht erlaubt, diese Nachricht zu kopieren oder Dritten zugänglich zu machen. Sollten Sie irrtümlich diese Nachricht erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten diese E-Mail.

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. Anhörung

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der PPP-RL

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
1	Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	26. Juni 2023	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
2	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	29. Juni 2023	Stellungnahme
3	Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)	29. Juni 2023	Stellungnahme
4	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE)	30. Juni 2023	Stellungnahme
5	Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF)	30. Juni 2023	Stellungnahme
6	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	30. Juni 2023	Stellungnahme
7	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)	3. Juli 2023	Stellungnahme
8	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	4. Juli 2023	Stellungnahme
9	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	4. Juli 2023	Stellungnahme
10	Deutsche Vereinigung für soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)	4. Juli 2023	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der PPP-RL

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
11	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	6. Juli 2023	Stellungnahme
12	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	6. Juli 2023	Stellungnahme
13	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	6. Juli 2023	Stellungnahme
14	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	6. Juli 2023	Stellungnahme
15	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	6. Juli 2023	Stellungnahme
16	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung Suchttherapie (DG-Sucht)	6. Juli 2023	Stellungnahme
17	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)	6. Juli 2023	Stellungnahme
18	Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	6. Juli 2023	Stellungnahme
19	Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	6. Juli 2023	Stellungnahme
20	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)	6. Juli 2023	Stellungnahme
21	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)	6. Juli 2023	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der PPP-RL

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in zwei Arbeitsgruppen-Sitzungen am 12. Juli sowie 9. August 2023 vorbereitet und durch den Unterausschuss QS in seinen Sitzungen am 6. September und 4. Oktober 2023 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 4. Oktober 2023)
2	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB), 29.06.2023		
2.1	DGSGB	<p>Aufnahme von spezifischen Behandlungsbereichen (Behandlungsbereich „I“)</p> <p>In Deutschland leben ca. 1 Million Bürgerinnen und Bürger mit einer kognitiven Behinderung, ein Drittel davon mit einer zusätzlichen 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.</p> <p>Auch in der ggw. Fassung der PPP-RL bleiben die für die stationär psychiatrische Behandlung behinderungsbedingten Mehrbedarfe unberücksichtigt. Daher fordern wir als Fachgesellschaft - wie in den Stellungnahmen der DGSGB vom 14.06.2019, vom 12.08.2020, vom 26.06.2021 und vom 21.06.2022 - die Aufnahme von spezifischen Behandlungsbereichen (Behandlungsbereich „I“) für Personen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung. Alternativ dazu könnte der - entsprechend dem kognitiven bzw. emotionalen Referenzalter - in die KJ-</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Wir verweisen auf unsere Auswertung Ihrer Stellungnahme aus dem letzten Jahr. Wir gehen weiterhin davon aus, dass Personen mit einer kognitiven Behinderung aufgrund des ggf. intensivierten Behandlungsaufwandes als Intensivpatienten eingestuft werden können. Dies ermöglicht mehr Unterstützung dieser Menschen, vor allem durch die Pflege. Für Patienten mit intensivem Behandlungsbedarf ist nahezu doppelt so viel pflegerische Zeit vorgesehen im Vergleich zu einem Patienten mit regulärem Behandlungsbedarf. Ein eigener Behandlungsbereich für Menschen mit kognitiver Behinderung ist aus unserer Sicht deshalb nicht erforderlich. Bei einer weiteren Richtlinienanpassung prüfen wir die Aufnahme eines Hinweises in Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen, dass Menschen mit kognitiver Behinderung ggf. in die Behandlungsbereiche A2, S2, G2</p>

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 PPP-RL

		<p>Behandlungsbereiche eingruppiert werden.</p> <p>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 und ignoriert, dass es sich dabei definitionsgemäß um einen lebenslangen Zustand handelt.</p> <p>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>eingestuft werden können.</p> <p>Eine Vermischung der Behandlungsbereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit denen der Erwachsenenpsychiatrie halten wir aus fachlicher Sicht für nicht zielführend.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich der Verbesserungsbedürftigkeit der Versorgungssituation. Allerdings bezieht sich die Stellungnahme nicht auf die aktuelle Änderung der PPP- RL.</p> <p>DPR: Dank und Kenntnisnahme. Zusätzlicher Behandlungsbereich nicht erforderlich, Zustimmung zur Anmerkung des GKV-SV, die Änderung der Eingruppierungsempfehlung zu den Behandlungsbereichen A2, S2 und G2 (Personenkreis ist grundsätzlich in diese Behandlungsbereiche einzuordnen).</p>
3	Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK), 29.06.2023		
3.1	ZVK	<p>Zu § 5 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>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Wir verweisen auf unsere Auswertung Ihrer Stellungnahme aus dem letzten Jahr. Wie bereits in den TrG zum Beschluss vom 15.10.2020 ausgeführt, wurden in Orientierung an der Psych-PV entsprechend bei den Berufsgruppen e und f verschiedene Berufe und Qualifikationen mit inhaltlich entspre-</p>

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 PPP-RL

		<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>chendem Tätigkeitsfeld unter der Bezeichnung der Berufsgruppe zusammengefasst. Eine Überprüfung und ggfs. Anpassung ist vorgesehen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Der Vorschlag betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Stellungnahme bezieht sich nicht auf die aktuelle Änderung der PPP-RL.</p>
3.2	ZVK	<p>Zu Anlage 1: Minutenwertetabellen</p> <p><i>1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene</i></p> <p><i>[Zeitwerte in Minuten je Woche und Behandlungsbereich]</i></p> <p><i>2. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche</i></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>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Eine Anpassung der Minutenwerte für die Berufsgruppen ist zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen. Dabei kann auch die Differenzierung bzgl. der Durchführung als Einzel- oder Gruppentherapie geprüft werden.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Der Vorschlag betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf. Hinweis: Es ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den Vorgaben der PPP-RL um Personalmindestvorgaben handelt und nicht um Vorgaben für die Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Vorgaben für alle Einrichtungen gleichermaßen und somit unabhängig vom individuellen Behandlungskonzept (z. B. mit Fokus auf eine spezifische spezialtherapeutische Behandlung) der psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung gelten.</p>

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 PPP-RL

		Ebenso stellt sich die Frage, ob die Therapie in Einzeltherapie oder auch Gruppentherapie durchgeführt werden kann und ob dies genauer definiert werden sollte.	PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Allerdings bezieht sich die Stellungnahme nicht auf die aktuelle Änderung der PPP-RL.
4	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE), 30.06.2023		
4.1	DVE	<p>Mit Sorge sehen wie weiterhin, dass in dem jetzt vorliegenden Entwurf wieder keinerlei Inhalte aus unseren vorangegangenen Stellungnahmen Berücksichtigung gefunden haben. Uns ist durchaus bewusst, dass im Zusammenhang mit der PPP-RL noch an einigen Stellen dringender 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 intensiven Kontakt mit Patient:innen – dennoch bleibt der Eindruck, dass kein Interesse besteht, unsere Expertise zu berücksichtigen oder Anliegen von Ergotherapeut:innen im Sinne einer angemessenen Patientenversorgung in der Psychiatrie nachzugehen. Das ist aus unserer Sicht gleichbedeutend mit einem Desinteresse an sachgerechter und zeitgemäßer Versorgung und Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen.</p> <p>Aus der Perspektive der Ergotherapie geht es weiterhin um folgende Themen:</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Der GKV-SV steht zu einer interdisziplinären therapeutischen Behandlung in der Psychiatrie. Ergotherapie ist eine der relevanten Behandlungssäulen und wird von uns nicht in Frage gestellt.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Allerdings bezieht sich die Stellungnahme nicht auf die aktuelle Änderung der PPP-RL.</p>

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 PPP-RL

<p>4.2</p>	<p>DVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Minutenwerte: Im Gegensatz zu allen anderen Berufsgruppen, die eine Erhöhung der Minutenwerte erfahren haben oder zumindest auf unverändertem Niveau geblieben sind, hat die Ergotherapie real eine Reduzierung erfahren. Dies liegt an der Zusammenfassung mit den Künstlerischen Therapie, die ohne Erhöhung der Minutenwerte erfolgte, da für diese Berufsgruppen zu keiner Zeit überhaupt Minutenwerte definiert waren. Vor diesem Hintergrund ist zumindest eine Erhöhung des Minutenkontingents für die Fachtherapien im Sinne eines Anteils für Künstlerische Therapien notwendig. • „Fachtherapien“ statt „Spezialtherapeuten“: Der Begriff der Spezialtherapeuten muss durch einen angemesseneren Begriff wie „Fachtherapien“ ersetzt werden – im Sinne der Professionalität und Wertschätzung der hier zugeordneten Berufsgruppen. • Subsummierung verschiedener Berufsgruppen unter „Fachtherapien“: Grundsätzlich ist bereits die Subsummierung verschiedener Berufsgruppen unter einen Begriff, um gemeinsame Minutenwerte zu haben und den Kliniken die Verteilung offen zu halten, aus unserer Sicht wenig nachvollziehbar, da es ja bereits breite Anrechnungsmöglichkeiten untereinander gibt. Diese Anrechnungsmöglichkeiten betrachten wir schon jetzt mit Sorge, da sie aus unserer Sicht zu weitreichend sind und die spezifische, breit aufgestellte Versorgung gefährden können. Falls diese Zusammenfassung allerdings unabänderlich ist, dann ist die bestehende zu hinterfragen, denn sie ist fachlich nicht begründbar. In der Logik müssten dann alle therapeutischen Berufsgruppen darunter zusammengefasst werden, also beispielweise auch die Bewegungstherapeut:innen oder Heilpädagog:innen. 	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Gemäß § 14 Abs. 5 PPP-RL hat der G-BA nach der ersten Anpassung der Richtlinie im September 2022 (vgl. § 1 Abs. 3 PPP-RL) alle zwei Jahre zu überprüfen, ob eine weitere Anpassung der Richtlinie erforderlich ist.</p> <p>Die Berufsgruppen in § 5, die Minutenwerte in Anlage 1, die Regelaufgaben in Anlage 4 PPP-RL wurden daher vorliegend nicht beraten und nicht geändert und sind somit auch nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens. Es gelten weiterhin die Erläuterungen der Tragenden Gründe zu den bisherigen Beschlüssen zur PPP-RL.</p> <p>Um mögliche Auswirkungen von Anrechnungen zu beobachten, wurde das IQTIG beauftragt, entsprechende Auswertungen der Krankenhausdaten vorzunehmen.</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 Berufe und Qualifikationen mit inhaltlich entsprechendem Tätigkeitsfeld unter der Bezeichnung der Berufsgruppe zusammengefasst. Eine Anpassung der Minutenwerte für die Berufsgruppen sowie die Regelaufgaben sind zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Der Vorschlag betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf. Hinweis: Es ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den Vorgaben der PPP-RL um Personalmindestvorgaben handelt und nicht um Vorgaben für</p>
------------	------------	---	--

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 PPP-RL

		<ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung Regelaufgaben: Die Beschreibung der Regelaufgaben ist unabhängig von einer Subsummierung unter den Begriff der Fachtherapien berufsgruppenspezifisch nötig. Aufgrund der Entwicklung in den Professionen in den letzten 30 Jahren besteht bei den aktuellen Beschreibungen dringender Aktualisierungsbedarf. Die aktuelle Ausführung ist auch ethisch nicht mehr haltbar. 	<p>die Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die Vorgaben für alle Einrichtungen gleichermaßen und somit unabhängig vom individuellen Behandlungskonzept (z. B. mit Fokus auf eine spezifische spezialtherapeutische Behandlung) der psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung gelten.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Allerdings bezieht sich die Stellungnahme nicht auf die aktuelle Änderung der PPP-RL.</p>
4.3	DVE	<p>Wir fordern daher 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.</p> <p>Wir stellen unsere Expertise jederzeit gerne zur Verfügung, um eine zeitgemäße Versorgung der Klient:innen zu gewährleisten, und erwarten auch eine aktive Einbeziehung, da wir als Deutscher Verband Ergotherapie und damit Vertretung der Profession Ergotherapie diejenigen sind, die eine entsprechende fachliche Expertise für Aspekte aus dem Bereich Ergotherapie einbringen können.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe auch Anmerkungen zu Abschnitt 4.2.</p> <p>Vielen Dank für Ihr Angebot, Ihre fachliche Expertise einzubringen. Bei der entsprechenden Überarbeitung kommen wir gerne darauf zurück.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Allerdings bezieht sich die Stellungnahme nicht auf die aktuelle Änderung der PPP-RL.</p>
4.4	DVE	<p>Zur weiteren Erläuterung und Begründung der o.g inhaltlichen Anliegen verweisen wir wiederum auf unsere Stellungnahme von 2021, die wir als Anlage beigefügt haben.</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 16.09.2021 einsehen können.</p>

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 PPP-RL

5	Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF), 30.06.2023		
5.1	DGPSF	<p>§ 6 Absatz 6: Änderungsvorschlag des GKV-SV bzgl. der Mindestanforderungen für Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung</p> <p><i>Stellungnahme:</i> Hier sollen gemäß GKV-SV/BÄK sowie DKG die Minutenwerte pauschal über alle Berufsgruppen reduziert werden. Aus Sicht der DGPSF wäre eine solche pauschale Reduzierung der Minutenwerte höchst problematisch. Zum einen sind die Minutenwerte ohnehin niedrig. Zum anderen wird die pauschale Reduzierung der Minutenwerte über alle Berufsgruppen hinweg dem Umstand nicht gerecht, dass die Berufsgruppen nicht alle gleichermaßen für die spezifischen Aufwände im Rahmen der Versorgungsverpflichtung relevant sind. Die DGPSF spricht sich gegen diesen Änderungsvorschlag der GKV-SV aus.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Bereits mit der Psych-PV sollten die Minutenwerte angemessen verringert werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Die PPP-RL konkretisierte den höheren personellen Aufwand einer Versorgungsverpflichtung mit 10 Prozent. Dementsprechend sollten die Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung um 10 Prozent reduziert werden. Allerdings definiert die PPP-RL bisher nicht, was unter Versorgungsverpflichtung zu verstehen ist. Deshalb entwickelte der GKV-SV einen pragmatischen Vorschlag. Dieser orientierte sich an den typischen, strukturellen Elementen einer Einrichtung, die eine Versorgungsverpflichtung wahrnimmt und die bereits in Anlage 3 der PPP-RL erfasst werden. Im Stellungnahmeverfahren wurden jedoch in verschiedenen Stellungnahmen relevante Bedenken hinsichtlich möglicher Fehlanreize dieser Definition vorgebracht. Deshalb hat der GKV-SV seinen Änderungsvorschlag überprüft und zurückgezogen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Die DKG fordert zunächst die Beibehaltung der bestehenden und im Wesentlichen aus der Psych-PV übernommenen Regelung, wonach die Minutenwerte einer Einrichtung um 10 % zu reduzieren sind, wenn keine regionale Pflichtversorgung vorliegt. Im Rahmen der Weiterentwicklung</p>

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 PPP-RL

			<p>der PPP-RL sollte diese Regelung überprüft und angepasst werden. Dies ist bisher nicht erfolgt und wird nicht mit Informationen aus dem Nachweisverfahren zur PPP-RL adäquat umzusetzen sein. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die regionalen Vorgaben und Rahmenbedingungen auf der Landesebene zur Wahrnehmung der regionalen Pflichtversorgung äußerst heterogen sind und sich der gelebte Grad der der Versorgungswahrnehmung sehr unterschiedlich gestaltet. Zunehmend schultern auch Tageskliniken – allerdings in der Regel nicht mit 24 Stunden Aufnahmepflicht am Tag - die Hauptlast der Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen in einer Region, was auch dem politischen Ziel hin zu einer stärkeren Ambulantisierung und Nähe zum Lebensumfeld, entspricht. Vor diesem Hintergrund und sich entwickelnden Versorgungsrealitäten sind jegliche Anpassungen, wie zum Beispiel auch der komplette Entfall einer Regelung auf ihre Auswirkungen und Sachgerechtigkeit im Sinne der Qualitätssicherung zu überprüfen, was bisher nicht erfolgt ist. Dies wird den besonderen Aufgaben der Einrichtungen mit einem Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung nicht gerecht.</p> <p>PatV/BPtK/DPR: Dank und Zustimmung.</p>
5.2	DGPSF	<p>§ 13 Abs. 5 und 6, §16 Abs. 3: Änderungsvorschlag der DKG bzgl. Verschiebung der Sanktionierung auf den 1.1.2026</p> <p><i>Stellungnahme:</i> Der Verschiebung des Inkrafttretens der Sanktionierung ist zwar einerseits nachvollziehbar, gleichwohl dürfte es unwahrscheinlich sein, dass die Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben sich</p>	<p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>Wir weisen darauf hin, dass auch im zweiten Quartal 2022 jede zweite Einrichtung die Mindestvorgaben nicht eingehalten hat.</p>

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 PPP-RL

		<p>ändert, wenn dies ohne Konsequenzen bleibt, zumal eine zu geringe Personalausstattung sich ungünstig auf die Patient:innen-Versorgung auswirkt. Auch ist zu befürchten, dass das vorhandene Personal weiterhin dem Risiko der Überlastung ausgesetzt sein wird. Die DGPSF befürwortet deshalb die Umsetzung der ursprünglich zum 1.1.2024 vorgesehenen Sanktionierung, würde aber auch eine Verschiebung auf den 1.1.2025 als Kompromisslösung für vertretbar halten.</p>	<p>Besonders wenig Personal gibt es in Häusern, die besonders viele schwer kranke Patienten behandeln – ein hoch problematisches Ergebnis, zumal hier ganz besonders die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten im Vordergrund steht. Darüber hinaus liegen die derzeit geltenden Minutenwerte noch unter den Vorgaben der 30 Jahre geltenden Psych-PV.</p> <p>Eine professionelle, an den Leitlinien orientierte Therapie von psychisch erkrankten Patienten benötigt ausreichend Personal in allen erforderliche Berufsgruppen. Mit zu wenig Personal ist nur Verwehren möglich, nicht Behandeln.</p> <p>Der GKV-SV teilt die Befürchtung der DGPSF, dass ein weiteres Aussetzen der Sanktionen nicht dazu beiträgt, dass die Einrichtungen zeitnah in den schon seit Jahren erforderlichen Personalaufbau investieren. Freiwilligkeit, das zeigen die vergangenen Jahrzehnte, erwirkt leider keinen suffizienten Personalaufbau. Wir sehen ein weiteres Aussetzen der Sanktionen deshalb kritisch.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Die bisher veröffentlichten Daten der Quartalsberichte gemäß PPP-RL aus dem Jahr 2022 zeigen, dass durchschnittlich 83,9 Prozent der Kliniken den berufsgruppenübergreifenden Umsetzungsgrad über alle Berufsgruppen hinweg in der Erwachsenenpsychiatrie und durchschnittlich über 78,9 Prozent der Kliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erreicht haben. Viele Einrichtungen erreichten sogar einen Umsetzungsgrad von über 100 Prozent. Jedoch erfüllen durchschnittlich 48,2 Prozent der Einrichtungen in der</p>
--	--	--	--

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 PPP-RL

			<p>Erwachsenenpsychiatrie und 50,2 Prozent der Einrichtungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Mindestvorgaben nicht. Hierbei ist zu beachten, dass die Mindestvorgaben bereits als nicht erfüllt gelten, wenn sie in nur in einer Berufsgruppe unterschritten werden. Dementsprechend ist nicht in Gänze zu wenig Personal vorhanden. Trotz intensiver Bemühungen vieler Häuser ist es im Bundesdurchschnitt bisher nicht gelungen, die personelle Ausstattung in allen Berufsgruppen den Mindestvorgaben der PPP-RL anzupassen. Aus der Höhe der Defizite z. B. in der Pflege ergibt sich jedoch, dass vor dem Hintergrund der bestehenden Fachkräftesituation und geringen Verfügbarkeit auf dem Arbeitsmarkt ein Aufbau entsprechender Kapazitäten realistisch zeitnah nicht zu erreichen ist. Bei den anderen Berufsgruppen zeigen sich teilweise hohe Übererfüllungsgrade. Daher ist zu hinterfragen, ob die Minutenwerte in den Mindestvorgaben noch den gelebten Versorgungskonzepten und der Versorgungsrealität vor Ort entsprechen. Um eine zukünftige Sanktionierung – die in ihrer derzeitigen Ausgestaltung keine Rücksicht auf mögliche Ursachen nehmen - zu umgehen, bleibt den Krankenhäusern wenig anderes übrig, als die Belegung abzusenken und das Leistungsspektrum zu reduzieren, da sich die Anzahl der Behandlungstage der Patientinnen und Patienten direkt auf die Umsetzungsgrade auswirkt. Ob das allerdings im Sinne der zu versorgenden Patientinnen und Patienten insbesondere auch im Zusammenhang mit ggf. vorhandener Pflicht zur Aufnahme ist, ist zu hinterfragen.</p>
--	--	--	--

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 PPP-RL

			<p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme, was die Umsetzung der vorgesehenen Sanktionierung ab 1.1.2024 betrifft.</p> <p>BPtK: Dank und Zustimmung. Es ist jedoch fraglich, ob eine Verschiebung des Inkrafttretens der Sanktionen um ein weiteres Jahr, ohne konkrete Strategien dazu, wie ein Aufwachsen des Personals in diesem Jahr erreicht werden kann, zu den notwendigen Verbesserungen bei der Personalausstattung beitragen würde. Ohne spürbare Konsequenzen bei Nicht-Einhaltung der Mindestanforderungen ist es aus Sicht der BPtK fraglich, ob die erforderlichen Verbesserungen der Personalausstattung zur Sicherung einer qualitätsorientierten Patientenversorgung sowie zur Reduzierung der Arbeitsbelastung für das Personal erreicht werden können. Sollte ein Personalaufbau aus Gründen des zunehmenden Fachkräftemangels langfristig nicht gelingen, kann es zudem keine Lösung sein Patient*innen dauerhaft mit zu wenig Personal zu behandeln, sondern die Kliniken müssen ihre Versorgungskapazitäten, soweit es der Versorgungsbedarf der Patient*innen zulässt, stärker als bisher in weniger personalintensive teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote umsteuern. Auch hierfür können Sanktionen entsprechende Impulse setzen.</p> <p>Mögliche Kompromisslinien könnten aus Sicht der BPtK ggfls. in einer Überprüfung und Anpassung der konkreten Ausgestaltung der Sanktionen liegen. Diese müssen verhältnismäßig und im Interesse der Sicherstellung einer ausreichenden und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung ausgestaltet sein.</p>
--	--	--	---

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 PPP-RL

5.3	DGPSF	<p>§ 16 Absatz 4: Änderungsvorschlag der DKG/BÄK</p> <p><i>Stellungnahme:</i> Die DGPSF spricht sich für die Beibehaltung der von GKV-SV/PatV/BPtK vorgesehenen Frist (31.12.23) aus. Die Ermittlung von Mindestvorgaben und Umsetzgraden dient der Informationsgewinnung und Transparenz und ist gleichermaßen Voraussetzung für die Sicherstellung adäquater Patient:innenversorgung.</p>	<p>GKV-SV/PatV/BPtK: Dank und Zustimmung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Um keine vorzeitige Anpassung von Behandlungskonzepten an die bisher ausgestalteten Mindestvorgaben für die Psychosomatik zu erzeugen, sollte eine Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades sowie der Meldung bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben erfolgen. Wie bisher sollte es jedoch dabei bleiben, dass die Einrichtungen der Psychosomatik eine Einstufung der Patientinnen und Patienten nach § 6 Absatz 3 PPP-RL vornehmen und die tatsächliche Personalausstattung nach § 7 PPP-RL nachweisen.</p>
6	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP), 30.06.2023		
6.1	DGKJP	<p>Zu 1. Verringerung der Minutenwerte angesichts „keiner Versorgungsverpflichtung“</p> <p>Wir weisen an diesem Punkt darauf hin, dass sich hier die Problematik der PPP-RL exemplarisch zeigt: sie ist kein Instrument zur Budgetfindung. Sie soll aber Sanktionen auslösen, wenn Untergrenzen unterschritten werden. Nach der Logik der Absenkung wären bei ggfs. eintretenden Sanktionen solche Kliniken bevorzugt, die keine Pflichtversorgung leisten, da sie weniger Personal nachweisen müssten, dagegen würden pflichtversorgende Kliniken bestraft,</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Bereits mit der Psych-PV sollten die Minutenwerte angemessen verringert werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Die PPP-RL konkretisierte den höheren personellen Aufwand einer Versorgungsverpflichtung mit 10 Prozent. Dementsprechend sollten die Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung um 10 Prozent reduziert werden. Allerdings definiert die PPP-RL bisher nicht, was unter Versorgungsverpflichtung zu verstehen ist. Deshalb entwickelte der GKV-SV einen pragmatischen Vorschlag. Dieser orientierte</p>

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 PPP-RL

	<p>die temporär die PPP-RL Maßgaben unterschreiten. Da die Pflichtversorgung für gerade schwer erkrankte Patient:innen essentieller Bestandteil der psychiatrischen Versorgung ist, stellt sich die Frage, ob die Intentionen, die mit der Modifikation der PPP-RL verfolgt werden, in ihren Folgen wirklich eingeschätzt werden und nicht im Gegenteil in der Praxis zu einer Schlechterstellung der Kliniken führen, die die aufwändige und wenig planbare Pflichtversorgung wahrnehmen. Ob dies im Sinne der Patientenversorgung und –sicherheit ist, bezweifeln wir (vgl. hierzu auch weiter unten). Die vorgelegte Regelung ist deshalb ggfs. sogar gefährlich, auf jeden Fall aber untauglich, da auch nicht klar wird, welches Ziel sie verfolgt. Die Kalkulationsgröße von 10 % aller Minutenwerte aller Berufsgruppen ist hinsichtlich der Pflichtversorgung nicht nachvollziehbar und wird nicht begründet.</p> <p>Soll mit der G-BA PPP-RL verfolgt werden, Kliniken, die die aufwändige Pflichtversorgung zu organisieren haben, eine entsprechende Personalbemessung (und damit Refinanzierung) zu ermöglichen, so verfehlen die Vorschläge ihr Ziel. Dafür müsste der G-BA eine gesonderte Regelung finden. Insofern befürworten wir im speziellen Fall der KJPP den Vorschlag der Patientenvertretung und der Bundespsychotherapeutenkammer, § 6 Abs. 6 aufzuheben. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie existieren nur sehr wenige Kliniken ohne Pflichtversorgung (ohnehin, wenn man die unscharfe Definition der Beschlussvorlage zu Grunde legt). Diese widmen sich einer spezialisierten Behandlung von Kindern und Jugendlichen, z.B. mit Essstörungen oder Borderline-Patient:innen. Einen Sonderfall stellen in einigen Ländern Kliniken dar, die die Behandlung von Intelligenzgeminderten wahrnehmen, einer besonders vulnerablen Patientengruppe. Gerade letztere Patient:in-</p>	<p>sich an den typischen, strukturellen Elementen einer Einrichtung, die eine Versorgungsverpflichtung wahrnimmt und die bereits in Anlage 3 der PPP-RL erfasst werden. Im Stimmnahmeverfahren wurden jedoch in verschiedenen Stellungnahmen relevante Bedenken hinsichtlich möglicher Fehlanreize dieser Definition vorgebracht. Deshalb hat der GKV-SV seinen Änderungsvorschlag überprüft und zurückgezogen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Die DKG fordert die Beibehaltung der bestehenden und im Wesentlichen aus der Psych-PV übernommenen Regelung, wonach die Minutenwerte einer Einrichtung um 10 % zu reduzieren sind, wenn keine regionale Pflichtversorgung vorliegt. Wie die DGKJP ausführt, sollte die bisherige Regelung für die KJP kaum Auswirkungen im Sinne der 10%-igen Reduktion haben, da fast alle KJP-Einrichtungen über einen entsprechenden Versorgungsauftrag verfügen.</p> <p>Im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL sollte diese Regelung überprüft und angepasst werden. Dies ist bisher nicht erfolgt und wird nicht mit Informationen aus dem Nachweisverfahren zur PPP-RL adäquat umzusetzen sein. Jegliche Anpassungen sind ebenso auf ihre Auswirkungen und Sachgerechtigkeit im Sinne der Qualitätssicherung zu überprüfen, was bisher nicht erfolgt ist. Vielen Dank demnach auch für den Hinweis, dass die Intention hinter der vorgeschlagenen Anpassung zu hinterfragen ist und auch die Ausführungen zu den möglichen Auswirkungen der Regelung. Da die PPP-RL zunehmend die Grundlage bei den Budgetverhandlungen auf der Ortsebene ist, wird aus Sicht der DKG das Ziel einer Absenkung</p>
--	---	--

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 PPP-RL

	<p>nen sind in der Regel nicht weniger aufwandsintensiv als Krisenpatient:innen, die im Rahmen der Pflichtversorgung aufgenommen werden. Auf diese „Einrichtungen der Sondernversorgung“ kann flächendeckend nicht verzichtet werden, und eine Kürzung der Minutenwerte für diese besonders behandlungsintensiven Patient:innengruppen ist medizinisch nicht gerechtfertigt, sie würde eher eine Schlechterstellung der Intelligenzgeminderten nach sich ziehen. Einer solchen Diskriminierung muss im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie entgegengetreten werden. Der Patientenvertretung ist laut den „Tragenden Gründen“ S. 4 überdies recht zu geben, dass die Zuordnungen zu Behandlungsbereichen hier ebenso aussagekräftig sind.</p> <p>Zudem kommentieren wir den Vorschlag des GKV Spitzenverbandes und der BÄK sowie den Folgedissens zu § 6 Absatz 6 wie folgt:</p> <p>Die Versorgungsrealität der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in der Beschreibung nicht suffizient wiedergegeben.</p> <p>a) Die Definition „zur Behandlung von Patienten mit gesetzlicher Unterbringung verpflichtet“ trifft auf das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht zu. Zur Behandlung von Patient:innen mit einem Unterbringungsbeschluss nach § 1631b BGB (der gesetzlichen Grundlage für gut 90 % aller unterzubringenden Patient:innen unter 18 Jahren) werden zunächst die Sorgeberechtigten, dann das Krankenhaus mit dem familiengerichtlichen Beschluss jeweils berechtigt, nicht verpflichtet. Vor dem Hintergrund dieser Rechtsgrundlage ist ein Krankenhaus nicht aufnahmeverpflichtet. Für Aufnahmen von Patient:innen nach den Psych-K(H)Gs, d.h. den Landesunterbringungsgesetzen,</p>	<p>des zu verhandelnden Personalniveaus verfolgt.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme, insbesondere, was die Kliniken, die Patienten/innen mit Intelligenzminderungen behandeln, betrifft.</p> <p>BPtK: Dank und Zustimmung. Die BPtK stimmt insbesondere zu, dass eine pauschale Absenkung der ohnehin für eine leitlinienorientierte Versorgung bei weitem nicht ausreichenden Minutenwerte für nicht-pflichtversorgende Einrichtungen zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgung führen kann. Die pauschale Absenkung der Minutenwerte würde auch solche Berufsgruppen betreffen, die in die Versorgung von Krisenpatient*innen im Rahmen der Pflichtversorgung in der Regel weniger involviert sind, wie z.B. Spezialtherapeut*innen. Das Therapieangebot für Patient*innen in nicht pflicht-versorgenden Kliniken würde damit noch weiter einschränkt.</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung.</p>
--	--	--

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 PPP-RL

	<p>existieren sehr unterschiedliche landesrechtliche Vorgaben in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Einige Länder definieren eine Aufnahmeverpflichtung bis hin zur Postleitzahl, andere nicht. Zudem müssen sich z.B. Krankenhausträger in Baden-Württemberg außerhalb der ZfP-Gruppe und der Universitätskliniken für die Berechtigung zur Aufnahme solcher Patient:innen bei der Landesregierung bewerben (die dann bei Vorliegen eines Beschlusses nach Landesrecht allerdings verpflichtend wird). Auf verschiedenen Ebenen, von LAGs bis hin zu Landesgesetzen oder Landesverordnungen ist geregelt, dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche aus einer definierten Region im Notfall akut stationär versorgt werden. Die PPP-RL müsste also der Realität in der Versorgungspraxis auch im Bereich der KJPP gerecht werden und hier entsprechende Formulierungen finden, die sowohl die rechtlichen Regelungen in praxi und de lege in der KJPP abbilden, als auch dem Umstand, dass ein großer Anteil von Patient:innen ohne entsprechende rechtliche Beschlüsse im Rahmen der Pflichtversorgung als Notfälle aufgenommen werden: in der KJPP immerhin fast 50 % (Kölch et al. 2022, Kölch et al. 2023).</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SpiV in den „Tragenden Gründen“ („Der erste [Ersatzparameter] erfasst, ob Patientinnen und Patienten nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (Vormundschaft, Pflegschaft Vormundschaft, Pflegschaft bzw. nach dem Betreuungsgesetz) aufgenommen werden“) (TrG S.2) adressiert damit nicht die Patient:innen der KJPP. Die Umsetzung als „zur Behandlung verpflichtet“ drückt jedoch einen gänzlich anderen Sachverhalt aus.</p>	
--	---	--

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 PPP-RL

		<p>b) Inwieweit die Definition „24-Stunden Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten“ trennscharf in der KJPP einzusetzen ist, bezweifeln wir: wie wird dieses Kriterium operationalisiert? Nachdem sozialrechtlich für die stationäre Behandlung von Patient:innen entsprechende Definitionen bestehen, und auch die ständige Rechtsprechung definiert, dass jederzeit eine ärztliche Intervention möglich sein muss, ist in Frage zu stellen, welche Krankenhäuser dieses Kriterium nicht erfüllen? Die Formulierung müsste somit für das Fachgebiet z.B. in</p> <p><i>„24- stündige Aufnahmemöglichkeit für akut stationär behandlungsbedürftige Patientinnen oder Patienten“</i></p> <p>geändert werden.</p> <p>Auch hier scheint es, dass laut den „Tragenden Gründen“ seitens des GKV-SpiV einfach gemeint war, „ob akute Notfälle rund um die Uhr aufgenommen und behandelt werden können“ (TrG S. 2), aber im Beschlusstext missverständlich – ohne Beachtung der krankenhausrrechtlichen Bedeutung des Begriffs „Bereitschaft“ - ausgedrückt wurde. Auf einen weiteren versorgungspolitischen Nebeneffekt der intendierten Regelung sollte zusätzlich aufmerksam gemacht werden: eine rechnerische Absenkung der Personal-<i>Mindest</i>- Vorgaben um 10 % könnte für Krankenhausträger mit Problemen der Personalrekrutierung durchaus attraktiv sein, um die Mindestvorgaben nicht länger zu unterschreiten. Deshalb könnten Krankenhausträger auf die Idee kommen, Patient:innen mit Unterbringungsbeschluss oder notfallmäßigem Behandlungsbedarf die Aufnahme zu verwehren, dafür aber</p>	
--	--	---	--

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 PPP-RL

		<p>eine personell „klamme“ Abteilung ohne zusätzliche, die 10 %-Abschlag teils überschreitende, Sanktionszahlungen existenziell zu erhalten. Beim aktuellen bundesweiten Post-Corona-Behandlungsbedarf ist eine Bettenbelegung mit „Regelpatienten“ ohne Notfälle im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie ohne jede Schwierigkeit weiterhin realisierbar. Auf den bereits begonnenen Abbau kleiner stationärer Einheiten im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat die DKG in ihrer Kommentierung dieses Abschnitts in den „Tragenden Gründen“ auf Seite 6 bereits hingewiesen.</p>	
6.2	DGKJP	<p>Zu 2. Bildung einer Grundgesamtheit für die Stichprobe gemäß § 16 Abs. 8</p> <p>Die DGKJP begrüßt jegliche Bestrebungen, die Grundgesamtheit der leistungserbringenden Krankenhäuser besser abzubilden. Anstelle eines aufwändigen und fehleranfälligen Verfahrens nach der Abrechnung nur einer Leistung wäre es aber gegebenenfalls naheliegender, die Liste der Einrichtungen mit durchgeführten Strukturprüfungen für psychiatrische bzw. in unserem Fall kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen zum OPS 9-65 der Medizinischen Dienste zugrunde zu legen.</p>	<p>GKV-SV: Dank, dass auch seitens DGKJP die Notwendigkeit gesehen wird, eine vollzählige Grundgesamtheit zu ermitteln. Unser Vorschlag ist für die Krankenhäuser aufwandsarm.</p> <p>Die vorgeschlagene Ermittlung der Grundgesamtheit basiert auf den Krankenausstandorten einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen, die Nachweise nach § 11 erbracht haben, ergänzt um Einrichtungen im vorgenannten Sinne, die entsprechende OPS Codes abgerechnet haben. Damit gelingt eine vollständigere und zugleich aufwandsarme Erfassung der Einrichtungen, die dem Geltungsbereich der PPP-RL zuzuordnen sind, weil sie entsprechende Leistungen erbracht haben.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Das Ziel zur Ermittlung einer möglichst vollständigen Grundgesamtheit im Rahmen der PPP-RL ist grundsätzlich zu unterstützen. Allerdings wird mit der Aufnahme des neuen Absatzes die Grundlage für ein unregelmäßiges</p>

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 PPP-RL

			<p>Verfahren gelegt, bei dem wesentliche verfahrenstechnische und rechtliche Fragen aus Sicht der Krankenhäuser ungeklärt sind und unnötige bürokratische Aufwände produziert werden.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
6.3	DGKJP	<p>Zu 3. Änderung des § 13 - Vergütungswegfall bei Unterschreiten der Mindestpersonalausstattung</p> <p>Die DGKJP unterstützt den Vorschlag der BÄK und der DKG, das Eintreten der Sanktionen um weitere 2 Jahre zu verschieben und dann von 100 % Erfüllungsquote auszugehen, da laut den veröffentlichten Quartalsberichten des IQTIG bereits aktuell rund die Hälfte aller Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie Sanktionen unterworfen werden würden. Eine Reduzierung der stationären und teilstationären Platzzahl für Kinder und Jugendliche wäre die unweigerliche Folge, sobald Träger gezwungen würden, bei allfälligen Personalausfällen zwischen teuren zusätzlichen Honorarkräften oder Bettenabbau zu entscheiden. In Post- Pandemie-Zeiten mit einem bundesweit gestiegenen Behandlungsbedarf für Kinder und Jugendliche ist diese Entwicklung gesundheitspolitisch nicht vertretbar.</p> <p>Vielmehr sollte die Zeit bis 2026 genutzt werden, Gründe für die Untererfüllung der Mindestpersonalausstattung zu erheben, angegebene Ausnahmetatbestände zu analysieren und wahre, zwischenzeitlich erfolgte Tarifsteigerungen refinanzierende Budgetverhandlungen</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Der GKV-SV nimmt die Umsetzungsergebnisse mit Sorge wahr. Eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit zu wenig Personal muss vermieden werden. Insofern sind alle Maßnahmen wichtig und richtig, den Personalaufbau in den Einrichtungen zu unterstützen. Die Annahme, dass eine weitere Verschiebung der Sanktionen zu einem Aufbau der Personalausstattung genutzt wird, ist vor dem Hintergrund der Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte nicht nachvollziehbar. Ein weiteres Aussetzen der Sanktionen sehen wir deshalb kritisch. In bestimmten Situationen (hoher Krankenstand etc.) können zudem Ausnahmetatbestände in Anspruch genommen werden und damit ohne Sanktion von den Mindestvorgaben abweichen. Unbenommen davon kann die DGKJP gerne bei ihren Einrichtungen Gründe für die Nichterfüllung der Mindestvorgaben erheben und dem G-BA zur Verfügung stellen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>

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 PPP-RL

		<p>zu führen. Zudem ist zu erwarten, dass Ergebnisse der vom Innovationsfond geförderten EPIIK Studie zur Personalbemessung vorliegen. Außerdem sind die Ergebnisse zur Krankenhausreform der Regierungskommission einzubeziehen, die ebenfalls derzeit erarbeitet werden. In dieser Situation ein Sanktionsverfahren mit der Folge eines ungeordneten Abbau von stationären Angeboten für psychisch schwer erkrankte Kinder und Jugendliche in der angespannten Situation nach Corona in Kraft zu setzen halten wir für nicht vertretbar - es würde unseren Patient:innen schaden.</p>	<p>BPtK: Wir teilen das Anliegen, dass die psychiatrische Versorgung geeignete Rahmenbedingungen für eine qualitäts- und patientenorientierte Ausgestaltung und Weiterentwicklung benötigt. Sanktionen sind jedoch erforderlich, um zu verhindern, dass die Mindestqualitätsstandards unterschritten und damit eine mangelhafte Versorgung der Patient*innen dauerhaft in Kauf genommen wird. Eine Unterschreitung von Mindestvorgaben führt zudem zu einer Überlastung des vorhandenen Personals und birgt die Gefahr, dass hierdurch Personal für die psychiatrische Versorgung verloren und der Fachkräftemangel weiter gefördert wird. Ein weiteres Aussetzen von Sanktionen wäre deshalb der falsche Weg. Jedoch sollten die Sanktionen auch aus Sicht der BPtK verhältnismäßig und im Interesse einer sicheren und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung ausgestaltet sein. Vor diesem Hintergrund sollten die Sanktionen und insbesondere die Sanktionshöhe noch einmal überprüft und ggfls. angepasst werden.</p>
7	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP), 03.07.2023		
7.1	DGSP	<p>Die Richtlinien-Fassung vom 07.06.2023 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</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Eine professionelle, an den Leitlinien orientierte Therapie von psychisch erkrankten Patienten benötigt ausreichend Personal in allen erforderliche Berufsgruppen. Die PPP-RL trägt dazu bei, dass eine Mindestausstattung mit Personal nicht unterschritten wird. Zudem empfiehlt die PPP-RL den Einsatz von Gene-</p>

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 PPP-RL

		<p>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>sungsbegleitern. Eine Überarbeitung der Richtlinie trägt deshalb nach unserem Verständnis erheblich dazu bei, dass psychisch erkrankte Menschen bestmögliche Behandlung erhalten.</p> <p>Der Hinweis der DGSP zur Evidenzbasierung und leitliniengerechten Versorgung scheint nachvollziehbar, ist aber nicht berechtigt, da der Bezug auf vorhandene Evidenz und Leitlinien in der PPP-RL nicht per se fehlt, sondern aufgrund einer weltweit nicht vorhandenen Datengrundlage nicht hergestellt werden konnte.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme, insbesondere, was die Rolle der Genesungsbegleiter/innen bei der Krisenbegleitung von Patienten/innen betrifft.</p> <p>BPtK: Dank und Zustimmung. Auch aus Sicht der BPtK sollten die Mindestvorgaben eine leitlinienorientierte Behandlung der Patient*innen ermöglichen. Dies ist mit den jetzigen Mindestvorgaben nicht der Fall.</p>
7.2	DGSP	<p>Es erscheint uns naheliegend, pflichtversorgende Einrichtungen zu stärken. Weniger überzeugend ist es, nicht-pflichtversorgende Einrichtungen einseitig personell zu schwächen, so wie es im Richtlinien-Entwurf vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) in §6 (6) vorgeschlagen wird. Die DGSP schlägt hingegen eine Umschichtung von personellen Ressourcen zugunsten von pflichtversor-</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Bereits mit der Psych-PV sollten die Minutenwerte angemessen verringert werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Die PPP-RL konkretisierte den höheren personellen Aufwand einer Versorgungsverpflichtung mit 10 Prozent. Dementsprechend sollten die Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Ver-</p>

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 PPP-RL

		<p>genden Einrichtungen vor. Diese Stärkung sollte besonders für Alternativen zur stationären Versorgung genutzt werden, also für die Versorgung mit Home Treatment und stationsäquivalenter Behandlung. Längere Fristen für Sanktionen sind sinnvoll, weil durch das Sanktionensystem die großen gegenüber den kleinen Einrichtungen bevorzugt werden, da letztere personelle Engpässe schlechter kompensieren können. Die DGSP unterstützt zudem die Aussage der Patientenvertretung, dass die Verringerung der Minutenwerte keinen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung im Sinne von § 1 Abs. 1 dieser Richtlinie darstellen.</p>	<p>sorgungsverpflichtung um 10 Prozent reduziert werden. Allerdings definiert die PPP-RL bisher nicht, was unter Versorgungs-verpflichtung zu verstehen ist. Deshalb entwickelte der GKV-SV einen pragmatischen Vorschlag. Dieser orientierte sich an den typischen, strukturellen Elementen einer Einrichtung, die eine Versorgungs-verpflichtung wahrnimmt und die bereits in Anlage 3 der PPP-RL erfasst werden. Im Stellungnahmeverfahren wurden jedoch in verschiedenen Stellungnahmen relevante Bedenken hinsichtlich möglicher Fehlanreize dieser Definition vorgebracht. Deshalb hat der GKV-SV seinen Änderungsvorschlag überprüft und zurückgezogen.</p> <p>Auch wir sehen, dass in den deutschen Krankenhäusern die bestehenden Alternativen zur stationären Behandlung kaum genutzt werden. Modellvorhaben zeigen, dass durch eine intensive Behandlung in Tageskliniken und psychiatrischen Institutsambulanzen die stationäre Verweildauer reduziert oder ersetzt werden kann. Das ist nicht nur im Sinne der Patientinnen und Patienten, sondern ermöglicht auch einen zielgerichteten Personaleinsatz.</p> <p>Ursachen der niedrigen Erfüllungsquoten sind nicht nur der Fachkräftemangel, sondern insbesondere strukturelle Probleme. In den meisten europäischen Ländern wurden in den letzten 20 Jahren stationäre Kapazitäten abgebaut. Deutschland hat dagegen in den letzten Jahren stationäre Betten aufgebaut, obwohl der Grundsatz ambulant vor stationär gilt und eine adäquate Therapie nicht zwingend vollstationär erfolgen muss.</p>
--	--	---	--

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 PPP-RL

			<p>DKG: Kenntnisnahme. Die DKG fordert zunächst die Beibehaltung der bestehenden und im Wesentlichen aus der Psych-PV übernommenen Regelung, wonach die Minutenwerte einer Einrichtung um 10 % zu reduzieren sind, wenn keine regionale Pflichtversorgung vorliegt. Im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL sollte diese Regelung überprüft und angepasst werden. Dies ist bisher nicht erfolgt und wird nicht mit Informationen aus dem Nachweisverfahren zur PPP-RL adäquat umzusetzen sein. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die regionalen Vorgaben und Rahmenbedingungen auf der Landesebene zur Wahrnehmung der regionalen Pflichtversorgung äußerst heterogen sind und sich der gelebte Grad der der Versorgungswahrnehmung sehr unterschiedlich gestaltet. Zunehmend schultern auch Tageskliniken – allerdings in der Regel nicht mit 24 Stunden Aufnahmepflicht am Tag - die Hauptlast der Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen in einer Region, was auch dem politischen Ziel hin zu einer stärkeren Ambulantisierung und Nähe zum Lebensumfeld, entspricht. Vor diesem Hintergrund und sich entwickelnden Versorgungsrealitäten sind jegliche Anpassungen, wie zum Beispiel auch der komplette Entfall einer Regelung auf ihre Auswirkungen und Sachgerechtigkeit im Sinne der Qualitätssicherung zu überprüfen, was bisher nicht erfolgt ist. Dies wird den besonderen Aufgaben der Einrichtungen mit einem Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung nicht gerecht.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Zustimmung (siehe Kommentar der BPtK zu 6.1).</p>
--	--	--	---

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 PPP-RL

7.3	DGSP	Den Vorschlag des GKV-Spitzenverbands, einen §11 (14) einzuführen, lehnt die DGSP ab, da hier ein immenser bürokratischer Aufwand gefordert wird, wobei verfahrenstechnische Fragen nicht eindeutig geklärt sind und eine Verschlechterung der Versorgung durch Entfernung der Krankenhausstandorte zu befürchten ist.	<p>GKV-SV: Die vorgeschlagene Ermittlung der Grundgesamtheit basiert auf den Krankenausstandorten einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen, die Nachweise nach § 11 erbracht haben, ergänzt um Einrichtungen im vorgenannten Sinne, die entsprechende OPS Codes abgerechnet haben. Damit gelingt eine vollständigere und zugleich aufwandsarme Erfassung der Einrichtungen, die dem Geltungsbereich der PPP-RL zuzuordnen sind, weil sie entsprechende Leistungen erbracht haben.</p> <p>Ein immenser bürokratischer Aufwand ist nicht zu erkennen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
7.4	DGSP	Eine Verlängerung der Fristen, wie sie die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und Bundesärztekammer (BÄK) in §13 (5) vorschlagen, unterstützt die DGSP grundsätzlich.	<p>GKV-SV: Wir weisen darauf hin, dass auch im zweiten Quartal 2022 jede zweite Einrichtung die Mindestvorgaben nicht eingehalten hat. Besonders wenig Personal gibt es in Häusern, die besonders viele schwer kranke Patienten behandeln – ein hoch problematisches Ergebnis, zumal hier ganz besonders die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten im Vordergrund steht. Darüber hinaus liegen die derzeit geltenden Minutenwerte noch unter den Vorgaben der 30 Jahre geltenden Psych-PV.</p> <p>Eine professionelle, an den Leitlinien orientierte Therapie von psychisch erkrankten Patienten benötigt ausreichend Personal in allen erforderliche Berufsgruppen. Mit zu wenig Personal ist nur Verwehren möglich, nicht Behandeln.</p>

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 PPP-RL

			<p>Wir gehen davon aus, dass ein weiteres Aussetzen der Sanktionen nicht dazu beiträgt, dass die Einrichtungen zeitnah in den schon seit Jahren erforderlichen Personalaufbau investieren. Freiwilligkeit, das zeigen die vergangenen Jahrzehnte, erwirkt leider keinen suffizienten Personalaufbau. Wir sehen ein weiteres Aussetzen der Sanktionen deshalb kritisch.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: siehe 6.3.</p>
7.5	DGSP	<p>Generell sollten alternative Modelle der Personalbemessung wie die Psych-PV plus von Ver.di oder das Plattform-Modell der DGPPN für eine grundlegende Neufassung herangezogen werden. Die DGSP wird sich daran oder an einer dialogischen Expert:innenkommission gerne beteiligen.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Die Ergebnisse der EPIK Studie werden, sobald diese vorliegen, zur Weiterentwicklung der PPP-RL herangezogen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Allerdings betrifft die Stellungnahme nicht die aktuelle Änderung der PPP-RL.</p>
7.6	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 	<p>GKV-SV: s. Stellungnahme zum Beschlussentwurf 2022 bzw. 2020. Die Haltung der DGSP ist dem GKV-SV nicht verständlich. Den Interessen gerade der schwerst psychisch erkrankten Patienten ist es nicht zuträglich, wenn zu wenig Personal vorhanden ist und nicht angemessen behandelt werden kann. Dies</p>

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 PPP-RL

	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Die Bereiche der Psychosomatik P3 und P4 stellen keine Trennschärfe zwischen Psychiatrie und Psychosomatik dar. Es gibt auch keinen erkennbaren Grund der Aufspaltung der Bereiche 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. 	<p>wäre ein Rückschritt in Richtung Verwahrspsychiatrie, den niemand gehen möchte.</p> <p>Durch die Nachweise der Richtlinie wurde erstmals transparent nachgewiesen, dass gerade die Einrichtungen mit besonders schwer kranken Patienten besonders schlecht personell ausgestattet sind. Die ist ein Missstand, der nicht zu akzeptieren ist, und der sich durch Freiwilligkeit nicht ändern wird – das haben die vergangenen Jahrzehnte gezeigt. Wir sehen ein weiteres Aussetzen der Sanktionen deshalb kritisch.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Allerdings betrifft die Stellungnahme nicht die aktuelle Änderung der PPP-RL.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV setzt sich weiter für einen stationsbezogenen Nachweis ein und bedauert gerade vor dem Hintergrund, dass Einrichtungen mit besonders schwer kranken Patienten besonders schlecht personell ausgestattet sind, dass der stationsbezogene Nachweis in den nächsten Jahren nur für eine kleine Stichprobe erhoben wird.</p> <p>Die ambulante Versorgung – zumindest im Krankenhaus - sollte perspektivisch mit in die PPP-RL einbezogen werden. Etwa durch Aufnahme der Psychiatrischen Institutsambulanzen in die Richtlinie.</p>
--	---	--

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 PPP-RL

		<ul style="list-style-type: none"> - 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 Expert:innengruppe mit Vertreter:innen aus Wissenschaft und Praxis an. Dazu sollte baldmöglichst eine Nachfolgestudie zur Wittchen- Studie erstellt werden. - 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 Patient:innensicherheit zu gewährleisten sowie Zwangsbehandlungen zu vermeiden. 	
7.7	DGSP	Der begrenzte Zeitraum zwischen der Veröffentlichung der Änderung am 09. Juni 2023 und der Frist zur Einreichung der Stellungnahme bis 06. Juli 2023 lässt kaum Raum für unsere verbandsinterne Kultur der gemeinsamen Meinungsbildung und dem dazu gehörigen Abstimmungsprozess.	GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.
8	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), 04.07.2023		
8.1	ver.di	Vorbemerkung	

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 PPP-RL

	<p>Mit der Einführung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) 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.</p> <p>Mit den vorliegenden Änderungen soll die seit dem 1. Januar 2020 wirkende Richtlinie weiterentwickelt werden. ver.di macht sich stark für Personalvorgaben, die eine hochwertige qualitative Versorgung ermöglichen. Dazu sind verbindliche Mindestvorgaben ein wichtiger Schritt, diese müssen bedarfsgerecht sein, die Einhaltung ist nachzuweisen und es muss Konsequenzen haben, wenn verbindliche Vorgaben nicht eingehalten werden. Anderenfalls erlangen sie keine hinreichende Wirksamkeit. Es ist erforderlich, dass die Sanktionen zielgerichtet sind und dafür Sorge tragen, dass die Behandlung unter Einhaltung der Qualitätsvorgaben der Richtlinie erfolgen. Zukünftig müssen Qualitätsvorgaben der Richtlinie verknüpft werden mit der Krankenhausplanung der Länder – auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung. Können die Vorgaben nicht eingehalten werden, sind die Planungen anzupassen, in dem die Zahl der Planbetten reduziert wird, bis das notwendig vorzuhaltende Personal nachgewiesen wird.</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. Krankenhäuser bleiben in der Verantwortung, alle Möglichkeiten zu nutzen, um das notwendige Personal</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
--	---	---

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 PPP-RL

	<p>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, Arbeits- und Gesundheitsschutzstandards für Beschäftigte abschließend zu berücksichtigen, noch können sie eine leitliniengerechte Versorgung gewährleisten. Dafür ist ein bedarfsgerechter 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 BpflV 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 in der Einrichtung tätigen noch nicht von der PPP-RL erfassten Berufsgruppen gelten.</p> <p>Über die Weiterentwicklung der PPP-RL hinaus sieht ver.di den Bedarf, die Regelungen der Bundespflegesatzverordnung anzupassen um sicherzustellen, dass die finanziellen Mittel für das Personal zweckentsprechend eingesetzt werden müssen. Das bedeutet, das</p>	
--	---	--

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 PPP-RL

	<p>Regelungen erforderlich sind die eine Rückzahlung nicht und nicht zweckentsprechend eingesetzter Mittel sicherstellt. Eine selbstkostendeckende Refinanzierung aller Personalstellen analog zur Pflegebudgetregelung im Bereich der Krankenhauspflege ist die Voraussetzung, um bedarfsgerechte Personalbemessung zu begünstigen und ein weiteres Abwandern von Fachkräften aus den Einrichtungen und einen verschärften Kostendruck zulasten des Personal und der Versorgungsqualität zu verhindern.</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. <p>Um eine hohe Fachlichkeit sicherzustellen, müssen die Mindeststandards durch Fachkräfte erfüllt werden. Darüber hinaus ist eine hohe</p>	
--	---	--

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 PPP-RL

		<p>Quote von Fachweiterbildungen oder vergleichbaren weiteren Qualifikationen in der Richtlinie zu verankern und deren tatsächliche Umsetzung sicherzustellen.</p> <p>- Die Lücke, die durch die Möglichkeit der Herausnahme der Modellprojekte nach</p> <p>§ 64b SGB V aus dem Geltungsbereich der Richtlinie entstanden ist, muss dringend durch adäquate Standards auch für diesen Bereich geschlossen werden.</p> <p>- Die ambulante psychiatrische Versorgung wird zukünftig eine größere Rolle spielen. Hier fehlen ebenfalls Qualitätsvorgaben um eine gute Versorgung sicherzustellen und den Wechsel in diese Tätigkeiten für die Beschäftigten attraktiv zu gestalten.</p> <p>- 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.</p> <p>ver.di setzt sich dafür ein, dass diese Kritikpunkte im Rahmen der Weiterentwicklung aufgegriffen werden.</p> <p>Zu den Regelungen im Einzelnen</p>	
8.2	ver.di	<p>§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung:</p> <p>zu Absatz 6:</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Bereits mit der Psych-PV sollten die</p>

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 PPP-RL

		<p>Um eine hohe und vergleichbare Behandlungsqualität zu erzielen und um die Qualitätsvorgaben aus dem § 136a SGB V erfüllen zu können, müssen für alle Einrichtungen identische Minutenwerte gelten. Eine Absenkung der Minutenwerte bei fehlenden Behandlungsvoraussetzungen konterkariert eine leitliniengerechte Behandlung, benachteiligt die in den betreffenden Einrichtungen zu behandelnden Patient*innen ohne sachliche Begründung und führt zu einer zusätzlichen Belastung für die Beschäftigten. Die Richtlinie würde bei einer entsprechenden Umsetzung die bereits heute in erheblichem und nicht zu vertretendem Umfang gegebene Arbeitsverdichtung verstärken, anstatt für eine hohe Versorgungsqualität in Verbindung mit guten Beschäftigungsbedingungen zu sorgen. ver.di spricht sich daher gegen den Ansatz einer Absenkung von Minutenwerten aus und unterstützt den Antrag der Patient*innenvertretung (PatV), den Absatz 6 zu streichen.</p>	<p>Minutenwerte angemessen verringert werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Die PPP-RL konkretisierte den höheren personellen Aufwand einer Versorgungsverpflichtung mit 10 Prozent. Dementsprechend sollten die Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung um 10 Prozent reduziert werden. Allerdings definiert die PPP-RL bisher nicht, was unter Versorgungsverpflichtung zu verstehen ist. Deshalb entwickelte der GKV-SV einen pragmatischen Vorschlag. Dieser orientierte sich an den typischen, strukturellen Elementen einer Einrichtung, die eine Versorgungsverpflichtung wahrnimmt und die bereits in Anlage 3 der PPP-RL erfasst werden. Im Stellungnahmeverfahren wurden jedoch in verschiedenen Stellungnahmen relevante Bedenken hinsichtlich möglicher Fehlanreize dieser Definition vorgebracht. Deshalb hat der GKV-SV seinen Änderungsvorschlag überprüft und zurückgezogen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Die DKG fordert zunächst die Beibehaltung der bestehenden und im Wesentlichen aus der Psych-PV übernommenen Regelung, wonach die Minutenwerte einer Einrichtung um 10 % zu reduzieren sind, wenn keine regionale Pflichtversorgung vorliegt. Im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL sollte diese Regelung überprüft und angepasst werden. Dies ist bisher nicht erfolgt und wird nicht mit Informationen aus dem Nachweisverfahren zur PPP-RL adäquat umzusetzen sein. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die regionalen Vorgaben und Rahmenbedingungen auf der Landesebene zur Wahrnehmung der regionalen Pflichtversorgung äußerst hete-</p>
--	--	---	--

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 PPP-RL

			<p>rogen sind und sich der gelebte Grad der der Versorgungswahrnehmung sehr unterschiedlich gestaltet. Zunehmend schultern auch Tageskliniken – allerdings in der Regel nicht mit 24 Stunden Aufnahmepflicht am Tag - die Hauptlast der Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen in einer Region, was auch dem politischen Ziel hin zu einer stärkeren Ambulantisierung und Nähe zum Lebensumfeld, entspricht. Vor diesem Hintergrund und sich entwickelnden Versorgungsrealitäten sind jegliche Anpassungen, wie zum Beispiel auch der komplette Entfall einer Regelung auf ihre Auswirkungen und Sachgerechtigkeit im Sinne der Qualitätssicherung zu überprüfen, was bisher nicht erfolgt ist. Dies wird den besonderen Aufgaben der Einrichtungen mit einem Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung nicht gerecht.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme- wie von der PatV gefordert.</p> <p>BPtK: Dank und Zustimmung.</p>
8.3	ver.di	<p>§ 11 Nachweisverfahren:</p> <p>zu Absatz 14 (neu):</p> <p>Insbesondere für die Stichprobe gem. § 16 Abs. 8 ist eine vollständige Erfassung aller psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erforderlich. Darüber hinaus ist die vollzählige Grundgesamtheit die Basis für die Umsetzung der weiteren Regelungen, wie z. B. der Übermittlungsvorgaben gegenüber dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und die Information des</p>	<p>GKV-SV/BPtK: Dank und Zustimmung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Das Ziel zur Ermittlung einer möglichst vollständigen Grundgesamtheit im Rahmen der PPP-RL ist grundsätzlich zu unterstützen. Allerdings wird mit der Aufnahme des neuen Absatzes die Grundlage für ein unregelmäßiges Verfahren gelegt, bei dem wesentliche verfahrenstechnische und rechtliche Fragen aus Sicht der Krankenhäuser ungeklärt</p>

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 PPP-RL

		<p>IQTIG an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über nicht erfüllte Dokumentationspflichten.</p> <p>Um sicherzustellen, dass die Qualitätsvorgaben der PPP-RL in allen Einrichtungen gelten und auch umgesetzt werden, müssen diese bekannt sein. Gleiches gilt für die Auswahl im Stichprobeverfahren. ver.di unterstützt daher den Vorschlag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV).</p>	<p>sind und unnötige bürokratische Aufwände produziert werden.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
8.4	ver.di	<p>§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:</p> <p>zu Absatz 5 und 6:</p> <p>ver.di lehnt eine weitere Verschiebung der Sanktionierung bei nicht eingehaltenen Personalmindestvorgaben ab. Um die vorhandenen Fachkräfte zu halten sowie die Versorgungsqualität abzusichern und zu verbessern, muss der dringend erforderliche Personalaufbau erfolgen. Eine ver.di-Befragung im letzten Jahr hat ergeben, dass viele Träger angesichts drohender Sanktionszahlungen mehr Personal eingestellt haben. Diese Bemühungen sind nach der Entscheidung über die weitere Aussetzung der Sanktionen wieder zurückgefahren worden. Eine Verschiebung würde den Fachkräftenotstand in den psychiatrischen Einrichtungen forcieren. Deshalb müssen die Vorgaben aus der Richtlinie konsequent umgesetzt und wie vorgesehen ab dem 01.01.2024 die Nichteinhaltung sanktioniert werden.</p> <p>Seit 2017 ist aufgrund des PsychVVG-Nachweises (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen) den Einrichtungen bekannt, welche</p>	<p>GKV-SV/PatV/BPtK: Dank und Zustimmung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Die bisher veröffentlichten Daten der Quartalsberichte gemäß PPP-RL aus dem Jahr 2022 zeigen, dass durchschnittlich 83,9 Prozent der Kliniken den berufsgruppenübergreifenden Umsetzungsgrad über alle Berufsgruppen hinweg in der Erwachsenenpsychiatrie und durchschnittlich über 78,9 Prozent der Kliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erreicht haben. Viele Einrichtungen erreichten sogar einen Umsetzungsgrad von über 100 Prozent. Jedoch erfüllen durchschnittlich 48,2 Prozent der Einrichtungen in der Erwachsenenpsychiatrie und 50,2 Prozent der Einrichtungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Mindestvorgaben nicht. Hierbei ist zu beachten, dass die Mindestvorgaben bereits als nicht erfüllt gelten, wenn sie in nur einer Berufsgruppe unterschritten werden. Dementsprechend ist nicht in Gänze zu wenig Personal vorhanden. Trotz intensiver Bemühungen vieler Häuser ist es im Bundesdurchschnitt bisher nicht gelungen, die personelle Ausstattung in allen Berufsgruppen den Mindestvorgaben der</p>

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 PPP-RL

	<p>personellen Maßnahmen zur Umsetzung einer bedarfsgerechten Personalausstattung erforderlich sind. Die Einrichtungen hatten seither ausreichend Zeit, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen und einen erforderlichen Personalaufbau in die Wege zu leiten. Wenn dies nicht geschehen ist, darf die Konsequenz keinesfalls ein Beibehalten des für die Beschäftigten und die zu behandelnden Patient*innen inakzeptablen Status quo sein. Sollte das verfügbare Personal für eine bedarfsgerechte Versorgung nicht ausreichen, ist eine Absenkung der Belegung unerlässlich.</p> <p>Wenn der Sanktionstatbestand nicht in der Gesamtzahl des Personals, sondern der Verteilung innerhalb der Berufsgruppen begründet sein sollte, gibt die PPP-RL einen ausreichenden Handlungsspielraum. Die näheren Regelungen zur praktischen Umsetzung des Vergütungswegfalls treffen die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG. Die Einrichtungen haben danach die Möglichkeit, die abweichende Verteilung des Personals zu begründen und z. B. auf Basis von Behandlungskonzepten zu belegen.</p> <p>Die Richtlinie gibt ausreichend Flexibilität, weil die Mindestvorgaben im Quartal und für die gesamte Einrichtung, also über alle Stationen hinweg einzuhalten sind. Auch die Anrechnungsmöglichkeiten gemäß § 8 der Richtlinie lassen Spielräume zu.</p> <p>Eine wichtige Voraussetzung für eine hohe Versorgungsqualität und gute Arbeitsbedingungen sind neben der Personalausstattung entsprechende Ausfall- und Vertretungskonzepte. Diese können gemäß § 2 Absatz 10 der Richtlinie vereinbart werden und sind zu finanzieren. Wenn geeignete Ausfall- und Vertretungskonzepte in den Einrichtun-</p>	<p>PPP-RL anzupassen. Aus der Höhe der Defizite z. B. in der Pflege ergibt sich jedoch, dass vor dem Hintergrund der bestehenden Fachkräftesituation und geringen Verfügbarkeit auf dem Arbeitsmarkt ein Aufbau entsprechender Kapazitäten realistisch zeitnah nicht zu erreichen ist. Bei den anderen Berufsgruppen zeigen sich teilweise hohe Übererfüllungsgrade. Daher ist zu hinterfragen, ob die Minutenwerte in den Mindestvorgaben noch den gelebten Versorgungskonzepten und der Versorgungsrealität vor Ort entsprechen. Um eine zukünftige Sanktionierung – die in ihrer derzeitigen Ausgestaltung keine Rücksicht auf Ursachen nehmen - zu umgehen, bleibt wie auch ver.di ausführt, den Krankenhäusern wenig anderes übrig, als die Belegung abzusenken und das Leistungsspektrum zu reduzieren, da sich die Anzahl der Behandlungstage der Patientinnen und Patienten direkt auf die Umsetzungsgrade auswirkt. Ob das allerdings im Sinne der zu versorgenden Patientinnen und Patienten insbesondere auch im Zusammenhang mit ggf. vorhandener Pflicht zur Aufnahme ist, ist zu hinterfragen.</p>
--	--	--

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 PPP-RL

		gen nicht zur Anwendung kommen, kann die Reaktion nicht die Aussetzung von Sanktionen sein, sondern die Behandlungskapazitäten müssen an die verfügbare Personalausstattung angepasst werden, um eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten.	
8.5	Ver.di	zu Absatz 8: Die Klarstellung in Absatz 8 ist sinnvoll.	GKV-SV/PatV: Dank. DKG: Kenntnisnahme.
8.6	Ver.di	§ 16 Übergangsregelungen: zu Absatz 2: Grundsätzlich sollten aufgrund des zeitlichen Vorlaufs inzwischen alle Einrichtungen in der Lage sein, ihre Mitwirkungspflicht vollständig zu erfüllen. ver.di unterstützt deshalb die Beibehaltung der Frist 01. Januar 2024.	GKV-SV: Dank und Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme. Das Nachweisverfahren der PPP-RL ist in Aufwand und Komplexität kaum zu übertreffen. Nichts desto trotz ist die Anzahl der Standorte, die die Mitwirkungspflichten im Verlauf seit dem Inkrafttreten der PPP-RL nicht erfüllen, äußerst gering. Aufgrund restriktiver Vorgaben im Nachweisverfahren, die sich häufig nicht mit der organisatorischen und umgesetzten Versorgungsrealität in Einklang bringen lassen, gelingt es noch nicht allen Standorten die entsprechenden Daten vollumfänglich wie gefordert abzubilden. Dies wird sich mit der geplanten Umstellung auf Nutzung von Routinedaten ab 2024 noch erheblich potenzieren. Daher sind die Übergangsregelungen zu einer Verschiebung des Inkrafttretens von Sanktionen mit nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten weiterhin zu verschieben. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
8.7	Ver.di	zu Absatz 4:	GKV-SV/BPtK: Dank und Zustimmung.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der PPP-RL

		<p>Einer Verschiebung der Fristen in Absatz 4 um weitere zwei Jahre lehnt ver.di ab. Diese sind zur Sicherstellung der erforderlichen Personalausstattung und einer guten Versorgungsqualität erforderlich. Die Einrichtung der Psychosomatik erhalten durch die Regelungen in Satz 3 bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben und nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten bereits zwei zusätzliche Jahre Zeit, die Mindestvorgaben umzusetzen. Wir unterstützen den Antrag des GKV-SV/PatV/BPtK.</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme. Um keine vorzeitige Anpassung von Behandlungskonzepten an die bisher ausgestalteten Mindestvorgaben für die Psychosomatik zu erzeugen, sollte eine Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades sowie der Meldung bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben erfolgen. Wie bisher sollte es jedoch dabei bleiben, dass die Einrichtungen der Psychosomatik eine Einstufung der Patientinnen und Patienten nach § 6 Absatz 3 PPP-RL vornehmen und die tatsächliche Personalausstattung nach § 7 PPP-RL nachweisen.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme - wie u.a. von der PatV gefordert.</p>
9	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK), 04.07.2023		
9.1	BApK	<p>1) § 6 Abs. 6:</p> <p>Mangels Vorgaben zur Prozess- oder Ergebnisqualität definiert die PPP-RL die Qualität über Vorgaben zur Struktur, in dem Personenanzahlen in definierten Berufsgruppen - sprich mit entsprechender Qualifikation – vorgehalten werden sollen. Die Versorgungsverpflichtung, wie auch immer sie definiert ist, erhöht ganz sicher die Anzahl der vorzuhaltenden Personen alleine durch die Gewährleistung einer 24h Verfügbarkeit an 7 Tagen der Woche. Die PPP-RL sieht hierfür eine ca. 11% Erhöhung der Personenzahl unabhängig von den Berufsgruppen</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Bereits mit der Psych-PV sollten die Minutenwerte angemessen verringert werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Die PPP-RL konkretisierte den höheren personellen Aufwand einer Versorgungsverpflichtung mit 10 Prozent. Dementsprechend sollten die Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung um 10 Prozent reduziert werden. Allerdings definiert die PPP-RL bisher nicht, was unter Versorgungsverpflichtung zu verstehen ist. Deshalb entwickelte der GKV-SV einen pragmatischen Vorschlag. Dieser orientierte sich an den typischen, strukturellen Elementen einer Einrichtung, die eine</p>

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 PPP-RL

	<p>oder der Größe der Einrichtung oder der Restriktion auf Ganzzahligkeit beim Einsatz von Menschen vor. Auch erschließt sich nicht, woher die 11% letztendlich stammen.</p> <p>In unserer Bundestags-Petition zur PPP-RL haben wir ferner darauf hingewiesen, dass die PPP-RL ein Verständnis der Psychiatrie von vor über 30 Jahren abbildet. Das heutige, durch viele Leitlinien unterfütterte Verständnis wird zu einer noch höheren Vorhaltung von qualifizierten Personen in den stationären Strukturen führen. Allerdings zeigen die vom IQTIG veröffentlichten Zahlen, dass in vielen Fällen selbst die auf einem veralteten Psychiatrie-Verständnis basierenden Mindestmengen in einzelnen Berufsgruppen nicht eingehalten werden können.</p> <p>Der BApK schließt sich daher der Forderung der PatV an und fordert eine Streichung des Absatz 6.</p>	<p>Versorgungsverpflichtung wahrnimmt und die bereits in Anlage 3 der PPP-RL erfasst werden. Im Stellungnahmeverfahren wurden jedoch in verschiedenen Stellungnahmen relevante Bedenken hinsichtlich möglicher Fehlanreize dieser Definition vorgebracht. Deshalb hat der GKV-SV seinen Änderungsvorschlag überprüft und zurückgezogen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Die DKG fordert zunächst die Beibehaltung der bestehenden und im Wesentlichen aus der Psych-PV übernommenen Regelung, wonach die Minutenwerte einer Einrichtung um 10 % zu reduzieren sind, wenn keine regionale Pflichtversorgung vorliegt. Im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL sollte diese Regelung überprüft und angepasst werden. Dies ist bisher nicht erfolgt und wird nicht mit Informationen aus dem Nachweisverfahren zur PPP-RL adäquat umzusetzen sein. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die regionalen Vorgaben und Rahmenbedingungen auf der Landesebene zur Wahrnehmung der regionalen Pflichtversorgung äußerst heterogen sind und sich der gelebte Grad der der Versorgungswahrnehmung sehr unterschiedlich gestaltet. Zunehmend schultern auch Tageskliniken – allerdings in der Regel nicht mit 24 Stunden Aufnahmepflicht am Tag - die Hauptlast der Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen in einer Region, was auch dem politischen Ziel hin zu einer stärkeren Ambulantisierung und Nähe zum Lebensumfeld, entspricht. Vor diesem Hintergrund und sich entwickelnden Versorgungsrealitäten sind jegliche Anpassungen, wie zum Beispiel auch der komplette Entfall einer Regelung auf ihre Auswirkungen und Sachgerech-</p>
--	--	--

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 PPP-RL

			<p>tigkeit im Sinne der Qualitätssicherung zu überprüfen, was bisher nicht erfolgt ist. Dies wird den besonderen Aufgaben der Einrichtungen mit einem Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung nicht gerecht.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich der von der PatV geforderten Streichung von § 6 Absatz 6.</p> <p>BPtK: Dank und Zustimmung.</p>
9.2	BApK	<p>2) §11 Abs. 14 Anfügung:</p> <p>Unabhängig von der Bildung einer Grundgesamtheit für die Stichprobe sollte die Grundgesamtheit der ans IQTIG gemeldeten Krankenhausstandorte mit ihren vorhandenen Einrichtungen festgelegt werden. Der BApK unterstützt daher den Vorschlag des GKV-SV vorbehaltlich eines besseren Lösungsvorschlages.</p>	<p>GKV-SV: Dank.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Das Ziel zur Ermittlung einer möglichst vollständigen Grundgesamtheit im Rahmen der PPP-RL ist grundsätzlich zu unterstützen. Allerdings wird mit der Aufnahme des neuen Absatzes die Grundlage für ein unregelmäßiges Verfahren gelegt, bei dem wesentliche verfahrenstechnische und rechtliche Fragen aus Sicht der Krankenhäuser ungeklärt sind und unnötige bürokratische Aufwände produziert werden.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
9.3	BApK	<p>3) 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>GKV-SV: Kenntnisnahme. Wie bereits in der Antwort zum Stellungnahmeverfahren in 2022 ausgeführt, findet die Arbeit mit Angehörigen Wiederhall 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 einbezie-</p>

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 PPP-RL

		<p>Um die für die Angehörigen vorgehaltenen, strukturellen Ressourcen sichtbar zu machen, wünscht der BApK für den § 9 <i>Weitere Qualitätsempfehlungen</i> nachfolgende zusätzliche Qualitätsempfehlung:</p> <p>(3) In der Kinder- und Jugendpsychiatrie sollen zusätzlich zu den § 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>hen oder Angehörigengruppen anbieten. Bei der Überarbeitung der Regelaufgaben kann dies ggf. aber gerne überprüft werden.</p> <p>Weitere Vorgaben für Angehörigenbegleiterinnen und -begleiter sind aus Sicht des GKV-SV derzeit nicht erforderlich.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Stellungnahme bezieht sich nicht auf die aktuelle Änderung der PPP-RL.</p>
9.4	BApK	<p>4) 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.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Stellungnahme bezieht sich nicht auf die aktuelle Änderung der PPP-RL.</p>
10	Deutsche Vereinigung für soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG), 04.07.2023		
10.1	DVSG	<p>1) § 6 Absatz 6:</p> <p>Die DVSG lehnt die vorgeschlagene Änderung der GKV-SV ab und unterstützt den Vorschlag der Patient*innenvertretung den § 6 Abs. 6 zu streichen.</p> <p><i>Begründung:</i> Eine Absenkung um 10% von Minutenwerten für Einrichtungen, die keine Versorgungs-verpflichtung haben, hält die DVSG fachlich und strukturell nicht für sinnvoll.</p> <p>Ausschließlich für die Berufsgruppe der Psychologie wurden die Minutenwerte der Psych-PV von 1991 bei der aktuellen Fassung der PPP-RL</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Bereits mit der Psych-PV sollten die Minutenwerte angemessen verringert werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Die PPP-RL konkretisierte den höheren personellen Aufwand einer Versorgungsverpflichtung mit 10 Prozent. Dementsprechend sollten die Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung um 10 Prozent reduziert werden. Allerdings definiert die PPP-RL bisher nicht, was unter Versorgungsverpflichtung zu verstehen ist. Deshalb entwickelte der GKV-SV einen pragmatischen Vorschlag. Dieser orientierte sich an den</p>

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 PPP-RL

		<p>angepasst. An dieser Stelle eine geforderte Mindestqualität noch weiter nach unten aufzuweichen wird den Anforderungen an eine moderne und patient*innenorientierte Behandlung und deren personellen Aufwand nicht gerecht.</p> <p>Strukturell würde zudem ein Stand-Alone Standort mit Stationen und Tageskliniken anders gesehen als wenn die nicht versorgungspflichtigen Bereiche am Standort mit Bereichen der Pflichtversorgung kombiniert sind, obwohl die Notwendigkeiten und Erfordernisse im Personalaufwand aus Patien*innensicht sich nicht nachvollziehbar unterscheiden.</p> <p>Aus Sicht der DVSG benötigt die Erfüllung der Richtlinie keine Reduzierung der Anforderungen, sondern stattdessen mehr Zeit für ihre Umsetzung sowie die Befreiung von regulatorischer Engmaschigkeit und eine Fokussierung auf bedarfsgerechte und spezialisierte Versorgung in einem multiprofessionellen Ansatz.</p>	<p>typischen, strukturellen Elementen einer Einrichtung, die eine Versorgungsverpflichtung wahrnimmt und die bereits in Anlage 3 der PPP-RL erfasst werden. Im Stellungnahmeverfahren wurden jedoch in verschiedenen Stellungnahmen relevante Bedenken hinsichtlich möglicher Fehlanreize dieser Definition vorgebracht. Deshalb hat der GKV-SV seinen Änderungsvorschlag überprüft und zurückgezogen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Die DKG fordert zunächst die Beibehaltung der bestehenden und im Wesentlichen aus der Psych-PV übernommenen Regelung, wonach die Minutenwerte einer Einrichtung um 10 % zu reduzieren sind, wenn keine regionale Pflichtversorgung vorliegt. Im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL sollte diese Regelung überprüft und angepasst werden. Dies ist bisher nicht erfolgt und wird nicht mit Informationen aus dem Nachweisverfahren zur PPP-RL adäquat umzusetzen sein. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die regionalen Vorgaben und Rahmenbedingungen auf der Landesebene zur Wahrnehmung der regionalen Pflichtversorgung äußerst heterogen sind und sich der gelebte Grad der der Versorgungswahrnehmung sehr unterschiedlich gestaltet. Zunehmend schultern auch Tageskliniken – allerdings in der Regel nicht mit 24 Stunden Aufnahmepflicht am Tag - die Hauptlast der Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen in einer Region, was auch dem politischen Ziel hin zu einer stärkeren Ambulantisierung und Nähe zum Lebensumfeld, entspricht. Vor diesem Hintergrund und sich entwickelnden Versorgungsrealitäten sind jegliche Anpassungen, wie zum Beispiel auch der komplette</p>
--	--	--	--

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 PPP-RL

			<p>Entfall einer Regelung auf ihre Auswirkungen und Sachgerechtigkeit im Sinne der Qualitätssicherung zu überprüfen, was bisher nicht erfolgt ist. Dies wird den besonderen Aufgaben der Einrichtungen mit einem Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung nicht gerecht.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich der von der PatV geforderten Streichung des § 6 Abs. 6.</p> <p>BPtK: Dank und Zustimmung.</p>
10.2	DVSG	<p>2) §13/§16:</p> <p>Die DVSG unterstützt im Kern den Vorschlag von DKG/BÄK, die Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zeitlich zu verschieben.</p> <p><i>Begründung:</i> Die aktuell geplanten Folgen ab 2024 führen in vielen Kliniken zu internen Verwerfungen und für Patient*innen und Mitarbeiter*innen zu einer angespannten Versorgungslage, die sich nicht an Patient*innenbedarfen und therapeutischen Schwerpunkten orientiert, sondern die Erfüllungsquoten im zu kritisierenden kleinteiligen standortbezogenen Bezug in den Vordergrund stellt. Aus Sicht der DVSG ist neben der zeitlichen Verschiebung der Sanktionen auch ein Anpassungszeitraum weiter einzuplanen, um komplexe Einsatzplanungen von Personal verträglich gestalten zu können. Zudem müssen die Leistungsplanung und die Anpassung des Personalbestands ohne negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität in einem machbaren Zeitraum synchronisiert werden. Die Art und Weise der geplanten Sanktionen sind nicht geeignet, positive Anreize für eine Qualitätsverbesserung in der Versorgung zu schaffen. Ziel der Richtlinie sollte es</p>	<p>GKV-SV: Wir weisen darauf hin, dass auch im zweiten Quartal 2022 jede zweite Einrichtung die Mindestvorgaben nicht eingehalten hat. Besonders wenig Personal gibt es in Häusern, die besonders viele schwer kranke Patienten behandeln – ein hochproblematisches Ergebnis, zumal hier ganz besonders die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten im Vordergrund steht. Darüber hinaus liegen die derzeit geltenden Minutenwerte noch unter den Vorgaben der 30 Jahre geltenden Psych-PV.</p> <p>Eine professionelle, an den Leitlinien orientierte Therapie von psychisch erkrankten Patienten benötigt ausreichend Personal in allen erforderliche Berufsgruppen. Mit zu wenig Personal ist nur Verwehren möglich, nicht Behandeln.</p> <p>Wir gehen davon aus, dass ein weiteres Aussetzen der Sanktionen nicht dazu beiträgt, dass die Einrichtungen zeitnah in den schon seit Jahren erforderlichen Personalaufbau investieren.</p>

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 PPP-RL

		sein, negative Entwicklungen für die Versorgung zu vermeiden und durch angemessene finanzielle Rahmensetzung eine qualitätsorientierte Personalausstattung in der Versorgung sicherzustellen.	Freiwilligkeit, das zeigen die vergangenen Jahrzehnte, erwirkt leider keinen suffizienten Personalaufbau. Wir sehen ein weiteres Aussetzen der Sanktionen deshalb kritisch. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. BPtK: siehe 6.3.
11	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), 06.07.2023		
11.1	DGPPN	<p>1. Durchsetzungsmaßnahmen</p> <p>Zu § 13: Die Anträge von DKG/BÄK werden unterstützt.</p> <p>Die akt_1. Durchsetzungsmaßnahmen</p> <p>Zu § 13: Die Anträge von DKG/BÄK werden unterstützt.</p> <p>Die aktuell geplanten Durchsetzungsmaßnahmen nach § 13 PPP-RL müssen zwingend ausgesetzt werden, andernfalls würde die Versorgungssicherheit in Deutschland Schaden nehmen (siehe hierzu auch das beigefügte <u>Positionspapier der Plattform Entgelt</u>).</p> <p>Die Durchsetzungsmaßnahmen sind in der aktuellen Ausgestaltung unverhältnismäßig. Sie übersteigen das theoretisch eingesparte Personalbudget um ein Vielfaches. Dies steht in drastischem Widerspruch zu den Vorgaben, die der Gesetzgeber in § 137 Absatz 1 SGB V für Sanktionsmaßnahmen gemacht hat. Dort sind gestufte und verhältnismäßige Maßnahmen vorgesehen.</p>	<p>GKV-SV: Wir weisen darauf hin, dass auch im zweiten Quartal 2022 jede zweite Einrichtung die Mindestvorgaben nicht eingehalten hat. Besonders wenig Personal gibt es in Häusern, die besonders viele schwer kranke Patienten behandeln – ein hoch problematisches Ergebnis, zumal hier ganz besonders die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten im Vordergrund steht. Darüber hinaus liegen die derzeit geltenden Minutenwerte noch unter den Vorgaben der 30 Jahre geltenden Psych-PV.</p> <p>Eine professionelle, an den Leitlinien orientierte Therapie von psychisch erkrankten Patienten benötigt ausreichend Personal in allen erforderliche Berufsgruppen. Mit zu wenig Personal ist nur Verwehren möglich, nicht Behandeln.</p> <p>30 Jahre Erfahrung mit der Psych-PV und nun drei Jahre mit der PPP-RL zeigen: Reden und unverbindliche Empfehlungen allein</p>

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 PPP-RL

	<p>Die Durchsetzungsmaßnahmen sind zudem unsachgemäß, weil sie kleinteilig jede Berufsgruppe in jedem Quartal betrachten. Außer Acht bleibt dabei, wie sich die Personalausstattung insgesamt und über das ganze Jahr hinweg darstellt. Die Systematik der Maßnahmen führt dazu, dass ein Krankenhaus sogar dann bestraft wird, wenn es über das Jahr hinweg mehr Stellen vorhält, als die Mindestvorgaben es vorsehen, aber die PPP-RL-Vorgaben nur in einem Quartal und nur in einer der sechs Berufsgruppen nicht erfüllen kann. Auch kurzfristige krankheitsbedingte Abwesenheiten können eine Unterschreitung der Mindestvorgaben auslösen. Um dies zu verhindern, ist ein personeller „Puffer“ nötig, der sich aber nach bisherigen Erfahrungen in Budgetverhandlungen vor Ort nicht vereinbaren lässt: Krankenkassen setzen die Personaluntergrenzen vielfach als Budgetobergrenzen fest.</p> <p>Die vorgesehenen Durchsetzungsmaßnahmen würden keinen Beitrag zur Patientensicherheit oder Qualität der Behandlung leisten, sondern im Gegenteil zu einer Verschlechterung führen und bestehende Probleme verschärfen. So ist zu erwarten, dass Kliniken, die das Personal nicht einstellen können, weil es an Bewerbern fehlt, versuchen müssen, die Sanktionen durch eine Reduktion der Patientenzahlen und des Leistungsangebots zu vermeiden.</p> <p>Dies hätte enorme Folgen für die psychische Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Patienten der stationären Psychiatrie sind in aller Regel schwer und akut erkrankt. Können sie nicht in ein Krankenhaus aufgenommen werden, drohen schwere Gesundheitsschäden und akute Eigen-/ und/oder Fremdgefährdung.</p>	<p>führen nicht zu mehr Personal. Ohne Transparenz, Überprüfung und Festlegung von Konsequenzen bei nichteingehaltenen Vorgaben werden die Vorgaben von vielen Krankenhäusern ignoriert. Deshalb hat der Gesetzgeber festgelegt, dass bei Nichterfüllung von Mindestvorgaben der Vergütungswegfall folgen muss (§ 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V). Eine Leistung die einen Mindestanspruch nicht erfüllt, darf nicht wie üblich vergütet werden.</p> <p>Wenn ein Krankenhaus, das trotz Ausnahmetatbeständen und Anrechnungsmöglichkeiten in einer Berufsgruppe die Mindestvorgaben für ein gesamtes Quartal nicht einhalten kann, verliert es den Anspruch auf einen Teil der Vergütung. Die Kürzung der Vergütung richtet sich in ihrer Höhe nach dem fehlenden Personal. Die Sanktionierung wurde eingeführt, um Fehlanreize zu verhindern, so dass die Krankenhäuser einen Anreiz haben, wirklich Personal einzustellen. Dadurch hat es keinen finanziellen Vorteil, mit zu wenig Personal zu behandeln.</p> <p>Wir gehen davon aus, dass ein weiteres Aussetzen der Sanktionen nicht dazu beiträgt, dass die Einrichtungen zeitnah in den schon seit Jahren erforderlichen Personalaufbau investieren. Freiwilligkeit, das zeigen die vergangenen Jahrzehnte, erwirkt leider keinen suffizienten Personalaufbau. Wir sehen ein weiteres Aussetzen der Sanktionen deshalb kritisch.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: siehe 6.3.</p>
--	---	---

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 PPP-RL

		<p>Eine die stationäre Behandlung ersetzende ambulante Versorgung dieser Patienten kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht gelingen, da bekanntermaßen weder die ambulanten Behandlungskapazitäten ausreichen noch Strukturen vorhanden sind, die eine hinreichend komplexe Versorgung akut-erkrankter Patienten ermöglichen.</p> <p>Die Verknappung der stationären Angebote wird außerdem dazu führen, dass eine Behandlung für schwer erkrankte Patienten vielerorts, wenn überhaupt, nur in einem weiter entfernt liegenden Krankenhaus möglich sein wird. Dies steht im eklatanten Widerspruch zum Prinzip der gemeindenahen Versorgung, die es psychisch erkrankten Menschen ermöglichen soll, in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu bleiben und – wo gewünscht – Angehörige frühzeitig in die Behandlung einzubeziehen.</p> <p>Zudem ist zu erwarten, dass das Personal von dort abgezogen werden muss, wo es nicht zwingend zur Erfüllung der Pflichtversorgung und der PPP-RL notwendig ist – insbesondere aus innovativen Angeboten wie der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) oder aus den Psychiatrischen Institutsambulanzen. In der Folge werden diese Behandlungsangebote nur noch reduziert zur Verfügung stehen oder regional sogar ganz wegfallen.</p> <p>Personal, das in den Kliniken arbeitet, muss sich zudem auf häufige, kurzfristige Versetzungen einstellen, um akute Mängel auf einzelnen Stationen auszugleichen. Solche wiederholten Änderungen des Einsatzortes sind nicht nur höchst demotivierend für die Mitarbeitenden, sie sind auch der erfolgreichen Behandlung psychisch erkrankter</p>	
--	--	--	--

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 PPP-RL

	<p>Menschen abträglich, da diese auf einer tragfähigen Beziehung zwischen Patienten und Personal basiert. Diese Faktoren zusammengekommen machen die betroffenen Krankenhäuser zu zunehmend unattraktiven Arbeitsplätzen, wodurch sich die Personalsituation weiter verschärfen wird.</p> <p>Viele Kliniken werden trotz dieser Maßnahmen Schwierigkeiten haben, die Personalvorgaben in allen Berufsgruppen einzuhalten und in der Folge von Sanktionen betroffen sein. Ihr Budget wird sich durch die Strafzahlungen reduzieren. Das wird für einige Kliniken sogar die Schließung bedeuten, da ihr Weiterbetrieb dann wirtschaftlich nicht mehr möglich ist.</p> <p>Laut Daten des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) konnten im dritten Quartal 2022 bereits mehr als jede zweite Einrichtung die Mindestvorgaben nicht in jeder Berufsgruppe erfüllen. Insbesondere mangelt es an Mitarbeitenden in den Berufsgruppen der Pflege, der Spezialtherapie und der Sozialen Arbeit.</p> <p>Auch auf Grundlage der Analysen von PPP-RL-Nachweisdaten des vierten Quartals 2022 von 347 Klinikstandorten der Erwachsenenpsychiatrie und 127 Klinikstandorten der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie) und des Lehrstuhls für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg ist davon auszugehen, dass bei einer Scharfstellung der Sanktionen mehr als 80 % der Einrichtungen von Strafzahlungen betroffen sein werden, und zwar in weiten Teilen der Bundesrepublik.</p>	
--	---	--

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 PPP-RL

11.2	DGPPN	<p>2. Pflichtversorgung</p> <p>Zu § 6 Abs. 6: Der Antrag von GKV-SV/BÄK wird unterstützt unter dem Vorbehalt einer Umformulierung</p> <p>Der Antrag des GKV-SV verfolgt das Ziel einer Konkretisierung der regionalen Pflichtversorgung. Dieses Ziel teilt die DGPPN grundsätzlich, da es sich hier um einen unverzichtbaren Baustein der regional differenzierten gemeindenahen Versorgung handelt. Gerade aufgrund der Wichtigkeit bedarf eine Operationalisierung hier aber einer detaillierteren Diskussion, als dies zum momentanen Stand des Verfahrens möglich erscheint. Die vorgelegte Formulierung erscheint in jedem Falle nicht geeignet, da zwar die Verpflichtung zur Behandlung von Patienten mit gesetzlicher Unterbringung überprüfbar ist, eine „24-Stunden Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten“ jedoch für sich allein nicht weiter nachweisbar erscheint. Mit der aktuellen Formulierung des „weder noch“ würde zudem einer der beiden Ersatzparameter ausreichen.</p> <p>Als Mindestparameter für eine regionale Versorgungsverpflichtung sehen wir, dass sowohl eine Verpflichtung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung als auch eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten besteht.</p> <p>Aus diesem Grund schließen wir uns dem Vorschlag der GKV/BÄK nur unter der Voraussetzung an, dass der Satz dahingehend umformuliert wird, dass die Spezifizierung beide Aspekte der Pflichtversorgung enthält.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Bereits mit der Psych-PV sollten die Minutenwerte angemessen verringert werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Die PPP-RL konkretisierte den höheren personellen Aufwand einer Versorgungsverpflichtung mit 10 Prozent. Dementsprechend sollten die Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung um 10 Prozent reduziert werden. Allerdings definiert die PPP-RL bisher nicht, was unter Versorgungsverpflichtung zu verstehen ist. Deshalb entwickelte der GKV-SV einen pragmatischen Vorschlag. Dieser orientierte sich an den typischen, strukturellen Elementen einer Einrichtung, die eine Versorgungsverpflichtung wahrnimmt und die bereits in Anlage 3 der PPP-RL erfasst werden. Im Stellungnahmeverfahren wurden jedoch in verschiedenen Stellungnahmen relevante Bedenken hinsichtlich möglicher Fehlanreize dieser Definition vorgebracht. Deshalb hat der GKV-SV seinen Änderungsvorschlag überprüft und zurückgezogen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Die DKG fordert zunächst die Beibehaltung der bestehenden und im Wesentlichen aus der Psych-PV übernommenen Regelung, wonach die Minutenwerte einer Einrichtung um 10 % zu reduzieren sind, wenn keine regionale Pflichtversorgung vorliegt. Im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL sollte diese Regelung überprüft und angepasst werden. Dies ist bisher nicht erfolgt und wird nicht mit Informationen aus dem Nachweisverfahren zur PPP-RL adäquat umzusetzen sein. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die regionalen</p>
------	-------	---	---

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 PPP-RL

		<p>Die DGPPN empfiehlt darüber hinaus dringend, eine versorgungswissenschaftlich begründete Operationalisierung der Pflichtversorgung im Kontext der Verfolgung des Prüfauftrages in § 14 im weiteren Verlauf des Verfahrens vorzunehmen.</p>	<p>Vorgaben und Rahmenbedingungen auf der Landesebene zur Wahrnehmung der regionalen Pflichtversorgung äußerst heterogen sind und sich der gelebte Grad der der Versorgungswahrnehmung sehr unterschiedlich gestaltet. Zunehmend schultern auch Tageskliniken – allerdings in der Regel nicht mit 24 Stunden Aufnahmepflicht am Tag - die Hauptlast der Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen in einer Region, was auch dem politischen Ziel hin zu einer stärkeren Ambulantisierung und Nähe zum Lebensumfeld, entspricht. Vor diesem Hintergrund und sich entwickelnden Versorgungsrealitäten sind jegliche Anpassungen, wie zum Beispiel auch der komplette Entfall einer Regelung auf ihre Auswirkungen und Sachgerechtigkeit im Sinne der Qualitätssicherung zu überprüfen, was bisher nicht erfolgt ist. Dies wird den besonderen Aufgaben der Einrichtungen mit einem Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung nicht gerecht.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
11.3	DGPPN	<p>3. Fristveränderung bei Mitwirkungspflichten</p> <p>Zu § 16 Abs. 2: Der Antrag der DKG wird unterstützt.</p> <p>Wir unterstützen die Position der DKG, die Fristen bis zur sanktionsbewährten vollständigen Datenlieferung auch weiterhin auszusetzen. Derzeit befinden sich die Einrichtungen immer noch in der Lern- und Erprobungsphase. Die beginnenden Prüfungen nach MD-QK-RL werden wichtige Hinweise zur Verbesserung der Daten-/Dokumentationsqualität liefern. Zu-dem wird auch die Evaluation der Richtlinie Aufschluss über eventuelle Probleme bei der Nachweisführung liefern.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe auch Anmerkungen zu Abschnitt 11.1.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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 PPP-RL

		Die Sanktionierung während dieser Phase wäre widersinnig und sollte daher vermieden werden.	
12	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT), 06.07.2023		
12.1	WFKT	<p>In unserer Stellungnahme zum vorliegenden Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL möchten wir erneut und vehement darauf verweisen, wie bereits in vorliegenden Positionierungen, dass eine klare und fachspezifische Beschreibung der Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) der Künstlerischen Therapien unersetzlich ist. Dazu gehört durchgehend klare Begrifflichkeiten und eine angemessene Differenzierung der Versorgungsleistungen der Künstlerischen Therapien innerhalb der Gruppierung der Spezialtherapien, da auch Ergotherapie dieser zugeordnet werden. Uns ist es ein großes Anliegen, dass die fachspezifischen Inhalte und Behandlungsangebote (im Einzel und in der Gruppe) der ausgewiesenen Spezialtherapien - orientiert an aktuell vorliegenden, wissenschaftlichen Studien - und gemäß ihrer Kompetenz klar und nachvollziehbar dargestellt werden. Eine differenzierte Kompetenzbeschreibung der Künstlerischen Therapien für die klinische Versorgung dient darüber hinaus auch als Basisinstrument für die Qualitätssicherung und -prüfung. Dafür stehen wir als wissenschaftliche Fachgesellschaft.</p> <p>Im Folgenden benennen wir konkrete Textstellen (Absätze) im Beschlussentwurf der PPP-RL und legen Änderungsvorschläge vor, auf die wir uns in unserer o.g. Stellungnahme beziehen.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Gemäß § 14 Abs. 5 PPP-RL hat der G-BA nach der ersten Anpassung der Richtlinie im September 2022 (vgl. § 1 Abs. 3 PPP-RL) alle zwei Jahre zu überprüfen, ob eine weitere Anpassung der Richtlinie erforderlich ist.</p> <p>Die Regelaufgaben in Anlage 4 PPP-RL wurden daher vorliegend nicht beraten und nicht geändert und sind somit auch nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens. Es gelten weiterhin die Erläuterungen der Tragenden Gründe zu den bisherigen Beschlüssen zur PPP-RL.</p> <p>Wir werden jedoch die in der Anlage aufgeführte differenzierte Darstellung der Regelaufgaben der Künstlerischen Therapie bei der geplanten Überarbeitung der Regelaufgaben in die Beratungen miteinbeziehen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Die Regelaufgaben in Anlage 4 der PPP-RL werden vorliegend nicht geändert und sind somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens. Es gelten weiterhin die Erläuterungen der Tragenden Gründe zu den vorangegangenen Beschlüssen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
12.2	WFKT	3_PPP-RL_ab 2024_Entwurf_2023-06-07 PDF, S. 81-82	

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 PPP-RL

	<p>II Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>4. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten</p> <p>4.1. Künstlerische Therapien <i>(hier differenzierte Beschreibung)</i></p> <p>1. Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitwirkung bei der Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich - Mitarbeit bei der Therapieplanung Planung, Durchführung, Verlaufskontrolle der Spezialtherapie und Sprachtherapie - Verlaufskontrolle - Dokumentation <p>2. Einzelfallbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beeinflussung emotionaler und sozial interaktiver Probleme mittels künstlerisch-therapeutischer Interventionen und spezieller kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich (u.a. Musiktherapie, Kunsttherapie) 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 	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme. Siehe auch Anmerkungen zu Abschnitt 12.1.</p> <p>PatV: Kein Kommentar, da sich das Anliegen nicht auf die aktuelle Richtlinienänderung bezieht.</p>
--	--	---

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 PPP-RL

		<p>syntaktischer Modelle (= Leistungen explizit, fachspezifisch der Sprachtherapie)</p> <p>3. Gruppenbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Künstlerisch-therapeutische Behandlung (u.a. Musiktherapie, Kunsttherapie), spezielle kreativitätsfördernde Therapieangebote ein schließlich Gestaltungstherapie - Lebenspraktisch orientierte Therapie und Trainingsprogramme (Handlungs-, Fertigungs- und Belastungserprobung) <p>Arbeitstherapie,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen <p>4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vor- und Nachbereitung künstlerisch-therapeutischer Behandlung - Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team - Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, Supervision - Materialpflege und Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben - Mitarbeit an stationsübergreifender Konzeptentwicklung und - Koordination der jeweiligen Spezialtherapie 	
12.3	WFKT	<p>3_PPP-RL_ab 2024_Entwurf_2023-06-07 PDF, S. 89-90</p> <p>5. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme. Siehe auch Anmerkungen zu Abschnitt 12.1</p>

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 PPP-RL

	<p>5.1. Künstlerische Therapien (<i>hier differenzierte Beschreibung</i>)</p> <p>1. Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitwirkung bei Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie - Mitarbeit bei der Therapieplanung - Verlaufskontrolle - Dokumentation <p>2. Einzelfallbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Künstlerisch-therapeutische, spezifische kreativitätsfördernde Behandlung einschließlich Gestaltungstherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, (u.a. Musiktherapie, Kunsttherapie) - Fachspezifische funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung - Mitwirkung bei der berufs- und lebensweltbezogenen Rehabilitationsplanung <p>3. Gruppenbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Künstlerisch-therapeutische, spezifische kreativitätsfördernde Behandlung Therapie einschließlich Gestaltungstherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie, (u.a. Musiktherapie, Kunsttherapie) - Lebenspraktisch orientierte Therapie Trainingsprogramme mit erfahrungs- und handlungsbezogener Ausrichtung 	<p>PatV: Kein Kommentar, da sich das Anliegen nicht auf die aktuelle Richtlinienänderung bezieht.</p>
--	--	--

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 PPP-RL

		<p>- Arbeitstherapie und Belastungserprobung</p> <p>Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen</p> <p>- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen</p> <p>4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <p>- Vor- und Nachbereitung künstlerisch-therapeutischer Behandlung</p> <p>- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team</p> <p>- Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, Supervision</p> <p>- Materialpflege und Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben</p> <p>- Mitarbeit an stationsübergreifender Konzeptentwicklung und</p> <p>- Koordination der jeweiligen Spezialtherapie</p>	
13	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG), 06.07.2023		
13.1	DMtG	<p>Die im aktuellen Entwurf (Stand 07.06.2023 nach Sitzung des UA QS) formulierten Änderungsvorschläge bzgl. Pflichtversorgung etc. und Krankenhausstandorten sowie der weiteren Verschiebung geplanter Termine betreffen die Berufsgruppe der Musiktherapeut*innen weniger als die weiter ausbleibende Bearbeitung der von uns in den vergangenen Jahren bereits in unseren Stellungnahmen vorgeschlagenen Themen für Änderungen wie an den Regelaufgaben für Künstlerische Therapien und die Überarbeitung der unsystematischen Zusammen-</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Gemäß § 14 Abs. 5 PPP-RL hat der G-BA nach der ersten Anpassung der Richtlinie im September 2022 (vgl. § 1 Abs. 3 PPP-RL) alle zwei Jahre zu überprüfen, ob eine weitere Anpassung der Richtlinie erforderlich ist.</p> <p>Der § 5 Abs. 1 und 2 sowie Anlage 4 PPP-RL wurde daher vorliegend nicht beraten und nicht geändert und ist somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens. Es gelten</p>

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 PPP-RL

	<p>fassung verschiedener Berufsgruppen unter dem damit verändert definierten Begriff „Spezialtherapien“, gegen den wir uns in dieser Definition ausgesprochen hatten.</p> <p>Aufgrund dieser bisher nicht vorgenommenen Aktualisierung der Regelaufgaben und Prüfung der aus unserer Sicht ungeeigneten Struktur und Definition der „Spezialtherapien“ unter Einbeziehung der betroffenen Berufsgruppen halten wir die vorgeschlagene Verlängerung der Fristen für sinnvoll.</p> <p>Unsere Position möchten wir Ihnen mit Bezug auf unsere vorangegangenen Stellungnahmen gerne detaillierter erläutern und einen Vorschlag zum weiteren Arbeitsablauf machen (die beigefügten Anhänge dienen der Konkretisierung):</p> <p>Auf dem Hintergrund der oben beschriebenen nicht sachgerechten Erfassung der Musiktherapie bzw. der Künstlerischen Therapien insgesamt in der PPP RL kann das vorgesehene Vorhaben der Erfassung von Regelaufgaben nach dem OPS- Codes, gegen deren Anwendung wir uns ausgesprochen hatten, („Ab dem Jahr 2024 erfolgt die Erfassung der Regelaufgaben durch die Übermittlung der OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98. Im Jahr 2024 und 2025 wird Anlage 3 Teil A9 oder Teil B3 ausschließlich an das IQTIG übersandt. Für die Erfassung der Regelaufgaben wird in den Jahren 2024 bis 2026 ein Vergütungsabschlag gemäß § 13 Absatz 8 nur bei nicht fristgerechter Erfüllung der Mitwirkungspflichten erhoben.“) so nicht sinnvoll durchgeführt werden. Aus unserer Sicht muss vorab unter Einbeziehung von Expert*innen unserer Berufsgruppe am Thema Regelaufgaben gearbeitet werden.</p>	<p>weiterhin die Erläuterungen der Tragenden Gründe zu den bisherigen Beschlüssen zur PPP-RL.</p> <p>Wir bedanken uns jedoch ausdrücklich für den grundsätzlich überarbeiteten und in Bezug auf die Künstlerischen Therapien ausdifferenzierten Darstellungsvorschlag der Regelaufgaben der Berufsgruppen d, e und f. Wir werden die Überlegungen bei der zu einem späteren Zeitpunkt geplanten Überarbeitung der Regelaufgaben in die Beratungen miteinbeziehen.</p> <p>Wir bedanken uns ebenfalls für das Angebot zur fachlichen Mitarbeit.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme in Bezug auf eine Zustimmung zur Verlängerung der Fristen. Die Vorschläge zu weiteren Regelungen der PPP-RL werden zur Kenntnis genommen. Diese werden mit dem vorliegenden Beschluss nicht geändert</p> <p>PatV: Kein Kommentar, da sich das Anliegen nicht auf die aktuelle Richtlinienänderung bezieht</p>
--	--	--

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 PPP-RL

	<p>Um einem Fachkräftemangel entgegenzuwirken werden auch in unserer Berufsgruppe dringend Impulse gebraucht, die eine Arbeit in den von der PPP RL betroffenen Kliniken attraktiv erscheinen lässt. Dafür wäre aus unserer Sicht eine Verankerung mit ausreichenden Minutenwerten wichtig, aber auch die Beendung der einseitigen Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe c, gegen die wir uns ausgesprochen haben ((§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen (3) „... Bis zum 31. Dezember 2024 ist eine Anrechnung von der Berufsgruppe c auf die Berufsgruppen b, d, e und f möglich. Der G-BA entscheidet bis zum 30. September 2024 über eine zukünftige Ausgestaltung der Anrechnungsregelung nach Satz 4.“).</p> <p>Für die aus unserer Sicht dringend überarbeitungsbedürftige Struktur der Berufsgruppen d, e, und f möchten wir als konstruktiven Vorschlag einen Ausgangspunkt für die Überarbeitung der bisherigen, aus unserer Sicht in mehrfacher Hinsicht ungenügenden, Struktur formulieren. Mit aktualisierten Formulierungen kann die Vertretung unter den nicht- ärztlich/ psychotherapeutischen und nicht-pflegerischen Berufsgruppen auf der Grundlage gemeinsamer Regelaufgaben vereinfacht werden. Dazu müssten die völlig veralteten, aus der PsychPV übernommenen Regelaufgaben unter Beteiligung der betroffenen Berufsgruppen für alle Kliniken (EP, KJP, PM) zeitgemäß formuliert und weiterentwickelt werden. Wir schlagen dafür eine durchgehende Anwendung der Berufsbezeichnungen (Bewegungstherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Künstlerische Therapeut*innen, Heilpädagog*innen, Sozialarbeiter*innen, weitere Therapeut*innen) als Überschriften für alle diese Berufsgruppen vor und für alle gemeinsam (wie ursprünglich in der PPP RL formuliert) eine gemeinsame Überschrift, die</p>	
--	--	--

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 PPP-RL

	<p>evtl. als Alternative zum Begriff „Spezialtherapien“ erarbeitet werden muss (s. Anlage 1). In dieser Struktur können dann die bestehenden Regelaufgaben neu den jeweiligen Berufsgruppen zugeordnet und in aktuellen Formulierungen der Entwicklung der vergangenen ca. 40 Jahre Rechnung tragend die Tätigkeiten geprüft, überarbeitet und ergänzt werden, was wir mit kleinen Änderungen bei den Aufgaben der Künstlerischen Therapien beispielhaft begonnen haben (s. Anlage 2).</p> <p><i>[Redaktioneller Hinweis: Die hier genannten Anlagen 1 und 2 finden sich in dieser Tabelle als Anhänge 1 und 2 am Ende dieser Stellungnahme.]</i></p> <p>Unsere Formulierungen in dieser Anlage sollen nur verdeutlichen, dass schon mit relativ geringfügigen Änderungen die Aufgabenschwerpunkte und Gemeinsamkeiten der verschiedenen Berufsgruppen aktualisiert und präzisiert werden können. Auf dieser Basis sollten nicht nur Fragen der gegenseitigen Vertretung unter diesen Berufsgruppen leichter zu beantworten sein, sondern schließlich auch die Definition zeitgemäßer Minutenwerte möglich werden.</p> <p>Zu diesen Arbeitsschritten würden wir sehr gern zusammen mit den anderen betroffenen Berufsgruppen beitragen, am liebsten in einem Arbeitstreffen, bei dem ein Austausch mit allen diesen Berufsgruppen und dem zuständigen Unterausschuss möglich ist. Damit könnte die Richtlinie im besten Fall zur guten Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen beitragen, deren Behandlungen den Patientinnen und Patienten in abgestimmter Weise zur Verfügung stehen sollten.</p> <p>Mit unseren Vorschlägen möchten wir keine wörtlichen oder strukturellen Änderungen der Richtlinie anregen, sondern einen Arbeitsprozess, in dem unter Beteiligung aller betroffenen Berufsgruppen Struktur und Regelaufgaben der nicht-ärztlich/ psychotherapeutischen und</p>	
--	---	--

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 PPP-RL

		nicht- pflegerischen Berufsgruppen sinnvoll geordnet und zeitgemäß formuliert werden. Die konkrete Ausformulierung soll ausschließlich der Orientierung am konkreten Beispiel dienen.	
13.2	DMtG	<p>Anhang 1</p> <p>Entwurf einer neuen Struktur für alle nicht- ärztlichen/psychotherapeutischen und nicht-pflegerischen Berufsgruppen</p> <p>EP</p> <p>4. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (oder andere Bezeichnung als gemeinsame Überschrift für die darunter genannten Berufsgruppen)</p> <p>4.1 Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten</p> <p>4.2 Regelaufgaben der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten</p> <p>4.3 Regelaufgaben der Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten</p> <p>4.4 Regelaufgaben der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen</p> <p>4.5 Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen</p> <p>KJP</p> <p>4. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten</p> <p>4.1 Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme. Siehe auch Anmerkungen zu Abschnitt 13.1.</p> <p>PatV: s.o.</p>

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 PPP-RL

		<p>4.2 Regelaufgaben der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten</p> <p>4.3 Regelaufgaben der Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten</p> <p>4.4 Regelaufgaben der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen</p> <p>4.5 Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen</p> <p>Psychosomatik</p> <p>4. Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten</p> <p>4.1 Regelaufgaben der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten</p> <p>4.2 Regelaufgaben der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten</p> <p>4.3 Regelaufgaben der Künstlerischen Therapeutinnen und Therapeuten</p> <p>4.4 Regelaufgaben der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter</p>	
13.3	DMtG	<p>Anhang 2</p> <p>Entwurf überarbeiteter Regelaufgaben für die Künstlerischen Therapien (erste Vorschläge für neue Formulierungen)</p> <p>Regelaufgaben der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten (oder alternativ zu erarbeitender Oberbegriff)</p> <p>...</p> <p>Künstlerische Therapien</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme. Siehe auch Anmerkungen zu Abschnitt 13.1.</p> <p>PatV: s.o.</p>

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 PPP-RL

	<p>1. Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mitwirkung bei der Anamnese und fachspezifische Diagnostik (im psycho-sozialen Bereich) - Therapieplanung - Dokumentation <p>2. Einzelfallbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Künstlerisch-therapeutische Behandlung (u.a. Musiktherapie, Kunsttherapie) zur Förderung von nonverbalem Ausdruck und Kreativität - fachspezifische funktionelle Übungsbehandlung - Mitwirkung bei der lebensweltbezogenen Rehabilitations- und Nachsorgeplanung <p>3. Gruppenbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Künstlerisch-therapeutische Behandlung (u.a. Musiktherapie, Kunsttherapie) einschließlich spezieller Trainingsprogramme mit handlungs- und lebensweltbezogener Ausrichtung - Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen (u.a. auch mit Angehörigen) - Freizeitprogramme, Mitwirkung an speziellen Aktivitätsgruppen <p>4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vor- und Nachbereitung künstlerisch-therapeutischer Behandlung - Teilnahme an Konferenzen des therapeutischen Personals 	
--	--	--

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 PPP-RL

		<ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme an Therapiekonferenzen - Konzeptbesprechungen im Team - Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen einschließlich Supervision - Materialpflege und -beschaffung, Verwaltungsaufgaben - stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Künstlerischen Therapien 	
14	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), 06.07.2023		
14.1	DGPM	<p>Wir begrüßen den Konsens von DKG und GKV-SV, die Sanktionsmaßnahmen in der PPP-RL für die Psychosomatik für weitere 2 Jahre auszusetzen. Diese Zeit wird dringend benötigt, um die EPIK-Studie abzuschließen und in einen sachorientierten Dialog zu treten, um sinnvolle Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben für die psychosomatische Versorgung bis Ende 2025 zu definieren.</p> <p>Mit der EPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) wird erstmalig eine ausreichend differenzierte Datenbasis zur Personalausstattung im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Verfügung stehen, auf deren Grundlage die Entwicklung von Mindestvorgaben vorgenommen werden soll. Ab 2026 sollte auch für die Psychosomatik eine gestufte Erfüllung der Mindestvorgaben in 5% Schritten, beginnend mit 85% im Rahmen einer Übergangsregelung erfolgen.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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 PPP-RL

		<p>Nachdem bei der Einführung der PPP-RL für die Psychosomatik keine Datengrundlage zur Verfügung stand, wurde auf veraltete Expertenschätzungen ohne aktuelle Evidenz zurückgegriffen. Damit Einrichtungen nicht voreilig beginnen ihr Personal an die veralteten und nicht überprüften Mindestvorgaben anzupassen, sehen wir die dringende Notwendigkeit auch die Berechnung des Umsetzungsgrades der Mindestvorgaben in der Psychosomatik für weitere 2 Jahre auszusetzen.</p> <p>Unabhängig von den nicht validierten Mindestvorgaben in der Psychosomatik sind die aktuellen Regelungen zu den Strafzahlungen in der PPP-RL nicht sachgerecht und unverhältnismäßig. Wir fordern daher mit Nachdruck eine Anpassung des Sanktionsmechanismus durch sachgerechte und angemessene Regelungen. Das Ausmaß der Strafzahlungen gefährdet die Existenz der Kliniken und bedroht im Weiteren dringend notwendige Versorgungsstrukturen für psychisch Erkrankte.</p>	
14.2	DGPM	<p>Im Einzelnen</p> <p>§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung</p> <p>Zu Absatz 6</p> <p>Wir schließen uns der DKG an und sehen ebenfalls zum jetzigen Zeitpunkt keinen weiteren Definitionsbedarf für die regionale Versorgungs verpflichtung. Die Festlegung, dass im Tagdienst die Minutenwerte um 10% zu verringern sind, wenn eine Einrichtung keine regionale Versorgungs verpflichtung aufweist, wird unterstützt. Die Definition der Pflichtversorgung durch lediglich zwei Merkmale, wie vom</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Bereits mit der Psych-PV sollten die Minutenwerte angemessen verringert werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungs verpflichtung hat (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Die PPP-RL konkretisierte den höheren personellen Aufwand einer Versorgungs verpflichtung mit 10 Prozent. Dementsprechend sollten die Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Versorgungs verpflichtung um 10 Prozent reduziert werden. Aller-</p>

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 PPP-RL

		<p>GKV-SV vorgeschlagen, ist nicht eindeutig und wird den Hauptversorgern nicht gerecht. Ferner bildet eine bundeseinheitliche Festlegung die unterschiedlichen Strukturen in den Ländern nicht ab. Die hohe Bedeutung dieser Regelung in der PPP-RL für die Kliniken hat eine Diskussion ausgelöst, die eine genauere Definition der regionalen Versorgungsverpflichtung zum Ziel hat. Deren Ausgang sollte abgewartet werden. Wir empfehlen daher die bisherige Regelung in der Richtlinie beizubehalten, da sie der Versorgungsrealität am ehesten gerecht wird.</p>	<p>dings definiert die PPP-RL bisher nicht, was unter Versorgungsverpflichtung zu verstehen ist. Deshalb entwickelte der GKV-SV einen pragmatischen Vorschlag. Dieser orientierte sich an den typischen, strukturellen Elementen einer Einrichtung, die eine Versorgungsverpflichtung wahrnimmt und die bereits in Anlage 3 der PPP-RL erfasst werden. Im Stimmnahmeverfahren wurden jedoch in verschiedenen Stellungnahmen relevante Bedenken hinsichtlich möglicher Fehlanreize dieser Definition vorgebracht. Deshalb hat der GKV-SV seinen Änderungsvorschlag überprüft und zurückgezogen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: siehe 6.1.</p>
14.3	DGPM	<p>§11 Nachweisverfahren</p> <p>Zu Absatz 14 (neu)</p> <p>Die Ermittlung der Grundgesamtheit der Einrichtungen, die der PPP-RL unterliegen ist grundsätzlich zu unterstützen. Wir schließen uns der DKG dahingehend an, dass hierfür jedoch noch zahlreiche verfahrenstechnische und rechtliche Fragen zu klären sind (siehe Kommentar der DKG in den Tragenden Gründen).</p>	<p>GKV-SV: Die vorgeschlagene Ermittlung der Grundgesamtheit basiert auf den Krankenausstandorten einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen, die Nachweise nach § 11 erbracht haben, ergänzt um Einrichtungen im vorgenannten Sinne, die entsprechende OPS Codes abgerechnet haben. Damit gelingt eine vollständigere und zugleich aufwandsarme Erfassung der Einrichtungen, die dem Geltungsbereich der PPP-RL zuzuordnen sind, weil sie entsprechende Leistungen erbracht haben.</p> <p>Ein immenser bürokratischer Aufwand ist nicht zu erkennen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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 PPP-RL

			PatV: Dank und Kenntnisnahme.
14.4	DGPM	<p>§13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</p> <p>Zu Absatz 5 und 6</p> <p>Die aktuellen Regelungen zu den Strafzahlungen in der PPP-RL sind nicht sachgerecht und unverhältnismäßig.</p> <p>Die nachfolgend vorgestellten Berechnungen (siehe Tabelle 1) zeigen am Beispiel einer Psychosomatischen Fachklinik ein realistisches Bild der überzogenen Wirkung der geplanten Sanktionen. Sie müssen daher durch eine sinnvolle und verhältnismäßige Regelung mit förderlichen Anreizstrukturen ersetzt werden.</p> <p>Ferner ist nicht nachvollziehbar, warum das Ausmaß der Sanktionierung durch die PPP-RL sehr viel höher ist im Vergleich zur Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in den somatischen Fächern. Die aktuellen Sanktionsmaßnahmen stellen eine existentielle Bedrohung für Kliniken dar, weil Sie bei den betroffenen Kliniken einen Substanzverlust zur Folge haben. Sie bedrohen damit dringend notwendige Strukturen zur Versorgung von psychisch Erkrankten. Die Sanktionszahlungen gehen weit über die durch Personalunterbesetzungen eingesparten Mittel der Krankenhäuser hinaus und zwingen die Krankenhäuser damit, die Sanktionszahlungen aus ihrer Substanz bzw. ihrem Vermögen (Rücklagen) zu bestreiten. Dies führt konsequenterweise zu externem Unterstützungsbedarf, bzw. zur Insolvenz der betroffenen Klinik.</p> <p>In der PpUGV und ähnlichen Sanktionsregelungen kommt es aus nachvollziehbaren Gründen nicht zum Substanzabzug. Zudem wird in der</p>	<p>GKV-SV: Wir weisen darauf hin, dass auch im zweiten Quartal 2022 jede zweite Einrichtung die Mindestvorgaben nicht eingehalten hat. Besonders wenig Personal gibt es in Häusern, die besonders viele schwer kranke Patienten behandeln – ein hochproblematisches Ergebnis, zumal hier ganz besonders die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten im Vordergrund steht. Darüber hinaus liegen die derzeit geltenden Minutenwerte noch unter den Vorgaben der 30 Jahre geltenden Psych-PV.</p> <p>Eine professionelle, an den Leitlinien orientierte Therapie von psychisch erkrankten Patienten benötigt ausreichend Personal in allen erforderliche Berufsgruppen. Mit zu wenig Personal ist nur Verwehren möglich, nicht Behandeln.</p> <p>30 Jahre Erfahrung mit der Psych-PV und nun drei Jahre mit der PPP-RL zeigen: Reden und unverbindliche Empfehlungen allein führen nicht zu mehr Personal. Ohne Transparenz, Überprüfung und Festlegung von Konsequenzen bei nichteingehaltenen Vorgaben werden die Vorgaben von vielen Krankenhäusern ignoriert. Deshalb hat der Gesetzgeber festgelegt, dass bei Nichterfüllung von Mindestvorgaben der Vergütungswegfall folgen muss (§ 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V). Eine Leistung die einen Mindestanspruch nicht erfüllt, darf nicht wie üblich vergütet werden.</p>

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 PPP-RL

	<p>PpUGV nur die Nichteinhaltung für die Berufsgruppe der Pflege sanktioniert und nicht alle medizinischen Berufsgruppen, wie nun in der PPP-RL vorgesehen. Es ist nicht nachzuvollziehen, wieso im PsychBereich zum Beginn der Einführung eines neuen Qualitätssicherungsinstruments mit einer solch ungleich härteren Sanktionssystematik als im somatischen Bereich vorgegangen werden soll.</p> <p>Zudem müssen Psych-Krankenhäuser künftig bei entsprechender Konstellation einer – in aller Regel ungewollten und unfreiwilligen - Unterbesetzung bei den medizinischen Personalgruppen künftig die nicht verauslagten Mittel bereits gemäß der Psych-Personalnachweisverordnung (PsychPNV) i.V.m. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) über Abschläge im nächstjährigen Klinikbudget zurückzahlen. Darüber hinaus droht dann noch die eben beschriebene Strafzahlung der PPP-RL mit Substanzabzug.</p> <p>Eine Überarbeitung der Sanktionssystematik vor deren Inkraftsetzung wäre aus all diesen Gründen dringend erforderlich. Deshalb wird dem Vorschlag der DKG einer Aussetzung der Sanktionen bis zu ihrer Überarbeitung in 2026 zugestimmt.</p> <p>Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch, wie bereits in früheren Stellungnahmen zur PPP-RL ausführlich dargestellt, eine Zusammenlegung der Berufsgruppen der SpezialtherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen und SozialarbeiterInnen in eine Berufsgruppe SpezialtherapeutInnen. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psycho-sozialem Behandlungsbedarf unterschiedliche spezialtherapeutische Behandlungsbedarfe auslösen, ist eine Zusammenlegung der Berufsgruppen sinnvoll und medizinisch begründet. Dass es hier zu einer Trennung der Berufsgruppen kam, war in der PEPP-Logik</p>	<p>Wenn ein Krankenhaus, das trotz Ausnahmetatbeständen und Anrechnungsmöglichkeiten in einer Berufsgruppe die Mindestvorgaben für ein gesamtes Quartal nicht einhalten kann, verliert es den Anspruch auf einen Teil der Vergütung. Die Kürzung der Vergütung richtet sich in ihrer Höhe nach dem fehlenden Personal. Die Sanktionierung wurde eingeführt, um Fehlanreize zu verhindern, so dass die Krankenhäuser einen Anreiz haben, wirklich Personal einzustellen. Dadurch hat es keinen finanziellen Vorteil, mit zu wenig Personal zu behandeln.</p> <p>Wir gehen davon aus, dass ein weiteres Aussetzen der Sanktionen nicht dazu beiträgt, dass die Einrichtungen zeitnah in den schon seit Jahren erforderlichen Personalaufbau investieren. Freiwilligkeit, das zeigen die vergangenen Jahrzehnte, erwirkt leider keinen suffizienten Personalaufbau. Wir sehen ein weiteres Aussetzen der Sanktionen deshalb kritisch.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: siehe 6.3.</p>
--	---	--

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 PPP-RL

		<p>wahrscheinlich durch vergütungsbezogene Berufsgruppenunterschiede begründet. Sofern eine Zusammenlegung der Berufsgruppen vom G-BA nicht vorgenommen wird, ist jedenfalls eine vereinfachte gegenseitige Anrechenbarkeit von berufsgruppenübergreifenden therapeutischen Leistungen sicherzustellen. Ein entsprechender Vorschlag für die Psychosomatik wurde mit der Stellungnahme im letzten Jahr eingereicht.</p> <p>Insbesondere kleine Einrichtungen mit wenig Behandlungsplätzen haben keine Möglichkeit eine Vertretungsregelung bei Krankheit und Urlaub für Berufsgruppen mit geringem VK-Anteil zu gewährleisten.</p>	
14.5	DGPM	<p>§16 Übergangsregelung</p> <p>Zu Absatz 4</p> <p>Wir begrüßen den Konsens von GKV-SV und DKG, die Sanktionsmaßnahmen in der Psychosomatik bis zum 01.01.2026 auszusetzen sehr. In dieser Zeit soll eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und eine Festlegung der Personalmindestvorgaben für die Behandlungsbereiche erfolgen.</p> <p>Damit Kliniken nicht voreilig bereits jetzt ihr Personal unnötig an die Mindestvorgaben anpassen, ist zusätzlich eine weitere Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben nach § 6, die Ermittlung des Umsetzungsgrades nach § 7 sowie die Meldung bei Nichteinhaltung gemäß § 11 Absatz 3 Satz 1 erforderlich. Die Aufforderung zur Berechnung des Umsetzungsgrades vermittelt das Signal, dass die Erfüllung der Mindestvorgaben noch vor Anpassung der Mindestvorgaben erfolgen sollte.</p>	<p>GKV-SV/DKG/PatV: Dank und Zustimmung.</p> <p>DKG: Dank und Zustimmung.</p> <p>PatV: Die Forderung einer weiteren Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben wird hingegen nicht unterstützt.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Der GKV-SV spricht sich ausdrücklich für eine Ermittlung der Mindestvorgaben gemäß § 6, Ermittlung des Umsetzungsgrades gemäß § 7 sowie Meldung bei</p>

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 PPP-RL

		<p>Vor allem seit Anfang des Jahres 2023 registrieren die psychosomatischen Fach- und Trägerverbände zunehmend Konflikte in psychosomatischen Krankenhäusern und -abteilungen, in denen im vorausseilenden Gehorsam die Behandlungskonzepte an die Mindestvorgaben der Behandlungsbereiche P1 bis P4 angepasst werden. Die Einrichtungen der Psychosomatik befürchten Sanktionen und sehen sich gezwungen, ihre differenzierten und zielgenauen Behandlungsangebote an die falschen Mindestvorgaben anzupassen. Für diese Steuerungswirkungen gibt es aus Sicht der Fach- und Trägerverbände der Psychosomatik keine Rechtfertigung. Etablierte Versorgungskonzepte werden dadurch ohne evidenzbasierte Grundlage in Frage gestellt und gefährdet. Diese Signalwirkung ist in jedem Fall zu vermeiden, um unerwünschte weitere Verwerfungen in der psychosomatischen Versorgung zu verhindern. Den Vorschlag von BÄK und der DKG, die Aussetzung der Ermittlung und der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades ebenfalls bis zum 31. Dezember 2025 zu beschließen, wird deshalb dringend empfohlen.</p>	<p>Nichteinhaltung gemäß § 11 Abs. 3 auch ohne vorgeschlagene Sanktionsbehaftung bei Nichterfüllung aus. Die aus diesen Nachweisen gewonnenen Daten dienen als wichtiges Steuerelement bei der Weiterentwicklung der fachbereichsbezogenen Mindestvorgaben. Der Einbezug des Status quo muss und wird in die Überlegungen zur Weiterentwicklung der Folgen bei Nichteinhaltung einfließen.</p>
14.6	DGPM	<p>Zusammenfassend weist der Entwurf, Stand 07.06.2023, 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) wichtige Änderungen und Präzisierung auf. Dennoch besteht, insbesondere im Hinblick</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe auch Anmerkungen zu Abschnitt 14.4.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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 PPP-RL

		auf die unverhältnismäßigen Sanktionsmaßnahmen, weiterhin dringender Handlungsbedarf, um die Versorgung für psychisch Erkrankte krisensicher aufzustellen.																			
14.7	DGPM	<p>Anlage</p> <p>Beispielrechnung der Sanktionen für ein Jahr</p> <p>Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Psychosomatische Fachklinik mit 60 vollstationären Betten, Jahresauswertung</p> <p>Rechenbeispiel Tabelle 1</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Berufsgruppen</th> <th>Vollkraftstunden Untergrenze bei 100%-Einhaltung PPP-RL1)</th> <th>Vollkraftstunden Untergrenze bei 95%-Einhaltung PPP-RL1)</th> <th>Vollkraftstunden IST</th> <th>Differenz (IST vs. 95%-Einhaltung)</th> <th>Erfüllung (ggü. 100 %)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ärzte</td> <td>9.609</td> <td>9.128</td> <td>8.639</td> <td>-489</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>Pflege²⁾</td> <td>22.588</td> <td>21.459</td> <td>11.319</td> <td>-10.140</td> <td>50%</td> </tr> </tbody> </table>	Berufsgruppen	Vollkraftstunden Untergrenze bei 100%-Einhaltung PPP-RL1)	Vollkraftstunden Untergrenze bei 95%-Einhaltung PPP-RL1)	Vollkraftstunden IST	Differenz (IST vs. 95%-Einhaltung)	Erfüllung (ggü. 100 %)	Ärzte	9.609	9.128	8.639	-489	90%	Pflege ²⁾	22.588	21.459	11.319	-10.140	50%	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe auch Anmerkungen zu Abschnitt 14.4</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Vgl. unsere Anmerkungen zu 15.7.</p>
Berufsgruppen	Vollkraftstunden Untergrenze bei 100%-Einhaltung PPP-RL1)	Vollkraftstunden Untergrenze bei 95%-Einhaltung PPP-RL1)	Vollkraftstunden IST	Differenz (IST vs. 95%-Einhaltung)	Erfüllung (ggü. 100 %)																
Ärzte	9.609	9.128	8.639	-489	90%																
Pflege ²⁾	22.588	21.459	11.319	-10.140	50%																

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 PPP-RL

	Psychologen	5.481	5.207	12.817	7.610	234%	
	Spezialtherapeuten	4.701	4.466	3.796	-670	81%	
	Bewegungstherapeuten	1.857	1.765	1.844	80	99%	
	Sozialdienst	1.445	1.372	679	-694	47%	
	Summe	45.681	43.397	39.094	-4.303	86%	
	Unterschreitung nach PPP-RL			-9,9%			
	Sanktionsfaktor (x 1,7)			-16,9%			
	Jahresbudget (EUR)			5.600.000			
	Sanktionshöhe p.a. (EUR)			-943.874			
	Theoretische Einsparung p.a. (EUR)			-150.591			
	Faktor der Sanktionshöhe in Vgl. zur Einsparung			6,3			
	Behandelte Fälle im Jahr			480			
	1) Anrechnungen gemäß %-Werte aus § 8, Absatz 5 PPP-RL						
	2) Keine Verrechnung zwischen Pflege und Psychologen. Aktuell möglich, aber begrenzt bis Ende 2024						

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 PPP-RL

15	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), 06.07.2023		
15.1	DKPM	<p>Wir begrüßen den Konsens von DKG und GKV-SV, die Sanktionsmaßnahmen in der PPP-RL für die Psychosomatik für weitere 2 Jahre auszusetzen. Diese Zeit wird dringend benötigt, um die EPPIK-Studie abzuschließen und in einen sachorientierten Dialog zu treten, um sinnvolle Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben für die psychosomatische Versorgung bis Ende 2025 zu definieren.</p> <p>Mit der EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) wird erstmalig eine ausreichend differenzierte Datenbasis zur Personalausstattung im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Verfügung stehen, auf deren Grundlage die Entwicklung von Mindestvorgaben vorgenommen werden soll. Ab 2026 sollte auch für die Psychosomatik eine gestufte Erfüllung der Mindestvorgaben in 5% Schritten, beginnend mit 85% im Rahmen einer Übergangsregelung erfolgen.</p> <p>Nachdem bei der Einführung der PPP-RL für die Psychosomatik keine Datengrundlage zur Verfügung stand, wurde auf veraltete Expertenschätzungen ohne aktuelle Evidenz zurückgegriffen. Damit Einrichtungen nicht voreilig beginnen, ihr Personal an die veralteten und nicht überprüften Mindestvorgaben anzupassen, sehen wir die dringende Notwendigkeit auch die Berechnung des Umsetzungsgrades der Mindestvorgaben in der Psychosomatik für weitere 2 Jahre auszusetzen.</p> <p>Unabhängig von den nicht validierten Mindestvorgaben in der Psychosomatik sind die aktuellen Regelungen zu den Strafzahlungen in der PPP-RL nicht sachgerecht und unverhältnismäßig. Wir fordern daher mit Nachdruck eine Anpassung des Sanktionsmechanismus durch</p>	<p>GKV-SV: Dank für die und Kenntnisnahme der Stellungnahme. Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der DGPM. Siehe Auswertung zu Nr. 14.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Ob mit der EPPIK Studie eine ausreichend differenzierte Datenbasis zur Weiterentwicklung der PPP-RL Verfügung steht, ist derzeit noch nicht gesichert.</p>

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 PPP-RL

		sachgerechte und angemessene Regelungen. Das Ausmaß der Strafzahlungen gefährdet die Existenz der Kliniken und bedroht im Weiteren dringend notwendige Versorgungsstrukturen für psychisch Erkrankte.	
15.2	DKPM	<p>Im Einzelnen</p> <p>§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung</p> <p>Zu Absatz 6</p> <p>Wir schließen uns der DKG an und sehen ebenfalls zum jetzigen Zeitpunkt keinen weiteren Definitionsbedarf für die regionale Versorgungsverpflichtung. Die Festlegung, dass im Tagdienst die Minutenwerte um 10% zu verringern sind, wenn eine Einrichtung keine regionale Versorgungsverpflichtung aufweist, wird unterstützt. Die Definition der Pflichtversorgung durch lediglich zwei Merkmale, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, ist nicht eindeutig und wird den Hauptversorgern nicht gerecht. Ferner bildet eine bundeseinheitliche Festlegung die unterschiedlichen Strukturen in den Ländern nicht ab. Die hohe Bedeutung dieser Regelung in der PPP-RL für die Kliniken hat eine Diskussion ausgelöst, die eine genauere Definition der regionalen Versorgungsverpflichtung zum Ziel hat. Deren Ausgang sollte abgewartet werden. Wir empfehlen daher die bisherige Regelung in der Richtlinie beizubehalten, da sie der Versorgungsrealität am ehesten gerecht wird.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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 PPP-RL

15.3	DKPM	<p>§11 Nachweisverfahren</p> <p>Zu Absatz 14 (neu)</p> <p>Die Ermittlung der Grundgesamtheit der Einrichtungen, die der PPP-RL unterliegen ist grundsätzlich zu unterstützen. Wir schließen uns der DKG dahingehend an, dass hierfür jedoch noch zahlreiche verfahrenstechnische und rechtliche Fragen zu klären sind (siehe Kommentar der DKG in den Tragenden Gründen).</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
15.4	DKPM	<p>§13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</p> <p>Zu Absatz 5 und 6</p> <p>Die aktuellen Regelungen zu den Strafzahlungen in der PPP-RL sind nicht sachgerecht und unverhältnismäßig.</p> <p>Die nachfolgend vorgestellten Berechnungen (siehe Tabelle 1) zeigen am Beispiel einer Psychosomatischen Fachklinik ein realistisches Bild der überzogenen Wirkung der geplanten Sanktionen. Sie müssen daher durch eine sinnvolle und verhältnismäßige Regelung mit förderlichen Anreizstrukturen ersetzt werden.</p> <p>Ferner ist nicht nachvollziehbar, warum das Ausmaß der Sanktionierung durch die PPP-RL sehr viel höher ist im Vergleich zur Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) in den somatischen Fächern. Die aktuellen Sanktionsmaßnahmen stellen eine existentielle Bedrohung für Kliniken dar, weil Sie bei den betroffenen Kliniken einen Substanzverlust zur Folge haben. Sie bedrohen damit dringend notwendige Strukturen zur Versorgung von psychisch Erkrankten. Die Sanktionszahlungen gehen weit über die durch Personalunterbesetzungen</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Da im Bereich der psychiatrischen Versorgung die Personalausstattung wesentlich zum Therapieerfolg beiträgt, hat die Einhaltung der Mindestvorgaben einen besonders hohen Stellenwert. Die PPP-RL enthält bereits lediglich eine durchschnittlich auf das Quartal bezogene Mindestvorgabe mit zahlreichen Ausnahmeregelungen. Eine Unterschreitung dieser Personalausstattung stellt eine Gefahr für die Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie Personal dar. Daher sind Sanktionen unerlässlich und nach der langen Übergangszeit geboten.</p> <p>Eine weitere Aussetzung von Sanktionen würde auch in den vielen Einrichtungen, die sich angestrengt haben, die Mindestvorgaben einzuhalten, zu Unverständnis führen.</p>

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 PPP-RL

	<p>eingesparten Mittel der Krankenhäuser hinaus und zwingen die Krankenhäuser damit, die Sanktionszahlungen aus ihrer Substanz bzw. ihrem Vermögen (Rücklagen) zu bestreiten. Dies führt konsequenterweise zu externem Unterstützungsbedarf, bzw. zur Insolvenz der betroffenen Klinik.</p> <p>In der PpUGV und ähnlichen Sanktionsregelungen kommt es aus nachvollziehbaren Gründen nicht zum Substanzabzug. Zudem wird in der PpUGV nur die Nichteinhaltung für die Berufsgruppe der Pflege sanktioniert und nicht alle medizinischen Berufsgruppen, wie nun in der PPP-RL vorgesehen. Es ist nicht nachzuvollziehen, wieso im Psych-Bereich zum Beginn der Einführung eines neuen Qualitätssicherungsinstruments mit einer solch ungleich härteren Sanktionssystematik als im somatischen Bereich vorgegangen werden soll.</p> <p>Zudem müssen Psych-Krankenhäuser künftig bei entsprechender Konstellation einer – in aller Regel ungewollten und unfreiwilligen - Unterbesetzung bei den medizinischen Personalgruppen künftig die nicht verauslagten Mittel bereits gemäß der Psych-Personalnachweisverordnung (PsychPNV) i.V.m. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) über Abschläge im nächstjährigen Klinikbudget zurückzahlen. Darüber hinaus droht dann noch die eben beschriebene Strafzahlung der PPP-RL mit Substanzabzug.</p> <p>Eine Überarbeitung der Sanktionssystematik vor deren Inkraftsetzung wäre aus all diesen Gründen dringend erforderlich. Deshalb wird dem Vorschlag der DKG einer Aussetzung der Sanktionen bis zu ihrer Überarbeitung in 2026 zugestimmt.</p>	
--	---	--

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 PPP-RL

		<p>Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch, wie bereits in früheren Stellungnahmen zur PPP-RL ausführlich dargestellt, eine Zusammenlegung der Berufsgruppen der SpezialtherapeutInnen, BewegungstherapeutInnen und SozialarbeiterInnen in eine Berufsgruppe SpezialtherapeutInnen. Da unterschiedliche Patienten mit unterschiedlichem bio-psycho-sozialem Behandlungsbedarf unterschiedliche spezialtherapeutische Behandlungsbedarfe auslösen, ist eine Zusammenlegung der Berufsgruppen sinnvoll und medizinisch begründet. 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 jedenfalls eine vereinfachte gegenseitige Anrechenbarkeit von berufsgruppenübergreifenden therapeutischen Leistungen sicherzustellen. Ein entsprechender Vorschlag für die Psychosomatik wurde mit der Stellungnahme im letzten Jahr eingereicht.</p> <p>Insbesondere kleine Einrichtungen mit wenig Behandlungsplätzen haben keine Möglichkeit, eine Vertretungsregelung bei Krankheit und Urlaub für Berufsgruppen mit geringem VK-Anteil zu gewährleisten.</p>	
15.5	DKPM	<p>§16 Übergangsregelung</p> <p>Zu Absatz 4</p> <p>Wir begrüßen den Konsens von GKV-SV und DKG, die Sanktionsmaßnahmen in der Psychosomatik bis zum 01.01.2026 auszusetzen sehr. In dieser Zeit soll eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Gerade zur Weiterentwicklung der PPP-RL ist die Ermittlung der Mindestvorgaben gemäß § 6, Ermittlung des Umsetzungsgrades gemäß § 7 sowie Meldung bei Nichteinhaltung gemäß § 11</p>

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 PPP-RL

	<p>und eine Festlegung der Personalmindestvorgaben für die Behandlungsbereiche erfolgen.</p> <p>Damit Kliniken nicht voreilig bereits jetzt ihr Personal unnötig an die Mindestvorgaben anpassen, ist zusätzlich eine weitere Aussetzung der Ermittlung der Mindestvorgaben nach § 6, die Ermittlung des Umsetzungsgrades nach § 7 sowie die Meldung bei Nichteinhaltung gemäß § 11 Absatz 3 Satz 1 erforderlich. Die Aufforderung zur Berechnung des Umsetzungsgrades vermittelt das Signal, dass die Erfüllung der Mindestvorgaben noch vor Anpassung der Mindestvorgaben erfolgen sollte.</p> <p>Vor allem seit Anfang des Jahres 2023 registrieren die psychosomatischen Fach- und Trägerverbände zunehmend Konflikte in psychosomatischen Krankenhäusern und -abteilungen, in denen im vorausseilenden Gehorsam die Behandlungskonzepte an die Mindestvorgaben der Behandlungsbereiche P1 bis P4 angepasst werden. Die Einrichtungen der Psychosomatik befürchten Sanktionen und sehen sich gezwungen, ihre differenzierten und zielgenauen Behandlungsangebote an die falschen Mindestvorgaben anzupassen. Für diese Steuerungswirkungen gibt es aus Sicht der Fach- und Trägerverbände der Psychosomatik keine Rechtfertigung. Etablierte Versorgungskonzepte werden dadurch ohne evidenzbasierte Grundlage in Frage gestellt und gefährdet. Diese Signalwirkung ist in jedem Fall zu vermeiden, um unerwünschte weitere Verwerfungen in der psychosomatischen Versorgung zu verhindern. Den Vorschlag von BÄK und der DKG, die Aussetzung der Ermittlung und der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades ebenfalls bis zum 31. Dezember 2025 zu beschließen, wird deshalb dringend empfohlen.</p>	<p>Abs. 3, erforderlich.</p>
--	--	------------------------------

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 PPP-RL

15.6	DKPM	<p>Zusammenfassend weist der Entwurf, Stand 07.06.2023, 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) wichtige Änderungen und Präzisierung auf. Dennoch besteht, insbesondere im Hinblick auf die unverhältnismäßigen Sanktionsmaßnahmen, weiterhin dringender Handlungsbedarf, um die Versorgung für psychisch Erkrankte krisensicher aufzustellen.</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>												
15.7	DKPM	<p>Anlage</p> <p>Beispielrechnung der Sanktionen für ein Jahr</p> <p>Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Psychosomatische Fachklinik mit 60 vollstationären Betten, Jahresauswertung</p> <p>Rechenbeispiel Tabelle 1</p> <table border="1" data-bbox="443 1082 1314 1353"> <thead> <tr> <th>Berufsgruppen</th> <th>Vollkraftstunden Untergrenze bei 100%-Einhaltung PPP-RL1)</th> <th>Vollkraftstunden Untergrenze bei 95%-Einhaltung PPP-RL1)</th> <th>Vollkraftstunden IST</th> <th>Differenz (IST vs. 95%-Einhaltung)</th> <th>Erfüllung (ggü. 100 %)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ärzte</td> <td>9.609</td> <td>9.128</td> <td>8.639</td> <td>-489</td> <td>90%</td> </tr> </tbody> </table>	Berufsgruppen	Vollkraftstunden Untergrenze bei 100%-Einhaltung PPP-RL1)	Vollkraftstunden Untergrenze bei 95%-Einhaltung PPP-RL1)	Vollkraftstunden IST	Differenz (IST vs. 95%-Einhaltung)	Erfüllung (ggü. 100 %)	Ärzte	9.609	9.128	8.639	-489	90%	<p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme. Die Beispielrechnung führt in die Irre. Die Einrichtung hätte in keinem Quartal bei dem weit überwiegenden Teil der Berufsgruppen trotz Anrechnungsmöglichkeit die Mindestvorgabe erreicht.</p> <p>Die Beispielklinik würde somit die Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie Personal gefährden und wäre zur Behandlung ungeeignet.</p> <p>Bei der Berechnung wurden zudem die Übergangsregelungen außer Acht gelassen.</p>
Berufsgruppen	Vollkraftstunden Untergrenze bei 100%-Einhaltung PPP-RL1)	Vollkraftstunden Untergrenze bei 95%-Einhaltung PPP-RL1)	Vollkraftstunden IST	Differenz (IST vs. 95%-Einhaltung)	Erfüllung (ggü. 100 %)										
Ärzte	9.609	9.128	8.639	-489	90%										

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 PPP-RL

Pflege ²⁾	22.588	21.459	11.319	-10.140	50%
Psychologen	5.481	5.207	12.817	7.610	234%
Spezialtherapeuten	4.701	4.466	3.796	-670	81%
Bewegungstherapeuten	1.857	1.765	1.844	80	99%
Sozialdienst	1.445	1.372	679	-694	47%
Summe	45.681	43.397	39.094	-4.303	86%
Unterschreitung nach PPP-RL				-9,9%	
Sanktionsfaktor (x 1,7)				-16,9%	
Jahresbudget (EUR)				5.600.000	
Sanktionshöhe p.a. (EUR)				-943.874	
Theoretische Einsparung p.a. (EUR)				-150.591	
Faktor der Sanktionshöhe in Vgl. zur Einsparung				6,3	
Behandelte Fälle im Jahr				480	
1) Anrechnungen gemäß %-Werte aus § 8, Absatz 5 PPP-RL					
2) Keine Verrechnung zwischen Pflege und Psychologen. Aktuell möglich, aber begrenzt bis Ende 2024					

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 PPP-RL

16	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung Suchttherapie (DG-Sucht), 06.07.2023	
16.1	DG-Sucht	<p>Zu § 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung:</p> <p>Aus suchtmedizinischer Sicht ist der Vorschlag der GKV-SV/ BÄK abzulehnen, da eine Ausdehnung der 10%-Reduktion keine Verbesserung der Patientenversorgung darstellt und eine einheitliche, bundesweite Regelung der Versorgungsverpflichtung dem Regionalitätsprinzip widerspricht. Wie von der DKG in den „Tragenden Gründen“ dargestellt, sollte die Interpretation der Versorgungsverpflichtung unter Einbezug regionaler Besonderheiten den örtlichen Verhandlungspartnern überlassen bleiben (z.B. im Rahmen der Budgetverhandlungen).</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Bereits mit der Psych-PV sollten die Minutenwerte angemessen verringert werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Die PPP-RL konkretisierte den höheren personellen Aufwand einer Versorgungsverpflichtung mit 10 Prozent. Dementsprechend sollten die Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung um 10 Prozent reduziert werden. Allerdings definiert die PPP-RL bisher nicht, was unter Versorgungsverpflichtung zu verstehen ist. Deshalb entwickelte der GKV-SV einen pragmatischen Vorschlag. Dieser orientierte sich an den typischen, strukturellen Elementen einer Einrichtung, die eine Versorgungsverpflichtung wahrnimmt und die bereits in Anlage 3 der PPP-RL erfasst werden. Im Stellungnahmeverfahren wurden jedoch in verschiedenen Stellungnahmen relevante Bedenken hinsichtlich möglicher Fehlansätze dieser Definition vorgebracht. Deshalb hat der GKV-SV seinen Änderungsvorschlag überprüft und zurückgezogen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Durch eine Reduktion der Mindestvorgaben ist für die Patientenversorgung keine Verbesserung zu erwarten.</p>

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 PPP-RL

16.2	DG-Sucht	<p>Zu § 11 Nachweisverfahren:</p> <p>Die Sinnhaftigkeit der vom GKV-SV/ BÄK vorgeschlagenen Änderung ist zweifelhaft, wie von der DKG in den tragenden Gründen ausgeführt. Insbesondere aber sollte in Anbetracht des enorm hohen bürokratischen Aufwandes für die Leistungserbringer im Rahmen der Nachweispflicht prinzipiell auf weitere Vorgaben und Fristen verzichtet werden.</p>	<p>GKV-SV: Die vorgeschlagene Ermittlung der Grundgesamtheit basiert auf den Krankenausscheidorten einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen, die Nachweise nach § 11 erbracht haben, ergänzt um Einrichtungen im vorgenannten Sinne, die entsprechende OPS Codes abgerechnet haben. Damit gelingt eine vollständigere und zugleich aufwandsarme Erfassung der Einrichtungen, die dem Geltungsbereich der PPP-RL zuzuordnen sind, weil sie entsprechende Leistungen erbracht haben.</p> <p>Ein immenser bürokratischer Aufwand ist nicht zu erkennen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Der dargestellte bürokratische Aufwand durch das Nachweisverfahren erschließt sich nicht.</p>
16.3	DG-Sucht	<p>Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:</p> <p>Der Vorschlag der DKG zur Flexibilisierung der Anrechenbarkeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ist unbedingt zu unterstützen. Ein flexibler Umgang ist hier insb. für Leistungserbringer im ländlichen Raum mit besonderen Herausforderungen im Bereich der Fachkräfte-Rekrutierung wichtig, um einem Abbau von Leistungsangeboten entgegenzuwirken.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Hier scheint es sich um ein Missverständnis zu handeln. § 13 regelt die Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben. Anrechnungen zwischen den Berufsgruppen und von anderen Berufsgruppen sind gemäß § 8 bereits möglich, dürfen aber nicht beliebig sein, um das Qualitätsniveau der Behandlung zu sichern. Der § 8 wurde nicht geändert.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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 PPP-RL

			<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Eine gegenseitige Anrechnung zwischen den Berufsgruppen ist in § 8 der PPP-RL geregelt und steht hier nicht zur Änderung an.</p>
16.4	DG-Sucht	<p>Zu § 16 Übergangsregelungen:</p> <p>Aufgrund der mit der Umsetzung der PPP-RL verbundenen Probleme, insb. im Bereich der Dokumentation, wäre eine Verschiebung wie von der DKG vorgeschlagen unbedingt zu begrüßen. Eine zu rasche Umsetzung birgt das Risiko, dass insb. im suchtmedizinischen Bereich aufgrund des in vielen Bereichen bestehenden Personalmangels die Vorgaben von zahlreichen Einrichtungen / Kliniken nicht eingehalten werden können und es zum Abbau von wichtigen Angeboten für suchtkranke Betroffene kommt.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Wir weisen darauf hin, dass auch im zweiten Quartal 2022 jede zweite Einrichtung die Mindestvorgaben nicht eingehalten hat. Besonders wenig Personal gibt es in Häusern, die besonders viele schwer kranke Patienten behandeln – ein hoch problematisches Ergebnis, zumal hier ganz besonders die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten im Vordergrund steht. Darüber hinaus liegen die derzeit geltenden Minutenwerte noch unter den Vorgaben der 30 Jahre geltenden Psych-PV.</p> <p>Eine professionelle, an den Leitlinien orientierte Therapie von psychisch erkrankten Patienten benötigt ausreichend Personal in allen erforderliche Berufsgruppen. Mit zu wenig Personal ist nur Verwahren möglich, nicht Behandeln.</p> <p>30 Jahre Erfahrung mit der Psych-PV und nun drei Jahre mit der PPP-RL zeigen: Reden und unverbindliche Empfehlungen allein führen nicht zu mehr Personal. Ohne Transparenz, Überprüfung und Festlegung von Konsequenzen bei nicht eingehaltenen Vorgaben werden die Vorgaben von vielen Krankenhäusern ignoriert. Deshalb hat der Gesetzgeber festgelegt, dass bei Nichterfüllung von Mindestvorgaben der Vergütungswegfall folgen muss (§ 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2</p>

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 PPP-RL

			<p>SGB V). Eine Leistung die einen Mindestanspruch nicht erfüllt, darf nicht wie üblich vergütet werden.</p> <p>Wenn ein Krankenhaus, das trotz Ausnahmetatbeständen und Anrechnungsmöglichkeiten in einer Berufsgruppe die Mindestvorgaben für ein gesamtes Quartal nicht einhalten kann, verliert es den Anspruch auf einen Teil der Vergütung. Die Kürzung der Vergütung richtet sich in ihrer Höhe nach dem fehlenden Personal. Die Sanktionierung wurde eingeführt, um Fehlanreize zu verhindern, so dass die Krankenhäuser einen Anreiz haben, wirklich Personal einzustellen. Dadurch hat es keinen finanziellen Vorteil, mit zu wenig Personal zu behandeln.</p> <p>Wir gehen davon aus, dass ein weiteres Aussetzen der Sanktionen nicht dazu beiträgt, dass die Einrichtungen zeitnah in den schon seit Jahren erforderlichen Personalaufbau investieren. Freiwilligkeit, das zeigen die vergangenen Jahrzehnte, erwirkt leider keinen suffizienten Personalaufbau. Wir sehen ein weiteres Aussetzen der Sanktionen deshalb kritisch.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: siehe 6.3.</p>
17	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP), 06.07.2023		
17.1	DFPP	Die DFPP bedankt sich für die Weiterentwicklung der Richtlinie. Allerdings bleibt die Anpassung hinter den Erwartungen der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege zurück. Gerade im Kontext der	GKV-SV: Kenntnisnahme. Gemäß § 14 Abs. 5 PPP-RL hat der G-BA nach der ersten Anpassung der Richtlinie im September 2022 (vgl. § 1 Abs. 3 PPP-RL) alle zwei Jahre zu überprüfen, ob

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 PPP-RL

	<p>Minutenwerte sowie der Tätigkeiten, die weitgehend aus den achtziger Jahren stammen und auf Grundlage der Psych-PV innerhalb der Richtlinie Wirkung entfalten, sind weitere Anpassungen für eine moderne psychiatrische Versorgung unbedingt von Nöten. Auch das keine Anrechnung von anderen Berufsgruppen für Ärzt:innen möglich sind, entspricht einerseits nicht der Realität, und andererseits birgt es die Gefahr der Aushöhlung der Richtlinie bei anderen Berufsgruppen. Auch hier empfiehlt die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege eine, den Realitäten und der Versorgungslandschaft angepasste Richtlinie.</p>	<p>eine weitere Anpassung der Richtlinie erforderlich ist.</p> <p>Die Minutenwerte in Anlage 1 und die Regelaufgaben in Anlage 4 PPP-RL wurden daher vorliegend nicht beraten und nicht geändert und sind somit auch nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens. Es gelten weiterhin die Erläuterungen der Tragenden Gründe zu den bisherigen Beschlüssen zur PPP-RL.</p> <p>Nicht zutreffend ist die Aussage, dass andere Berufsgruppen nicht auf die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte angerechnet werden können. Gemäß § 8 Abs. 3 PPP-RL ist eine Anrechnung zwischen den Berufsgruppen a Ärztinnen und Ärzte und c Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sehr wohl möglich.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Die Weiterentwicklung der PPP-RL erfolgt gemäß § 14 alle zwei Jahre. Die Anpassung der Minutenwerte ist 2023 nicht Gegenstand der Änderung. Die Hinweise sind allerdings für weitere Anpassungsschritte hilfreich.</p> <p>DPR: Dank und Kenntnisnahme. Ist nicht Gegenstand des laufenden Stellungnahmeverfahrens. Fachlich aber zu begrüßen. Die Beschränkung der Anrechnung lediglich zwischen den Berufsgruppen der Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen manifestiert eine Wand zwischen den Berufsgruppen im multiprofessionellen Team, insbesondere, da die Begrenzung aus den Regelaufgaben alleine nicht ableitbar ist.</p>
--	---	---

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 PPP-RL

17.2	DFPP	<p>Bitte um redaktionelle Änderung:</p> <p>In der PPP-RL wird noch auf „externen Krankenpflegeschülerinnen oder externen Krankenpflegeschülern“, sowie [...] „Zivildienstleistende“ Bezug genommen (auf Anlage 4 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>GKV-SV: Vielen Dank für den Hinweis. Siehe auch Anmerkung zu Abschnitt 17.2. Wir werden die Überlegungen bei der zu einem späteren Zeitpunkt geplanten Überarbeitung der Regelaufgaben in die Beratungen miteinbeziehen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Vielen Dank für den Hinweis, der in weitere Beratungen zu den Regelaufgaben gemäß Anlage 4 PPP-RL einbezogen wird.</p> <p>PatV: Dank und Zustimmung zu dem redaktionellen Hinweis.</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung. Die Änderungen sollten aufgenommen werden, da die Bezeichnungen im Pflegeberufegesetz verankert sind und es derzeit keine „Zivildienstleistenden“ mehr gibt, Auswirkungen auf die Regelaufgaben hätte das zunächst nicht.</p>
17.3	DFPP	<p>§ 6, Absatz (6)</p> <p>Pflichtversorgung</p> <p>Die DFPP plädiert für die Beibehaltung der Verringerung der Minutenwerte um 10 Pro-zent bei Nichtvorhandensein einer Versorgungsverpflichtung. Die DFPP unterstützt den Vorschlag des GKV SV /BÄK da die Reduktion für den Tagdienst eine entsprechende Bedeutung hat und der Nachtdienst explizit in § 7 geregelt ist.</p> <p><u>Begründung:</u></p> <p>Die DFPP plädiert für eine Reduktion, da gerade im Hinblick auf die Versorgungsverpflichtung Patient:innen mit hohem Versorgungsbedarfen aufgenommen werden. Mit dieser Aufnahmeverpflichtung geht eine</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Bereits mit der Psych-PV sollten die Minutenwerte angemessen verringert werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Die PPP-RL konkretisierte den höheren personellen Aufwand einer Versorgungsverpflichtung mit 10 Prozent. Dementsprechend sollten die Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung um 10 Prozent reduziert werden. Allerdings definiert die PPP-RL bisher nicht, was unter Versorgungsverpflichtung zu verstehen ist. Deshalb entwickelte der GKV-SV einen pragmatischen Vorschlag. Dieser orientierte sich an den typischen, strukturellen Elementen einer</p>

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 PPP-RL

		<p>Unplanbarkeit von Aufwänden einher. Diese sind vielfach nur über Vorhalteleistungen abdeckbar.</p>	<p>Einrichtung, die eine Versorgungsverpflichtung wahrnimmt und die bereits in Anlage 3 der PPP-RL erfasst werden. Im Stellungnahmeverfahren wurden jedoch in verschiedenen Stellungnahmen relevante Bedenken hinsichtlich möglicher Fehlanreize dieser Definition vorgebracht. Deshalb hat der GKV-SV seinen Änderungsvorschlag überprüft und zurückgezogen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Die DKG fordert zunächst die Beibehaltung der bestehenden und im Wesentlichen aus der Psych-PV übernommenen Regelung, wonach die Minutenwerte einer Einrichtung um 10 % zu reduzieren sind, wenn keine regionale Pflichtversorgung vorliegt. Im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL sollte diese Regelung überprüft und angepasst werden. Dies ist bisher nicht erfolgt und wird nicht mit Informationen aus dem Nachweisverfahren zur PPP-RL adäquat umzusetzen sein. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die regionalen Vorgaben und Rahmenbedingungen auf der Landesebene zur Wahrnehmung der regionalen Pflichtversorgung äußerst heterogen sind und sich der gelebte Grad der Versorgungswahrnehmung sehr unterschiedlich gestaltet. Zunehmend schultern auch Tageskliniken – allerdings in der Regel nicht mit 24 Stunden Aufnahmepflicht am Tag - die Hauptlast der Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen in einer Region, was auch dem politischen Ziel hin zu einer stärkeren Ambulantisierung und Nähe zum Lebensumfeld, entspricht. Vor diesem Hintergrund und sich entwickelnden Versorgungsrealitäten sind jegliche Anpassungen, wie zum Beispiel auch der komplette Entfall einer Regelung auf ihre Aus-</p>
--	--	---	--

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 PPP-RL

			<p>wirkungen und Sachgerechtigkeit im Sinne der Qualitätssicherung zu überprüfen, was bisher nicht erfolgt ist. Dies wird den besonderen Aufgaben der Einrichtungen mit einem Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung nicht gerecht.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die hier geforderte Verringerung der Minutenwerte für Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung unterstützt nicht die Berücksichtigung eines hohen Versorgungsbedarfs, der unabhängig von der Versorgungsverpflichtung individuell für jede Patientin und jeden Patienten besteht.</p> <p>BPtK: siehe 6.1.</p> <p>DPR: Kenntnisnahme. Keine Übernahme.</p>
17.4	DFPP	<p>§ 13, Absatz (5+6)</p> <p>Folgen Nichteinhaltung</p> <p>Die DFPP unterstützt keine weitere Verschiebung der Sanktionen. Allerdings hält die DFPP die Höhe der Sanktionen für unverhältnismäßig.</p> <p><u>Begründung):</u></p> <p>Eine Richtlinie, die Personalmindestanforderungen definiert, braucht Sanktionen, damit Wirkung entfaltet wird. Die Sanktionen sollten allerdings in einer Höhe sein, dass sie einerseits mit entsprechendem Nachdruck und Ernsthaftigkeit in die Praxis transferiert wird, andererseits dürfen sie nicht so empfindlich sein, dass sie über zu starke finanzielle Einbußen für Kliniken zu einer Gefährdung der Versorgung durch diese Einschnitte führt. Daher plädiert die DFPP um ein deutliches Absenken</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>30 Jahre Erfahrung mit der Psych-PV und nun drei Jahre mit der PPP-RL zeigen: Reden und unverbindliche Empfehlungen allein führen nicht zu mehr Personal. Ohne Transparenz, Überprüfung und Festlegung von Konsequenzen bei nicht eingehaltenen Vorgaben werden die Vorgaben von vielen Krankenhäusern ignoriert. Deshalb hat der Gesetzgeber festgelegt, dass bei Nichterfüllung von Mindestvorgaben der Vergütungswegfall folgen muss (§ 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V). Eine Leistung die einen Mindestanspruch nicht erfüllt, darf nicht wie üblich vergütet werden.</p>

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 PPP-RL

		<p>des Sanktionsfaktors von 1,7 auf 1,0. Die Absenkung des Sanktionsfaktors würde dazu führen, dass bei Nicht-einhaltung der PPP-RL Sanktionen auf ein Maß reduziert werden, die einerseits die Wirkung der PPP-RL unterstützt, andererseits Kliniken nicht in finanzielle Schieflage bringt.</p>	<p>Wenn ein Krankenhaus, das trotz Ausnahmetatbeständen und Anrechnungsmöglichkeiten in einer Berufsgruppe die Mindestvorgaben für ein gesamtes Quartal nicht einhalten kann, verliert es den Anspruch auf einen Teil der Vergütung. Die Kürzung der Vergütung richtet sich in ihrer Höhe nach dem fehlenden Personal. Die Sanktionierung wurde eingeführt, um Fehlanreize zu verhindern, so dass die Krankenhäuser einen Anreiz haben, wirklich Personal einzustellen. Dadurch hat es keinen finanziellen Vorteil, mit zu wenig Personal zu behandeln.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme und Dank an die konkreten Hinweise zur Höhe des Sanktionsfaktors. Die bisher veröffentlichten Daten der Quartalsberichte gemäß PPP-RL aus dem Jahr 2022 zeigen, dass durchschnittlich 83,9 Prozent der Kliniken den berufsgruppenübergreifenden Umsetzungsgrad über alle Berufsgruppen hinweg in der Erwachsenenpsychiatrie und durchschnittlich über 78,9 Prozent der Kliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erreicht haben. Viele Einrichtungen erreichten sogar einen Umsetzungsgrad von über 100 Prozent. Jedoch erfüllen durchschnittlich 48,2 Prozent der Einrichtungen in der Erwachsenenpsychiatrie und 50,2 Prozent der Einrichtungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Mindestvorgaben nicht. Hierbei ist zu beachten, dass die Mindestvorgaben bereits als nicht erfüllt gelten, wenn sie in nur einer Berufsgruppe unterschritten werden. Dementsprechend ist nicht in Gänze zu wenig Personal vorhanden. Trotz intensiver</p>
--	--	---	---

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 PPP-RL

			<p>Bemühungen vieler Häuser ist es im Bundesdurchschnitt bisher nicht gelungen, die personelle Ausstattung in allen Berufsgruppen den Mindestvorgaben der PPP-RL anzupassen. Aus der Höhe der Defizite z. B. in der Pflege ergibt sich jedoch, dass vor dem Hintergrund der bestehenden Fachkräftesituation und geringen Verfügbarkeit auf dem Arbeitsmarkt ein Aufbau entsprechender Kapazitäten realistisch zeitnah nicht zu erreichen ist. Bei den anderen Berufsgruppen zeigen sich teilweise hohe Übererfüllungsgrade. Daher ist zu hinterfragen, ob die Minutenwerte in den Mindestvorgaben noch den gelebten Versorgungskonzepten und der Versorgungsrealität vor Ort entsprechen. Um eine zukünftige Sanktionierung – die in ihrer derzeitigen Ausgestaltung keine Rücksicht auf Ursachen nehmen - zu umgehen, bleibt den Krankenhäusern wenig anderes übrig, als die Belegung abzusenken und das Leistungsspektrum zu reduzieren, da sich die Anzahl der Behandlungstage der Patientinnen und Patienten direkt auf die Umsetzungsgrade auswirkt. Ob das allerdings im Sinne der zu versorgenden Patientinnen und Patienten insbesondere auch im Zusammenhang mit ggf. vorhandener Pflicht zur Aufnahme ist, ist zu hinterfragen.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme zu Sanktionen ab 2024. Allerdings besteht kein Anreiz zur Personalgewinnung, wenn lediglich die eingesparte Vergütung nicht ausbezahlt wird. Um die Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie Personal zu gewährleisten ist die Erfüllung der Mindestvorgabe unerlässlich. Eine Unterschreitung der Mindestvor-</p>
--	--	--	--

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 PPP-RL

			<p>gabe stellt eine Gefährdung dar und muss über die eingesparten Personalkosten hinaus sanktioniert werden, um die geforderte Personalausstattung zu erreichen. Ziel der PPP-RL ist nicht die Sanktion, sondern deren Vermeidung durch Maßnahmen im Vorfeld.</p> <p>BPtK: Wir stimmen den Ausführungen zu, dass eine Absenkung der Sanktionshöhe ein gangbarer Weg sein könnte, um einerseits aus den unter 6.3 bereits genannten Gründen nicht auf Sanktionen zu verzichten und diese andererseits verhältnismäßig auszugestalten. Inwieweit die Absenkung auf den Faktor 1.0 noch einen – über die Rückzahlung in der Höhe der Kosten des eingesparten Personals – hinaus gehenden nachdrücklichen Effekt zur Einhaltung der Mindestanforderungen hätte müsste jedoch geprüft werden.</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung.</p>
17.5	DFPP	<p>§ 16, Absatz (2, 4, 5, 6)</p> <p>Übergangsregelungen</p> <p>Die DFPP unterstützt den Vorschlag des GKV-SV /PatV.</p> <p><u>Begründung):</u></p> <p>Die DFPP plädiert für die Beibehaltung der Sanktionen ab dem Jahr 2024. Daher braucht es aus Sicht der DFPP keine weitere Anpassung des § 16.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Das Nachweisverfahren der PPP-RL ist in Aufwand und Komplexität kaum zu übertreffen. Nichts desto trotz ist die Anzahl der Standorte, die die Mitwirkungspflichten im Verlauf seit dem Inkrafttreten der PPP-RL nicht erfüllen, äußerst gering. Aufgrund restriktiver Vorgaben im Nachweisverfahren, die sich häufig nicht mit der organisatorischen und umgesetzten Versorgungsrealität in Einklang</p>

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 PPP-RL

			<p>bringen lassen, gelingt es noch nicht allen Standorten die entsprechenden Daten vollumfänglich wie gefordert abzubilden. Dies wird sich mit der geplanten Umstellung auf Nutzung von Routinedaten ab 2024 noch erheblich potenzieren. Daher sind die Übergangsregelungen zu einer Verschiebung des Inkrafttretens von Sanktionen mit nicht vollständiger Erfüllung der Mitwirkungspflichten weiterhin zu verschieben.</p> <p>PatV: Dank und Zustimmung.</p>
17.6	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 psycho-therapeutischen Handelns der Pflege (siehe oben, Präambel), als auch hinsichtlich der generellen bedarfsge-rechten Versorgung der Patienten.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Eine Anpassung der Minutenwerte für die Berufsgruppen ist zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Die Minutenwerte der PPP-RL werden vorliegend nicht geändert und sind somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens. Es gelten weiterhin die Erläuterungen der Tragenden Gründe zu den vorangegan-genen Beschlüssen.</p> <p>PatV: Dank und Zustimmung zu dem Hinweis auf die nächste Aktualisierung.</p> <p>DPR: Dank und Kenntnisnahme. Nicht Gegenstand des laufen-den Stellungnahmeverfahrens. Die Überprüfung bzw. Anpas-sung der Minutenwerte ist zu einem späteren Zeitpunkt be-reits vorgesehen.</p>

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 PPP-RL

18	Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK), 06.07.2023		
18.1	BDK	<p>In einem umfassenden Positionspapier der Plattform Entgelt haben sich über 20 Verbände aus dem Bereich Psychiatrie und Psychotherapie zu den Auswirkungen von Sanktionen und der daraus resultierenden Bedrohung der psychiatrische Versorgungslandschaft in Deutschland geäußert. (sh. <u>Anlage 1</u>)</p> <p>Die dort dargestellten Aspekte werden von der Bundesdirektorenkonferenz uneingeschränkt vertreten.</p> <p>Darüber hinaus nehmen wir als Bundesdirektorenkonferenz von unserem Stellungnahmerecht Gebrauch und positionieren uns zu folgenden strittigen Punkten des vorgelegten Beschlussentwurfes.</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: siehe 6.1.</p>
18.2	BDK	<p>Zu § 6 Absatz 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung:</p> <p>GKV-SV und BÄK legen einen Antrag zur Spezifizierung der “Versorgungsverpflichtung“ vor im Zusammenhang mit der Absenkung der Minutenwerte um 10 % bei fehlender Versorgungsverpflichtung:</p> <p>Im Tagdienst sind die Minutenwerte um 10% zu verringern, wenn eine Einrichtung der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychosomatik weder zur Behandlung von Patientinnen und Papietenten mit gesetzlicher Unterbringung verpflichtet ist noch eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten besteht.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Bereits mit der Psych-PV sollten die Minutenwerte angemessen verringert werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Die PPP-RL konkretisierte den höheren personellen Aufwand einer Versorgungsverpflichtung mit 10 Prozent. Dementsprechend sollten die Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung um 10 Prozent reduziert werden. Allerdings definiert die PPP-RL bisher nicht, was unter Versorgungsverpflichtung zu verstehen ist. Deshalb entwickelte der GKV-SV einen pragmatischen Vorschlag. Dieser orientierte sich an den typischen, strukturellen Elementen einer Einrichtung, die eine Versorgungsverpflichtung wahrnimmt</p>

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 PPP-RL

	<p>Grundsätzlich liegt eine bundesweit einheitliche Definition des Begriffes Regionale Pflichtversorgung nicht vor. Vielmehr ist die regionale Versorgungspflicht in den Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet. In einer Pilotstudie der Uni Regensburg konnten erste Parameter einer mehrdimensionalen Darstellung der Regionalen Pflichtversorgung identifiziert werden (sh. Anlage 2)* Dabei zeigt sich die Notwendigkeit zur weiteren Differenzierung und Operationalisierung des Begriffes Regionale Pflichtversorgung. Aus unserer Sicht bildet der Formulierungsvorschlag der GKV/BÄK diese Mehrdimensionalität nicht ab. Als Mindestparameter für eine regionale Versorgungsverpflichtung sehen wir, dass sowohl eine Verpflichtung zur Behandlung von Patientinnen und Papierten mit gesetzlicher Unterbringung als auch eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten besteht.</p> <p>Aus diesem Grund schließen wir uns dem Vorschlag der GKV/BÄK nur unter der Voraussetzung an, dass der Satz dahingehend modifiziert wird, dass die Spezifizierung beide Aspekte der Pflicht-versorgung enthält. Darüberhinaus empfehlen wir, den Tatbestand der Regionalen Pflichtversorgung im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL wissenschaftlich zu evaluieren. (§14 Absatz 2).</p> <p><i>*[redaktioneller Hinweis zu Anlage 2: Literatur: Ziereis M et al.: Die regionale Pflichtversorgung in der stationären Psychiatrie und Psychotherapie. Nervenheilkunde 2020; 39: 167–174]</i></p>	<p>und die bereits in Anlage 3 der PPP-RL erfasst werden. Im Stellungnahmeverfahren wurden jedoch in verschiedenen Stellungnahmen relevante Bedenken hinsichtlich möglicher Fehlansätze dieser Definition vorgebracht. Deshalb hat der GKV-SV seinen Änderungsvorschlag überprüft und zurückgezogen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Die DKG fordert zunächst die Beibehaltung der bestehenden und im Wesentlichen aus der Psych-PV übernommenen Regelung, wonach die Minutenwerte einer Einrichtung um 10 % zu reduzieren sind, wenn keine regionale Pflichtversorgung vorliegt. Im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL sollte diese Regelung überprüft und angepasst werden. Dies ist bisher nicht erfolgt und wird nicht mit Informationen aus dem Nachweisverfahren zur PPP-RL adäquat umzusetzen sein. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die regionalen Vorgaben und Rahmenbedingungen auf der Landesebene zur Wahrnehmung der regionalen Pflichtversorgung äußerst heterogen sind und sich der gelebte Grad der Versorgungswahrnehmung sehr unterschiedlich gestaltet. Zunehmend schultern auch Tageskliniken – allerdings in der Regel nicht mit 24 Stunden Aufnahmepflicht am Tag - die Hauptlast der Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen in einer Region, was auch dem politischen Ziel hin zu einer stärkeren Ambulantisierung und Nähe zum Lebensumfeld, entspricht. Vor diesem Hintergrund und sich entwickelnden Versorgungsrealitäten sind jegliche Anpassungen, wie zum Beispiel auch der komplette Entfall einer Regelung auf ihre Auswirkungen und Sachgerechtigkeit im Sinne der Qualitätssicherung zu überprüfen, was bisher nicht erfolgt ist. Dies wird den</p>
--	---	--

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 PPP-RL

			<p>besonderen Aufgaben der Einrichtungen mit einem Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung nicht gerecht.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die hier geforderte Verringerung der Minutenwerte für Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung unterstützt nicht die Berücksichtigung eines hohen Versorgungsbedarfs, der unabhängig von der Versorgungsverpflichtung individuell für jede Patientin und jeden Patienten besteht.</p> <p>BPtK: siehe 6.1.</p>
18.3	BDK	<p>Zu § 13: Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:</p> <p>Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bundesärztekammer stellen hier den Antrag zur Verschiebung der Sanktionen um 2 Jahre.</p> <p>Das im Juni 2023 vorgelegte Positionspapier zum Thema Kliniksanktionen (<u>Anlage 1</u>) beschreibt ausführlich die bedrohlichen Folgen für die psychiatrische Versorgung, falls die derzeit bestehenden Sanktionen nicht ausgesetzt werden.</p> <p>Unumstritten ist dabei, dass nicht für Personal verwendete Budgetmittel an die Kostenträger zurückzuzahlen sind. Aus Sicht der BDK werden hierdurch die richtigen Anreize zur personellen Ausstattung der psychiatrischen Kliniken gesetzt.</p> <p>Die aktuell vorliegenden Sanktionen hingegen sind unverhältnismäßig und führen zu einer erheblichen Verschlechterung der Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Starre Mindestvorgaben verhindern einen patientenorientierten 	<p>GKV-SV: Wir weisen darauf hin, dass auch im zweiten Quartal 2022 jede zweite Einrichtung die Mindestvorgaben nicht eingehalten hat. Besonders wenig Personal gibt es in Häusern, die besonders viele schwer kranke Patienten behandeln – ein hoch problematisches Ergebnis, zumal hier ganz besonders die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten im Vordergrund steht. Darüber hinaus liegen die derzeit geltenden Minutenwerte noch unter den Vorgaben der 30 Jahre geltenden Psych-PV.</p> <p>Eine professionelle, an den Leitlinien orientierte Therapie von psychisch erkrankten Patienten benötigt ausreichend Personal in allen erforderlichen Berufsgruppen. Mit zu wenig Personal ist nur Verwahren möglich, nicht Behandeln.</p> <p>30 Jahre Erfahrung mit der Psych-PV und nun drei Jahre mit</p>

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 PPP-RL

	<p>bedarfsgerechten Einsatz der Mitarbeitenden in den Kliniken.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambulantisierte und sektorenübergreifende Versorgungsmodelle werden behindert, wenn Personal zur Erfüllung der Mindestvorgaben in (teil-)stationären Bereich herangezogen werden muss. - Zentrale Ziele der Psychiatrie-Enquete, eine gemeindenahen Versorgung psychisch kranker Menschen in allen Regionen zu gewährleisten, werden gefährdet. - Leistungsangebote werden reduziert, wenn bei bestehendem Fachkräftemangel kurzzeitig und in einzelnen Berufsgruppen die Mindestvorgaben nicht erfüllt werden können. - Vor dem Hintergrund von deutlichem und zunehmenden Fachkräftemangel führt die willkürlich festgelegte Hilfskraftquote von 10% zu einer weiteren Gefährdung der Versorgung, da die Hilfskräfte in der Regel nicht mehr durch examinierte Fachkräfte ersetzt werden können. <p>Die unverhältnismäßigen Sanktionen werden zu einem unkontrollierten Kahlschlag in der Versorgungslandschaft führen, der gerade die schon unterversorgten Regionen besonders betreffen wird.</p> <p>Damit werden psychisch kranke Menschen zukünftig weniger Versorgungsangebote in Anspruch nehmen können, was in Anbetracht der stetig wachsenden gesundheitsökonomischen Bedeutung seelischer Erkrankungen nicht sinnvoll und auch nicht zielführend erscheint. Die Sanktionsregelungen für die Psychiatrie und Psychotherapie sind weit aus massiver als die Sanktionen bei Minderbesetzungen in der somatischen Medizin. Wir sehen hier eine eklatante und rechtlich nicht nachvollziehbare Benachteiligung der Psychiatrie und Psychotherapie.</p> <p>Vor diesem Hintergrund schließt sich die BDK dem Antrag der DKG und</p>	<p>der PPP-RL zeigen: Reden und unverbindliche Empfehlungen allein führen nicht zu mehr Personal. Ohne Transparenz, Überprüfung und Festlegung von Konsequenzen bei nicht eingehaltenen Vorgaben werden die Vorgaben von vielen Krankenhäusern ignoriert. Deshalb hat der Gesetzgeber festgelegt, dass bei Nichterfüllung von Mindestvorgaben der Vergütungswegfall folgen muss (§ 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V). Eine Leistung die einen Mindestanspruch nicht erfüllt, darf nicht wie üblich vergütet werden.</p> <p>Wenn ein Krankenhaus, das trotz Ausnahmetatbeständen und Anrechnungsmöglichkeiten in einer Berufsgruppe die Mindestvorgaben für ein gesamtes Quartal nicht einhalten kann, verliert es den Anspruch auf einen Teil der Vergütung. Die Kürzung der Vergütung richtet sich in ihrer Höhe nach dem fehlenden Personal. Die Sanktionierung wurde eingeführt, um Fehlanreize zu verhindern, so dass die Krankenhäuser einen Anreiz haben, wirklich Personal einzustellen. Dadurch hat es keinen finanziellen Vorteil, mit zu wenig Personal zu behandeln.</p> <p>Wir gehen davon aus, dass ein weiteres Aussetzen der Sanktionen nicht dazu beiträgt, dass die Einrichtungen zeitnah in den schon seit Jahren erforderlichen Personalaufbau investieren. Freiwilligkeit, das zeigen die vergangenen Jahrzehnte, erwirkt leider keinen suffizienten Personalaufbau. Wir sehen ein weiteres Aussetzen der Sanktionen deshalb kritisch.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
--	---	---

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 PPP-RL

		<p>der BÄK zur Aussetzung der Sanktionen für weitere 2 Jahre vollumfänglich an.</p> <p>Seit Jahren setzt sich die BDK dafür ein, dass bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben neben der Rückzahlung nicht genutzter Personalmitel Unterstützung, Beratung und Anreize für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalausstattung im Zentrum aller Bemühungen stehen muss. Die gesetzlich geforderte Weiterentwicklung der Richtlinie soll im Gegensatz zur aktuell gültigen Richtlinie zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen und den Kliniken ermöglichen, gerade in Zeiten des Fachkräftemangels weiterhin attraktiv für Mitarbeitende zu sein. Nur dadurch kann es gelingen, unter schwierigen Bedingungen die psychiatrische Versorgung in Deutschland krisen- und zukunftsicher zu machen und patientenorientiert weiterzuentwickeln.</p>	<p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Es besteht kein Anreiz zur Personalgewinnung, wenn lediglich die eingesparte Vergütung nicht ausgezahlt wird. Um die Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie Personal zu gewährleisten ist die Erfüllung der Mindestvorgabe unerlässlich. Eine Unterschreitung der Mindestvorgabe stellt eine Gefährdung dar und muss über die eingesparten Personalkosten hinaus sanktioniert werden, um die geforderte Personalausstattung zu erreichen. Ziel der PPP-RL ist nicht die Sanktion, sondern deren Vermeidung durch Maßnahmen im Vorfeld.</p> <p>BPtK: siehe 6.3.</p>
19	Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK), 06.07.2023		
19.1	APK	<p>Die Aktion Psychisch Kranke (APK) hat bereits am 24.06.2019 grundlegend zur PPP-RL Stellung genommen und verschiedentlich, zuletzt am 18.10.2022 auf Fehlentwicklungen und Gefahren im Zusammenhang mit der Richtlinie hingewiesen.</p> <p>Der aktuell vorgelegte Beschlussentwurf (Stand 07.06.2023) über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie ist nicht geeignet die grundlegenden Probleme der psychiatrischen Kliniken zu verbessern, sondern birgt im Gegenteil mit dem Vorschlag der „Scharfstellung“ der mit der Richtlinie verbundenen Sankti-</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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 PPP-RL

	<p>onsmechanismen die Gefahr, die psychiatrische Versorgung in Deutschland ernsthaft zu gefährden.</p> <p>Die APK hat sich daher inhaltlich hinter das <u>Positionspapier der Plattform Entgelt</u> gestellt und trägt die dort formulierten Forderungen mit.</p> <p>Die bereits 2019 geäußerte Befürchtung, dass die Umsetzung der Richtlinie vor Ort auf Schwierigkeiten stoßen wird, hat sich leider vollumfänglich bestätigt.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Die Vorgaben der PPP-RL werden von den Leistungsträgern nicht als Mindestvorgaben interpretiert, sondern als Sollvorgaben, bzw. als Höchstgrenze dessen, was in der Pflegesatzverhandlung vereinbart werden kann. Diese Position wird trotz gegenteiliger Zusicherung des Gesetzgebers im Gesetzgebungsverfahren von den Leistungsträgern, nicht nur in den Verhandlungen vor Ort, sondern auch in Schiedsstellenverfahren und juristischen Verfahren vertreten. Die APK strebt deshalb eine Klarstellung des Sachverhaltes im § 3 BPfVsV Abs. 3 Nr. 5 durch den Gesetzgeber an.2. Wie bereits bei der Umsetzung der Personalverordnung Psychiatrie in den 90er Jahren, wird in den Pflegesatzverhandlungen vor Ort juristisch spitzfindig, zwischen Personalstellen und Finanzierung dieser Personalstellen unterschieden. Die Finanzierung der in der PPP-RL festgelegten Mindestbesetzung zu Tarifkosten wird juristisch strittig gestellt. Die Frage sollte vor dem Bundesverwaltungsgericht entschieden werden. Die Liquiditätsrisiken für die betroffenen Krankenhäuser summieren sich über die Jahre bis zur juristischen Entscheidung in Millionenhöhe.	
--	---	--

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 PPP-RL

	<p>3. Die für 100% Erfüllung der PPP-RL-Vorgaben technisch notwendige Schwankungsreserve wird von den Leistungsträgern strittig gestellt und konsequent nicht berücksichtigt. 3. Die für 100% Erfüllung der PPP-RL-Vorgaben technisch notwendige Schwankungsreserve wird von den Leistungsträgern strittig gestellt und konsequent nicht berücksichtigt.</p> <p>Notwendig ist eine Ausfinanzierung der PPP-RL-Vorgaben inklusive einer technisch notwendigen Schwankungsbreite, Ein Sanktionsmechanismus - über die reine Rückzahlverpflichtung bei nicht besetzten Stellen hinaus - ist abzulehnen.</p> <p>Angesichts des anhaltenden Fachkräftemangels und der bestehenden Unterfinanzierung der Kliniken, bergen die von dem GKV-SV vorgeschlagenen Änderungen bezüglich des Inkrafttretens der Sanktionsmechanismen erhebliche Risiken für die psychiatrische Versorgung und sind daher zum jetzigen Zeitpunkt abzulehnen.</p> <p>Die APK empfiehlt daher im Einklang mit der Plattform Entgelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die vorgesehenen Strafzahlungen der PPP-RL in ihrer aktuellen Form zu streichen. - Bei Unterschreitung der Mindestvorgaben, neben Rückzahlung der nicht genutzten Personalmittel, Unterstützung, Beratung und Anreize für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Personalausstattung in den Krankenhäusern anzubieten. - Klar zu stellen, dass die PPP-RL eine Personaluntergrenze darstellt und für eine leitliniengerechte Versorgung darüber Personal erforderlich ist. - Ein Personalbemessungsinstrument zu schaffen, das eine patienten-orientierte Behandlung ermöglicht. 	
--	---	--

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 PPP-RL

19.2	APK	<p>Im Einzelnen nimmt die APK wie folgt Stellung zu:</p> <p>1. Neufassung § 6 Abs. 6:</p> <p>Die APK unterstützt die Position der DKG (keine Übernahme), die bisherige Regelung beizubehalten.</p> <p>Das Thema regionale Pflichtversorgung hat für die psychiatrische Versorgung eine herausragende Bedeutung und stellt eine beachtenswerte Besonderheit im Krankenhausbereich dar. Das Thema regionale Pflichtversorgung sollte vor eine Änderung des § 6 Abs. 6 umfangreich geprüft und beraten werden, da es erheblichen Einfluss auf die notwendige Mindestpersonalausstattung von Kliniken hat. Dabei sind die regional unterschiedlichen Voraussetzungen für eine Pflichtversorgung angemessen zu berücksichtigen.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Bereits mit der Psych-PV sollten die Minutenwerte angemessen verringert werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Die PPP-RL konkretisierte den höheren personellen Aufwand einer Versorgungsverpflichtung mit 10 Prozent. Dementsprechend sollten die Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung um 10 Prozent reduziert werden. Allerdings definiert die PPP-RL bisher nicht, was unter Versorgungsverpflichtung zu verstehen ist. Deshalb entwickelte der GKV-SV einen pragmatischen Vorschlag. Dieser orientierte sich an den typischen, strukturellen Elementen einer Einrichtung, die eine Versorgungsverpflichtung wahrnimmt und die bereits in Anlage 3 der PPP-RL erfasst werden. Im Stellungnahmeverfahren wurden jedoch in verschiedenen Stellungnahmen relevante Bedenken hinsichtlich möglicher Fehlansätze dieser Definition vorgebracht. Deshalb hat der GKV-SV seinen Änderungsvorschlag überprüft und zurückgezogen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die Verringerung der Minutenwerte für Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung unterstützt nicht die Berücksichtigung eines hohen Versorgungsbedarfs, der unabhängig von der Versorgungsverpflichtung individuell für jede Patientin und jeden Patienten besteht.</p>
------	-----	---	--

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 PPP-RL

19.3	APK	<p>2. § 11 neuer Absatz 14</p> <p>Keine Stellungnahme der APK</p>	<p>DKG/PatV: Kenntnisnahme.</p>
19.4	APK	<p>3. § 13 Abs. 5 und 6 – Durchsetzungsmaßnahmen:</p> <p>Die APK unterstützt die Position der DKG/BÄK, die geplanten Durchsetzungsmaßnahmen nach § 13 PPP-RL weiterhin auszusetzen.</p> <p>Wie im von der APK mit unterzeichneten ausführlichen <u>Positionspapier der Plattform Entgelt</u> umfangreich dargelegt, sind die geplanten Durchsetzungsmaßnahmen und den damit verbundenen Strafzahlungen bis auf weiteres nicht zielführend und bergen das Risiko einer nachhaltigen Verschlechterung der Versorgungssituation für psychisch kranke Menschen in Deutschland.</p> <p>Durch eine weitere Verschiebung der Sanktionsmaßnahmen können angesichts des bestehenden Fachkräftemangels Alternativen zu den „Strafzahlungen“ entwickelt werden, die geeignet sind die Qualität der psychiatrischen Versorgung trotz der bestehenden Probleme bei der Akquise von Mitarbeitenden zu gewährleisten.</p>	<p>GKV-SV: Wir weisen darauf hin, dass auch im zweiten Quartal 2022 jede zweite Einrichtung die Mindestvorgaben nicht eingehalten hat. Besonders wenig Personal gibt es in Häusern, die besonders viele schwer kranke Patienten behandeln – ein hoch problematisches Ergebnis, zumal hier ganz besonders die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten im Vordergrund steht. Darüber hinaus liegen die derzeit geltenden Minutenwerte noch unter den Vorgaben der 30 Jahre geltenden Psych-PV.</p> <p>Eine professionelle, an den Leitlinien orientierte Therapie von psychisch erkrankten Patienten benötigt ausreichend Personal in allen erforderliche Berufsgruppen. Mit zu wenig Personal ist nur Verwehren möglich, nicht Behandeln.</p> <p>Wir gehen davon aus, dass ein weiteres Aussetzen der Sanktionen nicht dazu beiträgt, dass die Einrichtungen zeitnah in den schon seit Jahren erforderlichen Personalaufbau investieren. Freiwilligkeit, das zeigen die vergangenen Jahrzehnte, erwirkt leider keinen suffizienten Personalaufbau. Wir sehen ein weiteres Aussetzen der Sanktionen deshalb kritisch.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Es besteht kein Anreiz zur</p>

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 PPP-RL

			<p>Personalgewinnung, wenn Sanktionen weiterhin ausgesetzt werden. Um die Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie Personal zu gewährleisten ist die Erfüllung der Mindestvorgabe unerlässlich. Eine Unterschreitung der Mindestvorgabe stellt eine Gefährdung dar und muss sanktioniert werden, um die geforderte Personalausstattung zu erreichen. Ziel der PPP-RL ist nicht die Sanktion, sondern deren Vermeidung durch Maßnahmen im Vorfeld.</p> <p>Die langjährig bestehende sanktionsfreie Zeit hat nicht zu dem erforderlichen Personalaufbau geführt.</p> <p>BPtK: siehe 6.3.</p>
19.5	APK	<p>4. § 16 PPP-RL:</p> <p>Die APK unterstützt die Position der DKG, die Fristen bis zur sanktionsbewerten vollständigen Datenlieferung auch weiterhin auszusetzen (Abs. 2).</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisname. Siehe auch Anmerkungen zu Abschnitt 19.4.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Gerade zur Weiterentwicklung der PPP-RL ist die Ermittlung der Mindestvorgaben gemäß § 6, Ermittlung des Umsetzungsgrades gemäß § 7 sowie Meldung bei Nichteinhaltung gemäß § 11 Abs. 3, erforderlich.</p>
20	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)		
20.1	DGGPP	Vorbemerkung	

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 PPP-RL

		<p>Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie vertritt nachdrücklich die Ansicht, dass für eine Sicherung der Qualität in der stationären psychiatrischen Versorgung ein Personalbemessungssystem wie z.B. das von der Plattform der Fachgesellschaften entwickelte „EPPIK“, erforderlich ist. Personaluntergrenzen im Sinn dieser Richtlinie sind keine Alternative, und eher geeignet, die Qualität der stationären psychiatrischen Versorgung zu verschlechtern statt zu verbessern. Durch den hohen Bürokratieaufwand der Nachweispflichten zur PPP-RL werden Ressourcen in behandlungsferne Bereiche verschoben, die Belastung der Mitarbeitenden erhöht, und dadurch die Qualität der Versorgung beeinträchtigt. Die perspektivisch angedrohten völlig unverhältnismäßigen Sanktionen bei gleichzeitigem Mangel an Fachkräften in fast allen Berufsgruppen sind geeignet, psychiatrische Kliniken zur Schließung zu zwingen, ohne dass adäquate ambulante Behandlungsalternativen bestehen. Die drohende Folge wäre, dass je nach Region eine punktuelle und strukturelle Unterversorgung durch eine fehlende psychiatrische Versorgung ersetzt würde.</p> <p>Die folgende Stellungnahme bemüht sich deshalb nur, punktuell auf die aus unserer Sicht heftigsten Fehlentwicklungen im Rahmen der PPP-RL aufmerksam zu machen.</p>	GKV-SV/DKG/PatV: Kenntnisnahme.
20.2	DGGPP	<p>Änderung des § 6</p> <p>Aus unserer Sicht ist eine Änderung derzeit nicht sinnvoll. In den „Tragenden Gründen“ wird von der GKV zwar nachvollziehbar dargelegt, dass die Definition von „Versorgungsverpflichtung“ regional uneinheitlich ist. Dies Problem wird aber durch die von der GKV vorgeschlagene</p>	GKV-SV: Kenntnisnahme. Bereits mit der Psych-PV sollten die Minutenwerte angemessen verringert werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Die PPP-RL konkretisierte den höheren personellen Auf-

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 PPP-RL

		<p>Änderung nicht behoben, statt dessen werden erneut Nachweispflichten erweitert. Darüber hinaus ist weder die Beschränkung auf den Tagdienst noch die auf Unterbringungen nach dem BGB (was ist mit den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder?) begründet, und die vorgeschlagene Regelung birgt das Risiko, dass eine Neigung zu Unterbringungen statt Freiwilligkeit entsteht.</p>	<p>wand einer Versorgungsverpflichtung mit 10 Prozent. Dementsprechend sollten die Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung um 10 Prozent reduziert werden. Allerdings definiert die PPP-RL bisher nicht, was unter Versorgungsverpflichtung zu verstehen ist. Deshalb entwickelte der GKV-SV einen pragmatischen Vorschlag. Dieser orientierte sich an den typischen, strukturellen Elementen einer Einrichtung, die eine Versorgungsverpflichtung wahrnimmt und die bereits in Anlage 3 der PPP-RL erfasst werden. Im Stellungnahmeverfahren wurden jedoch in verschiedenen Stellungnahmen relevante Bedenken hinsichtlich möglicher Fehlansätze dieser Definition vorgebracht. Deshalb hat der GKV-SV seinen Änderungsvorschlag überprüft und zurückgezogen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die Ausführungen zeigen, dass eine Verringerung der Minutenwerte für Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung nicht geboten ist. Der Versorgungsbedarf besteht unabhängig von der Versorgungsverpflichtung individuell für jede Patientin und jeden Patienten.</p>
20.3	DGGPP	<p>Änderung des § 11 (14)</p> <p>Hier folgen wir der Argumentation der DKG. Darüber hinaus sind wir der Ansicht, dass jede Erhöhung des Bürokratieaufwands grundsätzlich zu vermeiden ist.</p>	<p>GKV-SV: Die vorgeschlagene Ermittlung der Grundgesamtheit basiert auf den Krankenausstandorten einschließlich der an diesen Standorten vorhandenen Einrichtungen, die Nachweise nach § 11 erbracht haben, ergänzt um Einrichtungen im</p>

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 PPP-RL

			<p>vorgenannten Sinne, die entsprechende OPS Codes abgerechnet haben. Damit gelingt eine vollständigere und zugleich aufwandsarme Erfassung der Einrichtungen, die dem Geltungsbereich der PPP-RL zuzuordnen sind, weil sie entsprechende Leistungen erbracht haben.</p> <p>Ein immenser bürokratischer Aufwand ist nicht zu erkennen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Ein zusätzlicher bürokratischer Aufwand durch die vom GKV-SV vorgesehene Änderung ist nicht erkennbar.</p>
20.4	DGGPP	<p>Änderung des § 16</p> <p>Auch hier präferieren wir die Vorschläge der DKG, insbesondere zur Verlängerung der Übergangsregelungen. Außerdem möchten wir erneut darauf aufmerksam machen, dass eine Rückzahlung von für Personal verhandelte, aber nicht für Personal ausgegebene Anteile von Klinikbudgets eine – wie sich auch zuletzt im Umgang mit der PsychPV gezeigt hat – sinnvolle Maßnahme zur Verbesserung der Behandlungsqualität ist. Ein Vergütungswegfall für bereits erbrachte Leistungen ist aus unserer Sicht aber geeignet, die Qualität der Behandlung von psychisch Kranken zu verschlechtern.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Wir weisen darauf hin, dass auch im zweiten Quartal 2022 jede zweite Einrichtung die Mindestvorgaben nicht eingehalten hat. Besonders wenig Personal gibt es in Häusern, die besonders viele schwer kranke Patienten behandeln – ein hoch problematisches Ergebnis, zumal hier ganz besonders die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten im Vordergrund steht. Darüber hinaus liegen die derzeit geltenden Minutenwerte noch unter den Vorgaben der 30 Jahre geltenden Psych-PV.</p> <p>Eine professionelle, an den Leitlinien orientierte Therapie von psychisch erkrankten Patienten benötigt ausreichend Personal in allen erforderliche Berufsgruppen. Mit zu wenig Personal ist nur Verwehren möglich, nicht Behandeln.</p>

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 PPP-RL

			<p>30 Jahre Erfahrung mit der Psych-PV und nun drei Jahre mit der PPP-RL zeigen: Reden und unverbindliche Empfehlungen allein führen nicht zu mehr Personal. Ohne Transparenz, Überprüfung und Festlegung von Konsequenzen bei nicht eingehaltenen Vorgaben werden die Vorgaben von vielen Krankenhäusern ignoriert. Deshalb hat der Gesetzgeber festgelegt, dass bei Nichterfüllung von Mindestvorgaben der Vergütungswegfall folgen muss (§ 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V). Eine Leistung die einen Mindestanspruch nicht erfüllt, darf nicht wie üblich vergütet werden.</p> <p>Wenn ein Krankenhaus, das trotz Ausnahmetatbeständen und Anrechnungsmöglichkeiten in einer Berufsgruppe die Mindestvorgaben für ein gesamtes Quartal nicht einhalten kann, verliert es den Anspruch auf einen Teil der Vergütung. Die Kürzung der Vergütung richtet sich in ihrer Höhe nach dem fehlenden Personal. Die Sanktionierung wurde eingeführt, um Fehlanreize zu verhindern, so dass die Krankenhäuser einen Anreiz haben, wirklich Personal einzustellen. Dadurch hat es keinen finanziellen Vorteil, mit zu wenig Personal zu behandeln.</p> <p>Wir gehen davon aus, dass ein weiteres Aussetzen der Sanktionen nicht dazu beiträgt, dass die Einrichtungen zeitnah in den schon seit Jahren erforderlichen Personalaufbau investieren. Freiwilligkeit, das zeigen die vergangenen Jahrzehnte, erwirkt leider keinen suffizienten Personalaufbau. Wir sehen ein weiteres Aussetzen der Sanktionen deshalb kritisch.</p>
--	--	--	---

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 PPP-RL

			<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: siehe 6.3</p>
21	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF), 06.07.2023		
21.1	DNVF	<p>1. Durchsetzungsmaßnahmen</p> <p>Zu § 13: Die Anträge von DKG/BÄK werden unterstützt.</p> <p>Ein wesentliches Ziel des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNVF) ist es die Versorgungssituation von Patient:innen mit somatischen und/oder psychischen Erkrankungen durch Entwicklung und Implementierung geeigneter Maßnahmen, die auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen, zu verbessern. Aus diesem Grunde unterstützt sie, dass die aktuell geplanten Durchsetzungsmaßnahmen nach § 13 PPP-RL zwingend ausgesetzt werden müssen, andernfalls würde die Versorgungssicherheit in Deutschland Schaden nehmen.</p> <p>„Die Durchsetzungsmaßnahmen sind in der aktuellen Ausgestaltung unverhältnismäßig. Sie übersteigen das theoretisch eingesparte Personalbudget um ein Vielfaches. Dies steht in drastischem Widerspruch zu den Vorgaben, die der Gesetzgeber in § 137 Absatz 1 SGB V für Sanktionsmaßnahmen gemacht hat. Dort sind gestufte und verhältnismäßige Maßnahmen vorgesehen.</p> <p>Die vorgesehenen Durchsetzungsmaßnahmen würden keinen Beitrag zur Patient:innensicherheit oder Qualität der Behandlung leisten was dem DNVF ein großes Anliegen ist, sondern im Gegenteil zu einer Verschlechterung führen und bestehende Probleme verschärfen. So ist zu</p>	<p>GKV-SV: Wir weisen darauf hin, dass auch im zweiten Quartal 2022 jede zweite Einrichtung die Mindestvorgaben nicht eingehalten hat. Besonders wenig Personal gibt es in Häusern, die besonders viele schwer kranke Patienten behandeln – ein hoch problematisches Ergebnis, zumal hier ganz besonders die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Beschäftigten im Vordergrund steht. Darüber hinaus liegen die derzeit geltenden Minutenwerte noch unter den Vorgaben der 30 Jahre geltenden Psych-PV.</p> <p>Eine professionelle, an den Leitlinien orientierte Therapie von psychisch erkrankten Patienten benötigt ausreichend Personal in allen erforderliche Berufsgruppen. Mit zu wenig Personal ist nur Verwehren möglich, nicht Behandeln.</p> <p>30 Jahre Erfahrung mit der Psych-PV und nun drei Jahre mit der PPP-RL zeigen: Reden und unverbindliche Empfehlungen allein führen nicht zu mehr Personal. Ohne Transparenz, Überprüfung und Festlegung von Konsequenzen bei nicht eingehaltenen Vorgaben werden die Vorgaben von vielen Krankenhäusern ignoriert. Deshalb hat der Gesetzgeber festge-</p>

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 PPP-RL

	<p>erwarten, dass Kliniken, die das Personal nicht einstellen können, weil es an Bewerbern fehlt, versuchen müssen, die Sanktionen durch eine Reduktion der Patientenzahlen und des Leistungsangebots zu vermeiden.</p> <p>Die daraus folgende Verknappung der stationären Angebote wird außerdem dazu führen, dass eine Behandlung für schwer erkrankte Patient:innen vielerorts, wenn überhaupt, nur in einem weiter entfernt liegenden Krankenhaus möglich sein wird. Dies steht im eklatanten Widerspruch zum Prinzip der gemeindenahen Versorgung.</p> <p>Laut Daten des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) konnten im dritten Quartal 2022 bereits mehr als jede zweite Einrichtung die Mindestvorgaben nicht in jeder Berufsgruppe erfüllen. Insbesondere mangelt es an Mitarbeitenden in den Berufsgruppen der Pflege, der Spezialtherapie und der Sozialen Arbeit.</p> <p>Auch auf Grundlage der Analysen von PPP-RL-Nachweisdaten des vierten Quartals 2022 von 347 Klinikstandorten der Erwachsenenpsychiatrie und 127 Klinikstandorten der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie) und des Lehrstuhls für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg ist davon auszugehen, dass bei einer Scharfstellung der Sanktionen mehr als 80 % der Einrichtungen von Strafzahlungen betroffen sein werden, und zwar in weiten Teilen der Bundesrepublik.“</p>	<p>legt, dass bei Nichterfüllung von Mindestvorgaben der Vergütungswegfall folgen muss (§ 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 2 SGB V). Eine Leistung die einen Mindestanspruch nicht erfüllt, darf nicht wie üblich vergütet werden.</p> <p>Wenn ein Krankenhaus, das trotz Ausnahmetatbeständen und Anrechnungsmöglichkeiten in einer Berufsgruppe die Mindestvorgaben für ein gesamtes Quartal nicht einhalten kann, verliert es den Anspruch auf einen Teil der Vergütung. Die Kürzung der Vergütung richtet sich in ihrer Höhe nach dem fehlenden Personal. Die Sanktionierung wurde eingeführt, um Fehlanreize zu verhindern, so dass die Krankenhäuser einen Anreiz haben, wirklich Personal einzustellen. Dadurch hat es keinen finanziellen Vorteil, mit zu wenig Personal zu behandeln.</p> <p>Wir gehen davon aus, dass ein weiteres Aussetzen der Sanktionen nicht dazu beiträgt, dass die Einrichtungen zeitnah in den schon seit Jahren erforderlichen Personalaufbau investieren. Freiwilligkeit, das zeigen die vergangenen Jahrzehnte, erwirkt leider keinen suffizienten Personalaufbau. Wir sehen ein weiteres Aussetzen der Sanktionen deshalb kritisch.</p> <p>Aus unserer Sicht gefährden nicht die finanziellen Konsequenzen die Versorgung, sie führen auch nicht dazu, dass akut gefährdete Patienten nicht mehr stationär aufgenommen werden können. Sondern das Gegenteil ist richtig: Das Nichteinhalten der Mindestvorgaben gefährdet besonders die Versorgung von notfallmäßig aufgenommenen oder zwangseingewiesenen Patienten. Etwa 15-20 % der Krankenhausbetten</p>
--	--	--

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 PPP-RL

			<p>werden für akut gefährdete Patienten genutzt.</p> <p>Ursachen der niedrigen Erfüllungsquoten sind nicht nur der Fachkräftemangel, sondern insbesondere strukturelle Probleme. In den meisten europäischen Ländern wurden in den letzten 20 Jahren stationäre Kapazitäten abgebaut. Deutschland hat dagegen in den letzten Jahren stationäre Betten aufgebaut, obwohl der Grundsatz ambulant vor stationär gilt und eine adäquate Therapie nicht zwingend vollstationär erfolgen muss.</p> <p>Bisher werden in den deutschen Krankenhäusern die bestehenden Alternativen zur stationären Behandlung kaum genutzt. Modellvorhaben zeigen, dass durch eine intensive Behandlung in Tageskliniken und psychiatrischen Institutsambulanzen die stationäre Verweildauer reduziert oder ersetzt werden kann. Das ist nicht nur im Sinne der Patientinnen und Patienten, sondern ermöglicht auch einen zielgerichteten Personaleinsatz.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Es besteht kein Anreiz zur Personalgewinnung, wenn Sanktionen weiterhin ausgesetzt werden. Um die Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie Personal zu gewährleisten und damit die Versorgungssicherheit zu stärken, ist die Erfüllung der Mindestvorgabe unerlässlich. Eine Unterschreitung der Mindestvorgabe stellt eine Gefährdung dar und muss sanktioniert werden, um die geforderte Personalausstattung</p>
--	--	--	--

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 PPP-RL

			<p>zu erreichen. Ziel der PPP-RL ist nicht die Sanktion, sondern deren Vermeidung durch Maßnahmen im Vorfeld.</p> <p>Die langjährig bestehende sanktionsfreie Zeit hat nicht zu dem erforderlichen Personalaufbau geführt.</p>
21.2	DNVF	<p>2. Pflichtversorgung</p> <p>Zu § 6 Abs. 6: Der Antrag von GKV-SV/BÄK wird unterstützt unter dem Vorbehalt einer Umformulierung</p> <p>„Der Antrag des GKV-SV verfolgt das Ziel einer Konkretisierung der regionalen Pflichtversorgung. Dieses Ziel teilt das DNVF grundsätzlich, da es sich hier um einen unverzichtbaren Baustein der regional differenzierten gemeindenahen Versorgung handelt. Gerade aufgrund der Wichtigkeit bedarf eine Operationalisierung hier aber einer detaillierteren Diskussion, als dies zum momentanen Stand des Verfahrens möglich erscheint. Die vorgelegte Formulierung erscheint in jedem Falle nicht geeignet, da zwar die Verpflichtung zur Behandlung von Patienten mit gesetzlicher Unterbringung überprüfbar ist, eine „24-Stunden Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten“ jedoch für sich allein nicht weiter nachweisbar erscheint. Mit der aktuellen Formulierung des „weder noch“ würde zudem einer der beiden Ersatzparameter ausreichen.</p> <p>Als Mindestparameter für eine regionale Versorgungsverpflichtung sehen wir, dass sowohl eine Verpflichtung zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung als auch eine 24-Stunden-Bereitschaft zur Aufnahme von akut stationär behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten besteht.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnissnahme. Bereits mit der Psych-PV sollten die Minutenwerte angemessen verringert werden, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat (§ 3 Abs. 1 Nr. 2). Die PPP-RL konkretisierte den höheren personellen Aufwand einer Versorgungsverpflichtung mit 10 Prozent. Dementsprechend sollten die Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung um 10 Prozent reduziert werden. Allerdings definiert die PPP-RL bisher nicht, was unter Versorgungsverpflichtung zu verstehen ist. Deshalb entwickelte der GKV-SV einen pragmatischen Vorschlag. Dieser orientierte sich an den typischen, strukturellen Elementen einer Einrichtung, die eine Versorgungsverpflichtung wahrnimmt und die bereits in Anlage 3 der PPP-RL erfasst werden. Im Stellungnahmeverfahren wurden jedoch in verschiedenen Stellungnahmen relevante Bedenken hinsichtlich möglicher Fehlansätze dieser Definition vorgebracht. Deshalb hat der GKV-SV seinen Änderungsvorschlag überprüft und zurückgezogen.</p> <p>DKG: Kenntnissnahme. Die DKG fordert zunächst die Beibehaltung der bestehenden und im Wesentlichen aus der Psych-PV übernommenen Regelung, wonach die Minutenwerte einer Einrichtung um 10 % zu reduzieren sind, wenn keine regionale</p>

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 PPP-RL

		<p>Aus diesem Grund schließen wir uns dem Vorschlag der GKV/BÄK nur unter der Voraussetzung an, dass der Satz dahingehend umformuliert wird, dass die Spezifizierung beide Aspekte der Pflichtversorgung enthält.</p> <p>Das DNVF empfiehlt darüber hinaus dringend, eine versorgungswissenschaftlich begründete Operationalisierung der Pflichtversorgung im Kontext der Verfolgung des Prüfauftrages in § 14 im weiteren Verlauf des Verfahrens vorzunehmen.“</p>	<p>Pflichtversorgung vorliegt. Im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL sollte diese Regelung überprüft und angepasst werden. Dies ist bisher nicht erfolgt und wird nicht mit Informationen aus dem Nachweisverfahren zur PPP-RL adäquat umzusetzen sein. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass die regionalen Vorgaben und Rahmenbedingungen auf der Landesebene zur Wahrnehmung der regionalen Pflichtversorgung äußerst heterogen sind und sich der gelebte Grad der Versorgungswahrnehmung sehr unterschiedlich gestaltet. Zunehmend schultern auch Tageskliniken – allerdings in der Regel nicht mit 24 Stunden Aufnahmepflicht am Tag - die Hauptlast der Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen in einer Region, was auch dem politischen Ziel hin zu einer stärkeren Ambulantisierung und Nähe zum Lebensumfeld, entspricht. Vor diesem Hintergrund und sich entwickelnden Versorgungsrealitäten sind jegliche Anpassungen, wie zum Beispiel auch der komplette Entfall einer Regelung auf ihre Auswirkungen und Sachgerechtigkeit im Sinne der Qualitätssicherung zu überprüfen, was bisher nicht erfolgt ist. Dies wird den besonderen Aufgaben der Einrichtungen mit einem Auftrag zur regionalen Pflichtversorgung nicht gerecht.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die Ausführungen zeigen, dass eine Verringerung der Minutenwerte für Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung nicht geboten ist. Der Versorgungsbedarf besteht unabhängig von der Versorgungsverpflichtung individuell für jede Patientin und jeden Patienten.</p>
--	--	---	--

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 PPP-RL

21.3	DNVF	<p>3. Fristveränderung bei Mitwirkungspflichten</p> <p>Zu § 16 Abs. 2: Der Antrag der DKG wird unterstützt.</p> <p>„Wir unterstützen die Position der DKG, die Fristen bis zur sanktionsbewährten vollständigen Datenlieferung auch weiterhin auszusetzen. Derzeit befinden sich die Einrichtungen immer noch in der Lern- und Erprobungsphase. Die beginnenden Prüfungen nach MD-QK-RL werden wichtige Hinweise zur Verbesserung der Daten-/Dokumentationsqualität liefern. Zudem wird auch die Evaluation der Richtlinie Aufschluss über eventuelle Probleme bei der Nachweisführung liefern. Die Sanktionierung während dieser Phase wäre widersinnig und sollte daher vermieden werden.“</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe auch Anmerkungen zu Abschnitt 21.1.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Gerade zur Weiterentwicklung der PPP-RL ist die Ermittlung der Mindestvorgaben gemäß § 6, Ermittlung des Umsetzungsgrades gemäß § 7 sowie Meldung bei Nichteinhaltung gemäß § 11 Abs. 3, erforderlich</p>
------	------	--	--

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 PPP-RL

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 8. Juni und 18. August 2023 eingeladen bzw. im Unterausschuss QS angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	26. Juni 2023 / ja	ja
Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)	29. Juni 2023 / ja	ja
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)	30. Juni 2023 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF)	23. Juni 2023 / nein	-
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	30. Juni 2023 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)	3. Juli 2023 / nein	-
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	4. Juli 2023 / ja	ja
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	4. Juli 2023 / ja	ja (ohne mdl. Stn)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)	4. Juli 2023 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	6. Juli 2023 / ja	ja

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der PPP-RL

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	6. Juli 2023 / ja	ja
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	6. Juli 2023 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	6. Juli 2023 / ja	ja
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)	6. Juli 2023 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung Suchttherapie (DG-Sucht)	6. Juli 2023 / nein	-
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP)	6. Juli 2023 / ja	ja
Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	6. Juli 2023 / ja	ja
Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	6. Juli 2023 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)	6. Juli 2023 / nein	-
Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)	6. Juli 2023 / nein	-

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss QS in seiner Sitzung am 6. September 2023 durchgeführt.

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 PPP-RL

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 4. Oktober 2023) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
2.	Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
3.	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5.	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
6.	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
7.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psy-	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der PPP-RL

	chotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)		
8.	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
9.	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
10.	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
11.	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
12.	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege e.V. (DFPP)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
13.	Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
14.	Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.



Wortprotokoll

einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: [Weitere] Änderungen ab dem Erfassungsjahr 2024

Vom 6. September 2023

Vorsitzende:	Frau Maag
Beginn:	15:10 Uhr
Ende:	16:40 Uhr
Ort:	Gemeinsamer Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin (Hybridsitzung)

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Anhörung

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V. (DGSGB):
Herr Dr.

Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK):
Frau

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE):
Frau

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP):
Frau Prof. Dr.
Herr Prof. Dr.

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di):
Frau

Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BApK):
Herr Dr.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG):
Herr Dr.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN):
Herr Prof. Dr.

Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e. V. (WFKT):
Frau Prof. Dr.

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e. V. (DMtG):
Frau

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM):
Herr Prof. Dr.
Herr Dr.

Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e. V. (DKPM):
Herr Prof. Dr.
Frau Prof.

Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V. (DFPP):
Frau
Herr Prof.

Bundesdirektorenkonferenz e. V. (BDK):
Frau Dr. Herr Dr.

Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK):
Herr Prof.

Beginn der Anhörung: 15:10 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind der Sitzung zugeschaltet.)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Meine Damen und Herren, ich muss mich entschuldigen, wir sind mit den vorherigen Tagesordnungspunkten nicht ganz pünktlich fertig geworden und mussten jetzt das eine oder andere noch vertagen. Das hat ein paar Minuten in Anspruch genommen.

Ich darf Sie als Vertreterinnen und Vertreter der stellungnahmeberechtigten Organisationen zu unserer mündlichen Anhörung, die heute Nachmittag vorgesehen ist, ganz herzlich begrüßen. Es geht, das ist Ihnen allen bekannt, um Änderungen an der PPP-Richtlinie, der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie.

Sie alle haben Ihre schriftlichen Stellungnahmen bereits eingereicht. Sie dürfen davon ausgehen, dass wir sie kennen, dass wir über die Inhalte auch schon in der AG diskutiert haben. Insofern wird es heute Nachmittag bei der mündlichen Anhörung im Wesentlichen darum gehen, dass Sie neue Erkenntnisse, die Sie an uns herantragen wollen, betonen. Es benötigt keiner Kurzwiedergabe Ihrer schriftlichen Äußerungen, die wir, wie gesagt, kennen.

Es gibt 15 Organisationen, die von ihrem Recht zur Stellungnahme Gebrauch machen wollen. Das heißt, wenn wir eine Redezeit von drei Minuten pro Organisation vorsehen wollen, dann sind wir bis 16 Uhr 30 gut beschäftigt.

Für diejenigen, die an der Anhörung zum ersten Mal teilnehmen: Wir haben eine schöne virtuelle Sanduhr, an der Sie erkennen können, wie lang oder kurz drei Minuten sind. Damit können alle gleichermaßen ihr Recht zur Stellungnahme ausüben.

Für diejenigen, die im Saal sitzen: Geplant ist, dass wir zunächst einmal acht Organisationen im ersten Teil anhören. Anschließend haben wir 15 Minuten vorgesehen, um Gehörtes noch einmal nachzufragen, wenn etwas nicht gut verstanden wurde oder aus Ihrer Sicht noch einmal erklärt werden muss. Danach werden weitere sieben Organisationen die Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten.

Wenn Sie uns Ihre Stellungnahmen oder Neues, was zu den schriftlichen Stellungnahmen hinzugekommen ist, vortragen, sollten Sie das Mikrofon und das Video benutzen und vor allen Dingen zu Beginn – auch wenn ich Sie vorgestellt und begrüßt habe – Ihren Namen nennen. Das dient dem Protokoll. Das macht es dem Stenografen leichter. Diese Anhörung wird aufgezeichnet. Es wird also nicht nur stenografiert, sondern Sie müssen gewärtig sein, dass Ihre Erklärungen auch aufgezeichnet werden. Das macht es uns nachher für das Protokoll leichter. Ich glaube, wir haben jetzt alles, was an Formalien zu klären war, geklärt.

Die Organisationen werden nach Eingang der Stellungnahme, also schlicht nach Datum, aufgerufen. Das hat nichts mit irgendeiner Form von Wertung zu tun.

Beginnen wird Herr Dr. (DGSGB) für die DGSGB, die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ich darf Sie ganz herzlich bei uns begrüßen. Herzlichen Dank fürs Kommen.– Herr Dr. (DGSGB), ich würde Sie bitten, uns Ihre Stellungnahme darzustellen.

Herr Dr. (DGSGB): Vielen Dank für die Einladung. Seien Sie alle begrüßt. – Ich vertrete hier heute die DGSGB als deren Vorsitzender.

Sie haben den Namen Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung schon gehört. Das ist unser Kernanliegen: Seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung. So waren noch die Begrifflichkeiten, als wir gegründet wurden, für Intelligenzminderung, Störung der Intelligenzentwicklung.

Die Behindertenrechtskonvention sichert Menschen mit Behinderung einen ihren Bedürfnissen angepassten Zugang zum Gesundheitssystem und zu Gesundheitsleistungen im System zu. Unsere Meinung nach besteht in der Psychiatrie noch eine Lücke, die geschlossen werden sollte, nämlich die Lücke der Versorgung von erwachsenen Menschen mit einer Intelligenzminderung. Da gilt eben nach der aktuellen Personalverordnung – je nachdem – die Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht et cetera. Sie kennen diese Kategorien alle.

Wir haben für Menschen mit Intelligenzminderung erneut die Forderung nach einer eigenen Kategorie eingereicht. Wir haben sie IM genannt. Darauf möchte ich jetzt nicht näher eingehen, da es ist ja schriftlich eingereicht wurde. Aber ich möchte noch einmal betonen, dass das vielleicht eine zu hohe Forderung für zu viel bürokratischen Aufwand ist, noch einmal eine Extrakategorie einzuführen.

Aber uns allen, die Menschen mit einer Intelligenzminderung behandeln, wäre geholfen, wenn wir diese Menschen entsprechend ihrem Referenzalter in der KJP-Gruppe eingruppiert könnten.– Die schwerste Intelligenzminderung hat ein Referenzalter von null bis drei Jahren; die schwere von drei bis sechs; die mittlere von sechs bis neun Jahren und die leichte von neun bis zwölf Jahren. Sie sehen, die Referenzalter sind sämtlich im Kinderbereich, nicht einmal im Jugendlichenbereich.– Denn die Bedürfnisse dieser Menschen, obwohl sie biologisch erwachsen sind, entsprechen in vielerlei Hinsicht denen von Kindern. Entsprechend muss auch ein Aufwand betrieben werden, der personell auch abgebildet werden sollte oder abgebildet werden muss. Gerade dann, wenn man fordert, dass im Sinne der Inklusion, Menschen mit einer Behinderung auch in den Regulärpsychiatrien versorgt werden sollen und nicht nur in Spezialabteilungen, ist es umso wichtiger, dass der erhöhte Personalaufwand, der dort oder allgemein in der psychiatrischen Versorgung geleistet werden muss, aus unserer Sicht auch abgebildet werden sollte. Ansonsten kann man den Bedürfnissen dieser Menschen letztlich nicht gerecht werden und damit auch der Behindertenrechtskonvention nicht entsprechen.

Es ist sicherlich einfacher in der Umsetzung, wenn eine F70, 71, 72-Diagnose vorhanden ist, es dann zu gestatten, die Menschen entsprechend einzugruppiert. Bisher gibt es Einzelvereinbarungen bestimmter Krankenhäuser mit den Krankenkassen, die das gestatten. Aber das kann auch nicht sinnvoll sein, da eine Ungleichbehandlung durchzuführen. Sondern: Wenn, dann sollten alle Häuser gleich behandelt werden. Wenn diese Diagnosen vorhanden sind, dann sollte es auch gestattet werden, auch erwachsene Menschen im KJP-Bereich einzugruppiert. Das ist unser Appell. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr Dr. (DGSGB). Ich bitte Sie, noch bei uns zu bleiben. Womöglich gibt es nachher Fragen. Noch einmal vielen Dank, dass Sie hier sind.

Bei der Gelegenheit: Ich habe es vorher nicht erwähnt, dass all das, was hier besprochen wird, was an Unterlagen vorhanden ist, bis auf Weiteres noch vertraulich ist. Danke schön. – Jetzt kommt für den Deutschen Verband für Physiotherapie e. V. Frau (ZVK). Herzlich willkommen.

Frau (ZVK): Vielen Dank für die Einladung. – Ich habe nichts zu unserer Stellungnahme, die sie sicherlich kennen, die wir auch in den letzten Jahren immer wieder eingereicht haben, hinzuzufügen.

Das Einzige, worauf ich noch einmal hinweisen möchte, ist, dass bei den Minutenwerttabellen 28 Minuten pro Woche hinterlegt sind. Das macht fünf Minuten Behandlungszeit pro Wochentag. Ich bitte Sie, darauf noch einmal ein Augenmerk zu haben. Das ist eine unrealistische Behandlungszeit.

Wie Sie eingangs erwähnt haben, dass es Ihnen vorliegt, ist daher auch der Berufsabschluss zu den Bewegungstherapeuten noch einmal zu prüfen. Mehr habe ich gar nicht hinzuzufügen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Frau (ZVK), auch für die gebotene Kürze. Das freut mich persönlich. – Die nächste Sachverständige wäre Frau (DVE) für den Deutschen Verband der Ergotherapeuten.

Frau (DVE): Wir begrüßen natürlich ganz grundsätzlich die Weiterentwicklung der Psychiatrie-Richtlinie. Leider hat es bisher für die Ergotherapie und die ergotherapeutische Versorgung trotz aller Stellungnahmen und Anhörungen in den letzten Jahren keinerlei Weiterentwicklung gegeben. Sondern es kam im Gegenteil zu einer Verschlechterung, da die künstlerischen Therapien ohne Anhebung der Minutenwerte mit der Ergotherapie zusammengefasst wurden. – Nichts gegen die künstlerischen Therapien. Im Gegenteil, wir schätzen sie sehr und arbeiten auch gerne mit ihnen zusammen.

Uns ist auch bewusst, dass gerade das Thema der Sanktionsregeln komplex und vordringlich ist und auch, dass die Pandemie einige Verwerfungen hervorgerufen hat. Aber nach all den Jahren müssten jetzt wirklich auch Belange anderer Berufsgruppen und damit auch der Ergotherapie im Sinne zeitgemäßer Versorgung Berücksichtigung finden. Denn die Ergotherapie ist ein zentraler Baustein der psychiatrischen Versorgung. Ausführen muss ich das hier sicherlich nicht.

Ich möchte auch nur sehr kurz etwas zu unserem Anliegen sagen: Sie kennen sie; wir haben sie ausgeführt. Es geht um die Problematik des Konstruktes der Spezialtherapeuten und die entsprechenden Auswirkungen auf die Minutenwerte. Es geht insbesondere auch um die Beschreibung der Regelaufgaben der Ergotherapie, die über 30 Jahre alt ist, bei Weitem überholt und nicht mehr ansatzweise zeitgemäß.

Ich möchte allerdings noch einen Hinweis zum Konstrukt der Spezialtherapeuten ergänzen oder unterbringen: Neben der grundsätzlichen Problematik oder auch der Willkürlichkeit der Zuordnung konterkariert dieses Konstrukt grundsätzlich die Notwendigkeit einer multiprofessionellen Versorgung. Für die Individualität und Flexibilität sind die Anrechnungsmöglichkeiten relevant, aber eben nicht der Gedanke, Berufsgruppen in einer Sammelkategorie zusammenzufassen.

Ähnliches sagt auch der GKV-Spitzenverband in den Tragenden Gründen zu § 13, dass es wirklich darum gehen muss, Mindestvorgaben berufsgruppenbezogen zu haben und auch einzuhalten. Denn nur das sichert wirklich eine multiprofessionelle Behandlung in der Umsetzung. – Das wollte ich noch einmal betonen. Alles andere haben wir tatsächlich ausführlich ausgeführt.

Was uns natürlich auch noch wichtig ist, ist, dass wir, wenn es um eine Umsetzung dieser Aspekte geht, wirklich auch direkt beteiligt werden. Denn nur unsere Profession selbst wird sicherlich auch fachgerecht, sachgerecht, zeitgemäß die Beiträge leisten können. Aber das haben wir auch ausführlicher dargestellt. Soweit an der Stelle der kurze Hinweis darauf. – Und ich beende auch mit einem herzlichen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank zurück an Sie, Frau (DVE). Ich bitte Sie, zunächst einmal bei uns zu bleiben. – Vielen Dank.

Es folgt die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V., vertreten durch Frau Professor (DGKJP) und Herrn Professor (DGKJP). Sie haben insgesamt drei Minuten Zeit. Wie Sie sich die aufteilen, bleibt Ihnen überlassen.

Frau Prof. Dr. (DGKJP): Ich beginne. – Wir möchten an unsere seit vielen Jahren wiederholte und auch alternativ eingereichte nichttaugliche Stationstypologie für die Kinder- und Jugendpsychiatrie erinnern. Wir haben diesbezüglich zu unserem Änderungsvorschlag keine Rückmeldung von Ihnen erhalten oder ob Sie sich damit überhaupt beschäftigen. Das wollte ich jetzt in dieser Anhörung nur noch einmal anbringen.

Der zweite Punkt ist: Ich würde in Anlehnung an das, was der Herr Kollege von der DGSGGB zu den Intelligenzgeminderten gesagt hat, betonen – wir haben das in unserem schriftlichen Statement nur im Nebensatz erwähnt –, dass eine Kürzung um zehn Prozent für die nicht-notfallversorgenden Einrichtungen in unserem Fachgebiet auch einer Diskriminierung der Behindertensonderversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gleichkäme, weil in der Regel diese Einrichtungen als Spezialkrankenhäuser keine Notfallaufnahmen versorgen.

Ähnliches könnte für einige selbständige Suchtkliniken gelten, wenn beispielsweise, wie es bei meinem Träger der Fall ist, die Suchtstationen mehr als zwei Kilometer vom Hauptstandort entfernt sind. Wir bekommen da Probleme, wenn wir das umsetzen. Aber nicht nur aus Diskriminierungsgründen, sondern prinzipiell haben wir uns unter anderem für den Vorschlag der Patientenvertretung ausgesprochen, das nicht zu kürzen.

Ich denke, es wäre auch viel klüger und im Sinne der allgemeinen Gesundheitspolitik, wenn man sich hier an das anlehnen würde, was sowieso jetzt gerade im Krankenhausbereich passiert und für Notfallversorgung Bereitschaftssicherstellungszuschläge vorsieht und keine Abzüge für die, die multiprofessionelle Teams besonders brauchen.

Das nächste, was ich sagen möchte, ist, dass wir uns auch zur Grundgesamtheit geäußert haben. Wir sind sehr unglücklich, weil Ausfälle von Kliniken sich auf unser kleines Fachgebiet besonders schlecht auswirken. Wir möchten noch einmal darauf hinweisen, dass der Bedarf an Behandlungen für Kinder- und Jugendpsychiatrien postpandemisch gestiegen ist. Wir können auf keine Station, keine Klinik, auf keinen Platz verzichten. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Frau Professor (DGKJP). Ich gehe jetzt davon aus, dass Sie für Herrn Professor (DGKJP) mitgeantwortet haben, weil die Zeit komplett um ist.

Herr Prof. Dr. (DGKJP): Das hat sie, ja.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Professor (DGKJP). Ich bitte auch Sie herzlich, noch bei uns zu bleiben. – Es folgt die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft, ver.di. Frau (ver.di), bitte.

Frau (ver.di): Ich bedanke mich für die Gelegenheit, heute in der Anhörung eine Stellungnahme abzugeben. – Ich möchte gerne ergänzend zu unserer schriftlichen Stellungnahme noch einmal auf ein paar Punkte eingehen.

ver.di hat im Juni dieses Jahres wiederholt im Rahmen eines Versorgungsbarometers bei den Beschäftigten nachgefragt: Wie ist die Lage in der psychiatrischen Versorgung? Wie wird die PPP-Richtlinie erfüllt? Die Ergebnisse der Befragung konnten noch nicht in unsere schriftliche Stellungnahme einfließen. Deswegen möchte ich hier kurz das Ergebnis umreißen:

Die Situation hat sich seit dem letzten Versorgungsbarometer 2022 nicht verbessert, eher verschärft. Es gibt Berichte aus den Einrichtungen, dass Mitarbeiter:innen verstärkt kündigen, Ersatz wird oft nicht gefunden. Die Beschäftigten befinden sich in einer Dauerüberlastung. Und das muss sich dringend ändern.

Ich möchte einige Zahlen nennen: Die Erhebung auf 111 psychiatrischen Stationen mit insgesamt 2 200 Betten deckt auf, dass die Bettenauslastung bei durchschnittlich 97 Prozent liegt, während die PPP-Richtlinie im Durchschnitt zu 77 Prozent umgesetzt wird. Dabei gibt es einen Unterschied zwischen öffentlich-rechtlichen Trägern und privaten Häusern. Bei öffentlich-rechtlichen Trägern liegt der Erfüllungsgrad überdurchschnittlich bei 82 Prozent, bei privaten Häusern liegt er bei 69 Prozent.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Richtlinie auch im dritten Jahr nach der Einführung nicht die erforderlichen Mindestvorgaben umsetzt. Deshalb macht sich ver.di für Personalvorgaben, die eine hochwertige qualitative Versorgung ermöglichen, stark.

Wenn die Nichteinhaltung von Vorgaben keine Konsequenz nach sich zieht, verfehlen Qualitätsrichtlinien ihren Zweck. Das Risiko ist, dass sie in der Praxis zum Papiertiger degradiert werden. Deshalb ist die Umsetzung der Sanktionierung ab 2024 dringend erforderlich. Eine weitere Verschiebung würde auch den Fachkräftemangel verschärfen. Eine konsequente und vollständige, auch 100-prozentige Umsetzung der Richtlinie ist dringend geboten.

Im Übrigen muss sie auch – daran anknüpfend, was Frau Professor (DGKJP) gerade gesagt hat – ohne Abstriche auch für Kliniken ohne Versorgungspflicht gelten. Die Minuten sind Mindestvorgaben, die unabhängig von Versorgungspflichten in allen Einrichtungen identische Versorgungsstandards für alle Patientinnen und Patienten sicherstellen müssen,

Wir müssen aus diesem Teufelskreis heraus. Personelle Unterdeckung zieht eine schlechte Versorgung, eine schlechte Behandlung nach sich. Es hilft nicht, die Anforderungen zu senken. Im Gegenteil: Mehr Fachkräfte würden in andere Branchen abwandern. Wir sprechen uns ganz klar dafür aus, dass es für attraktive Arbeitsbedingungen Anreize geben muss. Nur so kann dem Exodus begegnet werden und Versorgungssicherheit für Patientinnen und Patienten gewährleistet werden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Genster. – Es folgt jetzt der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V., vertreten durch Herrn Dr. (BApK). Herr Dr. (BApK)?

Herr Prof. Dr. (DKPM): Herr Dr. (BApK) hatte im Chat geschrieben, dass er heute keine Stimme hat.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Das sehen wir auch gerade. Okay. Ich weiß jetzt nicht, ob die Stimme technisch- oder krankheitsbedingt problematisch ist. Falls es die Technik ist, würden wir Sie zurückstellen. Ich höre gerade, dass es krankheitsbedingt ist. Das lässt sich heute Nachmittag nicht beheben. Wir wünschen Ihnen gute Besserung und hoffen, dass der Zustand nicht lange andauert, Herr Dr. (BApK). – Jetzt folgt die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, vertreten durch Herrn Dr. (DVSG).

Herr Dr. (DVSG): Wir haben uns in unserer letzten Stellungnahme darauf konzentriert, auf die vorgeschlagenen Änderungen einzugehen und lehnen uns zur Änderung von § 6 an den Vorschlag der Patientenvertretung an, weil wir der Meinung sind, dass Qualität nicht noch weiter unter definierte Mindestwerte hinabdefiniert werden kann. Es wäre auch eine Ungleichbehandlung von Standorten, die an einem Versorgungsbereich angeschlossen sind oder stand-alone sind. Das ist fachlich nicht begründbar, warum das so sein sollte.

Was die Sanktionen anbelangt, haben wir vor allem das Tempo und die Sanktionsschärfe kritisiert. Wobei wir, ähnlich wie die Vertreterin von ver.di, grundsätzlich denken, dass es ohne Sanktionen nicht gehen wird. Aber sie müssen angemessen und zielgerichtet sein. Im Moment sorgen sie vor allem für Verunsicherung in den Kliniken und ein pragmatisches *[Tonstörung]* Geschehen, was die Fachlichkeit völlig in den Hintergrund stellt.

Für die soziale Arbeit möchte ich festhalten, dass wir auch hier keine Anpassung der Minutenwerte in der PPP-RL gegenüber der Psych-PV erfahren haben. Im Gegenteil, es wurde auch unser Beruf mit den Heilpädagogen ergänzt, die weder fachlich noch von ihrem Berufsprofil her vergleichbar sind. Wir denken, dass die soziale Arbeit ein zentrales Behandlungselement ist, um die Sicherstellung intersektoraler Übergänge zu ermöglichen. Wir denken, dass die SGB V-Leistungen patientenorientiert vor allem Sozialgesetz-übergreifend auch die *[Tonstörung]* verknüpfen und vernetzen muss. Das ist ein Kernelement, was soziale Arbeit in der Behandlung leisten kann. Das sehen wir unter den jetzigen Bedingungen im Moment nicht umsetzbar. – Danke schön. Ich hoffe, es war verständlich.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Es war von der Technik her auf jeden Fall akustisch annehmbar. Herzlichen Dank für Ihren Beitrag. Auch Sie bleiben hoffentlich noch ein Weilchen bei uns.

Die Letzte in der ersten Runde ist die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Vertreten wird die Gesellschaft von Herrn Professor (DGPPN). – Herr Professor (DGPPN), Sie haben das Wort.

Herr Prof. Dr. (DGPPN): Danke schön. – Ich freue mich, dass wir hier zu unserer Stellungnahme noch kurz etwas ergänzen dürfen. Es ist schön, dass die DGPPN anscheinend noch gerade zur Mitte der Einreichungsfrist ihre Kommentare abgegeben hat.

Wir würden auf unsere Stellungnahme verweisen, insbesondere auch auf unser Positionspapier der Plattform Entgelt, das aus unserer Sicht sehr klar zeigt, dass die Sanktionen und Durchsetzungsmaßnahmen, wie momentan konzeptualisiert, in ihrer Höhe unverhältnismäßig und in ihrer Ausgestaltung unsachgemäß sind. Dadurch sind sie auch, insbesondere im Vergleich zu entsprechenden Maßnahmen der Somatik, ungerecht.

Hier braucht es dringlich eine Aussetzung der Durchsetzungsmaßnahmen, da sonst durch eine Reduktion der Bettenzahlen mit einer abrupten Verschlechterung der Versorgung zu rechnen ist. Wir sehen hier eine Gruppe von schwerkranken Patienten, die unter den momentanen Kautelen ambulant nicht versorgt werden können. Also: Hier ist dringlich geboten, dass die Sanktionen ausgesetzt bleiben.

Ich möchte zusätzlich noch ergänzen, dass der aktuelle Psychiatriebarometer, der 270 Einrichtungen zwischen November 2022 und Februar 2023 befragt hat, den Trend, den wir im Positionspapier aufgezeigt haben, klar bestätigt und fortsetzt. Hier war es so, dass von den Einrichtungen, die die Mindestvorgaben nicht durchgehend erfüllen hätten können – nur 32 Prozent der Einrichtungen konnten das –, nahezu alle, nämlich 96 Prozent, gesagt haben, dass sie die Stellen aufgrund des Fachkräftemangels nicht besetzen konnten. Die Mehrzahl sagte, dass Widerstände der Kostenträger in den Budgetverhandlungen auch zu einer nicht ausreichenden Finanzierung der Stellen geführt hätten.

Der letztere Punkt ist deswegen aus unserer Sicht hoch relevant, weil es de facto vielen Häusern nicht möglich ist, mehr als die Untergrenzen in den Budgetverhandlungen durchzusetzen. Somit besteht kein Puffer, der insbesondere aufgrund der unsachgemäßen, kleinteiligen Ausgestaltung der Sanktionen dann zu einer Verletzung der Untergrenzen führt. Insofern sind wir hier dringlich der Meinung, dass die Sanktionen ausgesetzt bleiben müssen. Bezogen auf die Pflichtversorgung sind wir eigentlich der Meinung, dass das ein wichtiges Thema ist. Wir würden hier aber empfehlen, dass es versorgungswissenschaftlichbasiert noch einmal besser als in dem jetzt vorliegenden Vorschlag operationalisiert werden sollte. – Ich glaube, ich bin noch gerade innerhalb der drei Minuten. Vielen Dank, dass ich die Gelegenheit für Ergänzungen hatte.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ganz herzlichen Dank, Herr Professor (DGPPN). Da Sie tatsächlich in der Mitte gelegen sind, würden wir hier eine Pause machen und den Bänken Gelegenheit geben, nachzufragen. Wenn es spezielle Fragen an eine Einrichtung gibt, dann sollten Sie die bitte gleich benennen. – Es hat sich zunächst Frau (DKG) von der DKG gemeldet.

DKG: Wir haben in Bezug auf die Sanktionen eine Frage an die DGKJP, an Frau Professor (DGKJP) und Herrn Professor (DGKJP) und auch an Herrn (DGPPN) von der DGPPN. Insbesondere Sie haben am Ende zu den Sanktionen ausgeführt. Uns würde interessieren, was Sie glauben, was die Ursachen dafür sind. Ein paar haben Sie am Ende schon genannt, Herr Professor (DGPPN), warum die Einrichtungen die Mindestvorgaben nicht einhalten.

Wir werden häufiger mit dem Vorwurf konfrontiert, dass, gerade weil die Sanktionen nicht kommen, die Richtlinie nicht ernst genommen wird. Sehen Sie das auch so? Können Sie dazu noch einmal etwas mehr ausführen? – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Es beginnt Herr (DGPPN).

Herr Prof. Dr. (DGPPN): Gerne. – Das ist natürlich ein entscheidend wichtiges Thema.

Aus unserer Sicht sind zwei Ursachen führend. Das eine ist der Fachkräftemangel, der dazu führt, dass in vielen Bereichen Stellen nicht durchgehend besetzt werden können. Außerdem ist die Ausgestaltung der Sanktionen unsachgemäß, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass sehr kleinteilig zwischen sechs Berufsgruppen unterschieden wird. Vor allem nicht ganz so gigantische Häuser, Abteilungen und Berufsgruppen mit relativ wenigen Mitarbeitenden werden durch statistische Schwankungen und zeitweise Nichtbesetzung aufgrund von Krankheit bestraft. Auch würde dies in Häusern, die im Schnitt die Untergrenzen nicht unterschreiten, dann doch zu einer Sanktionierung führen. – Übrigens ist in der Mehrzahl der Häuser keine Unterschreitung der Mindestvorgaben zu beobachten. – Also: Der Fachkräftemangel ist das Erste und die unsachgemäße Ausgestaltung das Zweite.

Hinzu kommt, was ich kurz ansprach, dass es de facto vielerorts nicht möglich ist, mehr als die Untergrenzen mit den Kostenträgern zu vereinbaren, mit der Konsequenz, dass auch bei Häusern, die die Stellen besetzen können, der Puffer nicht vorhanden ist, um die Sanktionen nicht zu unterschreiten.

Ich habe bei unseren Mitgliedern überhaupt nicht den Eindruck, dass das nicht ernst genommen wird. Ganz im Gegenteil: Es fließen sehr, sehr viele Ressourcen in die Überwachung der Mindestgrenzen. Es passieren auch Dinge, die wir eigentlich aus inhaltlicher Sicht nicht wollen, wie beispielsweise das Zurücknehmen ambulant aufsuchender Angebote; das Umsetzen von Mitarbeitenden aufgrund der Untergrenzen von einer Abteilung in die andere. Also: Ganz im Gegensatz zu dem, was wir gerade von ver.di hören, ist eigentlich mein Eindruck, dass sich schon jetzt durch die drohenden Sanktionen die Arbeitsbedingungen in der Psychiatrie in einer eigentlich nicht gerechtfertigten Weise verschlechtern.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr (DGPPN). – Ich habe eine Bitte: Wir müssen, wenn wir uns in so eine Fragerunde begeben, uns zeitmäßig konzentrieren. Das heißt: kurze Fragen und vor allem auch kurze Antworten.

Frau (DKG) hat noch Frau Professor (DGKJP) oder Herrn Professor (DGKJP) angesprochen.

Herr Prof. Dr. (DGKJP): Vieles ist gesagt worden. – Ich kann es für unser Fachgebiet noch einmal sagen: Diese kleinen Kliniken können beispielsweise eine halbe dezentrale Stelle Ergotherapie, wenn jemand krank oder Ähnliches ist, nicht ersetzen. Wir haben einen Webmangel in der grundsätzlichen PPP-RL, die dann zu Verzerrungen führt.

Wir müssen gucken, auf was sich die Zahlen beziehen. Sie dürfen nicht vergessen, dass wir COVID hatten. Beispielsweise ist die KJP auch ein extrem weibliches Fach. Wir hatten Beschäftigungsverbote; Leute sind von heute auf morgen in Beschäftigungsverbote und Ähnliches gegangen. Wir haben insgesamt in der Medizin höhere Ausfallzeiten im Pflegedienst – auch ansonsten.

Das sind alles Gründe. Es mag Träger geben, die es nicht ernst nehmen. Aber das würde ich nicht von der Grundgesamtheit sagen. Ich kann es nicht für die Häuser, die ich überblicke, sagen. Wir haben trotzdem riesige Probleme, dass so darzustellen, wie es in der PPP-RL nachgewiesen werden soll. Das ist eher das Problem des Grundsätzlichen. Das haben wir auch über viele Jahre gesagt: Es gibt einen Webmangel, wie es nachgewiesen werden soll. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. – Frau (DKG), Sie haben dann alle Ihre Fragen untergebracht. – Frau (GKV-SV) vom GKV-Spitzenverband.

GKV-SV: Vielen Dank. – Erst einmal möchte ich der DGKJP ein Wort geben: Frau (DGKJP), Sie hatten gefragt, ob die Stationstypologie, die Sie eingereicht haben, uns bekannt ist. Ja, die ist uns bekannt. Wir haben die nicht nur zur Kenntnis genommen, sondern auch GKV-intern beraten. Wir werden Ihren Vorschlag aufgreifen und voraussichtlich in die nächste Richtlinienberatung einbringen. Es war nur einfach zu wenig Zeit, uns damit zu beschäftigen. Also, es ist bekannt, ist angekommen.

Auch noch mal eine Antwort an Frau (DVE) von den Ergotherapeuten: Sehen Sie es uns nach, die Mühlen mahlen etwas langsamer, weil in dem Bereich einfach auch viel zu beraten ist. Wir haben die Ergotherapeuten nicht vergessen. Uns ist bewusst, dass Sie immer wieder darauf ansprechen, dass die Regelaufgaben nicht mehr zeitgemäß seien. Das sind Punkte, die denken wir mit. Nur gibt es Themen, die in den Beratungen aktuell noch dringlicher waren. Aber wir haben es nicht vergessen; wir wollen es auch anpassen. Die Regelaufgaben sind aus unserer Sicht, zumindest aus GKV-Sicht, ein Weg, dem wir uns über die Routinedaten nähern wollen. Aber da sind wir noch uneins, wie wir zu den Erkenntnissen überhaupt kommen. Also, wir sind dabei; wir haben es nicht vergessen. Aber wir sind nicht so schnell, wie wir gerne sein wollten, wie Sie es wahrscheinlich erwarten.

Jetzt zu meiner Frage. Ich möchte gerne Frau (ver.di) von ver.di eine Frage stellen: Sie haben sich in Ihrem Eingangsstatement schon ganz deutlich für die Sanktionen ausgesprochen. Jetzt haben wir in der Stellungnahmerunde eben gehört, dass vor allem kleine Kliniken Probleme hätten, die Mindestvorgaben zu erfüllen. Nach unseren Erkenntnissen ist das nicht der Fall. Im Gegenteil: Es sind sogar die größeren Einrichtungen, die einerseits Schwierigkeiten mit den Mindestvorgaben haben. Andererseits bedeutet es auch für eine kleine Klinik, die zu wenig Personal hat und wo der Ergotherapeut krank ist, dass dann die Patienten in dieser Zeit keine Ergotherapie bekommen. Das ist aus unserer Sicht nicht angemessen, nicht richtig.

Es wird hier an der Stelle auf den Fachkräftemangel verwiesen, der wie ein unabänderliches Kriterium im Raum schwebt und der als Argument gegen die Sanktionen herangeführt wird. Deswegen meine Frage an ver.di: Weswegen sind aus Ihrer Sicht die Sanktionen sehr wohl gerechtfertigt und sollten jetzt auch umgesetzt werden? – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Frau (ver.di).

Frau (ver.di): Vielen Dank, Frau (GKV-SV), für die Frage.

Voranschicken möchte ich, dass aufgrund der Regelungen, die in der Richtlinie jetzt schon bestehen, der Quartalsbezug für die Einhaltung, die weitreichenden Ausnahmetatbestände aufgrund verschiedener Umstände und auch die Anrechnungsmöglichkeiten innerhalb der Berufsgruppen die Richtlinie so ausgestaltet ist, dass es möglich ist, diese Mindestvorgaben grundsätzlich zu erfüllen.

Wir sind deshalb gegen ein weiteres Aussetzen der Sanktionen, weil es eine Verschlechterung der aktuellen Situation bedeuten würde und der Fachkräftemangel sich verschärfen würde. Es steht zu befürchten, dass noch mehr Fachkräfte ihre berufliche Perspektive außerhalb der Branche suchen und möglicherweise kündigen und Arbeitszeiten reduzieren, um sich individuell Entlastung zu organisieren und dafür auch auf einen Teil der Vergütung verzichten.

Sanktionen sollten aber am besten gar nicht umgesetzt werden. Sondern sie sollten Anreiz sein, eine gute Versorgungsqualität zu ermöglichen und die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass genug Personal vorhanden ist. Auch aufgrund unseres Versorgungsbarometers zeigen die Beispiele und das, was wir hören, dass es mit attraktiven Arbeitszeitmodellen, mit verlässlicher Dienstplangestaltung, mit Ausfallmanagement, mit Bindung an Tarifverträgen – die wir eher bei öffentlich-rechtlichen Trägern haben; einige private Träger scheuen sich, die

Tarifverträge mit uns abzuschließen – gelingen kann. Mit solchen guten Bedingungen kann das gelingen.

Sanktionen müssen Anreiz sein, dass die Vorgaben aus der Richtlinie eingehalten werden und die Qualität gesichert wird. Wir sehen, dass sich da eine ganze Reihe von Kliniken auf den Weg gemacht haben. Aber es gibt auch die, die sich drücken und wirtschaftliche Vorteile ziehen, indem sie an Personal sparen und Vorgaben deutlich unterschreiten. Und da will ich auch den Eindruck, den Sie haben, bestätigen, dass es eher die größeren Klinikketten sind. Vor allem Kliniken – ich nenne sie jetzt mal schwarze Schafe –, die beispielsweise weniger als 80 Prozent der Vorgaben der Richtlinie erfüllen, müssen dringend im vorgesehenen Umfang sanktioniert werden. Denn es ist davon auszugehen, dass sie aufgrund der Personalunterdeckung keine adäquate Versorgung gewährleisten können.

Bei den Kliniken, die am Erfüllungsgrad näher dran sind, ist sicherlich ein gestuftes Vorgehen denkbar. Es darf aber keinesfalls bei Nichteinhaltung der Vorgaben vollständig auf Konsequenzen verzichtet werden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau (ver.di). – Wir haben jetzt noch drei Fragende und relativ wenig Zeit. Ich bitte herzlich um kurze Fragen und kurze Antworten. Es beginnt Herr (PatV) von der Patientenvertretung.

PatV: Vielen Dank. – Meine erste Frage richtet sich an Frau (ver.di): Ungefähr jede zweite Einrichtung erfüllt die Mindestvorgaben. Könnte es sein, wenn man die Sanktionen weiterhin verschiebt, dass sich das auch auf diese Kliniken, die die Vorgaben erfüllen, negativ auswirkt, weil die Geschäftsführung oder die Leitung sich beispielsweise fragen, warum man das erfüllen muss? Denn Nichterfüllung wird sowieso nicht sanktioniert.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (PatV). – Frau (ver.di).

Frau (ver.di): Vielen Dank für die Frage, Herr (PatV). – Tatsächlich sehen wir auch das Risiko, dass die Einrichtungen, die die Vorgaben aus der Richtlinie erfüllen, durchaus auch unter Druck geraten können, wenn Sanktionen weiter verschoben werden könnten. Vor allem könnten Sie auch ökonomisch unter Druck geraten. Denn diejenigen Einrichtungen, die die Mindestvorgaben nicht erfüllen, können daraus durchaus wirtschaftliche Vorteile ziehen. Das ist auch eine Motivation, die wir dahinter sehen.

Uns gegenüber werden Befürchtungen der Einrichtungen geäußert, dass auch bei Budgetverhandlungen möglicherweise Benchmarks mit den Einrichtungen herangezogen werden könnten, die die Mindestvorgaben nicht erfüllen und deshalb ein Sogeffekt nach unten einsetzen könnte, wenn Sanktionen jetzt nicht umgesetzt werden könnten.

PatV: Meine zweite Frage ...

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr (PatV), wie viele Fragen sind es insgesamt, die Sie stellen möchten?

PatV: Zwei, also noch eine.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Zwei, okay.

PatV: Meine zweite Frage möchte ich an Herrn Dr. (DGSGB) stellen, in Verbindung damit, dass die GKV Patienten mit Intelligenzminderung im Krankenhaus pauschal als Intensivpatienten eingruppiert werden möchte: Sind Sie der Meinung, dass das die Grundbedarfe dieser Patientengruppe abbildet? Wenn nicht überwiegend: Welche Unterschiede gibt es zwischen Intensivpatienten ohne Intelligenzminderung und Patienten mit Intelligenzminderung?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Die Frage richtet sich an Herrn (DGSGB).

Herr Dr. (DGSGB): Danke schön für die Frage, Herr (PatV).

Ich sehe zwar einen gewissen Willen, wenn man bereit ist, alle Patienten als Intensivpatienten einzustufen.– Ich rede jetzt von erwachsenen Menschen mit einer Intelligenzminderung. – Es wird dem aber trotzdem nicht gerecht. Wenn wir uns die Minutenverteilung anschauen, dann benötigt der Intensivpatient oder die Intensivpatientin vor allem ärztlich viele Minuten.

In der Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung kommt es auch maßgeblich auf das multidisziplinäre Team an, genauso wie auf die anderen Berufsgruppen, insbesondere auf Ergotherapeuten, Heilpädagogen, die jetzt glücklicherweise auch im Erwachsenenbereich aufgeführt sind, und auf Psychologinnen und Psychologen. Aus unserer Sicht ist es nur mit einer Eingruppierung als Intensivpatient oder Intensivpatientin nicht getan. Hingegen, wenn man bereit wäre, zu sagen, man lässt auch bei Erwachsenen eine Eingruppierung im KJP-Bereich zu, dann sind diese Berufsgruppen wesentlich besser abgebildet. Deswegen auch diese Forderung.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich habe jetzt noch Herrn (PatV) und Herrn (PatV). Ich würde Ihre Fragen gerne zusammenfassen. Es beginnt Herr (PatV).

PatV: Ganz herzlichen Dank. – Ich habe eine Frage an die DGKJP. Und zwar: Wir kennen die Frage der Absenkung bei nicht-pflichtversorgenden Einrichtungen schon aus der alten Psych-PV. Jetzt wird diese Regelung, die damals auch eine andere Bedeutung hatte, nämlich dass Grundsätze zur Ermittlung des Personalbedarfs mit festgelegt worden sind, auch in der PPP-Richtlinie mitgenannt. Ist das mit einem Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung noch vereinbar? Was macht diese Absenkung für Einrichtungen mit oder ohne Pflichtversorgung aus? Wie wird dann über dieses Thema dort gedacht.?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. – DGKJP, einen Moment noch. Herr (PatV) stellt noch seine Fragen und dann gehen wir in die Beantwortungsrunde. Herr (PatV), bitte.

PatV: Meine Frage ist von Frau (ver.di) zum Teil schon beantwortet worden. – Frau (ver.di), können Sie aus Ihren Erfahrungen und Daten noch einmal versuchen, zu sagen, wie sich die Häuser unterscheiden, die einen besonderen Fachkräftemangel haben und die, die weniger Fachkräftemangel haben. Sind es geografische Unterschiede? Ist es die Trägerschaft? Sie haben ja schon etwas dazu gesagt. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Zunächst die DGKJP. Wer kann die Frage beantworten?

Frau Prof. Dr. (DGKJP): Ich bin eingangs schon darauf eingegangen. Herr (PatV), wir haben uns dazu sehr ausführlich in unserem schriftlichen Statement, was Sie ja kennen, geäußert. – Ganz kurz: Die PPP-RL ist kein Personalbemessungsinstrument, anders als die Psych-PV. Das ist der große Unterschied. Wir plädieren auch für einen Zuschlag für das, was man Pflichtversorgung nennt, wofür es auch in unserem Fachgebiet keine einheitliche Definition gibt. Aber sehr wohl gibt es überall in der Republik funktionierende regionale Übereinkommen, wer wofür zuständig ist und keine Verschiebepaxis mehr. Das war ein großer Erfolg und dabei wollen wir auch bleiben.

Für Bereitstellungsaufgaben brauchen wir natürlich ein Add-on, einen Bonus. Aber die Definition, die wir jetzt haben, passt nicht. Denn wir arbeiten zum Teil mit Rufbereitschaften – der Arzt kommt herein, wenn ein Kind angemeldet wird –, sodass wir diese PPP-RL-Kriterien,

so wie sie jetzt vom IQTIG auch ausgewertet worden sind, nicht immer erfüllen können. Das ist nicht sehr tauglich.

Pflichtversorgung, regionale Zuständigkeiten: Ja, unbedingt! Erhöhung im Budget: Unbedingt! Aber nicht als Abzug und Sanktion. Denn gerade die Häuser, darauf bin ich kurz eingegangen, die keine Pflichtversorgung haben, aber die schwierigsten aller Patientengruppen, werden mit Abzügen nicht gut umgehen können. Das bewirkt eine Qualitätsabsenkung, die mit nichts begründet, sondern nur diskriminierend ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. – Jetzt ist Frau (ver.di) noch einmal dran mit der Frage von Herrn (PatV).

Frau (ver.di): Vielen Dank, Herr (PatV), für die Frage. – Einmal ist es so, dass diese Kliniken, die weniger Personalprobleme haben beziehungsweise, denen es besser gelingt, neue Stellen zu besetzen, oft auch schon einen höheren Personalstand hatten und die Psych-PV erfüllt haben und auch mit dem Übergang in die PPP-RL dann den höheren Personalstandard beibehalten haben.

Überdurchschnittlich häufig sind das Kliniken in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft, die keine kommerziellen Interessen verfolgen. Hier sind gute Arbeitsbedingungen, die Bindung und Einhaltung an Tarifverträgen, attraktive Arbeitszeitmodelle für die Beschäftigten, aber auch eine hohe Behandlungsqualität, ohne dass noch mal Gewinnerzielungsabsichten dahinter stehen, wichtig. Diesen Einrichtungen ist es auch nach Berichten der Interessenvertretungen gelungen, entsprechende Budgets mit den Kassen zu vereinbaren, weil auch das erforderliche Personal nachgewiesen werden konnte. Denen ist es leichter gelungen, die entsprechenden Budgets zu vereinbaren.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Kurze Nachfrage von mir, weil es um die Tarifverträge ging: Pflege ist doch jetzt aber überall tarifgebunden, ob Haustarif oder was auch immer?

Frau (ver.di): Das ist leider nicht so. Wir haben keine flächendeckende Tarifbindung. Es gibt im Bereich des SGB XI die sogenannte Tariflohnpflicht, aber das ist immer noch keine echte Tarifbindung.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. Das war jetzt nur gerade bei mir im Hinterkopf. – Vielen Dank an Sie alle. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie trotzdem für den zweiten Teil noch bei uns bleiben können. Ich gehe davon aus, dass die Fragen dann eher nach dem zweiten Teil auch an die jetzt in der Sprechphase sich Befindenden gerichtet werden. Aber ich kann es nicht ausschließen, dass Fragen bleiben.

Die Wissenschaftliche Fachgesellschaft für künstlerische Therapien ist die Nächste, und es hat Frau Professor (WFKT) das Wort.

Frau Prof. Dr. (WFKT): Vielen Dank für die Möglichkeit, dass wir hier als Wissenschaftliche Fachgesellschaft der Künstlerischen Therapien gehört werden. – Ich möchte ganz besonders noch mal darauf hinweisen, dass wir als sehr wichtiger integrierter Baustein, insbesondere für die multimodale Versorgung einen wichtigen Stellenwert haben. Wir haben in unserer schriftlichen Stellungnahme auch schon geschrieben, dass es für uns etwas sehr Relevantes ist – wir sind im Bereich der akademischen Gesundheitsberufe eingeordnet –, dass wir uns in der Beschreibung Spezialtherapien wiederfinden, aber nicht in der Summierung, in dem Konstrukt, wie es aktuell dargestellt ist. Daher ist es für uns analog zur Ergotherapie sehr wichtig, differenziert dargestellt zu werden, zeitgemäßer, wie künstlerische Therapeuten und Therapeutinnen auch eingebunden sind.

Wir haben auch Vorschläge geliefert. Wir stehen gern zur Verfügung. Denn ganz besonders auch in den multimodalen, übergreifenden Ansätzen ist es sehr relevant, dass wir mitwirken.

Wir haben hochrelevante therapeutische, aber auch diagnostische Aufgaben; in der Teamarbeit sind wir relevant. Daher halten wir es für unersetzlich wichtig, dass diese Differenzierung innerhalb des Konstruktes der Spezialtherapien vorgenommen wird.

Für uns ist es vor allem ganz besonders wertvoll und notwendig, die Kompetenzen, die wir mitbringen, differenziert darzustellen, sowohl in der einzelfallbezogenen als auch in der Gruppenbehandlung, so wie wir es auch schriftlich eingereicht haben. – Vielen Dank für die Möglichkeit, das noch einmal vorzustellen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Frau Professor (WFKT). – Es folgt jetzt die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e. V., vertreten durch Frau (DMtG).

Frau (DMtG): Musiktherapie ist ja eine der künstlerischen Therapien. Ich kann mich da nur den Vorrednerinnen anschließen. Auch bei uns wird das Problem gesehen, dass das, was bisher in der PPP-RL an Veränderungen initiiert wurde, die Arbeit vor Ort in den Kliniken eher schwieriger macht. Man führt zum Teil wirklich belastende Diskussionen um Vertretungsprobleme und solche Dinge. Letzen Endes haben wir ein bisschen den Eindruck, dass das auch dazu führt, dass unsere Berufsgruppen nicht so, wie sie es gerne würden und im Prinzip auch könnten, vielleicht ein bisschen zur Verringerung des Fachkräftemangels beitragen. Es gibt da also eine Verunsicherung, die in den Kliniken untereinander zu schlechten Atmosphären führt. Wir wären wirklich sehr froh, wenn die Definition der Aufgaben dieser verschiedenen fachtherapeutischen Berufsgruppen – vielleicht auch der sozialen Arbeit; irgendwo greift das alles ineinander – tatsächlich jetzt Thema würden, natürlich auch einschließlich der Minutenwerte.

Es wäre total super, wenn wir irgendwie in einem Austausch kämen. Ich habe vorhin schon die Antwort an Frau (DVE) sehr interessiert mitgehört, dass das durchaus bei Ihnen ankommt. Aber es ist ja noch offengeblieben, was das jetzt für die Zukunft bedeutet. Wir haben durchaus Ideen und sind auch im Austausch untereinander mit den Verbänden und würden dazu total gerne mit dem Unterausschuss auch irgendwie in eine Kommunikation eintreten, damit wir einfach ein bisschen mehr in die Zukunft planen können, wie wir vor Ort die Patienten mit unseren unterschiedlich gelagerten Arbeitsschwerpunkten möglichst gut versorgen können. Das wäre eigentlich das, was ich jetzt einfach noch einmal hervorheben möchte. Im Prinzip ist das alles auch schon in der Stellungnahme beschrieben. Wie gesagt, wir sind froh, dass wir uns im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens an der Arbeit zur PPP-RL beteiligen können. Aber wir wären noch froher, wenn wir diesbezüglich eine intensivere Kommunikation hätten und unsere Anliegen dann auch wirklich jetzt mal auf die Tagesordnung des Ausschusses genommen würden. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke Ihnen, Frau (DMtG). – Die Nächste ist die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, vertreten durch Herrn Professor (DGPM) und Herrn Dr. (DGPM). Wie Sie sich die Redezeit aufteilen, ist Ihre Entscheidung.

Herr Prof. Dr. (DGPM): Wir bedanken uns auch sehr für die Möglichkeit, ergänzend mündlich Stellung nehmen zu können. – Wir begrüßen es sehr, dass der Beschlussentwurf zur Änderung der PPP-RL vorsieht, dass die Sanktionsmaßnahmen für die Psychosomatik für weitere zwei Jahre ausgesetzt werden. Diese Zeit wird auch dringend benötigt, um die EPIK-Studie abzuschließen und in einem sachorientierten Dialog zu treten, um einerseits sinnvolle Behandlungsbereiche und andererseits die Mindestvorgaben in diesen Behandlungsbereichen bis Ende 2025 festzulegen.

Die Rekrutierung der Kliniken für das Teilprojekt Psychosomatik der EPIK-Studie ist inzwischen abgeschlossen. Es konnten über 70 Kliniken, also Fachabteilungen und Fachkliniken, in das Projekt eingeschlossen werden. Somit steht mit diesem Projekt erstmalig eine repräsentative und ausreichend differenzierte Datenbasis zur Personalausstattung im

Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Verfügung, auf deren Grundlage dann die Entwicklung von Mindestvorgaben vorgenommen werden kann.

Wir schließen uns dem Votum der DKG und der BÄK an, dass auch die Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades für weitere zwei Jahre ausgesetzt werden sollten. Die Personalmindestvorgaben, so wie sie jetzt in der PPP-RL stehen, beruhen auf 31 Jahre alten Expertenschätzungen, die in der Versorgungspraxis nicht überprüft worden sind. Damit die Einrichtungen nicht voreilig beginnen, diese veralteten Personalvorgaben zu erfüllen, sehen wir diese dringende Notwendigkeit.

Wir sehen eine Möglichkeit darin, dass das IQTIG anhand der Daten, die es zur Verfügung hat, eine Auswertung zur Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades vornimmt. Aber wir halten es für falsch, die Kliniken jetzt unnötig unter Druck zu setzen, diesen veralteten Vorgaben zu entsprechen.

Psychosomatische Fachabteilungen in Kliniken haben keine regionale Versorgungsverpflichtung. Das ist relevant für die PPP-RL, da die regionale Versorgungsverpflichtung Einfluss auf die Mindestvorgaben hat. Aktuell ist es allerdings so, dass Psychiatrie und Psychosomatik, wenn sie gemeinsam an einem Standort vertreten sind, auch gemeinsam betrachtet werden. Wir halten das nicht für sachgerecht. Das heißt, wir fordern eine getrennte Betrachtung von Psychiatrie und Psychosomatik im Hinblick auf die regionale Versorgungsverpflichtung. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr Professor (DGPM). – Es folgt das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin e. V., vertreten durch Herrn Professor (DKPM) und Frau (DKPM).

Herr Prof. Dr. (DKPM): Wir haben uns geeinigt, dass ich zunächst sprechen werde. – Vielen Dank, für die Möglichkeit auch für das Deutsche Kollegium Psychosomatische Medizin noch einmal mündlich Stellung zu nehmen.

Auch wir begrüßen die entsprechenden Vorschläge im Entwurf für die Aussetzung der Sanktionen, wie von Herrn Professor (DGPM) gerade ausgeführt, weil auch in der Psychosomatik keine Vorläufer für die PPP-RL bestanden haben. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft finden wir es auch besonders wichtig, dass wir auf evidenzbasierten Grundlagen, die jetzt in der EPIK-Studie ermittelt werden, zu diesen Einschätzungen kommen können.

Es ist viel zu den Sanktionsmaßnahmen gesagt worden. Ich möchte es aber auch noch einmal kurz aufgreifen: Frau (ver.di), ich glaube, im Ziel sind wir uns da alle völlig einig. Wir alle wollen für die Versorgung unserer Patienten mit gutem und auch in Anzahl hinreichendem Personal ausgestattete Kliniken. Wir glauben aber, dass die Umsetzung dieser Sanktionen jetzt für eines oder mehrere der Fachgebiete in der aktuellen Situation im Gesundheitswesen mehr Risiken als Chancen birgt. Gerade für diese Gruppe der sehr vulnerablen Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen halten wir sie in Abwägung der aktuellen Situation für verfrüht. In dieser Weise, in dieser Ausgestaltung – das wurde schon gesagt – ist dies im Gesundheitswesen ohne Präzedenz. Also: Mit diesen Strafzahlungen wird es dazu führen, dass Teilnehmer an der Versorgung ausscheiden. Dieses Ausscheiden dieser Versorgungsangebote kann dann aktuell und so kurzfristig von den Kliniken, die Sie benannt haben, die sehr gut ausgestattet sind und die eine sehr hohe Qualität anbieten, auch nicht aufgefangen werden. Das heißt, das Risiko, dass eine bedeutende Unterversorgung und eine qualitativ mangelhafte Versorgung entstehen, ist aus unserer Sicht im Moment deutlich zu hoch.

Wir wollen auch kurz darauf eingehen, was teilweise auch schon gesagt wurde: Die Ausdifferenzierung innerhalb der Spezialtherapien finden wir prinzipiell in der Darstellung der Berufsgruppen begrüßenswert und unterstützen wir. Aber wir haben es in der Vergangenheit auch schon dargelegt, dass die Anrechenbarkeit insofern gewährleistet sein muss, dass wir

gerade in der Psychosomatik auch sehr unterschiedliche Schwerpunkte haben. Es braucht im Unterschied beispielsweise zwischen einer Anorexia nervosa-Behandlung einer Patientin zu einer chronischen Schmerzstörung bei einer Patientin eben unterschiedliche Spezialtherapien im richtigen Ausmaß. Deshalb halten wir hier eine Anrechenbarkeit auch weiter für sinnvoll und sachgerecht. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr Professor (DKPM). – Es folgt die Deutsche Fachgesellschaft für Psychiatrische Pflege, vertreten durch Frau (DFPP) und Herrn Professor (DFPP).

Frau Die Vorsitzende des Unterausschusses (DFPP): Herzlichen Dank. Ich spreche für die DFPP. – Wir wollen in diesem Jahr drei Aspekte nennen:

Erstens sind wir dafür, dass Mehraufwände für Kliniken mit Versorgungsverpflichtung, wie auch immer, anerkannt werden. Das muss man vielleicht noch klüger konzipieren. Aber Mehraufwände sind gerade in unserer Berufsgruppe mit Vorhalteleistungen verbunden.

Zweitens: Wie die Ergotherapeuten und viele andere, fordern wir seit Jahren, dass die Tätigkeiten und die Regelaufgaben an die Minutenwerte angepasst werden. Deswegen kann ich mir nicht vorstellen, dass die Routinedaten dafür gute Impulse geben. Da könnte man mal mit den Fachgesellschaften reden.

Für das dritte Thema will ich zweieinhalb Minuten aufbrauchen. Das ist das Thema Sanktionen. Damit will ich mich ein bisschen näher befassen: Wir haben die Stellungnahme der DGPPN mit unterzeichnet. Wir teilen unbedingt zu hundert Prozent die Einschätzung, dass mit einem Faktor 1,7 die Versorgung regelrecht gefährdet wird und Kliniken wirklich in der Existenz bedroht sind. Das geht auf keinen Fall.

Wir plädieren aber, wenn man den Sanktionsfaktor sehr deutlich absenkt und wenn weitere Bedingungen erfüllt sind, für die Beibehaltung der Sanktionen. Weitere Bedingungen sind: dass ein Puffer verhandelbar ist, dass reale Ausfallquoten finanziert werden, dass Sondertatbestände ohne Streitereien anerkannt werden und solche Aspekte. Also, man muss da konkret werden. Da muss auch die andere Seite liefern. Aber dann sind wir dafür, dass die Sanktionen bleiben. Frau (ver.di) hat es schon gesagt: Konsequenz-freie Vorgaben wirken nicht.

Ich will das aus der Perspektive der Pflege noch ein bisschen schärfer formulieren: In der Vergangenheit haben Personaleinsparungen immer am meisten in der Pflege stattgefunden. Jetzt hat die Pflege auch den schlechtesten Erfüllungsgrad. Es gibt extrem deutliche Schwankungen zwischen den Kliniken. Es ist auch bemerkenswert, dass ausgerechnet Kliniken mit vielen Intensivpatienten schlechte Erfüllungsquoten haben. Das heißt, die Berufsgruppe der Pflege versorgt alleine drei Viertel der Zeit die Intensivpatienten – eine Woche hat 168-Wochenstunden; die Therapeuten sind 40 Stunden da –, also drei Viertel der Zeit versorgt die Pflege die vulnerabelsten, die akut gefährdetsten, die sicherheitsbedrohtesten Patienten. In dieser Zeit ist die angemessene Mindestvorgabe nicht gewährleistet. Das kann es ja nicht sein. Das ist das eine, dass es ein Sicherheitsrisiko ist.

Andererseits bedeutet das: Wenn man das Personal nicht hat, was man braucht, ist das immer mit einer De-Professionalisierung verbunden. Die Pflege hat ja ein breites Set an Aufgaben. Das breiteste wahrscheinlich von allen Berufsgruppen. Wir halten immer den Stationsbetrieb aufrecht, managen die Krisen. Und dann können wir gar nicht mehr therapeutisch supportiv, edukativ beratend sein. Das sind genau die attraktiven Tätigkeiten, die hinten rüber fallen. Das wiederum befördert den Fachpersonenmangel. – Ich kann es gerne auf Rückfrage näher ausführen. Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank für die Stellungnahme, Frau (DFPP). – Es folgt die Bundesdirektorenkonferenz, vertreten durch Frau Dr. (BDK) und Herr Dr. (BDK).

Frau Dr. (BDK): Ich bin Vorsitzende der Bundesdirektorenkonferenz. Ich vertrete die leitenden Ärztinnen und Ärzte von insgesamt 400 großen Kliniken. Unser Hauptpunkt ist, dass es um die Durchsetzungsmaßnahmen nach § 13 geht, die wir aussetzen müssen. Dafür stehen wir.

Das liegt daran, dass die Rückmeldungen, die ich von den Kliniken, die ich vertrete, bekommen habe, zeigen, dass die PPP-RL jetzt schon dazu geführt hat, dass es wirklich zu einem Aufbau von Personal in den Kliniken gekommen ist. Das ist eine gute Sache. Die Sanktionen, so wie sie jetzt vorliegen, gefährden massiv die psychiatrische Versorgung. Herr (DGPPN) hat ausgeführt, warum das so ist.

Ich möchte noch einmal ganz kurz auf diesen Teufelskreis eingehen, den Sanktionen in der vorliegenden Form mit sich bringen: Nämlich, wir sehen jetzt schon in den Kliniken, dass Stationen geschlossen werden; die Anzahl der behandelten Patienten wird reduziert; Leistungsangebote, insbesondere was innovative Leistungsangebote angeht, werden reduziert. Die Mitarbeiter klagen über kurzfristige Versetzungen. Das führt zu einer Demotivation. Das ist mir, bei dem, was wir diskutiert haben, bisher wirklich nicht ausreichend berücksichtigt worden. Auch der Aspekt der wichtigen Bedeutung der tragfähigen Beziehung zwischen Personal und Patienten, der auch gewährleistet sein muss – wenn das Personal nicht dauernd wegfällt –, ist noch nicht gesehen worden.

Die Kliniken berichten, dass sie als Arbeitgeber unattraktiv werden, was die Wirkung der Sanktionen noch verstärkt. Und die Gespräche mit den Kostenträgern belegen, dass es nicht möglich ist, die Schwankungsreserve zu verhandeln. Sondern in den Budgetverhandlungen werden die Personaluntergrenzen als Budgetobergrenze hochgesetzt. Das schnürt den Kliniken wirklich den Hals zu. Wir haben es gesehen. Sie kennen das Positionspapier der Verbände und sie sehen, dass die Versorgung massiv gefährdet ist. Das kann nicht im Sinne der Sicherheit für die Patienten sein. Wir verknappen die Versorgungskapazitäten, ohne dass ambulante Behandlungsmöglichkeiten da sind.

Wir setzen uns für eine geordnete Weiterentwicklung und dann auch für eine Anpassung der Sanktionen ein. Aber jetzt halten wir sie nicht für umsetzbar. – Entschuldigung, dass ich mehr Zeit gebraucht habe.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Das ist kein Problem. Frau Dr. (BDK), herzlichen Dank. – Es folgt, last but not least, die Aktion Psychisch Kranke mit Herrn Professor (APK).

Herr Prof. (APK): Vielen Dank, für die Möglichkeit zu sprechen. Es ist ein bisschen peinlich, dass wir offensichtlich als Letzte abgegeben haben. Das nächste Mal werden wir uns bemühen, dass wir da rascher sind.

Ich kann mich vollumfänglich den Ausführungen, insbesondere von Herrn (DGPPN) und von Frau (BDK) anschließen. Wir sehen die Versorgung in Gefahr. Ich verweise auf die schriftliche Stellungnahme, die liegt ja allen Beteiligten vor. Wir sehen aber auch gegenüber der Situation, als damals das Positionspapier der Plattform Entgelt, das wir als Aktion Psychisch Kranke mitgezeichnet haben, veröffentlicht wurde, dass sich seitdem die Situation noch mal verschlechtert hat.

Wir hatten beide, Frau (BDK) und ich, am Freitag einen Vortrag vom IQTIG gesehen, wo die Daten gezeigt wurden. Wir sehen leider, dass die Kurven in allen Bereichen kontinuierlich nach unten gehen. Die Versorgung wird schlechter, nicht notwendigerweise deswegen, weil überall weniger Personal ist, sondern weil wir teilweise jetzt nach Corona eine deutliche Zunahme der Morbidität sehen. Wir haben in den Kliniken teilweise Überbelegungen, die ganz erheblich sind. Wir haben insbesondere im Notfallbereich Situationen, die uns massiv belasten. Wenn wir jetzt Sanktionen hätten, würden wir tatsächlich in eine Situation laufen, wo in vielen Regionen die Versorgung kollabieren würde.

Frau (ver.di), es sind nicht nur die privaten Träger. Ich kenne die Daten von vielen öffentlich-rechtlichen Trägern. Wir haben auch massive Probleme, die Stellen zu besetzen, obwohl wir die gerne besetzen würden und ich denke, auch vernünftige Arbeitssituationen haben und auch tarifrechtlich gut zahlen. Aber wir sind in dem Bereich, wo wir den demografischen Wandel merken; wir merken in vielen Bereichen einfach Engpässe, die problematisch sind.

Wir sehen auch bei uns im Unternehmen, die Bereiche, die elektiv aufnehmen können, die das planen können, haben nicht so das Problem. Das Problem ist tatsächlich in dem Bereich, die die echte Versorgung, die Notfallversorgung macht, die akut versorgen muss. Deswegen ist auch eine klare Definition der Aufnahmepflicht so wichtig.

Ich habe jetzt meine eigenen Daten aus dem zweiten Quartal 2023 gesehen, und wir sehen bei mir hier in der Klinik noch einmal eine Verschlechterung. Aber ich weiß von anderen Kliniken, dass es noch mal deutlich schlechter werden wird, und ich vermute auch im dritten Quartal. Also: Wenn wir die Sanktionen scharfschalten würden, laufen wir in eine gefährliche Situation für die Versorgung. Ich kann nur plädieren, sie auszusetzen.

Natürlich müssen wir für Alternativen sorgen; natürlich darf dort nicht irgendwie eine Fehlentwicklung stattfinden, Personal eingespart werden. Aber das ist nicht das Ziel, das wir als Klinikträger haben. Wir wollen eine gute Versorgung, und ich spreche für die Aktion Psychisch Kranke, wir wollen sie auch flächendeckend. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ganz herzlichen Dank für Ihre Stellungnahme, Herr Professor (APK). – Damit haben wir alle Stellungnehmerinnen und Stellungnehmer gehört. Und jetzt gibt es offensichtlich Fragen. – Frau (DKG) von der DKG.

DKG: Ich habe jetzt noch einmal eine Frage, die nicht ganz Bezug auf die Inhalte nimmt, die Ihnen allen im Stellungnahmeverfahren vorlagen. Und zwar geht meine Frage an die APK, an Herrn Professor (APK): In 2022 wurde beschlossen, dass die Eingruppierung der Patienten von der Stichtagserhebung auf Routinedaten ab 2024 umgestellt werden soll. Unsere Wahrnehmung und Rückmeldungen aus unserem Mitgliedsbereich sind, dass die Kliniken und somit auch die KIS-Hersteller sich bisher nur eingeschränkt auf diese Umstellung vorbereiten konnten, da einige Unklarheiten, insbesondere für die technische Umsetzung bestanden haben. Jetzt liegen dem G-BA hierzu kurzfristig Änderungsvorschläge vor, die zu einer vermeintlichen Klarstellung führen sollen. Die DKG fordert jetzt diesbezüglich, auch vor dem Hintergrund der sich aktuell ergebenden Situation, die Verschiebung der Umstellung um ein Jahr.

Die erste Frage geht jetzt an Sie, Herr (APK): Sie sehen ja jetzt die Änderungen nicht. Wir möchten hier auch dem G-BA vor einem Verfahrensfehler bewahren. Wenn Sie von diesen inhaltlichen Änderungen gewusst hätten – oder andersherum gefragt: Hätten Sie gerne zu möglichen Änderungen Stellung genommen? Das ist die erste Frage.

Die zweite Frage ist: Wenn die nun vorliegenden Vorschläge so beschlossen werden, wie sie jetzt hier vorliegen, reicht dann die Zeit vor Ort, zum einen den Kliniken, aber auch den KIS-Herstellern aus, um das Ganze entsprechend auch umzusetzen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke, Frau (DKG). – Herr Professor (APK). Vielleicht können Sie mir noch erklären, was KIS-Hersteller sind.

Herr Prof. (APK): Das ist das Krankenhausinformationssystem.

Vielen Dank für die Frage, Frau (DKG). – Die erste Frage sehe ich jetzt eher ein bisschen rhetorisch. Natürlich würden wir dazu gerne Stellung nehmen, denn es betrifft uns ja. Wir haben heute den 6. September und wenn ich etwas zum 1.1. umsetzen sollte, und ich sollte das jetzt auf den Weg bringen, dann habe ich dazu gar keine Chance. Das bekommt kein KIS-Hersteller hin. Das ist völlig illusorisch. Wir haben mit unseren KIS-Herstellern auch schon mal

Kontakt gehabt. Und die sagen: Das geht gar nicht. Wir haben aber so etwas Ähnliches geahnt. Wir haben mal für Stefan Günther und Ramon Krüger, die das Handbuch *[Anm. GS: Praxishandbuch zur PPP-RL]* machen, einfach eine Simulation gemacht: Wir sehen auch, dass die Eingruppierungen aus den Routinedaten und aus den Meldedaten komplett unterschiedlich wären. Wir hätten also Abweichungen im Bereich von 25 Prozent, wenn das stattfinden würde.

Wir würden tatsächlich noch einmal auch eine ganz andere Systematik der Dokumentation und der Daten bekommen. Was das dann für die Versorgung bedeutet, finde ich dramatisch. Also, man müsste sich das auch vorher noch einmal gut anschauen. Denn sonst kommen wir tatsächlich zu Verzerrungen, die erheblich sein könnten. Ich würde davor warnen, einen Schnellschuss zu machen. Das ist gefährlich.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Professor (APK). – Herr (GKV-SV) vom GKV-SV ist der Nächste, der fragt.

GKV-SV: Vielen Dank für die Rückmeldung. – Auch von unserer Seite gibt es eine Nachfrage zu dem Thema der Routinedaten: Der G-BA hat das letztes Jahr schon beschlossen. Es gab auch ein Jahr Umsetzungszeit. Wir sehen es kritisch, jetzt die Stichtagserhebungen mit ungefähr 1,9 Millionen Einstufungen letztendlich ein Jahr weiterzuführen. In der Hinsicht sind wir mal ganz bei der Position des Bürokratieabbaus.

Wir würden gerne noch einmal um eine Rückmeldung zu den Klarstellungen bitten, die bereits diskutiert wurden, die sich auch schon in den letzten Anhörungen des vergangenen Jahres abzeichneten. Wir sind hier um eine Lösung bemüht. Wir würden beispielsweise bei Fragen wie der Alterseinstufung auch Konkretisierungen vorschlagen, dass eine Einstufung zum Zeitpunkt der Aufnahme vorgenommen wird, wie es auch in den Abrechnungssystemen gehandhabt wird. Auch bei Fällen, in denen eine Hauptdiagnose, die ja für die Eingruppierung relevant ist, nicht vorliegt, kann dort gegebenenfalls ersatzweise auf eine Aufnahmediagnose zurückgegriffen werden.

Bei den Fragen, welche Kriterien für die Intensivbehandlung relevant sind, hier auch noch mal eine Klarstellung, so wie es letztendlich im Beschluss letzten Jahres auch festgelegt ist, dass hier die Routinedaten und die Merkmale des OPS maßgeblich sind. Hierzu würden wir gerne eine Rückmeldung von der DGKJP, der DGPPN und der Bundesdirektorenkonferenz einholen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (GKV-SV). – Zunächst für die DGKJP, Frau Professor (DGKJP) oder Herr Professor (DKGJP). Wer kann hier weiterhelfen?

Frau Prof. Dr. (DGKJP): Wahrscheinlich ich. Ich glaube, Herr Professor (DGKJP) musste – symbolträchtig – zu einer Besprechung mit seiner Geschäftsleitung. – Den Rückgriff auf Routinedaten und auf den OPS haben wir als DGKJP damals selber vorgeschlagen, ohne dann den weiteren Verlauf verfolgt zu haben, muss ich zugeben.

Wir haben in unserem Fachgebiet nicht so komplizierte Intensiveinstufungen wie die Erwachsenenpsychiatrien. Das ist bei uns etwas einfacher umzusetzen, würde ich meinen. Unsere OPS sind weniger ausdifferenziert, sodass es wahrscheinlich völlig ausreichen würde, wenn man die Altersgruppierung hat. Kinder gelten, je jünger sie sind, bis 14 Jahre sowieso als Intensivpatienten. Das ist sympathisch, weil sie einfach betreuungsaufwändig sind. Bei älteren Jugendlichen haben wir die Differenzierung mit relativ klaren Kriterien. Damit hätten wir wenig Probleme.

Große Probleme haben wir natürlich damit, was Frau (DKG) und Herr (APK) vorhin diskutiert haben, wenn wir auf den Stationen eventuell händisch nachkodieren müssten, weil unsere Krankenhausinformationssysteme das nicht hergeben. Das wäre ein absoluter Albtraum und

ein Bürokratiemonster, das wir nicht haben können. Von daher wäre ich mit dieser Antwort „mal-soeben-das-machen“, und zwar zum 01.01., doch auch zurückhaltend.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Dann folgt die DGPPN, Herr (DGPPN).

Herr Prof. Dr. (DGPPN): Ich kann mich dem anschließen. Bürokratieabbau ist gut.

Die Daten, die daraus entstehen, müssen allerdings auch valide sein, und es muss abbildbar sein. Wir sehen, dass es bei uns tatsächlich auch nicht abgebildet ist. Wir sehen ja gerade im Rahmen der übrigen Ertüchtigungen der Klinik-IT, wie lange das dauert, beispielsweise Module im Krankenhauszukunftsgesetz umzusetzen.

Ich wäre da auch skeptisch, dass das zeitnah geschieht und insofern bin ich hier gegen eine überstürzte Umsetzung, auch wenn das grundsätzliche Prinzip natürlich, wenn es tatsächlich unsere Kollegen entlastet und zu mehr Zeit am Patienten führt, aus unserer Sicht durchaus begrüßenswert ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. – Es gab noch die Frage, die an die Bundesdirektorenkonferenz gerichtet wurde. – Frau Dr. (BDK).

Frau Dr. (BDK): Ich schließe mich Herrn (APK) und Herrn (DGPPN) an. – Herr (GKV-SV), das Problem, was ich zusätzlich noch sehe, ist, dass insbesondere, was die akut erkrankten Patienten angeht, also gerade in der Akutpsychiatrie, wir im OPS nicht abbilden können, was wirklich der Patientenbedarf ist. Ich habe große Bedenken, dass wir dadurch noch einmal ein neues Feld aufmachen, mit dem quasi erforderliche Behandlungseinheiten nicht abgebildet werden und wir dann noch stärkeren Druck auf die Personalbedarfe bekommen. Zeitlich halte ich es für den 01.01.2024 nicht umsetzbar. Also: Die Kliniken sind nicht darauf vorbereitet und schaffen das nicht. Und inhaltlich, finde ich, muss man wirklich noch mal genau hinschauen. Ich sehe das als schwierig an.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. – Dann kommt der nächste Fragesteller. Das ist Herr (PatV) von der Patientenvertretung.

PatV: Ich habe, auch angesichts der fortgeschrittenen Zeit, nur eine kurze Frage, und zwar noch eine Nachfrage an Frau (DFPP): Frau (DFPP), Sie hatten sich dafür ausgesprochen, den Häusern mit Versorgungsverpflichtung einen Zuschlag zu gewähren. Der Vorschlag in der jetzigen Richtlinienänderung geht allerdings den anderen Weg. Er will sozusagen Häusern ohne Versorgungsverpflichtung eine Absenkung um zehn Prozent verordnen. Wie sehen Sie das? Würden Sie das auch unterstützen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Frau (DFPP).

Frau (DFPP): Ich habe mich mit dieser Frage im Vorfeld nicht befasst. Ich finde die Position von Frau (DGKJP) sehr gut nachvollziehbar. Sie sagt, das geht nicht, dass man irgendwo absenkt. Deswegen teile ich das. Trotzdem glaube ich, dass es eine Differenzierung geben sollte – Herr (APK) hat es auch betont – zwischen Kliniken, die nur elektiv aufnehmen und Kliniken, die rund um die Uhr und Schwerstkranke aufnehmen. Ich würde es nicht in die Richtung beantworten wollen, dass ich die Lösung präsentiere, sondern die Forderung aufrechterhalte, dass es einen Unterschied geben muss.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Die letzte Frage stellt Frau (GKV-SV).

GKV-SV: Vielen Dank. Damit habe ich gar nicht mehr gerechnet. – Ich wollte mich noch mal ganz herzlich bei allen Stellungnehmenden bedanken, die sich die Zeit genommen haben, heute auch an der Anhörung teilzunehmen. Noch einmal vielen Dank an alle für die Bereitschaft zur Mitwirkung, vor allem bei den Regelaufgaben und den Spezialtherapien.

Ich wollte gerne noch einmal eine Frage an die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege zum Thema Sanktionen stellen: Frau (DFPP), Sie hatten schon angedeutet, dass Sie dazu gerne noch weiter ausführen würden. Das würde mich sehr interessieren. Vielleicht können Sie auch noch darauf eingehen, ob es vielleicht Auswirkungen der Richtlinie auf die Pflegenden in den Psychiatrien gibt? – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Frau (DFPP) hat noch einmal das Wort.

Herr Prof. (DFPP): Ich werde an der Stelle für die DFPP übernehmen. – Ganz herzlichen Dank, Frau (GKV-SV), für die Frage. Das ist schon ganz interessant. Ich höre hier die ganze Zeit sehr interessiert zu.

Man muss sagen, dass wir die Auswirkungen von dem PsychVVG kennen. Die Auswirkungen der Richtlinien können wir noch gar nicht so genau nennen, weil die Richtlinie ohne Sanktionen keine Wirkung entfaltet. Sie steht im Moment noch quasi in einem luftleeren Raum. Es ist durchaus eine Verordnungslage, die verhandelt werden kann, wo Kostenträger und Leistungserbringer sich annähern. Aber sie erzeugt bei Weitem noch nicht das, was sie erzeugen soll.

Beim PsychVVG, im Sinne der zweckentsprechenden Mittelverwendung, wissen wir das. Da konnten wir jetzt sehen, was seit 2017 bis 2020/21 – ich habe mir die Daten bis 2020 einmal angeschaut – passiert ist. Wenn man dort beispielsweise zwischen öffentlich-rechtlich, frei, gemeinnützigen und so weiter differenziert, kann man erst einmal sagen, dass es zwischen 2010 und 2020 in den deutschen psychiatrischen Einrichtungen circa über 9 000 Pflegenden mehr gibt. Der größte Zuwachs hat in den privaten Einrichtungen stattgefunden, und das seit 2017 signifikant mit um drei Prozent pro Jahr. Das heißt also, in dem Moment, wo man Regelungen hat, die auch einen Sanktionscharakter haben, scheint das Wirkung zu entfalten.

Vielleicht noch dazu: Das Narrativ, das im Moment im Raum steht, ist das Narrativ des Fachkräftemangels. Das ist etwas, was mich im Moment maßgeblich stört, wo ich denke: Wie kann man die Kommunikationspolitik so fahren?

Sie bekommen das vielleicht gar nicht mit, aber seit ungefähr einem halben Jahr oder länger wird in der Republik schon kolportiert, dass die Sanktionen nicht kommen werden und dass der Gemeinsame Bundesausschuss diese aussetzen wird. Dieses Narrativ hat natürlich am Ende dann auch Konsequenzen, nämlich in der Handlung von Kliniken.

Und Folgendes ist auch interessant: Bei uns in der DFPP kommen durchaus immer wieder Positionen und Personen in leitender Funktion, von unterschiedlichen Krankenhausträgern zu uns, die uns klar mitteilen, dass dort Zahlen wie 85 Prozent oder darüber in den Kliniken nicht mehr umsetzbar sind. Wo gesagt wird: Wir machen das nicht. Wir gehen nur bis dahin, weil die PPP-Richtlinie nicht kommen wird.

Das heißt, die Frage, inwieweit Betriebsmittel zukünftig auch wieder für andere Dinge als für Personalaufbau und -zuwachs genutzt werden, kann man befürchten, wenn Sanktionen nicht scharfgeschaltet werden. Wie Frau (DFPP) schon gesagt hat, ist der Faktor von 1,7 auch für die DFPP deutlich zu hoch. Auch andere Faktoren müssen quasi gelten, nämlich dass am Ende eine Ausfinanzierung der PPP-RL-Stellen oder auch darüber hinaus zum Thema leitliniengerechte Behandlung möglich ist.

Ein zweiter Teil – und dann bin ich auch schon fertig – ist einerseits die Frage: Wem nützt denn der Mangel der Theorie? Oder anders herum: Wem nützt die Theorie des Mangels? Dazu gibt es einige interessante wissenschaftliche Publikationen, dass es immer in solchen großen Konstrukten, wie wir jetzt hier im Gesundheitswesen sind, es auch Interessengruppen gibt, die natürlich durch eine Mangeltheorie am Ende Vorteile erfahren.

Man kann dagegen andere Narrative setzen. Beispielsweise, wenn Sie in die Daten des Statistischen Bundesamtes schauen, muss man feststellen, dass es zu keinem anderen Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland mehr Ärzte und Pflegende gab wie aktuell. Das ist natürlich schon irritierend, wenn wir diese ganzen Mangeltheorien uns immer anschauen und zuhören.

Man muss auch sagen, dass es auch andere Beispiele gibt. Herr (APK) hat gerade von seinem Haus erzählt. Ich kann kurz auch von unserem Haus erzählen: Wir gehören zu den sieben Prozent der größten Einrichtungen, Fachkrankenhäuser. Wir haben auch im zweiten Quartal dieses Jahres in allen Berufsgruppen hundert Prozent PPP-RL. Und wir müssen uns die Frage stellen: Wie schaffen wir das mit modernen Managementkonzepten?

Wenn wir uns einfach der Mangeltheorie unterwerfen, dann können wir machen, was wir wollen, dann werden wir auch niemanden mehr begeistern. Dann gibt es auch keinen mehr, der in die Kliniken kommen mag.

Also: Wir sprechen uns eindeutig für Sanktionen in einer abgeschwächten Art und Weise aus, und zwar so, dass sie auch für die Kliniken erträglich sind. Sie dürfen nicht zu einer Versorgungsgefährdung führen. Sondern der Effekt, den wir erwarten, ähnlich wie ver.di, ist: In dem Moment, wo die Richtlinie damit auch scharfgeschaltet wird, wird es Veränderungen innerhalb der Zahlen geben. Davon gehen wir fest aus.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr Professor (DFPP). – Wir hatten jetzt tatsächlich die letzte Frage beantwortet.

Ich darf Ihnen allen, die Sie hier als Fach- und Sachverständige an der Anhörung teilgenommen haben, für die Mühe danken, die Sie sich gemacht haben. Wir sind froh, dass wir mit Ihrer Expertise hoffentlich auch zu guten Beratungsergebnissen kommen.

An diejenigen, von denen ich jetzt durchaus den Vorwurf gehört habe, dass ihre Themen nicht genannt wurden: Frau (GKV-SV) hat natürlich das Richtige gesagt. Wir versuchen, die Themen insgesamt abzarbeiten. Aber es gibt Dinge, die müssen wir sehr zügig klären. Wir vergessen Sie aber nicht. Sie dürfen versichert sein, Ihre Stellungnahmen sind bei uns angekommen. Es wird auch darüber gesprochen, auch wenn die eine oder der andere jetzt enttäuscht sein wird, dass ihr Thema sich in der Richtlinie noch nicht wiederfindet. Aber wir haben es aufgenommen.

Noch einmal ganz herzlichen Dank für die Mitwirkung. Ich wünsche Ihnen und Ihren Patientinnen und Patienten natürlich alles Gute. – Herzlichen Dank.

Schluss der Anhörung: 16:40 Uhr