

Tragende Gründe

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

Vom 21. März 2024

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Die Regelungen im Einzelnen.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung.....	5
4.	Verfahrensablauf.....	5
5.	Fazit.....	6
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	6

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

Das Plenum hatte bereits am 19. Oktober 2023 beschlossen, die Anwendung des Wegfalls des Vergütungsanspruchs als Rechtsfolge bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß PPP-RL um weitere zwei Jahre bis einschließlich 2025 zu verschieben. Diese Verschiebung wurde mit einem Auftrag an den zuständigen Unterausschuss verknüpft, bis März 2024 einen Vorschlag zur Weiterentwicklung der Berechnung der konkreten Höhe des Vergütungswegfalls und zur Einführung der Rechtsfolgen vorzulegen. Nach Prüfung des diesbezüglichen Vorschlags hat das Plenum nunmehr Folgendes beschlossen:

Um den Einstieg in die konkrete Anwendung der Rechtsfolgen ab 1. Januar 2026 und die bis dahin noch ausstehende inhaltliche Weiterentwicklung der PPP-RL zu unterstützen, wird die Berechnung der konkreten Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs modifiziert. Dabei wird der bisherige Faktor auf 1,0 reduziert und ein zweiter Faktor herangezogen, der sich auf die in der Vergütung durchschnittlich enthaltenen Personalausgaben für das therapeutische Personal bezieht.

Die Ergebnisberichte des IQTIG zum Umsetzungsstand der PPP-RL deuten darauf hin, dass die Krankenhäuser noch mehr Zeit für eine Weiterentwicklung der Versorgung und den gebotenen Personalaufbau benötigen. Deshalb hat der G-BA die Übergangsphase verlängert, die den Einrichtungen bis zur vollständig erforderlichen Erfüllung der Mindestvorgaben zur Verfügung steht.

2.1 Die Regelungen im Einzelnen

Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:

Zu Absatz 5

In der Zeit vom 1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember 2027 wird im Falle einer Nichteinhaltung eines Fachgebiets die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkraftstunden berechnet. Grundlage dieser Berechnung ist die Übergangsregelung gemäß § 16 Absatz 1 PPP-RL, wonach die Mindestvorgaben in 2026 nur zu 90 Prozent erfüllt sein müssen. Ab dem 1. Januar 2027 müssen die Mindestvorgaben zu 95 Prozent erfüllt sein.

Mit der Änderung wird die konkrete rechnerische Ermittlung der Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs angepasst und damit die Höhe im Ergebnis reduziert. Grundlage der

Berechnung ist unverändert wie bisher der Anteil der fehlenden Vollkraftstunden an der Gesamtzahl der Vollkraftstunden für alle Berufsgruppen. Der bislang vorgesehene Faktor von 1,7 wird reduziert auf 1,0. Zusätzlich wird ein Personalkostenfaktor von 0,65 berücksichtigt. Der Personalkostenfaktor in Höhe von 0,65 leitet sich aus einem durchschnittlichen Anteil der Personalkosten der therapeutischen Berufsgruppen an den Gesamtkosten in Höhe von ca. 65 Prozent ab. Unterschreitet ein Krankenhaus die Mindestvorgabe, soll die Vergütung dem Grunde nach um den zur Erfüllung der Mindestvorgabe fehlenden Personalanteil gekürzt werden. Bei einem Faktor von 1,0 dürfte damit im Ergebnis die Höhe des berechneten Wegfalls des Vergütungsanspruchs den korrespondierenden Personalkosten entsprechen.

Beispiel:

Berufsgruppen	VKS-Mind		VKS-Ist		BG < 90%	BG < 95%
a. Ärztinnen	7.396	14,3%	7.637	103,3%	0	0
b. Pflegefachpersonen	35.918	69,6%	33.899	94,4%	0	-223
c. Psychotherap., Psychol.	1.438	2,8%	2.620	182,2%	0	0
d. Spezialtherapeutinnen	3.621	7,0%	3.163	87,4%	-96	-277
e. Bewegungs-/Physiotherap.	898	1,7%	1.190	132,5%	0	0
f. Sozialarbeiter/-pädagogInnen	2.329	4,5%	2.168	93,1%	0	-45
Summe	51.600				-96	-545
			VKS-Mind Gesamt zu 90/95%		46.440	49.020
			Lücke in %		0,21%	1,11%

Beispiel A: Einführungsstufe 2026 mit 90%

Im Beispiel A wird die Mindestvorgabe in der Berufsgruppe d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten) nur zu 87,4 Prozent erfüllt.

Fehlende Vollkraftstunden in % (gerundet)	0,21%
Faktor	1,0
Personalkostenfaktor	0,65
Vergütungswegfall insgesamt	<u>0,13%</u>

Die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs wird in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkraftstunden berechnet. In der Berufsgruppe d liegt die tatsächliche Personalausstattung VKS-Ist mit 3.163 Stunden (Umsetzungsgrad 87,4 Prozent) unter dem Niveau der Einführungsstufe nach § 16 Absatz 1 PPP-RL für 2026 in Höhe von 90 Prozent. Im Beispiel fehlen 96 Stunden zur relevanten Mindestvorgabe für diese Berufsgruppe. Dies entspricht 0,21 Prozent der relevanten Mindestvorgabe für alle Berufsgruppen (96 VKS / 46.440 VKS). Der Anteil der fehlenden Stunden ist mit dem Faktor 1,0 sowie dem Personalkostenfaktor 0,65 zu multiplizieren. Somit wird die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs im Jahr 2026 mit 0,13 Prozent ((96 VKS / 46.440 VKS) * 1,0 * 0,65) festgelegt.

Beispiel B: Einführungsstufe 2027 mit 95%

Im Beispiel B wird die Mindestvorgabe in der Berufsgruppe b (Pflegefachpersonen) nur zu 94,4 Prozent, in der Berufsgruppe d (Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten) nur zu

87,4 Prozent sowie in der Berufsgruppe f (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter u.a.) nur zu 93,1 Prozent erfüllt.

Fehlende Vollkraftstunden in % (gerundet)	1,11%
Faktor	1,0
Personalkostenfaktor	0,65
Vergütungswegfall insgesamt	<u>0,72%</u>

Die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs wird in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkraftstunden berechnet. Die tatsächliche Personalausstattung VKS-Ist liegt in der Berufsgruppe b mit 33.899 Stunden (Umsetzungsgrad 94,4 Prozent), in der Berufsgruppe d mit 3.163 Stunden (Umsetzungsgrad 87,4 Prozent) sowie in der Berufsgruppe f mit 2.168 Stunden (Umsetzungsgrad 93,1 Prozent) unter dem Niveau der Einführungsstufe nach § 16 Absatz 1 PPP-RL für 2027 in Höhe von 95 Prozent. Im Beispiel fehlen insgesamt 545 Stunden zur relevanten Mindestvorgabe für diese Berufsgruppe. Dies entspricht 1,11 Prozent der relevanten Mindestvorgabe für alle Berufsgruppen (545 VKS / 49.020 VKS). Der Anteil der fehlenden Stunden ist mit dem Faktor 1,0 sowie dem Personalkostenfaktor 0,65 zu multiplizieren. Somit wird die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs im Jahr 2027 mit 0,72 Prozent ((545 VKS / 49.020 VKS) * 1,0 * 0,65) festgelegt.

Zu § 16 Übergangsregelungen:

Zu Absatz 1

Die Auswertungen des G-BA zeigen, dass die Krankenhäuser noch mehr Zeit für eine Weiterentwicklung der Versorgung und den erforderlichen Personalaufbau benötigen. Deshalb wird die ab 1. Januar 2024 vorgesehene nächste Einführungsstufe von 95 Prozent nach Satz 2 Nummer 3 auf den 1. Januar 2027 verschoben. Die bis zum Erfassungsjahr 2023 geltende Einführungsstufe von 90 Prozent wird mit Wirkung vom 1. Juli 2024 bis 31. Dezember 2026 verlängert. Die Stufe von 100 Prozent ist ab 1. Januar 2029 zu erfüllen.

Da die Änderung in Satz 2 Nummer 3 erst am 1. Juli 2024 in Kraft tritt, müssen die Mindestvorgaben nach § 6 im ersten und zweiten Quartal 2024 weiterhin zu 95 Prozent erfüllt sein und dies auch bei der Dokumentation beachtet werden. Dies gilt unabhängig davon, ob die Dokumentation für das erste und zweite Quartal 2024 bereits vor dem 1. Juli 2024 erfolgt oder erst danach.

Bei den Vorgaben der PPP-RL handelt es sich um Mindestvorgaben und nicht um Anhaltszahlen zur Personalbemessung zum Zwecke der Budgetfindung (vgl. § 1 Absatz 1 PPP-RL). Unabhängig von den vorgegebenen Erfüllungsquoten in der Einführungsphase, ist möglichst frühzeitig eine vollständige Umsetzung der Personalmindestanforderungen anzustreben.

Um eine leitliniengerechte Versorgung sicherstellen zu können, benötigt die Einrichtung entsprechend ihrer strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten ggf. zusätzliches Personal, welches oberhalb der Mindestvorgaben (Minutenwerte gemäß Anlage I) liegen kann. Dieser Aspekt (vgl. hierzu § 2 Absatz 10 PPP-RL) sollte im Rahmen der Budgetverhandlungen auf Ortsebene weiterhin Berücksichtigung finden.

Zu Anlage 3 Nachweis:

Zu Teil A5

Die Übergangsregelung nach § 16 Absatz 4 PPP-RL, mit der die Ermittlung der Mindestvorgaben nach § 6, die Ermittlung des Umsetzungsgrades nach § 7 sowie die Meldung bei Nichteinhaltung gemäß § 11 Absatz 3 Satz 1 PPP-RL für Einrichtungen der Psychosomatik ausgesetzt wurden, ist zum 31. Dezember 2023 ausgelaufen. Eine entsprechende Umsetzung bezüglich der von den psychosomatischen Einrichtungen ab dem Jahr 2024 im Nachweis zu tätigen Angaben stand bisher noch aus und wird vorliegend für die Tabellen A5.1 und A5.2 nachgezogen. Das Servicedokument für das Erfassungsjahr 2024 wird entsprechend angepasst und in einer aktualisierten Form zur Verfügung gestellt.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

4. Verfahrensablauf

Am 21. November 2023 begann die Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (AG PPP) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. Der Beschlussentwurf wurde im Unterausschuss Qualitätssicherung am 6. Dezember 2023, 31. Januar und 6. März 2024 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 6. Dezember 2023 wurde das Stellungnahmeverfahren am 11. Dezember 2023 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in Anlage II. Die Frist für die Einreichung der schriftlichen Stellungnahme endete am 8. Januar 2024.

Es wurden 14 Stellungnahmen fristgerecht eingereicht, mit ihrem Eingangsdatum in Anlage IV dokumentiert und in einer Arbeitsgruppensitzungen am 17. Januar 2024 für die Auswertung vorbereitet. Zwei Stellungnahmen wurden unaufgefordert übermittelt. Die eingereichten Rückmeldungen befinden sich in Anlage III.

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 11. Dezember 2023 bzw. 12. Januar 2024 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens in die Sitzung des Unterausschusses am 31. Januar 2024 eingeladen. Die Auswertung der Stellungnahmen durch den Unterausschuss erfolgte in seinen Sitzungen am 31. Januar und 6. März 2024 (Anlage IV).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. März 2024 beschlossen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zu ändern.

Die Patientenvertretung hat sich enthalten. Die Ländervertretung trägt den Beschluss nicht mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer äußerten keine 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 18 Organisationen eingereichte Stellungnahmen/Rückmeldungen

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

Berlin, den 21. März 2024

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:
<i>In der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) organisierte betroffene medizinische Fachgesellschaften:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) • Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (EbM-Netzwerk) • Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) • Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP) • Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde (DGGN) • Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) • Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (dgkjp) • Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) • Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) • Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) • Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie, Epidemiologie (gmids) • Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) • Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie und Psychopathometrie (DGMPP) • Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) • Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) • Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) • Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH) • Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) • Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) • Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) • Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) • Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM) • Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) • Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) • Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) • Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) • Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) • Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) • Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) • Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
Non-AWMF-Fachgesellschaften:
<ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V. (DGPPS)

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

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

- Deutscher Verband 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:

Weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2024

Stand: 06.12.2023 nach Sitzung des UA QS

Hinweis:

Dissentente Positionen sind **gelb gekennzeichnet**; redaktionell anzupassende Passagen sind **grau** markiert.

Vom 21. März 2024

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. März 2024 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 19. Oktober 2023 (BANz AT XX.XX.202X BX) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

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

1.

GKV-SV/DKG	PatV
[Keine Übernahme]	§ 1 Absatz 1 wird wie folgt geändert: In Satz 4 wird das Wort „sind“ durch das Wort „enthalten“ ersetzt.

2. § 13 wird wie folgt geändert:

GKV-SV	DKG
[Keine Übernahme]	a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst: „(3) Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 quartalsbezogen in den Einrichtungen differenziert nach den Fachgebieten Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie einzuhalten. Ein Ausgleich über einzelne Wochen des Quartals ist möglich, soweit die Mindestvorgaben in der Einrichtung im gesamten Quartal im Durchschnitt erfüllt werden. Bei Nichterfüllung gemäß § 7 Absatz 4 liegt die Nichterfüllung für die Berufsgruppe innerhalb der Einrichtung vor, bei der der Umsetzungsgrad unter 100 Prozent liegt. Erbringt eine

	<p>Einrichtung Leistungen ohne Einhaltung der Mindestanforderungen an die Personalausstattung, wird ein klärender Dialog zwischen der Einrichtung und der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) eingeleitet, um die Gründe für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zu ermitteln und eine entsprechende Zielvereinbarung zu schließen. Im Rahmen des klärenden Dialogs sind die zur Zielerreichung geeigneten Maßnahmen, die erforderliche Frist bis zur Erfüllung der Mindestvorgaben sowie ggf. konkrete Zwischenziele festzulegen. Erreicht die Einrichtung nach erstmaliger Nichterfüllung der Mindestvorgaben in den zwei nachfolgenden Quartalen die Mindestvorgaben nicht, ist die jeweilige Landesaufsichtsbehörde in den klärenden Dialog einzubeziehen, woraus sich eine entsprechende Anpassung der Zielvereinbarung ergeben kann. Die Frist zur Zielerreichung darf maximal ein Jahr nach Festlegung der Zielvereinbarung umfassen. Wird nach Ablauf der Frist zur Zielerreichung erneut die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben festgestellt, entfällt der Vergütungsanspruch des Krankenhauses für die betroffene Einrichtung und das betroffene Quartal gemäß Absatz 4 bis 9.“</p>
[Keine Übernahme]	<p>b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:</p> <p>In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 3 Satz 4“ durch die Angabe „Absatz 3 Satz 8“ ersetzt.</p>

GKV-SV	DKG
[Keine Übernahme]	<p>c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) Die Sätze 1 und 2 werden wie folgt gefasst: „In der Zeit vom 1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember 2027 folgen im Falle einer Nichteinhaltung eines Fachgebiets Maßnahmen nach Absatz 3 Satz 4 bis 7. Die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs nach Absatz 3 Satz 8 wird in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkraftstunden berechnet.“</p>

GKV-SV	DKG
[Keine Übernahme]	<p>bb) In Satz 4 wird nach dem Wort „Vergütungswegfall“ die Angabe „und keine Maßnahmen nach Absatz 3 Satz 4 bis 7“ ergänzt.</p> <p>cc) Die Sätze 5 bis 10 werden wie folgt gefasst: „Im Jahr 2026 und 2027 ergibt sich der Prozentsatz des Wegfalls des</p>

	<p>Vergütungsanspruchs aus dem 0,35- bis 1,35-fachen Wert (Sanktionsfaktor) des Produktes aus dem prozentualen Anteil der fehlenden Personalausstattung nach den Sätzen 2 und 3 (PPP-RL-Faktor) und dem durchschnittlichen Personalkostenanteil der therapeutischen Berufsgruppen an der Vergütung in Höhe von 0,65 (Personalkostenfaktor). Die konkrete Höhe des Sanktionsfaktors ist in Abhängigkeit der Umsetzung der vereinbarten Stellenbesetzung gemäß Psych-Personalnachweis nach § 18 Absatz 2 der BPfIV (PPN-Faktor) zu ermitteln. Zur Ermittlung des PPN-Faktors wird analog zur Berechnung des PPP-RL-Faktors die Summe der Differenz der vereinbarten und tatsächlich vorhandenen Vollkräfte für alle Berufsgruppen mit Nichteinhaltung der Mindestanforderungen gebildet und diese durch die Summe der vereinbarten Vollkräfte aller Berufsgruppen dividiert. Sofern der PPN-Faktor größer als der PPP-RL-Faktor oder gleich diesem ist, beträgt der Sanktionsfaktor 1,35. Sofern der PPN-Faktor kleiner als der PPP-RL-Faktor ist, beträgt der Sanktionsfaktor für den Anteil des PPP-RL-Faktors in Höhe des PPN-Faktors 1,35 und für den verbleibenden Anteil des PPP-RL-Faktors 0,35. Hierzu ist der PPN-Faktor mit dem Wert 1,35 und die Differenz zwischen PPP-RL-Faktor und PPN-Faktor mit dem Wert 0,35 zu multiplizieren und die Höhe des Sanktionsfaktors durch Addition der beiden Anteile zu ermitteln.“</p>
<p>Absatz 5 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In Satz 3 wird jeweils die Angabe „95 Prozent“ durch die Angabe „90 Prozent“ ersetzt.</p> <p>b) Satz 5 wird wie folgt gefasst: „Im Jahr 2026 und 2027 ergibt sich der Prozentsatz des Wegfalls des Vergütungsanspruchs aus</p>	<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>

dem 1,35-fachen Wert des Produktes aus dem prozentualen Anteil der fehlenden Personalausstattung nach den Sätzen 2 und 3 sowie dem Personalkostenfaktor von 0,65.“	
--	--

GKV-SV	DKG
[Keine Übernahme]	<p>d) Absatz 7 wird wie folgt geändert:</p> <p>aa) In Satz 1 wird die Angabe „Absatz 3 Satz 4“ durch die Angabe „Absatz 3 Satz 8“ ersetzt.</p> <p>bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt: „Dabei können besondere Behandlungskonzepte und die dafür erforderliche Personalausstattung vom Krankenhaus dargelegt und die Höhe des Vergütungswegfalls im Einvernehmen der Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG entsprechend angepasst werden.“</p>

3.

GKV-SV	DKG
<p>§ 16 Absatz 1 wird wie folgt geändert:</p> <p>a) In Satz 1 wird die Angabe „2026“ durch die Angabe „2029“ ersetzt.</p> <p>b) In Satz 5 Nummer 3 wird die Angabe „2024“ durch die Angabe „2027“ ersetzt.</p>	[Keine Übernahme]

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am / mit Wirkung vom 1. Januar 2024 in Kraft.

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

Berlin, den 21. März 2024

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:

Weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2024

Vom 21. März 2024

Entwurf, Stand: 08.12.2023

Hinweis:

Erläuterungen zu dissidenten Positionen sind **gelb markiert**; redaktionell ggf. 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	7
4.	Verfahrensablauf	8
5.	Fazit.....	8
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	8

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

[Einführungstext/Überblick über vorgenommene Änderungen u. ä.]

2.1 Die Regelungen im Einzelnen

PatV:

Zu § 1 Absatz 1:

Mit der Änderung in § 1, Abs. 1, Satz 4 wird klargestellt, dass die Mindestvorgaben keine Anhaltzahlen enthalten und daher auch nicht zur Budgetfindung dienen können. Das Ziel einer leitliniengerechten Behandlung muss im Vordergrund stehen. Es soll sichergestellt werden, dass sich die im Rahmen der Qualitätssicherung getroffenen, bis 2029 schrittweise anzupassenden Mindestvorgaben, nicht schmälern auf notwendige Budgetanpassungen insbesondere jener Krankenhäuser auswirken, die bereits über eine für eine leitliniengerechte Behandlung notwendige Personalausstattung verfügen.

Zu § 13:

DKG:

Zu Absatz 3

Gemäß § 137 Absatz 1 SGB V hat der G-BA zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen festzulegen. Neben Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung der Einrichtungen bei der Qualitätsverbesserung ist der G-BA ermächtigt, je nach Art und Schwere von Verstößen, gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorzusehen. Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden. Der Gesetzgeber hat dem G-BA die Befugnis gegeben, Rechtsfolgen für Leistungserbringer zu regeln, die die Mindestanforderungen an die Qualitätssicherung nicht (vollständig) erfüllen. Die Ausgestaltung des § 137 Absatz 1 SGB V ermöglicht dem G-BA, ein breites Spektrum an unterschiedlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen mit einem abgestuften Sanktionssystem zu regeln. Bei der Wahl der Rechtsfolge nimmt der G-BA somit eine im Gesetz angelegte normative Zuschreibung der Wertigkeit seiner Mindestanforderungen vor, wie das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 1. Juli 2014 (Bundessozialgericht am 1. Juli 2014, B 1 KR 15/13 R) feststellte. Dies hat der G-BA auch bereits erkannt und zumindest ansatzweise in seiner bisherigen Sanktionsregelung in § 13 der PPP-RL

umgesetzt, wonach bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gerade nicht der gesamte Vergütungsanspruch für ein ganzes Quartal wegzufallen hatte.

Um der Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen Rechnung zu tragen, erfolgt bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben im Rahmen der Möglichkeiten von § 137 Absatz 1 SGB V als erste Stufe von Durchsetzungsmaßnahmen ein Dialog zwischen der Einrichtung und der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) als Beratungs- und Unterstützungsleistung für die Einrichtung. Die entsprechenden Fachkommissionen der LAG gemäß § 5 Absatz 5 der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sind für die Durchführung des klärenden Dialoges zuständig, da sie bereits über die notwendige Expertise im Bereich der Qualitätssicherung sowie Erfahrung in der Durchführung kollegialer Beratung, von Kolloquien und von Peer-Review-Verfahren verfügen. Der Dialog ist unverzüglich nach Abschluss des Quartals einzuleiten, in dem die Einrichtung die Mindestvorgaben nicht erfüllt hat, und dient dem Zweck, die Gründe der Nichteinhaltung zu ermitteln sowie eine entsprechende Zielvereinbarung zu schließen. Ferner sind im Rahmen des Dialogs die zur Zielerreichung geeigneten Maßnahmen, die Frist bis zur Erfüllung der Mindestvorgaben sowie ggf. konkrete Zwischenziele festzulegen. Ist die Unterschreitung der Mindestvorgaben auf ein spezielles Behandlungskonzept der Einrichtung zurückzuführen, hat die Einrichtung dies gegenüber der LAG schlüssig zu begründen. Der Dialog zwischen dem Krankenhaus und der jeweiligen LAG dient somit der gemeinsamen Ursachenanalyse und der Unterstützung der schnellstmöglichen Erfüllung der Mindestvorgaben. Hierbei ist auch die Versorgungsstruktur in der jeweiligen Region zu betrachten. Die Zielvereinbarung ist in einem adäquaten Zeitraum zu schließen, ab Einleitung des klärenden Dialogs könnte hierfür ein Monat angemessen sein. Die Frist zur Zielerreichung darf maximal ein Jahr ab Festlegung der Zielvereinbarung umfassen.

Gemäß § 137 Absatz 1 Satz 2 SGB V können vom G-BA neben der Beratung und Unterstützung im Rahmen eines gestuften Systems von Folgen der Nichteinhaltung weitere angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorgesehen werden. Diese Maßnahmen können gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 und 4 SGB V die Information Dritter sein. Sich an diesen Maßnahmen orientierend, ist die jeweilige Landesaufsichtsbehörde in den klärenden Dialog einzubeziehen, sollte die Einrichtung die Mindestvorgaben nach erstmaliger Nichterfüllung in den zwei nachfolgenden Quartalen erneut nicht erfüllen (Information Dritter). Sofern die im Dialog zwischen dem Krankenhaus und der jeweiligen LAG sowie der Landesaufsichtsbehörde vereinbarten Ziele innerhalb der Jahresfrist nicht erreicht werden, greifen als nächste Stufe zur Durchsetzung der Mindestvorgaben finanzielle Sanktionen (Vergütungswegfall).

DKG:

Zu Absatz 4

Die Anpassung wird aus redaktionellen Gründen erforderlich.

Zu Absatz 5

GKV-SV:

Für Leistungen ohne Einhaltung der Mindestanforderungen an die Personalausstattung entfällt der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 SGB V. Die Mindestvorgaben der PPP-RL sind gemäß § 2 Absatz 5 quartalsbezogen in den Einrichtungen differenziert nach den Fachgebieten Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie einzuhalten. Ein Ausgleich über einzelne Wochen des Quartals ist möglich, soweit die Mindestvorgaben in der Einrichtung im gesamten Quartal im Durchschnitt erfüllt werden. Ein Wegfall des

Vergütungsanspruchs bei Nichteinhaltung kann sich daher nur auf alle Leistungen beziehen, die in der entsprechenden Einrichtung innerhalb des Quartals erbracht wurden.

In den Jahren 2020 bis 2025 wurden keine Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben festgelegt. Durch den Beschluss am 19. Oktober 2023, die sanktionsfreien Zeit zu verlängern, wird den Krankenhäusern nochmals Zeit für die Umsetzung von notwendigen Maßnahmen gegeben.

In der Zeit vom 1. Januar 2026 bis zum 31. Dezember 2027 wird im Falle einer Nichteinhaltung eines Fachgebiets die Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs in Abhängigkeit vom Umfang der fehlenden Vollkraftstunden berechnet.

Mit der Änderung wird die konkrete Ermittlung der Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs angepasst. Grundlage der Berechnung ist unverändert wie bisher der Anteil der fehlenden Vollkraftstunden an der Gesamtzahl der Vollkraftstunden für alle Berufsgruppen. Der bislang vorgesehene Sanktionsfaktor von 1,7 wird reduziert auf 1,35. Zusätzlich wird ein Personalkostenfaktor von 0,65 berücksichtigt. Der Personalkostenfaktor in Höhe von 0,65 leitet sich aus einem durchschnittlichen Anteil der Personalkosten der therapeutischen Berufsgruppen an den Gesamtkosten in Höhe von ca. 65 Prozent ab. Der Sanktionsfaktor 1,35 stellt sicher, dass die Sanktionshöhe deutlich über den eingesparten Personalkosten liegt. In vergleichbarer Höhe sind die Sanktionen bei Unterschreiten der Pflegepersonaluntergrenzen in der Somatik festgelegt.

DKG:

Die Höhe des Vergütungswegfalls in Folge der Nichteinhaltung der Personalmindestanforderungen gemäß PPP-RL wird in Orientierung an den Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in der somatischen Versorgung angepasst. Dabei sind die grundlegenden Unterschiede bezüglich der Zielsetzung, der Systematik und der rechtlichen Einordnung der beiden Sanktionsregelungen zu beachten. So ist die PpUG als „rote Linie“ zur Vermeidung von Patientengefährdungen durch zu wenig Pflegepersonal und die Personalmindestanforderungen der PPP-RL als Instrument zur Verbesserung und Sicherstellung der Versorgungsqualität durch Personalpräsenz aller therapeutischen Berufsgruppen angelegt. Andererseits wird eine Unterschreitung der PpUG mit Abschlägen auf die Vergütung sanktioniert, während eine Nichteinhaltung der PPP-RL aufgrund der rechtlichen Einordnung als Mindestanforderung zum Wegfall des Vergütungsanspruchs führt. Auch unter diesen Aspekten ist die Frage der Angemessenheit von Sanktionen zu bewerten, so dass lediglich eine Orientierung an den PpUG-Sanktionen möglich ist.

In § 3 Absatz 2 der „Vereinbarung gemäß § 137i Absatz 1 Satz 10 SGB V über Sanktionen nach § 137i Absatz 4b und 5 SGB V (PpUG-Sanktions-Vereinbarung)“ ist der Vergütungsabschlag für die Nichteinhaltung einer Pflegepersonaluntergrenze in Höhe des 0,35-fachen Wertes der durchschnittlichen Pflegepersonalkosten vorgesehen, da aufgrund des Kostenerstattungsprinzips des Pflegebudgets in der Somatik keine Personalkosteneinsparungen entstehen können. Vor Einführung des Pflegebudgets betrug der Sanktionsfaktor 1,35. Unter der Annahme, dass die Pflegepersonalkosten im DRG-System zumindest bei Durchschnittsbetrachtung mit den DRG-Fallpauschalen vergütet wurden, sollte mit dem Faktoranteil von 1,0 neben dem Sanktionsanteil von 0,35 auch die Vergütung von „eingesparten“ Pflegepersonalkosten entfallen. Diese Annahme war im DRG-Fallpauschalensystem insoweit zutreffend, als dass die Höhe der Vergütung von den Landesbasisfallwerten bestimmt wird und somit unabhängig von der tatsächlichen Personalausstattung von einer Vergütung der Pflegepersonalkosten ausgegangen werden konnte. Im Psych-Vergütungssystem nach Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) können Personalkosteneinsparungen dagegen weder grundsätzlich angenommen noch

ausgeschlossen werden. Zudem bezieht sich die Höhe des Vergütungswegfalls nach PPP-RL auf die Vergütung und nicht auf die Personalkosten.

Die Vergütung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erfolgt auf der Grundlage von krankenhausindividuellen Budgets und den daraus abgeleiteten krankenhausindividuellen Entgeltwerten. Die Höhe der Vergütung, auf die sich der Vergütungswegfall bezieht, wird somit durch die zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbarte Personalausstattung bestimmt. Daraus alleine kann aber nicht geschlossen werden, dass eine Unterschreitung der Mindestanforderungen regelhaft zu einer Einsparung von Personalkosten führt. Ob eine psychiatrische oder psychosomatische Einrichtung das mit der abgerechneten Vergütung abgegoltene Personal eingespart hat, lässt sich jedoch aus dem Psych-Personalnachweis nach § 18 Absatz 2 BPfIV (PPN) erkennen, mit dem das Krankenhaus nachzuweisen hat, inwieweit die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich umgesetzt wurde. Nur soweit das vereinbarte Personal nicht umgesetzt bzw. beschäftigt wurde, ist die Annahme begründet, dass bei einer Nichteinhaltung der Personalmindestanforderungen der Vergütung auch Kosteneinsparungen gegenüberstehen.

Daher wird mit der folgenden Systematik die Höhe des Vergütungswegfalls mit der tatsächlichen Umsetzung des vereinbarten Personals verknüpft. Sofern der Psych-Personalnachweis zeigt, dass eine Nichteinhaltung der PPP-RL mit einer unzureichenden Umsetzung des vereinbarten Personals einhergeht, ist von Personaleinsparungen auszugehen, so dass der Sanktionsfaktor mit dem Wert 1,35 festgelegt wird. Mit diesem Wert wird zusätzlich zum Sanktionsanteil von 0,35 ein Personalkostenanteil von 1,00 berücksichtigt. Somit werden Fehlanreize durch Kompensation des Vergütungswegfalls durch mögliche Personaleinsparungen ausgeschlossen. Sofern der Psych-Personalnachweis jedoch zeigt, dass eine Nichteinhaltung der PPP-RL mit einer vollständigen Umsetzung des vereinbarten Personals einhergeht, ist ein Vergütungswegfall auf Grund von Personaleinsparungen nicht gerechtfertigt. In diesem Fall wird der Sanktionsfaktor mit dem Wert 0,35 festgelegt, so dass auch hier der Anreiz zur Einhaltung der PPP-RL vollständig erhalten bleibt. Entsprechend wird in den Fällen verfahren, in denen eine Nichteinhaltung der PPP-RL mit einer anteiligen Umsetzung des vereinbarten Personals einhergeht. Hier greift der Wert von 1,35 in voller Höhe für den nicht umgesetzten Anteil und der Wert von 0,35 für den tatsächlich umgesetzten Anteil des vereinbarten Personals.

Somit kann der Sanktionsfaktor in Abhängigkeit des Psych-Personalnachweises von 1,35 auf bis zu 0,35 gemindert werden. Dabei ist zu beachten, dass die Berechnung des PPN-Faktors analog zum PPP-RL-Faktor ausschließlich für die Berufsgruppen mit Nichteinhaltung und somit auch hier keine Kompensation mit den übrigen Berufsgruppen erfolgt. Zusätzlich wird in Anlehnung an die PpUG, bei der sich der Vergütungswegfall auf die durchschnittlichen Personalkosten einer Vollkraft im Pflegedienst bezieht, ein Personalkostenfaktor von 0,65 berücksichtigt. Der Personalkostenfaktor in Höhe von 0,65 leitet sich aus dem durchschnittlichen Anteil der Personalkosten der therapeutischen Berufsgruppen an den Gesamtkosten ab. Der Sanktionsfaktor von 1,35 kommt in voller Höhe zum Tragen, wenn das Verhältnis des nicht umgesetzten Personals zum vereinbarten Personal gemäß Psych-Personalnachweis (PPN-Faktor) höher als der Anteil der Nichteinhaltung der Personalmindestanforderungen (PPP-RL-Faktor) oder gleich diesem ist (PPN-Faktor \geq PPP-RL-Faktor, dann Sanktionsfaktor = 1,35). Sofern der PPN-Faktor kleiner als der PPP-RL-Faktor ist, beträgt der Sanktionsfaktor für den Anteil des PPP-RL-Faktors in Höhe des PPN-Faktors 1,35 und für den verbleibenden Anteil des PPP-RL-Faktors 0,35 (PPN-Faktor $<$ PPP-RL-Faktor, dann $\text{PPN-Faktor} \times 1,35 + [\text{PPP-RL-Faktor} - \text{PPN-Faktor}] \times 0,35$). Diese beiden Anteile sind zu addieren. Der Prozentsatz zur Berechnung des Vergütungswegfalls ergibt sich durch Multiplikation der Summe der Anteile mit dem Personalkostenfaktor.

Beispiel:

Berufsgruppen	PPP-RL Personalmindestanforderungen					Psych-Personalnachweis (PPN)					
	VKS-Mind		VKS-Ist		BG < 100%	VK-VB		VK-Ist	A	B	C
a. ÄrztInnen	7.396	14,3%	7.637	103,3%	0	22	12,8%	21	0	0	0
b. Pflegefachpersonen	35.918	69,6%	33.899	94,4%	-2.019	120	69,8%	110	-10	-3	0
c. Psychotherap., Psychol.	1.438	2,8%	2.620	182,2%	0	8	4,7%	12	0	0	0
d. SpezialtherapeutInnen	3.621	7,0%	3.163	87,3%	-458	12	7,0%	12	0	-2	0
e. Bewegungs-/Physiotherap.	898	1,7%	1.190	132,5%	0	3	1,7%	3	0	0	0
f. Sozialarbeiter/-pädagogInnen	2.329	4,5%	2.168	93,1%	-161	7	4,1%	6	-1	0	0
Summe	51.600				-2.638	172			-11	-5	0
					PPP-RL-Faktor 5,1%				PPN-Faktor 6,4%	2,9%	0,0%

Beispiel A: PPN-Faktor >= PPP-RL-Faktor => Sanktionsfaktor = 1,35

Faktoranteil für 5,1% mit Sanktionsfaktor 1,35	6,9%
Personalkostenfaktor	65%
Vergütungswegfall insgesamt	4,5%

Beispiel B: PPN-Faktor < PPP-RL-Faktor

Faktoranteil für 2,9% mit Sanktionsfaktor 1,35 zuzüglich	3,9%
Faktoranteil für 5,1% - 2,9% = 2,2% mit Sanktionsfaktor 0,35	0,8%
Summe der beiden Faktoranteile	4,7%
Personalkostenfaktor	65%
Vergütungswegfall insgesamt	3,1%

Beispiel C: PPN-Faktor = 0 => Sanktionsfaktor = 0,35

Faktoranteil für 0% mit Sanktionsfaktor 1,35	0,0%
Faktoranteil für 5,1% - 0,0% = 5,1% mit Sanktionsfaktor 0,35	1,8%
Summe der beiden Faktoranteile	1,8%
Personalkostenfaktor	65%
Vergütungswegfall insgesamt	1,2%

DKG:

Zu Absatz 7

Mit § 13 Absatz 7 Satz 3 wird geregelt, dass die näheren Regelungen zur praktischen Umsetzung des Vergütungswegfalls von den Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG zu treffen sind. Die konkrete Umsetzung des Vergütungswegfalls obliegt somit den Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Krankenhausträger und Sozialleistungsträger). Mit der Ergänzung des neuen Satz 4 wird den Vertragsparteien die Möglichkeit eröffnet, den nach den Vorschriften der PPP-RL ermittelten Vergütungswegfall anzupassen, wenn die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben durch besondere Behandlungskonzepte begründet ist. Hierzu hat das Krankenhaus die Behandlungskonzepte gegenüber den Krankenkassen darzulegen. Dies umfasst auch die nachvollziehbare Darlegung der hierfür erforderlichen Personalausstattung zur Behandlungsqualität. Besondere Behandlungskonzepte können zum Beispiel in der Fokussierung einer Einrichtung auf spezielle Therapieangebote mit psychotherapeutischem und kunst- oder musiktherapeutischem Schwerpunkt begründet sein. Dies kann bedeuten, dass Physio- oder Bewegungstherapeuten konzeptionell nicht vorgesehen und für eine qualitätsgesicherte Behandlung nicht erforderlich sind. Gleichwohl muss eine Fokussierung auf einen solchen Schwerpunkt nicht notwendigerweise ausschließen, dass durch andere Berufsgruppen weitere Behandlungselemente zur körperlichen Aktivierung und Bewegung durchgeführt werden. Eine Minderung des Vergütungswegfalls ist nur im Einvernehmen mit

den Krankenkassen möglich. Der Rechtsanspruch der Krankenkassen auf den Vergütungswegfall in voller Höhe und somit die Verbindlichkeit der PPP-RL als Mindestanforderung bleiben erhalten. Im Ergebnis wird mit der neuen „Kann-Regelung“ die Möglichkeit geschaffen, besondere Behandlungskonzepte, die mit den Durchschnittswerten der PPP-RL oder dem daraus resultierenden Personalmix nicht ausreichend abgebildet werden können, sanktionsmindernd zu berücksichtigen.

Zu § 16 Absatz 1:

GKV-SV:

Über 50 Prozent der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie haben die Mindestvorgaben im Jahr 2022 nicht erfüllt, obwohl diese erst zu 90 Prozent eingehalten werden müssen und damit noch unter dem Niveau der 30 Jahre geltenden Psychiatrie-Personalverordnung liegen. Die IQTIG-Auswertungen der Krankenhausdokumentationen zum Erfassungsjahr 2022 zeigen, dass die nächste Einführungsstufe, die vorsieht, dass die Mindestvorgaben ab 1.1.2024 zu 95 Prozent erfüllt sein müssen, von über 80 Prozent der Einrichtungen in 2022 nicht erreicht wurde. Der Umsetzungsstand legt nahe, dass die Krankenhäuser noch mehr Zeit für eine Weiterentwicklung der Versorgung, hin zu mehr ambulanter und teilstationärer Behandlung und mehr Komplexbehandlung (Behandlungsbereich A7), und den erforderlichen Personalaufbau benötigen. Deshalb kann die ab 1. Januar 2024 vorgesehene nächste Einführungsstufe von 95 Prozent nicht umgesetzt werden. Die derzeit geltende Einführungsstufe von 90 Prozent wird bis 31. Dezember 2026 verlängert. Die weiteren Einführungsstufen setzen analog dazu später ein (95% ab 1.1.2027, 100% ab 1.1.2029).

[DKG:

Die bisherige Richtlinienregelung wird beibehalten.

Die Sanktionen für die Nichteinhaltung der Personalmindestvorgaben sind um zwei Jahre bis 2026 ausgesetzt. Damit haben die Einrichtungen zwei Jahre länger Zeit, das für die Erfüllung notwendige Personal sukzessive aufzubauen. Dabei können sie sich schrittweise an den in geplanten Einführungsstufen orientieren und damit nachhaltig Personal an sich binden. Wird die derzeit geltende Stufe von 90 % bis 2026 verlängert, besteht die Gefahr, dass die Krankenhäuser das notwendige Personal für einen Personalaufbau in den Budgetverhandlungen vor Ort nicht finanziert bekommen. Damit entsteht ein Kreislauf, in welchem die Krankenhäuser kein neues Personal einstellen und daraus folgend die Mindestanforderungen nicht erfüllen können. Bereits jetzt gibt es erhebliche Probleme der Krankenhäuser, das für die Mindestvorgaben der PPP-RL und ggf. darüber hinaus erforderliche Personal in den Budgetverhandlungen zu vereinbaren. Aus diesem Grund wird eine Verlängerung der Einführungsstufe von derzeit 90 % über das Jahr 2023 hinaus sowie die analoge Verschiebung der später folgenden Stufen abgelehnt.]

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 21. November 2023 begann die Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (AG PPP) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. Der Beschlussentwurf wurde im Unterausschuss Qualitätssicherung am 6. Dezember 2023 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 X) 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 6. Dezember 2023 wurde das Stellungnahmeverfahren am 11. Dezember 2023 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in Anlage Y. Die Frist für die Einreichung der schriftlichen Stellungnahme endete am 8. Januar 2024.

[...]

5. **Fazit**

[...]

6. **Zusammenfassende Dokumentation**

[Anlagen]

Berlin, den 21. März 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Vereinte

**Dienstleistungs-
gewerkschaft**

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses – G-BA über eine Änderung der

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie

zur Anhörung am 31. Januar 2024

Berlin, 19.12.2023

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

Bereich Gesundheitswesen/Gesundheitspolitik

Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) soll das Ziel verfolgen, die Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu sichern. Insbesondere die Mindestpersonalvorgaben sollen einen Beitrag zur leitliniengerechten Behandlung leisten.

Seit der Einführung der Vorgängerregelung der PPP-RL, der Psychiatrie Personalverordnung (PsychPV), wurde es versäumt, die Personalmindestvorgaben verbindlich durchzusetzen und bei Nichteinhaltung wirksam zu sanktionieren. Als Folge wurden die getroffenen Vorgaben unterlaufen, eine Einhaltung der Mindestbemessung konnte nicht gewährleistet werden. Eine wesentliche Ursache hierfür liegt in der unzureichenden Finanzierung der Personalausstattungen der letzten Jahrzehnte, wodurch weder eine Mindestpersonalbemessung erreicht noch eine Annäherung an eine bedarfsgerechte und kostendeckend refinanzierte Personalausstattung verfolgt wurde.

Eine kostendeckende, vollständige Finanzierung der Personalkosten bei verbindlichen Vorgaben, die eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten, ist vor diesem Hintergrund unerlässlich. Gleichzeitig ist festzustellen, dass aufgrund umfassender Missstände und Defizite bei den Arbeitsbedingungen der betroffenen Berufsgruppen und Tätigkeitsbilder ein selbsterzeugter und erheblicher Fachkräftemangel in den psychiatrischen Einrichtungen besteht. Die bundesweite Studie der Hans Böckler Stiftung „Ich pflege wieder, wenn...“¹ zeigt deutlich, dass insbesondere in der Berufsgruppe der Pflege Fachkräfte zur Verfügung stehen, die aber in den letzten Jahren ihrem Beruf verlassen haben. Ausschlaggebende Gründe hierfür sind die gestiegenen Arbeitsbelastung aufgrund der personellen Unterbesetzung und Aufgabenverdichtung. Hinzu kommt die zunehmende Belastung durch im Laufe der Jahre stetig aufwachsende Dokumentationspflichten sowie die konsequente Um- und Durchsetzung der Regelungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Gesetzliche Vorgaben zu Höchstarbeitszeiten, Ruhezeiten und -pausen werden nicht eingehalten, die Arbeit in der psychiatrischen Versorgung lässt sich zu häufig mit Verpflichtungen der Familie bzw. Freizeit nicht vereinbaren.

Die im vorliegenden Entwurf vorgesehene erneute Aussetzung der Sanktionen schreibt diese Missstände fort. Mit Verweis auf die prekäre finanzielle Situation vieler stationärer psychiatrischer Einrichtungen sowie innerhalb der GKV wird darauf verzichtet, wirksame Sanktionsmechanismen zu etablieren, die die betreffenden Beschäftigten zumindest auf Grundlage einer Mindestpersonalausstattung vor einer weiteren Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen bewahren sowie eine gute und sichere Versorgung der Patient*innen gewährleisten kann. Der dringend erforderliche und längst überfällige Schritt, den Fachkräftemangel in der psychiatrischen stationären Versorgung dadurch zu bekämpfen, dass eine sukzessive Annäherung an eine bedarfsgerechte Personalbemessung erfolgt, in dem in einem ersten Schritt eine wirksame Mindestpersonalbemessung sichergestellt wird, unterbleibt. In der Konsequenz wird damit der bestehende Fachkräftemangel weiter forciert: Die Beschäftigten stehen vor der Wahl, die eigene Gesundheit und Familie zurückzustellen, die schwierigen Arbeitsbedingungen zu tolerieren oder in ein anderes Tätigkeitsfeld zu wechseln.

Statt einer fortgesetzten Aussetzung der Sanktionen, wie sie der vorliegende Entwurf vorsieht, fordert die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, wirksame Schritte einzuleiten, die der bestehenden Überlastungs- und Unterbesetzungssituation entgegenwirken. Hierzu zählen u.a.:

¹ <https://www.arbeitnehmerkammer.de/studie-ich-pflege-wieder-wenn.html>

- belastende Arbeitsbedingungen auf betrieblicher Ebene identifizieren und kurzfristig reduzieren, z. B. durch die flächendeckende Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung (incl. psychischer Belastungsfaktoren)
- Refinanzierung der bedarfsnotwendigen Investitions- und Sachkosten
- vollständige Refinanzierung aller Personalkosten
- Vollständige Vergütung der Tarifverträge im laufenden Jahr, inklusive aller qualitativer Anpassungen und nomineller Tarifsteigerungen
- Umsetzung geeigneter Sanktionen
- Weiterentwicklung der Mindestpersonalvorgaben auf Basis der aktuellen Behandlungskonzepte mit dem Ziel der Entwicklung bedarfsgerechter Personalbemessungsvorgaben
- Weiterentwicklung der PPP-RL zu einer echten Qualitätsrichtlinie mit verbindlicher Umsetzung
- Versorgungsverträge im Rahmen der Pflichtversorgung nur mit Einrichtungen, die Qualitätsvorgaben einhalten können

Eine Fortsetzung der Aussetzung der Sanktionsregelungen lehnt ver.di ab, weil der Status Quo der personellen Unterausstattung mit den Folgen für Patient*innen und Beschäftigte zementiert wird.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu § 1 Absatz 1:

Die Klarstellung, dass die Mindestvorgaben als Instrument der Qualitätssicherung ausschließlich zur leitliniengerechten Behandlung beitragen sollen und nicht der Budgetfindung dienen, wird von ver.di begrüßt. Die in der Richtlinie schrittweise anzupassenden Mindestvorgaben sind zwingend einzuhalten. Einrichtungen, die bereits jetzt 100 Prozent der Mindestvorgaben erfüllen und einen darüberhinausgehenden Personalbedarf nachweisen, dürfen in Budgetverhandlungen nicht benachteiligt werden. Es ist zu gewährleisten, dass die nachgewiesenen Personalkosten vollständig refinanziert werden, auch wenn diese über die Mindestvorgaben hinausgehen. Dazu bedarf es neben der vom PatV vorgeschlagenen Änderung auch einer Klarstellung in den Tragenden Gründen der Richtlinie.

Zu § 13 Absatz 3:

Inwieweit ein klärender Dialog der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) zu einem nachhaltigeren Ergebnis führen soll, erschließt sich nicht. Die Ermittlung der Gründe für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben im Einzelfall wird ausdrücklich begrüßt. Dies sollte aber nicht erst erfolgen, wenn die Mindestpersonalvorgaben unterschritten werden, sondern bereits bei der Budgetvereinbarung.

Durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG wäre zu vereinbaren, wie viele Behandlungsplätze schweregradadjustiert aufgrund des zur Verfügung stehendem Personals gemäß PPP-RL belegt werden können. Sollten die tatsächlich belegbaren Behandlungsplätze von der Planung abweichen, ist dies in einer gesonderten Vereinbarung festzuhalten. Die Vorhaltekosten abzüglich der zu erwartenden Personalkosten sind für das Planbetten-Delta sicherzustellen. Die Vereinbarung muss auch Regelungen für den Fall beinhalten, das unterjährig Personal aufgebaut wird. Kann dadurch das Planbetten-Delta reduziert werden, muss eine kurzfristige Belegung dieser Behandlungsplätze inklusive der Personalkostenfinanzierung sichergestellt sein.

Sollte es dennoch dazu kommen, dass die vereinbarten Personalvorgaben nicht eingehalten werden, mindestens jedoch bei Unterschreitung der Mindestpersonalvorgaben, sind die Gründe durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG zu erörtern und nach geeigneten Lösungen zu suchen. Ziel der Lösung muss es sein, mit dem zur Verfügung stehenden Personal eine leitliniengerechte Behandlung zu gewährleisten. Gelingt dies im Rahmen der Verhandlungen nicht, sind insbesondere Anpassung der belegbaren Behandlungsplätze an das zur Verfügung stehende Personal vorzunehmen. Unter dieser Maßgabe kann bei erstmaliger Unterschreitung der Mindestpersonalvorgaben eines Quartals die Einrichtung sanktionsfrei bleiben. Werden keine Verhandlungen geführt oder führen diese nicht dazu, dass die Mindestpersonalvorgaben eingehalten werden, muss die Unterschreitung Konsequenzen haben. Werden die Mindestvorgaben auch im Folgequartal nicht eingehalten, ist gemäß § 13 Absatz 5 zu sanktionieren.

Zu § 13 Absatz 5:

Ziel darf nicht der Wegfall des Vergütungsanspruches sein, sondern die vollumfängliche Einhaltung der Qualitätsvorgaben aus der Richtlinie. Eine Verschiebung der Übergangsregelungen lehnt ver.di daher ab. Wenn das erforderliche Personal zur Einhaltung der Mindestpersonalausstattung nicht zur Verfügung steht, sind vorübergehende

Leistungseinschränkungen notwendig, um die Versorgung der vorhandenen Patient*innen zu gewährleisten und betroffene Beschäftigte vor Überlastung zu schützen, bis nachweisbare Maßnahmen zur Anhebung der Personalausstattung getroffen und umgesetzt wurden. Eine weitere Verschiebung der Sanktionen ist nicht zu vertreten. Die bestehenden Regelungen der PPP-RL, aber auch der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) geben den Vertragsparteien gemäß § 18 Absatz 2 KHG Handlungsspielraum, eine richtlinienkonforme Versorgung sicherzustellen. Sanktionen sind dann erforderlich, wenn Einrichtungen sich nicht in geeigneter Weise daran beteiligen, die Qualitätsrichtlinie einzuhalten. Wie zu § 13 Absatz 3 vorgeschlagen, kann bei einer erstmaligen Unterschreitung der Mindestpersonalvorgaben das entsprechende Quartal sanktionsfrei bleiben. Werden die Mindestpersonalvorgaben in Folgequartalen erneut unterschritten, ergibt sich der Wegfall des Vergütungsanspruchs aus dem 1,35-fachen Wert des Produktes aus dem prozentualen Anteil der fehlenden Personalausstattung nach den Sätzen 2 und 3 sowie dem Personalkostenfaktor von 0,65. Dies entspricht auch den Sanktionen aus der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV). Wir möchten darauf hinweisen, dass die PpUGV nicht das Quartal betrachtet, sondern den Monat. Dies wäre im Rahmen der geforderten Gleichbehandlung dann auch auf die PPP-RL anzuwenden.

Zu § 13 Absatz 7:

Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG haben bereits jetzt ausreichende Möglichkeiten, im Rahmen der Budgetverhandlungen eine Vereinbarung zu treffen, die eine richtlinienkonforme Behandlung zulässt. Darüber hinaus gibt es seit zehn Jahren die Möglichkeit der Modellvorhaben nach § 64b SGB V. Daher hätte eine Änderung, wie von der DKG vorgeschlagen, lediglich klarstellenden Charakter. Um eine richtlinienkonforme Versorgung auch in Modellvorhaben oder deren Nachfolgern sicherzustellen, müssen diese zeitnah in der PPP-RL abgebildet und geeignete Mindestpersonalvorgaben hinterlegt werden.

Zu § 16 Absatz 1:

Eine erneute Verschiebung der Übergangsregelungen lehnt ver.di ab. Die PPP-RL wird ihrer Aufgabe, eine Qualitätsrichtlinie zu sein, nur dann gerecht, wenn Qualitätsvorgaben konsequent umgesetzt und weiterentwickelt werden.



DGSP-Stellungnahme zur Änderung der PPP-Richtlinie in der Fassung vom 06.12.2023

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 06.12.2023: Weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2024

Die Richtlinien-Fassung vom 06.12.2023 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.

Mit der Änderung werden die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestpersonalvorgaben für weitere zwei Jahre ausgesetzt, was sehr zu begrüßen ist. Dennoch gehen wir davon aus, dass in zwei Jahren der derzeit herrschende Fachkräftemangel nicht behoben sein wird. Bei den Bedingungen, wie sie in der Richtlinie beschrieben werden, ist es sehr gut möglich, dass Tageskliniken oder andere Versorgungseinrichtungen geschlossen werden.

Ein besonderes Anliegen der DGSP ist es, dass die Kliniken dazu befähigt und ermutigt werden, ihre außerklinische Krisenbehandlung sowie die Vernetzung im Sinne einer flexiblen, sektorenübergreifenden und wohnortnahen Versorgung weiter zu entwickeln. Dazu sollten die Instrumente Regionalbudget nach § 64b SGB V, Stationsäquivalente Behandlung (StäB) und die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) eine große Rolle spielen. Eine Entwicklung der Versorgung dahin gehend könnte dazu führen, dass die klinische Personalbemessung in der Krisenbehandlung eine geringere Rolle spielt.

Die PIAs könnte sich wie bspw. in der Leipziger Heliosklinik zur PIA mobil weiterentwickeln und die Lebenswelten von Betroffenen stärker einzubeziehen. Unsere Kollegen aus Meran in Südtirol haben auf der DGSP-Jahrestagung im November 2023 eindrucksvoll dargestellt wie eine Regionalbudget kombiniert mit gelebter Kooperation und gemeinsamer Verantwortung aller Beteiligten in einer Region zur wesentlichen Verbesserung der Begleit- und Behandlungsbedingungen für Menschen in psychischen Krisen führt.

Des Weiteren weisen wir auf die Kerninhalte unserer bisherigen Position hin:

Das notwendigerweise ausreichend vorhandene Personal der verschiedenen Fachdisziplinen sowie Menschen mit eigener Krisenerfahrung als Genesungsbegleiter:innen sind die wichtigsten Ressourcen 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.

Anlage III der fragenden Gründe

Es erscheint uns naheliegend, pflichtversorgende Einrichtungen zu stärken. Weniger überzeugend ist es, nicht-pflichtversorgende Einrichtungen einseitig personell zu schwächen. 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.

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 triologischen Expert:innenkommission gerne beteiligen.

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 ab 2026 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.

Allgemein erweckt die Richtlinie den Eindruck, dass hier nicht die Belange der psychisch erkrankten und behandlungsbedürftigen Menschen im Vordergrund stehen, sondern ökonomische Partialinteressen.

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 triologischen Expert:innengruppe mit Vertreter:innen aus Wissenschaft und Praxis an. Dazu sollte baldmöglichst eine Nachfolgestudie zur Wittchen-Studie erstellt werden.

Der wiederholt begrenzte Zeitraum zwischen der Veröffentlichung der Änderung am 11. Dezember 2023 und der Frist zur Einreichung der Stellungnahme bis 08. Januar 2024 lässt kaum Raum für unsere verbandsinterne Kultur der gemeinsamen Meinungsbildung und dem dazu gehörigen Abstimmungsprozess.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Der Vorstand

28.12.2023



G-BA
Postfach 120606
10596 Berlin
PPP-RL@g-ba.de

Cc: Jürgen Dusel, Behindertenbeauftragter der Bundesregierung, Mauerstr. 53, 10117 Berlin

Bielefeld, 28.12.2023

Berücksichtigung der behinderungsbedingten personellen Mehrbedarfe

Sehr geehrte Damen und Herren,

Menschen mit kognitiven Behinderungen erkranken etwa doppelt so häufig an psychischen Störungen wie die Allgemeinbevölkerung und benötigen für die adäquate Behandlung einen behinderungsbedingten zeitlichen und personellen Mehrbedarf. Auch in der ggw. Fassung der PPP-RL mit den letzten Änderungen vom 19.10.23 bleiben diese Mehrbedarfe unberücksichtigt. Dies steht im Widerspruch zur Verpflichtung der Bundesrepublik Deutschland auf die Umsetzung der UN-BRK, den ggw. Initiativen des NAP 2.0 und dem Aktionsplan für ein inklusives, barrierefreies und diverses Gesundheitswesen des BMG.

Daher fordern wir als Fachgesellschaft - wie in den Stellungnahmen der DGSGB vom 14.06.2019, vom 12.08.2020, vom 26.06.2021, vom 21.06.2022 und vom 27.6.2023 - die Berücksichtigung der behinderungsbedingten Mehrbedarfe durch **Aufnahme von spezifischen Behandlungsbereichen** (Behandlungsbereich „I“) für Personen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung. Alternativ dazu könnte der Personenkreis - 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 **31.1.2024** möchten wir gerne teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen,

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

Vorstand

Dr. Brian Fergus Barrett, Meckenbeuren (Vorsitzender)
Priv.-Doz. Dr. Tanja Sappok, Berlin (Stellv. Vorsitzende)
Dr. Meike Wehmeyer, Dachau, (Stellv. Vorsitzende)
Dipl.-Psych. Dr. Anne Styp von Rekowski, Windisch CH (Schatzmeisterin)
Markus Bernard, Höchberg (Schriftführer)
Dr. Wolfgang Köller, Berlin
Dipl.-Psych Annika Kleischmann, Dortmund

Geschäftsstelle

C/O Liebenau Kliniken
Siggenweilerstr. 11
88074 Meckenbeuren

Tel: 07542-105320
Fax: 07542-10985320
E-Mail: .geschaeftsstelle@dgsgb.de

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 im Rahmen dieser Änderung der PPP-RL möchten wir unseren Beitrag als Vertretung der Berufsgruppe der Ergotherapeut:innen zur Weiterentwicklung der PPP-RL leisten.

Dabei möchten wir uns allerdings bzgl. der Sanktionsmodalitäten nicht positionieren.

Wir möchten jedoch erneut darauf hinweisen, dass im Zusammenhang mit der PPP-RL an einigen weiteren Stellen dringender Regelungsbedarf besteht. Als Deutscher Verband Ergotherapie und damit Vertretung der ergotherapeutischen Perspektive im Sinne zeitgemäßer und nachhaltiger Versorgung, weisen wir wieder darauf hin, dass diese Themen nicht weiter ignoriert werden dürfen.

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 insbesondere 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 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.

- 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 entsprechende 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 verweise wir auf unsere vorangegangenen Stellungnahmen.

Karlsbad, 02.01.2024



BApK e.V. · Oppelner Str. 130 · 53119 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende
Versorgungskonzepte (QS-V)
Frau Katrin Starke
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

per Mail an ppp-rl@g-ba.de

BApK e.V.

Geschäftsstelle

Fon: 0228-71002400

Fax: 0228-71002429

Mail: kontakt@bapk.de

Internet : www.bapk.de

05.01.2024

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

Sehr geehrte Frau Starke,

gerne nimmt der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK e.V.) zu den Vorschlägen zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie Stellung.

Erlauben Sie bitte zu Beginn unserer Stellungnahme ein paar einleitende Gedanken. Ziel der PPP-RL ist die Festlegung von verbindlichen personellen Mindestvorgaben zur Erbringung einer Behandlung und die Bestimmung von Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Der G-BA hat hierzu Mindestvorgaben auf Basis einer strukturellen Qualität entwickelt, die einem Stand der Wissenschaft von vor 40 Jahren entspricht, wie wir in unserer Petition vor dem Deutschen Bundestag darlegten. Es darf angenommen werden, dass die heutigen strukturellen Anforderungen bei der Beibehaltung des Settings Krankenhaus deutlich höher ausfallen würden.

Da abzusehen war, dass nicht alle Kliniken sofort die Mindestvorgaben erfüllen konnten, hat der G-BA eine gestufte Einführung beschlossen, für die ab 2024 mit Hilfe von Pönalien Verbindlichkeit hergestellt werden sollte. Diese sind erst einmal ausgesetzt worden, um die Möglichkeit zu schaffen, sowohl die Vorgaben zu erreichen, als auch alternative Lösungen zu entwickeln. Aus Sicht der Angehörigen sind solche notwendig, da das Setting Krankenhaus nicht den demographischen Wandel unverändert überstehen wird.

Wir Angehörige ermöglichen durch unsere Steuern und Versicherungsbeiträge die Erbringung dieser Leistungen und wenden darüber hinaus nicht unerhebliche weitere finanzielle und personelle Ressourcen auf. Wir erwarten daher, dass unsere erkrankten Menschen nach dem Stand der Wissenschaft behandelt werden, um die Burden of Disease für sie und uns zeitnah zu reduzieren. Von daher hat für uns die Qualität der Leistungserbringung, in die der Stand der Wissenschaft über Leitlinien einfließt, einen sehr hohen Stellenwert. Wenn es keine zusätzlichen Qualitätsdimensionen wie Prozess- und Ergebnisqualität zur Strukturqualität gibt, dann sind für uns die daraus abgeleiteten verbindlichen Mindestvorgaben das maßgebliche Qualitätskriterium.

Wir erlauben uns auch nachzufragen, welche negativen Effekte die Nichteinhaltung der verbindlichen Mindestvorgaben bei Betroffenen und Angehörigen verursachen und ob ein alternatives Setting nicht wirksamer und weniger Personalressourcenintensiv gewesen wäre. Nach Einbeziehung von Ausnahmetatbeständen und Anrechnungsmöglichkeiten muss daher eine Unterschreitung der Mindestvorgaben Konsequenzen haben, bis hin zur Schließung von Stationen, die diese in einem hohen Maße unterschreiten.

Auf 2 Punkte muss dabei geachtet werden:

- a) Zum einen sollen Lebensweltnahe, kleinere Organisationseinheiten gefördert werden.
 - b) Zum anderen sollen kurzfristige und kleinere Unterschreitungen nicht schon zu unerwünschten strukturellen Veränderungen führen.
- zu a) Für kleinere Organisationseinheiten wie z. B. Tageskliniken oder Abteilungspsychiatrien an Allgemeinkrankenhäusern müssen die Ausnahmetatbestände und Anrechnungsmöglichkeiten weiter gefasst werden. Die durch die geringere Anzahl an Mitarbeitern gegebene strukturelle Anfälligkeit kann nur durch eine erhöhte Flexibilität aufgefangen werden.
- zu b) Kurzfristige und kleine Unterschreitungen sind durch den Quartalsbezug gut auszugleichen. Darüber hinaus stehen Ausnahmetatbestände und Anrechnungsmöglichkeiten dem Krankenhaus zur Verfügung; Werkzeuge, die bisher im Rahmen der PPP-RL nur sehr selten genutzt worden sind.

Gehen die Unterschreitungen allerdings über das Quartal hinaus und lassen sie sich nicht innerhalb eines Quartals ausgleichen, sind andere Mechanismen angezeigt. So können z. B. die Unterschreitungen der nicht ausgeglichenen Quartale zu einer Gesamtunterschreitung aufsummiert werden. Dieses geschieht solange bis ein Quartal ausgeglichen werden kann. Hierdurch soll eine langandauernde Unterschreitung der Mindestvorgaben unterbunden werden.

Kleine Unterschreitungen führen zu kleinen Vergütungskürzungen und große zu überproportional großen Kürzungen. Ein solcher Mechanismus ließe sich z. B. durch eine quadratische Funktion nachbilden, der mit einer Minimalsanktion startet und z. B. bei einer 50% Unterschreitung der Mindestvorgaben zu einem Vergütungsstopp führen würde. Als Minimalsanktion böte sich der Sanktionsfaktor 0,35 an, der bei einem angenommenen Personalkostenfaktor von 0,65 fast die Hälfte der potentiell eingesparten Personalkosten bei Klinik belässt. Dieses eröffnet dem Krankenhaus Handlungsspielraum.

Auf Grund der obigen Überlegungen sollten unsere weiteren Ausführungen besser nachvollziehbar sein.

1) Zu den Änderungen:

I. 1. § 1 Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt ersetzt:

„Eine Personalbemessung, die nicht die mindestens 100% Erfüllung der finalen verbindlichen Mindestvorgaben ermöglicht, ist unzulässig.“

In der Realität gibt es ein Junktim zwischen dem Personalbudget und den verbindlichen Mindestvorgaben, wie es die DKG in ihren Ausführungen zu den Sanktionen weiter unten ausführlich darstellt.

I. 2. § 13 Absatz 3. Es ist sehr zu begrüßen, dass sich die Krankenhäuser bei den Landesarbeitsgemeinschaften der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und den Landesaufsichtsbehörden Rat holen wollen. Unser Verständnis als Angehörige ist es, dass dies aktuelle Übung ist. Da nun die weiteren zwei Jahre 2024 und 2025 ohne Abschlag bleiben, ist bei uns Angehörigen nicht klar, warum dann noch ein solches Verfahren eingeführt werden soll. Sollte dieses allerdings für jedes Quartal in der Zukunft gelten, in dem die Mindestvorgabe nicht erreicht wurde, würde damit ein neues bürokratisches Verfahren eingeführt werden. Es erscheint uns zielführender zu sein, den Missstand zu beseitigen, denn ihn zu verwalten. Von daher lehnen wir a) der DKG ab.

I. 2. § 13 Absatz 4 entsprechend Ablehnung b) der DKG.

I. 2. § 13 Absatz 5 entsprechend Ablehnung Absatz 5 a) mit aa), bb) und cc) sowie d) der DKG.

I. 2. § 13 Absatz 5 a) des GKV wird ist die Konsequenz aus dem Verschiebungsbeschluss ebenso wie die Jahre „2026 und 2027“ unter b). Nicht folgen können wir allerdings den weiteren Inhalten unter b). An dieser Stelle würden wir es begrüßen, wenn GKV und DKG unsere Ausführungen zu Beginn der Stellungnahme zu Rate ziehen würden, ob sich aus diesen nicht eine einfachere, transparentere und verständliche Regelung für beide Seiten finden ließe. Ohne zu Hilfenahme der tragenden Gründe waren die Richtlinienentwürfe der DKG kaum verständlich.

- 2) 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, 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 31. Januar 2024 in Berlin.

Bis dahin verbleiben wir
mit freundlichen Grüßen



Dr. Rüdiger Hannig
Vorsitzender

An
Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte

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

08.01.2024

Stellungnahme der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien/ WFKT zum aktuellen Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (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 zum aktuellen Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PP-RL) einreichen zu können. Damit verbunden sagen wir unsere Teilnahme an der geplanten Anhörung am 31. Januar 2024 zu.

Wie in vorausgehenden Stellungnahmen weisen wir nachdrücklich darauf hin, dass Künstlerische Therapien (Kunst-, Kunst-, Tanz-, Theatertherapie u.a.) ein wichtiger Baustein in Versorgungsbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie, der Psychosomatik sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie geworden sind. In der Grundversorgung ergänzen künstlerisch-therapeutische Interventionen auch die klinische Diagnostik. Speziell in multimodalen Therapieprogrammen bieten sie wichtige nonverbale, erfahrungs-, emotions- und kommunikations- und handlungsorientierte Zugänge zu Patientinnen und Patienten.

Vorliegende evidenzbasierte Studien belegen nachweislich ihre Wirksamkeit. Zudem entwickeln sich gegenwärtig das Forschungsengagement der Künstlerischen Therapien im Zusammenhang mit dem akademischen Ausbildungsprofil der Bachelor- und Masterstudiengängen.

Vor diesem Hintergrund möchten wir in unserer Stellungnahme zum aktuellen Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL vehement darauf verweisen, dass darin eine präzise Beschreibung der fachspezifischen Regelaufgaben der Künstlerischen Therapien enthalten sein muss. Dies ist vor allem erforderlich, um eine angemessene Differenzierung der Versorgungsleistungen der Künstlerischen Therapien innerhalb der Gruppierung der Spezialtherapien zu gewährleisten (u.a. in Unterscheidung zur Ergotherapie). Ebenso dient eine klare Kompetenzbeschreibung als wichtiges Basisinstrument für die Qualitätssicherung und -prüfung der Künstlerischen Therapien in der klinischen Versorgung. Dafür setzten wir uns als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Künstlerischen Therapien mit bestem Wissen und im Austausch mit AWMF-Fachgesellschaften ein.



Mehrfach haben wir unsere Expertise für diese dringliche Aufgabe angeboten, was wir hiermit auch erneut tun wollen. Um nötige Arbeitsschritte ggf. mit anderen betroffenen Berufsgruppen und dem zuständigen Unterausschuss einvernehmlich abzustimmen, stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Unsere deutlichen Hinweise sollen einen effizienten und kooperativen Arbeitsprozess anstoßen, der die Erfassung und klare Beschreibung der Regelaufgaben der nicht-ärztlichen/ psychotherapeutischen und nicht-pflegerischen Berufsgruppen zum Ziel hat. Dafür liegen Ihnen bereits formulierte Entwürfe zu Regelaufgaben der Künstlerischen Therapien (Anlage unserer Stellungnahme vom 06.07.2023) vor.

Wir schlagen mit unserer heutigen Stellungnahme keine wörtliche und strukturelle Änderung des vorliegenden „Beschlussentwurfes über eine Änderung der Personal-ausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ vor.

Mit besten Wünschen für das neue Jahr 2024,
herzliche Grüße

(Prof. Dr. Constanze Schulze-Stampa)

Berlin, den 08. Januar 2024

Stellungnahme der DGPPN zur Einleitung des G-BA-Stellungnahmeverfahrens – Änderung der PPP-RL

Sehr geehrte Damen und Herren,

der G-BA hat in seinem zuständigen Unterausschuss Qualitätssicherung am 6. Dezember 2023 den „Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ beraten und die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens mit den berechtigten Organisationen beschlossen. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft fokussieren wir auf die Versorgungswirkung der Sanktionen, so dass vor diesem Hintergrund die aktuell vorgelegten Vorschläge von GKV und DKG nicht in vollem Umfang dem entsprechen, was die DGPPN fordert: Die Rückzahlung nicht verausgabter Mittel. Der Vorschlag der DKG ist aus unserer Sicht dabei aber angemessener, was das Prozedere und die Folgen betrifft.

Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und möchten nachfolgend zu einigen Aspekten Stellung nehmen.

§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft fokussiert sich die DGPPN insbesondere auf die Auswirkungen der vorliegenden Beschlussentwürfe für die voll- und teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in den Kliniken. In einem umfassenden Positionspapier der Plattform Entgelt haben sich zuletzt über 20 Verbände aus dem Bereich Psychiatrie und Psychotherapie zu den Auswirkungen von Sanktionen und der daraus resultierenden Bedrohung der psychiatrischen Versorgungslandschaft in Deutschland geäußert (https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/18bf2a18f74fba26064758d22df722cebf476223/20230628_Positionspapier_PPP-RL_Langversion_web.pdf).

Für die Jahre 2024 und 2025 wurden vor diesem Hintergrund Durchsetzungsmaßnahmen ausgesetzt, um die wohnortnahe psychiatrische Versorgung weiterhin sicherzustellen. In den nun vorgelegten Beschlussentwürfen geht es um die Ausgestaltung der Sanktionen ab dem Jahr 2026, die aktuell dissent zwischen DKG und GKV-SV sind. Beide Vorschläge entsprechen nicht in vollem Umfang dem, was aus unserer Sicht im Mittelpunkt der Bemühungen stehen sollte: nämlich die Unterstützung der Kliniken bei der Erfüllung der PPP-RL und die Beschränkung von Sanktionen auf Rückzahlung nicht verausgabter Mittel aus dem tatsächlich vereinbarten Budget.

Zu den vorliegenden Vorschlägen möchten wir uns im Einzelnen wie folgt äußern:

Der Antrag des GKV-SV ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht.

Der Vorschlag des GKV-SV orientiert sich an der PpUGV, die Mindestbesetzungen im Pflegedienst in somatischen Kliniken definiert, was aus unserer Sicht folgende Problematiken mit sich bringt:

- Die PpUGV regelt einen schicht- und monatsbezogen Personalnachweis und führt deshalb zu kleineren Sanktionsbeträgen, was zunächst wie eine Milderung gegenüber bisherigen Vorschlägen wirkt. Im Kern bezieht sich die PpUGV jedoch nur auf eine Berufsgruppe und ihre analoge Anwendung auf die PPP-RL ist deshalb nicht gerechtfertigt.
- Anders als in der PpUGV vorgesehen und praktiziert, ist der Rahmen der PPP-RL nicht mit einer vollumfänglichen Ausfinanzierung der vorgesehenen Mindestpersonalbesetzungen verknüpft. Aus unserer Sicht wären daher Durchsetzungsmaßnahmen analog der PpUGV nur dann sachgerecht, wenn vereinbarte Budgets die Vollfinanzierung der vereinbarten Stellen umfassen.
- Der Vorschlag des GKV-SV hält fest an der Idee von Strafzahlungen, die etwa beim Faktor 2 liegen würden und somit weit über den Beträgen liegen, die der Rückzahlung nichtverausgabter Mittel entsprächen.

Der Vorschlag der DKG ist aus unserer Sicht angemessener, was das Procedere und die Folgen betrifft

Der Vorschlag der DKG berücksichtigt neben der PPP-RL auch die dem IneK gemeldeten zertifizierten Personalnachweise und setzt diese zueinander in Bezug. Dies begrüßen wir, weil hierdurch die tatsächliche Personalbesetzung besser berücksichtigt werden kann. Jedoch stellt sich der Algorithmus zur Berechnung der Abweichungen als hochkomplex dar und dürfte in der praktischen Umsetzung Verständigungsprobleme zwischen den Behandlungspartnern begünstigen:

- Das vorgesehene Verfahren eines Dialogs zu den Hintergründen eines Verstoßes gegen die Richtlinie unterstützen wir vollumfänglich, insbesondere vor dem Hintergrund der oft unklaren Ursachen für Abweichungen, die auch nicht automatisch zu einem Ausnahmetatbestand nach § 10 führen müssen. In Anbetracht des Fachkräftemangels sollte ein verpflichtender klärender Dialog unbedingt zum Ziel haben, gemeinsame Maßnahmen zur Vermeidung von Verstößen einleiten zu können. Der Dialog wäre vor allem i. S. der Qualität wichtig, um eine nachhaltige Verbesserung herbeiführen zu können, so wie es auch in § 137 SGB V vorgesehen ist.
- Dieser Dialog ist auch deshalb essenziell, weil sich nicht alle Abweichungen in Ausnahmetatbeständen abbilden lassen.
- Um die Einhaltung von Mindestpersonalvorgaben zu jedem Zeitpunkt sicherstellen zu können müssen personelle Reservekapazitäten finanziert werden. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen in Budgetverhandlungen vor Ort lässt sich ein solcher „Puffer“ aber nicht vereinbaren: Krankenkassen gehen mit den Personaluntergrenzen in den meisten Fällen so um, als markierten diese eine Obergrenze für die Vereinbarung des Personalbudgets. Die vorgesehenen Durchsetzungsmaßnahmen würden daher keinen Beitrag zur Patientensicherheit oder Qualität der Behandlung leisten, sondern im Gegenteil zu einer Verschlechterung führen und bestehende Probleme verschärfen
- Ein „Bestrafungsfaktor“ für eine kassenseitig nicht ausfinanzierte Personalbesetzung bleibt vor diesem Hintergrund kritisch zu bewerten.

§ 16: Übergangsregelungen

Die Personalausstattung psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken ist das wesentliche Element der Strukturqualität für eine leitliniengerechte und patientenorientierte Behandlung

von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Vor diesem Hintergrund fordern wir seit langem zusammen mit vielen Fachverbänden und wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Personalbemessungsinstrument, welches am Bedarf der Patienten ausgerichtet ist und haben dafür das sogenannte Plattform-Modell entwickelt, das derzeit im EPIKK-Projekt evaluiert wird.

Im vorliegenden Beschlussentwurf fordert der GKV-SV nun eine weitere Verschiebung der vollständigen (also 100%-igen) Erfüllung von Mindestvorgaben bis zum 01.01.2029. Dies ist in Kenntnis der vom IQTIG veröffentlichten Erfüllungsquoten in verschiedenen Kliniken nachvollziehbar, insbesondere vor dem Hintergrund des voranschreitenden Fachkräftemangels.

Wir schließen uns dennoch dem Vorschlag der DKG an, die Übergangszeit ab dem 01.01.2026 zu beenden, um sicherzustellen, dass die dringend benötigten Personalressourcen vollständig finanziert werden von den Kostenträgern. Schon jetzt lassen sich in den Budgetverhandlungen keine für die Einhaltung von Mindestvorgaben dringend erforderlichen Reservekapazitäten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern vereinbaren. Es steht somit zu befürchten, dass durch eine weitere Verlängerung der Übergangszeiten dringend benötigte finanzielle Mittel für Personal zurückgehalten werden, was zu weiteren erheblichen Qualitätseinbußen führen würde.

Die Diskrepanz zwischen qualitätssichernden Mindestvorgaben und einem Personalbemessungsinstrument für eine evidenzbasierte und leitliniengerechte moderne psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wird an dieser Stelle deutlich sichtbar und die Richtlinie PPP-RL bietet im vorliegenden Beschlussentwurf erneut keine Lösungen. Deshalb setzt sich die DGPPN auch weiterhin uneingeschränkt für eine Weiterentwicklung der Personalrichtlinie des GBA für die Psychiatrie ein, die klar zwischen Personalbemessung und Mindestvorgaben unterscheidet, und diese Mindestvorgaben so formuliert, dass sie insbesondere die regionale Pflichtversorgung tatsächlich unterstützen bzw. sichern. Der aktuelle pauschale Abschlag auf die Minutenwerte für solche Kliniken, die nicht an der Pflichtversorgung teilnehmen, tut dies nicht. Außerdem muss zukünftige Personalbemessung sektorenübergreifende innovative Behandlungskonzepte unterstützen, statt die Sektorengrenzen zu zementieren.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

DGPPN-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.

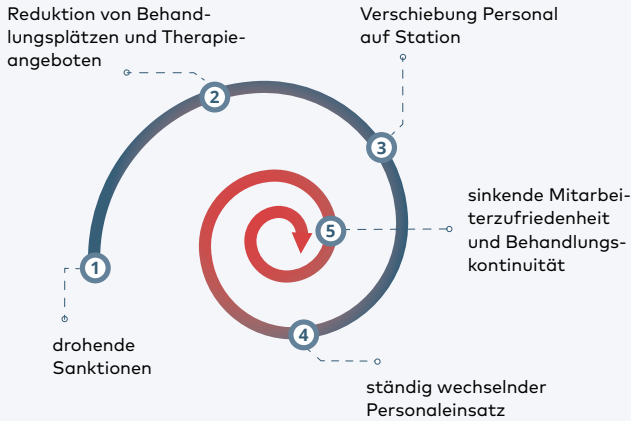
PPP-Richtlinie

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.

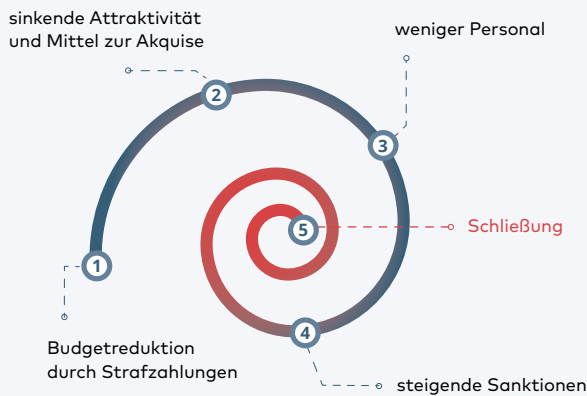
Betroffene Berufsgruppen



Vermeidung von Sanktionen



Folgen von Sanktionen

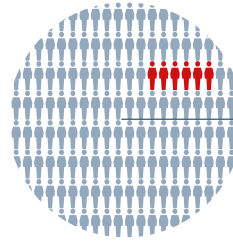


Beispielberechnung der Sanktionen für ein Quartal

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

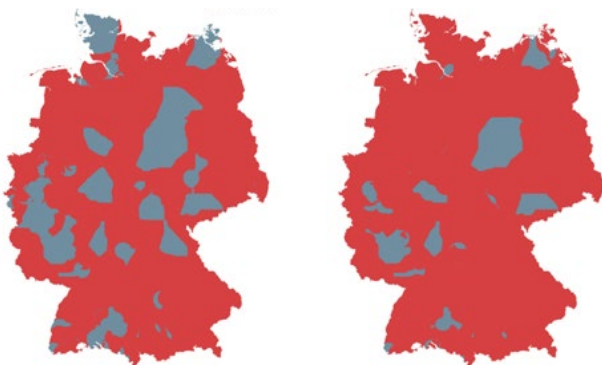
Sanktionshöhe: das 5,4-Fache der vermeintlichen Ersparnis

78.960 Euro Ersparnis

429.459 Euro Sanktionszahlung

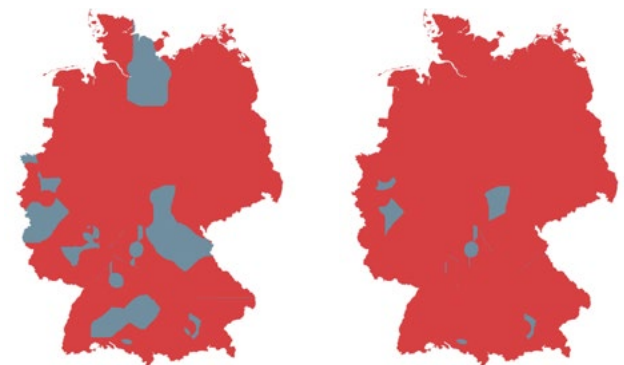
Von Sanktionen betroffen

Erwachsenenpsychiatrie



■ von Sanktionen betroffen ■ nicht von Sanktionen betroffen

Kinder- und Jugendpsychiatrie



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 Institutsambulanzen. 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. EPPIK-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)

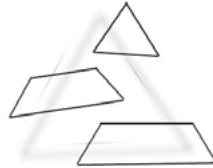
Weitere zeichnende Verbände

- 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.
- Deutsche Depressionsliga e.V. (DDL)
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)
- Pandora Selbsthilfe Psychiatrieerfahrener e.V. Nürnberg

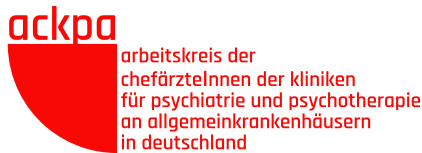
Logos der unterzeichnenden Verbände



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



Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e. V.





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

08.01.2024

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung
Berlin

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

Stellungnahme der Bundesdirektorenkonferenz e.V. zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der PPP-RL vom 06.12.2023

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Bundesdirektorenkonferenz als Verband der leitenden Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BDK) bedankt sich für die Möglichkeit, Stellung zu nehmen zum aktuell vorliegenden Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL.

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 § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V fest. Sie soll einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Als Bundesdirektorenkonferenz möchten wir von unserem Stellungnahmerecht Gebrauch machen und uns zu folgenden strittigen Punkten des vorgelegten Beschlussentwurfes positionieren:

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@pfalzkrankenhaus.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

Prof. Dr. med. Birgit Janssen

Chefarztin
LVR-Klinik Langenfeld
Abt. Allgemeine Psychiatrie 2
Kölner Str. 82
40764 Langenfeld
Tel.: 02173-1022060
Fax: 02173-1022069
E-Mail: birgit.janssen@lvr.de

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

Prof. Dr. med. Florian Metzger

Ärztlicher Direktor
Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Landgraf-Philipp-Platz 3
35114 Haina
Tel.: 06456-91300
Fax: 06456-91238
E-Mail: florian.metzger@vitos-haina.de

Dr. med. Stephan Schieting

Medizinischer Direktor Krankenhaus und Chefarzt
Klinik für Allgemeine und Gemeindefähige Psychiatrie
Zentrum für Psychiatrie Emmendingen
Neubronnstraße 25
79312 Emmendingen
Tel.: 07641-461-1020
Fax: 07641-461-2915
E-Mail: s.schieting@zfp-emmendingen.de

Bankverbindung:

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

§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

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 psychiatrischen Versorgungslandschaft in Deutschland geäußert

(https://www.dgppn.de/Resources/Persisent/18bf2a18f74fba26064758d22df722cebf476223/20230628_Positionspapier_PPP-RL_Langversion_web.pdf).

Für die Jahre 2024 und 2025 wurden die Durchsetzungsmaßnahmen ausgesetzt, um die wohnortnahe psychiatrische Versorgung sicherzustellen, was von der Bundesdirektorenkonferenz sehr begrüßt wird!

Die DKG schlägt in **§ 13 Absatz 3** bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen einen klärenden Dialog zwischen der Einrichtung und der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft für sektorübergreifende Qualitätssicherung vor. In diesem Dialog sollen einerseits die Gründe für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben ermittelt und andererseits eine Zielvereinbarung geschlossen werden. Die geeigneten Maßnahmen, die erforderliche Frist bis zur Erfüllung der Mindestvorgaben sowie konkrete Zwischenziele sind festzulegen. Bei weiterer Nichteinhaltung ist zum einen die Landesaufsichtsbehörde in den klärenden Dialog einzubeziehen, zum anderen wird eine maximale Frist von einem Jahr zum Erreichen der Zielvereinbarung festgelegt. Erst danach kommt es zu einem Wegfall des Vergütungsanspruches für das betroffene Quartal.

Da die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben durch das Krankenhaus sehr unterschiedliche Ursachen haben kann und nicht alle Gründe in den Ausnahmetatbeständen abgebildet werden, befürworten wir den Vorschlag der DKG für einen Dialog mit klärenden und unterstützenden Maßnahmen durch die jeweilige Landesarbeitsgemeinschaft sehr.

In **§ 13 Absatz 5** liegen nun zwei unterschiedliche Vorschläge zur Berechnung der Durchsetzungsmaßnahmen vor.

Wie schon im Positionspapier dezidiert aufgeführt, setzen wir uns für die Rückzahlung der nicht zweckgebunden verausgabten Mittel ein, weshalb die vorliegenden Vorschläge der DKG und des GKV-SV im Wesentlichen nicht dem entsprechen, was wir gefordert haben. Nach unserer Einschätzung orientiert sich der Vorschlag der GKV-SV an der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung und kann damit einen bis zu zweifachen Sanktionsfaktor erzeugen. Da sich die PPP-RL auf alle Berufsgruppen bezieht und die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung kleinteiliger und nur auf die Gruppe des Pflegedienstes bezogen ist, bedingt die PpUGV kleinere Sanktionsbeträge in der somatischen Medizin als die PPP-RL in der Psychiatrie.

Beim Vorschlag der DKG begrüßen wir die Berücksichtigung der Personalnachweise, die dem InEK gemeldet werden. Der sich dadurch ergebende, etwas niedrigere, Sanktionsfaktor erscheint sachgerechter, ist allerdings mit einem komplizierten Algorithmus aus PPP-RL und vereinbartem Personal versehen.

Ausdrücklich möchten wir noch einmal darauf hinweisen, dass Durchsetzungsmaßnahmen nur dann legitim sind, wenn die Budgets die Vollfinanzierung der vereinbarten Stellen umfassen, wie das auch im PpUGV so vorgesehen ist. Des Weiteren bedarf es zur Einhaltung von Mindestpersonalvorgaben Reservekapazitäten, die ebenfalls finanziert sein müssen.

Abschließend stimmen wir deshalb dem Vorschlag der DKG zu, insbesondere was den geforderten Dialog angeht.

§ 16 Übergangsregelungen

Der GKV Spitzenverband schlägt eine Verlängerung der Übergangsregelungen vor und eine Beibehaltung der 90% Erfüllungsquote bis zum Jahr 2029.

Einerseits ist dies für viele Kliniken, die aufgrund des Fachkräftemangels Schwierigkeiten haben Stellen nachzubesetzen, eine Erleichterung. Andererseits befürchten wir die Festschreibung der Finanzierung von Personal auf dem Niveau 90% der PPP-RL. Da die Personalausstattung psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken das wesentliche Element der Strukturqualität für eine leitliniengerechte und patientenorientierte Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist, bedarf es der verbindlichen Finanzierung dieses Personales durch die Kostenträger.

Wir schließen uns deshalb dem Vorschlag der DKG an, die Übergangsregelung bis zum 01.01.2026 beizubehalten.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, Stellung zu nehmen und führen unsere Überlegungen gerne im Rahmen der mündlichen Anhörung am 31.01.2024 aus.

Sylvia Claus

Dr. med. Sylvia Claus

BDK-Vorsitzende

Ärztliche Direktorin

Chefärztin Klinik für Psychiatrie,

Psychosomatik und Psychotherapie

Klingenmünster

Pfalzkrankenhaus AdöR



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

Berlin, 08.01.2024

**Stellungnahme der DGKJP gemäß § 91 Abs 5 a zum
Beschlusstwurf über eine Änderung der PPP-RL vom
6.12.2023, übermittelt am 11.12.2023**

Sehr geehrte Frau Starke,
Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die erneute Gelegenheit zur Stellungnahme.
Die Finanzierung der Behandlung unserer jungen Patient:innen ist
uns nach wie vor ein wichtiges Anliegen.

Präambel

Generell müssen wir als wissenschaftliche Fachgesellschaft
konstatieren, dass die Frage, wie Anreize für Kliniken, vor allem für
deren kaufmännische Leitungen geschaffen werden, um eine
adäquate Personalumsetzung zu realisieren, uns in der Tat nicht
trivial erscheint.

Die Vergangenheit hat zum einen gezeigt, dass Kontrollen
notwendig sind, damit psychisch erkrankten Menschen, und
insbesondere Kindern und Jugendlichen auch adäquate
Personalressourcen im (teil-) stationären Setting zur Verfügung
stehen. In diesem Sinne haben wir uns auch in der
Kommentierungsphase 2022 zur PPP-RL Weiterentwicklung
positioniert. Zum anderen muss aber festgestellt werden, dass der
Sanktionsgedanke im Bereich der PPP-RL eine völlig
überdimensionierte und die Versorgung gefährdende Dimension
hat, weshalb wir uns 2023 in der Kommentierung der PPP-RL
entschlossen haben, für eine Aussetzung der Sanktionen zu
plädieren.

Die Probleme sind jedoch weitaus differenzierter, als es die
Regelungen zur PPP-RL erscheinen lassen: solange auf
Budgetverhandlungsebene nicht bundesweit und für alle Kliniken

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,
Universitätsklinikum Heidelberg

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. Marianne Klein
Vorsitzende 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>

und Verhandlungspartner auf Krankenkassenseite klar ist und auch so gehandelt wird, dass die PPP-RL nur eine Untergrenze darstellt, und somit der Personalbedarf um einiges höher verhandelt werden muss, so lange sind Sanktionsinstrumente auch „scheinheilig“ in der Anwendung. So lange, wie Budgetverhandlungen – so sie überhaupt stattfinden – die Finanzierung von Tarifgehältern streitig stellen, droht die gleiche „Budgetschere“ wie zu Zeiten der Psychiatrie-Personalverordnung.

Zum anderen muss, gerade für Kliniken in strukturell schwierigen Regionen was die Personalakquise angeht, konstatiert werden, dass eine Sanktionsandrohung allein den evidenten Fachkräftemangel nicht beheben wird.

Um von einem reinen Strafsystem wegzukommen, das in eine unsinnige Abwärtsspirale führt, an der auch den Krankenkassen nicht gelegen ist, wäre es sinnvoll, neben dem auch von der DKG angeregten Dialog in einen weiteren Dialog zu treten. Nämlich dahingehend inwieweit die Klinik ein Konzept aufgrund des Fachkräftemangels hat, um z.B. vermehrt durch intensive ambulante Angebote, innovative Versorgungskonzepte, die Versorgung regional weiterzuentwickeln (vgl. unsere Stellungnahme weiter unten).

Wir schreiben dies bewusst so explizit, da gerade für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) eine reine Sanktionierung in der Bundesrepublik den Effekt hätte, dass in Regionen, in denen der ambulante Sektor ebenfalls nur rudimentär ausgebildet ist, dann mit den Kliniken auch die letzte Versorgungsmöglichkeit für psychisch kranke Minderjährige nur noch reduziert vorhanden wäre. Daher muss eine Bewegung in den ambulanten Angeboten mitgedacht werden, und das gerade auch in Zeiten, in denen ein vermehrter Bedarf besteht, wie es die Versorgungsdaten auch der Krankenkassen zeigen.

Insofern sehen wir die Intention, zum Frühjahr eine neue „Sanktionsregelung“ zu schaffen, kritisch: es kann nur eine Teilregelung sein, die aber das Ganze aus den Augen verliert, und von daher auch nur einen „Teil fassen wird“. Wie auch in der Stellungnahme der Regierungskommission beschrieben ist ein Gesamtkonzept notwendig. Ohne dieses wird der Teil der Sanktionen ggfs. extrem schädlich sein. Wir äußern dies durchaus in dem Wissen, dass, wie eingangs beschrieben, eine rein an Wirtschaftlichkeit oder gar Rendite orientierte Führung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik eine hohe Gefahr auch aus unserer fachwissenschaftlichen Sicht darstellt, woran uns nicht gelegen ist, und dass wir die Gefahren einer Nichtkontrolle und -reaktion durchaus sehen.

Stellungnahme zu den neuen, nicht geeinten Vorschlägen

1. Der Vorschlag der Patientenvertretung zu **§ 1 Absatz 1** erscheint in der Intention sinnvoll (s.o.), die wir unterstützen. Wir bezweifeln allerdings, ob eine Veränderung in der Wortwahl den gewünschten Effekt generieren kann.

2. Der Vorschlag der DKG zu **§ 13 Absatz 3**, ein Dialogverfahren einzuführen bei Unterschreitung der Mindestvorgaben, ist prinzipiell zu begrüßen. Die Möglichkeit, vor Ort schnelle Erklärungen für die Abwesenheit seltener Berufsgruppen abgeben zu können, diesbezüglich ein Gespräch zu führen und ggfs. den Status so belassen zu können, ist pragmatisch und bisher in der PPP-RL nicht mitgedacht worden, so dass unsererseits der starke Festlegungscharakter der Richtlinie – anders als früher in der Psych-PV – häufiger moniert wurde. Dann müsste das Dialog-Gremium aber auch die Befugnis erhalten, z.B. Anrechnungsregelungen zu erweitern und eine Fachtherapeutengruppe durch eine andere Berufsgruppe zu ersetzen, um das Problem nicht zu perpetuieren. Dahingehend wäre also die DKG-seitig vorgeschlagene Regelung **unter § 13 Absatz 7** zum Vergütungswegfall konsequenterweise zu ergänzen.

Weit über den DKG-Vorschlag hinausgehend wäre aber zu überlegen, in der PPP-RL wie im OPS alle Fachtherapeutengruppen als eine einzige Berufsgruppe (dort „Spezialtherapeuten“) zu führen, wodurch etliche solcher Dialoge überflüssig würden. Verschiedene Qualifikationen, d.h. eine vorzuhaltende Breite des Personals, werden derzeit ja bereits in den StrOPS-Prüfungen des MD überprüft.

Nicht befriedigen kann der Vorschlag zu **§ 13 Absatz 3** in Hinsicht auf Unterschreitungen bei größeren Berufsgruppen wie dem Pflege- und Erziehungsdienst. Eine Frist von einem Jahr für notwendige Nachbesserungen ist im Interesse der Patient:innen zu lang, und zur Sicherstellung von Aufsicht und Betreuung können konzeptuelle Erwägungen nichts beitragen. Ohne die von uns in der Präambel erwähnte Befugnis des anzurufenden Gremiums, analog zu „Strukturgesprächen“ mit den Verhandlungspartnern vor Budgetverhandlungen/ Vertragsparteien nach § 18 (2) KHG auch strukturelle Veränderungen (z.B. Ausgründung teilstationärer Plätze, Erweiterung von StäB Plätzen, Gründung einer dezentralen Ambulanz etc.) zu verhandeln, dürfte Unterschreitungen infolge Fachkräftemangels nicht abgeholfen werden können. Das wäre

immer noch erst die Schwelle unterhalb der eingangs von uns vorgeschlagenen Gespräche über innovative Versorgungskonzepte, d.h. die Übernahme von § 64 b-Erfahrungen in die Regelversorgung. Dieses Vorgehen würde dann in der Tat einen Vorlauf von einem Jahr benötigen. Erst eine solche Erweiterung würde den hohen Gesamtaufwand für Dialogprozesse bei einer – Stand heute – Unterschreitung der Mindestvorgaben durch mehr als 50 % der Einrichtungen rechtfertigen.

3. Die Vorschläge des GKV-SV und der DKG zu **§ 13 Absatz 5** greifen beide die berechtigte Kritik der Regierungskommission an der PPP-RL auf, dass diese die psychiatrische und psychosomatische Versorgung gegenüber den somatischen Fächern unangemessen stärker sanktioniere. Daher ist die allseits vorgeschlagene Absenkung des Prozentsatzes des Vergütungswegfalls auf 1,35 % prinzipiell zu begrüßen.

Ein Verbleiben bei 90 % Erfüllungsquote bis 2028 würde die Nichterfüllungsquote durch Krankenhäuser und damit das Ausmaß der Problematik aber u.E. eher verschleiern als ihr abzuhelpen. Die prinzipiellen Probleme eines Vergütungswegfalls in der PPP-RL werden dadurch nicht gelöst, nämlich a) dass Personalausfälle seitens eines Krankenhausträgers nicht immer schuldhaft herbeigeführt werden und nur zu einem geringeren Teil auch Einsparungen mit sich bringen, b) dass z.B. teurere Honorarärzte nicht mit den damit verbundenen Mehrkosten auf den Personalstamm angerechnet werden können und c) der Unterschied zwischen Vergütungswegfall und Personalkostenanteil. Dahingehend ist der Vorschlag der DKG in Anlehnung an die PPuG intelligent und in sich logisch, aber auch kompliziert.

Wir fragen uns, ob nicht eine prinzipielle Absenkung des Faktors auf den Personalkostenanteil von 0,65 oder andersherum: ein prozentualer Abschlag (ebenfalls in Höhe von 0,65) der Vergütung nur für diejenigen Patient:innen, die zum Zeitpunkt der Untererfüllung relativ „überzählig“ zum Personalerfüllungsgrad waren, einfacher realisierbar wäre.

Nachsatz: Kritikpunkte zur Fassung seit dem letzten Stellungnahmeverfahren

Nicht zuletzt muss die Aufforderung, nun zweimal jährlich Stellung zu nehmen – und damit die amtliche Veröffentlichung der PPP-RL für 2024 zu verzögern – verwundern. Das möchten wir zum Anlass nehmen, auf wenige Punkte hinzuweisen, die weiterhin

unbefriedigend gelöst sind und zur Überarbeitung der gesamten PPP-RL in einem Expertenverfahren Anlass geben sollten.

Die der übermittelten Fassung zugrundeliegende Vorab-Fassung der PPP-RL 2024 hat viele unserer Anmerkungen aus früheren Stellungnahmeverfahren im Sommer 2023 nicht berücksichtigt, ja teils „verschlimmbessert“:

- So sind die Definition der „Pflichtversorgung“ für unser Fach einschließlich des Abzugs von 10 % in § 6 Absatz 6 und die Pflichtangaben in Anlage A A1 unverändert geblieben, die Aufgabe in § 14 dieses mit positiven Minutenwerten, d.h. im Sinne eines Aufschlags wie von uns vorgeschlagenen zu betrachten, nicht erfüllt.
- Die „Stationstypologie“, für unser Fach wie mehrfach moniert völlig unpassend, blieb ebenfalls unverändert, eine Antwort auf unseren Überarbeitungsvorschlag steht weiterhin aus.
- Die Tätigkeitsmerkmale werden zwar formal über die abgerechneten OPS erhoben, aber der Anhang 4 blieb unverändert stehen. Er wäre verzichtbar gewesen. Die Tätigkeitsmerkmale nach der alten Psych-PV über OPS zu erheben, ist schlichtweg nicht möglich, denn das OPS-System definiert eigene Tätigkeitsmerkmale der Berufsgruppen.
- Die Definition der „Psychotherapeutischen Berufsgruppe“ für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist widersprüchlich und dürfte die Gefahr systematischer Über- aber auch Unterschätzungen der Berufsgruppe generieren. „(Sozial-) Pädagoginnen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und (Sozial-) Pädagogen in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ zählen laut § 5 Absatz 2 uneingeschränkt zur Berufsgruppe c). Die Einschränkung in § 8 „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung sind zu berücksichtigen, wenn diese vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihrem Grundberuf erhalten“, steht dazu scheinbar in Widerspruch (hier waren ursprünglich in der Formulierung des OPS „Psychotherapeut:innen im Praktikum“ gemeint, die nicht in Festeinstellung im Krankenhaus tätig sind). Die Referenztablette A8.3. enthält wiederum unter c.3 nur die „Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“. Dies ist umso bedeutender, als in 2024 die Anrechnungsregeln für die Berufsgruppe c) neu definiert werden sollen.
- Die Definition der „Pflegerischen Berufsgruppe“ für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ebenso diskrepant. In

Referenztable A8.3. fehlen die Jugend- und Heimerzieher:innen (sowie, bereits in früheren Stellungnahmeverfahren moniert, andere pädagogische Berufsgruppen, die im Personalstamm inzwischen vorfindlich sind), so wirkt auch die Bachelor-Definition für die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der der Erwachsenenpsychiatrie entlehnten Beschreibung allzu schmal.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. M. Romanos
Präsident



Prof. R. Schepker
Vorstandsmitglied



Prof. M. Kölch
Stellvertr. Präsident



DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte

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

**Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie e.V.**

Jägerstr. 51, 10117 Berlin
T 030 20648243
F 030 20653961
info@dgpm.de

www.dgpm.de

**Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und
1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bun-
desausschusses durch die Deutsche Gesellschaft für Psychosomati-
sche Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)**

**Hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL (Stand:
06.12.23)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) dankt für die Möglichkeit zur
Änderung der Vergütung bei Nichteinhaltung der Mindestvorga-
ben der PPP-RL Stellung nehmen zu können. Die Stellung-
nahme ist mit der Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psycho-
therapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland
(CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäu-
ser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) abge-
stimmt.

Die DGPM begrüßt, dass die unangemessenen Regelungen zu
den Sanktionsmaßnahmen vom Unterausschuss Qualitätssiche-
rung als nicht sachgerecht eingestuft wurden und erneut zur Be-
ratung gestellt werden. Beabsichtigt ist eine Angleichung an die
Sanktionsregeln der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung
(PpUGV). Hierzu nehmen wir wie folgt Stellung:

- (1) Die Versorgungssicherheit muss bei Anwendung der
Sanktionen gewährleistet bleiben. Eine verbindliche Be-
rücksichtigung der Versorgungssicherheit sollte ergänzt
werden.

Bundesvorstand

Vorsitzender

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner

Beisitzer

Dr. med. Götz Berberich
Dr. med. Nicola Blum
Dr. med. Norbert Hartkamp
Prof. Dr. med. Florian Junne
Prof. Dr. med. Volker Köllner
Prof. Dr. med. Johannes Kruse

**Sprecher der Leitenden Hochschul-
lehrer für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie**

Prof. Dr. med. Peter Henningsen

Geschäftsführerin

Dr. Christine Knigge

Bankverbindung

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE26 3702 0500 0001 2789 00
BIC BFSWDE33XXX

Steuernummer

27/640/61445



- (2) Der vorliegende Entwurf führt nach uns vorliegenden Experteneinschätzungen weiterhin zu wesentlich schärferen Sanktionen als diejenigen der PpUGV. Die Sanktionszahlungen nach dem Entwurf der DKG (Tragende Gründe S. 6) betragen basierend auf den durchgeführten Simulationen zwischen z.B. dem ca. 0,5 bis 0,6fachen bei voller Einhaltung der Psych-Personalnachweisvereinbarung (Psych-PNV) und bei dem ca. 2,2 bis 2,4fachen der eingesparten Personalkosten, wenn die Psych-PNV gar nicht eingehalten wurde. Die Strafzahlungen des Vorschlags des GKV-SV liegen pauschal beim ca. 2,2 bis 3,4fachen der eingesparten Personalkosten (siehe unten). Die Strafzahlungen der PpUGV liegen bei einem Faktor von 1,35 inkl. des Rückzahlungsanteils (Faktor 1,0 von 1,35) im Pflegebudget. Die Berechnungssystematik sollte überarbeitet werden.

- (3) Die Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben der PPP-RL wird in der Mehrzahl durch fehlende Finanzierung des Personals in den Krankenhausbudgets verursacht sein. Betroffene Krankenhäuser könnten somit unverschuldet zum Ziel von Sanktionen nach dieser Richtlinie werden.

Wir bitten um Prüfung und Anpassung des Entwurfs der Sanktionsregelungen in diesen drei Punkten.

Bezüglich der Festschreibung des Niveaus der Mindestvorgaben in Höhe von 85% oder 90% ab 2026 erlauben wir uns auf die besondere Situation im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychosomatik) hinzuweisen. Wie in zahlreichen Stellungnahmen und Fachgesprächen mit der Selbstverwaltung gemeinsam festgestellt werden konnte, hätte eine Scharfstellung von Sanktionsmaßnahmen basierend auf veralteten Expertenschätzungen und nicht in der Praxis überprüften Personalmindestvorgaben der PPP-RL fatale Auswirkungen für die psychosomatische Versorgung. Deshalb bemühen wir uns derzeit außerordentlich einen konstruktiven Vorschlag für die Behebung dieses Mangels zu erarbeiten. Mit der vom Innovationsfonds finanzierten und den psychosomatischen Fachgesellschaften unterstützten EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik), steht erstmalig eine wissenschaftlich erhobene und ausreichend differenzierte Datenbasis zur Personalausstattung für die Psychosomatik zur Verfügung. Wie ebenfalls in zahlreichen Stellungnahmen und Gesprächen mit den Experten der Selbstverwaltung erörtert, könnte auf deren Grundlage die Entwicklung von Mindestvorgaben für die Psychosomatik bis Ende 2025 vorgenommen werden. Ab 2026 sollte dann auch für die Psychosomatik eine gestufte Erfüllung der Mindestvorgaben in 5% Schritten beginnend mit 85% im Rahmen einer Übergangsregelung erfolgen, wie in den psychiatrischen Fächern.



Wir bitten daher um Berücksichtigung dieser besonderen Umstände der Psychosomatik in der PPP-RL.

Im Folgenden werden wir auf die dissidenten Änderungsvorschläge eingehen, die den Versorgungsbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie betreffen.

§13 Absatz 3:

Die Mehrzahl der Budgetvereinbarungen von Psych-Krankenhäusern und -abteilungen in Deutschland enthält aktuell noch keine Finanzierung für das notwendige Personal für die Mindestvorgaben der PPP-RL (PPP-RL-Mindestpersonal). Obwohl im Zuge der Einführung der PPP-RL im Budgetrecht der Psych-Krankenhäuser ein „Sondertatbestand“ zur Einforderung des erforderlichen Mindestpersonals eingeführt wurde, ist die Umsetzung dieses Sondertatbestands Gegenstand mehrerer laufender Schiedsstellen- bzw. Gerichtsverfahren. Zahlreiche Krankenhäuser und Abteilungen können nachvollziehbar eine Unterfinanzierung für das PPP-RL-Mindestpersonal darlegen. Gründe dafür sind beispielsweise

- keine oder nur teilweise Finanzierung von Tarifgehältern oder -steigerungen,
- fehlende Finanzierung medizinischen Personals im Gesamtbudget für Aufgaben, die nicht in den Bereich der PPP-RL fallen,
- und zahlreiche weitere Probleme in der praktischen Umsetzung der Budgetverhandlungen.

Die DGPM unterstützt deshalb den Vorschlag der DKG zu einem gestuften System der Sanktionsmaßnahmen mit einem klärenden Dialog als erste Stufe. Ohne die Ursachen und Hintergründe der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zu kennen, ist eine sofortige quartalsbezogene Durchsetzung von Vergütungseinschränkungen nicht verhältnismäßig. Gerade angesichts der gegenwärtigen ungeklärten Probleme der Budgetfinanzierung (siehe oben) bitten wir um Ergänzung des klärenden Dialogs mit Regeln, die die Krankenhäuser wirksam vor Unterfinanzierung des PPP-RL-Mindestpersonals schützen. Verbindliche Grundlage des klärenden Dialogs könnte z.B. die Stellungnahme eines Wirtschaftsprüfers sein, in der in Streitfällen die Finanzierung der Stellen der medizinischen Berufsgruppen im Gesamtbudget bescheinigt wird.

Ferner ist es wichtig, auch die Versorgungsstruktur und Versorgungssituation in der Region zu berücksichtigen, um nicht durch voreilige Sanktionsmaßnahmen die Versorgung in einer Region zu gefährden. Somit ist als erste Stufe der Durchsetzungsmaßnahme ein klärender Dialog zwischen der Einrichtung der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) zur



Ursachenklärung einerseits und zur Festlegung von Zielvereinbarungen andererseits, sinnvoll und notwendig. Des Weiteren unterstützen wir, dass gemeinsam getroffene Zielvereinbarungen von LAG und Einrichtung innerhalb einer Frist von einem Jahr erfüllt werden müssen und ansonsten als nächste Stufe zur Durchsetzung der Mindestvorgaben finanzielle Sanktionsmaßnahmen greifen.

§13 Absatz 5:

Der Sanktionsmechanismus der PPP-RL sollte demjenigen der PPUgV angeglichen werden. Im Psych-Bereich sollen jedoch nicht nur Unterschreitungen in den Personalvorgaben der Pflege, sondern es soll jede Unterschreitung in jeder einzelnen medizinischer Berufsgruppe bei Unterschreitung der Mindestvorgaben sanktioniert werden. Im Unterschied zum somatischen Bereich liegen im Fachgebiet Psychosomatik keinerlei Berichte über Missstände vor, die eine schärfere Sanktionsregelung als in der Somatik rechtfertigen würden – im Gegenteil. Angesichts der Vielzahl der einzuhaltenden Vorgaben und der vergleichsweise guten Versorgungssituation in der Psychosomatik (und auch in den anderen Psych-Fächern) wäre eine geringere Sanktionshöhe als in der PpuGV aus Sicht der DGPM angemessen.

Zur Sanktionshöhe der PpuGV steht zutreffend in den tragenden Gründen des vorliegenden Entwurfs (S. 4, letzter Absatz):

„In § 3 Absatz 2 der „Vereinbarung gemäß § 137i Absatz 1 Satz 10 SGB V über Sanktionen nach § 137i Absatz 4b und 5 SGB V (PpUG-Sanktions-Vereinbarung)“ ist der Vergütungsabschlag für die Nichteinhaltung einer Pflegepersonaluntergrenze in Höhe des 0,35-fachen Wertes der durchschnittlichen Pflegepersonalkosten vorgesehen, da aufgrund des Kostenerstattungsprinzips des Pflegebudgets in der Somatik keine Personalkosteneinsparungen entstehen können. Vor Einführung des Pflegebudgets betrug der Sanktionsfaktor 1,35.“

Die aktuellen Vorschläge von DKG und GKV-SV führen hingegen zu schärferen Sanktionsfolgen als in der PpuGV in Verbindung mit dem Pflegebudget. Gemäß uns vorliegender Expertenberechnungen und Simulationen, die das Rechenbeispiel der DKG auf S. 6 der Tragenden Gründe verwenden, bewegen sich die Sanktionszahlungen nach dem Entwurf der DKG in einer Bandbreite zwischen dem 0,5 bis 0,6fachen bei voller Einhaltung der Psych-PNV¹ und bei dem ca. 2,2fachen bis ca. 2,4fachen der eingesparten Personalkosten wenn die Psych-PNV¹ gar nicht eingehalten wird. Wir haben unterstellt, dass im Entwurf der DKG keine zusätzliche Rückzahlung im Rahmen der Budgetverhandlungen auf der Grundlage der Psych-PNV¹ erfolgt, weil dies über die klärenden Dialoge ausgeschlossen werden konnte. Die Strafzahlungen des Vorschlags des GKV-SV liegen pauschal beim ca. 2,2 bis 2,4fachen der eingesparten Personalkosten. Zuzüglich der möglichen Rückzahlungen im Rahmen



der Budgetverhandlungen auf der Grundlage der Psych-PNV¹ kann die gesamte Höhe der Rückzahlungen des Krankenhauses somit auf das 3,2 bis 3,4fache der eingesparten Personalkosten ansteigen. Die Strafzahlungen der PpUGV liegen bei einem Faktor von 0,35 zuzüglich der Rückzahlung für eingespartes Personal im Pflegebudget in Höhe von 1,0.

Der Berechnung liegen ca. 1,3 eingesparte Vollkräfte im Bereich der Pflege und ca. 0,4 Vollkräfte im Bereich der Spezialtherapie bei Bezahlung nach Tarifen des öffentlichen Dienstes sowie ein übliches Budget für ein Haus dieser Größenordnung (172 Vollkräfte im medizinischen Bereich) zu Grunde.

Wir unterstützen den Vorschlag der DKG eine Beziehung zwischen den Sanktionen nach der Psych-PNV¹ und den Sanktionen nach der PPP-RL herzustellen. Sonst drohen doppelte Zahlungen des Krankenhauses aus Sanktionen der PPP-RL und im Rahmen der Budgetverhandlungen für die durch Nicht-Einhaltung der PPP-RL-Vorgaben eingesparten Personalkosten. Ein Vergütungswegfall bei Unterschreitung der Mindestvorgaben der PPP-RL ist nicht verhältnismäßig, wenn alle Personalstellen, die zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbart wurden (Psych-PNV¹), auch umgesetzt waren. Kliniken können nicht mit finanziellen Sanktionen belegt werden für Personal, das laut Psych-PNV¹ von den Krankenkassen nicht finanziert ist (siehe oben). Die Rückzahlungsverpflichtung für die eingesparten Personalkosten bei Nicht-Einhaltung der Psych-PNV¹ darf jedoch maximal das 1,35fache der tatsächlich eingesparten Personalkosten betragen; sofern dann keine Rückzahlung im Rahmen der Budgetverhandlungen auf Grundlage der Psych-PNV¹ (Faktor 1,0) erfolgt.

Wir beantragen daher den vorgeschlagenen Sanktionsmechanismus der DKG daraufhin zu prüfen, ob die Sanktionszahlungen direkt auf die eingesparten Personalkosten festgelegt werden können, statt auf das Gesamtbudget. Damit wäre mindestens eine Äquivalenz zur Sanktionshöhe in der PPUgV hergestellt. Wir bitten dabei zu bedenken, dass aus den oben genannten Gründen (keine Versorgungsprobleme, Verpflichtung alle Berufsgruppen nachzuweisen) eine geringere Sanktionshöhe als dieser Vorschlag angemessen wäre.

§13 Absatz 7:

Das breite Spektrum der Behandlungsprogramme der Psychosomatik kann durch die Behandlungsbereiche der PPP-RL nicht umfassend abgedeckt werden. Vor diesem Hintergrund unterstützen wir die Forderung der DKG, dass für besondere

Behandlungskonzepte, die durch die Behandlungsbereiche der PPP-RL nicht angemessen abgebildet werden können, die Möglichkeit besteht sanktionsmindernde

¹ Die Psych-Personalnachweisvereinbarung (Psych-PNV) ist für alle Kosten des medizinischen Personals im Gesamtbudget des Krankenhauses zu führen und ist Grundlage der Budgetverhandlungen des Folgejahres.



Anpassungen zwischen den Parteien auszuhandeln. Diese Flexibilität wird auch dringend benötigt, um neue Behandlungskonzepte zu entwickeln und in der Versorgungspraxis umzusetzen.

§16 Absatz 1:

Die Überarbeitung der Personalmindestvorgaben und die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin sollen in den nächsten zwei Jahren basierend auf der EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) erfolgen. Eine Überarbeitung der Mindestvorgaben basierend auf der Erhebung der EPPIK-Studie ist dringend erforderlich, da bisher keine empirische Datenbasis vorliegt und die vorgeschlagenen Mindestvorgaben der PPP-RL in der Versorgungspraxis nicht überprüft wurden.

Die DGPM fordert daher, dass die Scharfstellung von Sanktionsmaßnahmen in jedem Fall erst nach einer Überarbeitung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik erfolgen kann. Des Weiteren fordern wir nach der Festlegung der Mindestvorgaben auch für die Psychosomatik eine gestufte Erfüllung der der Personalmindestvorgaben in 5% Schritten beginnend mit 85% im Rahmen einer Übergangsregelung.

Schlussbemerkung

Die DGPM begrüßt die Bemühungen des G-BA, die PPP-RL stetig und zeitnah weiterzuentwickeln. In der jetzt vorliegenden Entwurfsfassung vom 06.12.2023 sind nach Auffassung der psychosomatischen Fachgesellschaften wichtige Anpassungen insbesondere im Hinblick auf angemessene und die Versorgungssicherheit nicht gefährdende Sanktionsmechanismen und -faktoren vorzunehmen. Hierzu haben wir einige konstruktive Vorschläge aufgezeigt. Diesbezüglich stehen wir sehr gerne jederzeit für weitere Gespräche und Beratungen zur Verfügung. Wesentlich, auch für die Akzeptanz der PPP-RL, ist der Einbezug empirischer Daten, wie sie die EPPIK-Studie in diesem und im kommenden Jahr zur Verfügung stellt, um zu Behandlungsbereichen zu kommen, deren Personalmindestvorgaben nicht mehr nur theoriebasiert sind, sondern die Versorgung realistisch abbilden.

Mit freundlichen Grüßen,

Berlin, den 08.01.24

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

Dr. Gerhahrd Hildenbrand
Stlv. Vorsitzender



Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke zum G-BA Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL – hier: Weitere Änderungen zum Erfassungsjahr 2024

Die Aktion Psychisch Kranke (APK) hat die PPP-RL bei der Einführung grundsätzlich begrüßt, hatte jedoch zugleich Weiterentwicklungsbedarfe und sektorübergreifende Perspektiven angemahnt. In den weiteren - zu den in der Folge notwendigen -Überarbeitungen durch den G-BA wurden auch gegenüber den Sanktionsregelungen, die jetzt Gegenstand des aktuellen Überarbeitungsentwurf sind, von der APK starke Bedenken geäußert.

Die APK hat die Entscheidung des G-BA im Oktober 2023 für einen weiteren Aufschub der Scharfstellung begrüßt und sieht in der aktuellen Überarbeitung die Option, hier zur Vermeidung der Gefährdung der Versorgung zumindest kurzfristig Lösungen für die Rückzahlungen von Personalmitteln bei Nichteinhaltung der vereinbarten Personalvorgaben zu finden. Mittelfristig werden Regelungen zur Durchsetzung mit notwendigen Weiterentwicklungen der Richtlinie in eine setting- und sektorübergreifende Perspektive und die Entwicklung einer qualitativen Personalbemessung und -finanzierung in Einklang zu bringen sein.

Vom Grundsatz her vertritt die APK die Position, dass sofern Kliniken Personalvorgaben, die den Mindeststandard zur Sicherstellung der Versorgung der Patientinnen und Patienten vorgeben, nicht einhalten, eine Rückzahlungspflicht in Höhe des nicht eingesetzten Personals bestehen muss. Eine darüberhinausgehende Sanktion kann nur das letzte Mittel sein und nur in einem angemessenen Umfang vollzogen werden, wenn die Ursachenklärung erfolgt ist, Lösungswege erörtert und diese in der Folge nicht eingehalten werden. In der Region darf es zu keiner Situation kommen, in der die Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht mehr sichergestellt wird. Hier besteht eine gemeinsame Verantwortung von Leistungsträgern, Leistungserbringern und den Ländern in der jeweiligen Region.

Die APK nimmt vor diesem Hintergrund Stellung zu dem vorliegenden Entwurf:

Zu § 1 Abs. 1 Patientenvertretung

Dem Änderungsvorschlag der Patientenvertretung wird zugestimmt.

Zu § 13 Abs. 3:

Da ein Verstoß gegen die Mindestvorgaben der Richtlinie verschiedenste Ursachen haben kann, sollte zunächst die Möglichkeit bestehen, diese Ursachen detailliert zu analysieren und aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten. Solch ein Dialog sollte mit den Leistungsträgern, den jeweiligen Krankenhäusern und den Landesaufsichtsbehörden durchgeführt werden. Dabei sollten sich die Krankenhäuser als auch die Krankenkassen in der Ursachenanalyse aus ihren Anteilen und Perspektive heraus einbringen. Insofern besteht hier Zustimmung zum Vorschlag der DKG. Ergänzend wäre hier auch die Patientenperspektive einzubinden.

Solch ein Beratungs- und Erörterungsverfahren - wie auch in § 137 SGB V vorgesehen – sollte als erste maßvolle Durchsetzungsmaßnahme in der Richtlinie verankert werden, um sicherzustellen, dass die Ursachen beleuchtet werden und zielgerichtet in gemeinsame Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung von Verstößen einfließen können. Nur in einem dialogischen Verfahren kann eine gestufte und damit verhältnismäßige Abfolge von Durchsetzungsmaßnahmen - festgelegt werden, die gleichzeitig die regionale Pflichtversorgung zu keinem Zeitpunkt gefährdet.

Zu § 13 Abs. 5:

Im dem vorgeschlagenen abgestuften Verfahren ist zu prüfen, ob die im Budget vereinbarte Besetzung von Stellen mit der tatsächlichen Besetzung von Stellen übereinstimmt. Hier kann der Psych-Personalnachweis herangezogen werden, wie von der DKG vorgeschlagen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Mindestvorgaben die Orientierungslinie in der Budgetverhandlung waren bzw. sind.

Bei Nichteinhaltung sollte das oben angeführte abgestufte Verfahren und die Rückzahlungspflicht bezüglich der nicht verausgabten Personalkosten greifen. Zusätzliche Sanktionen als Ultima-ratio sollten sich in dem angeführten Rahmen des in den beiden Änderungsvorschlägen angeführten Faktors (0,35) bewegen, um Fehlanreize zu vermeiden.

Zu § 16 Abs. 1:

Grundsätzlich ist mit der Umsetzung der Richtlinie auch eine vollständige Erfüllung der Mindestvorgaben verbunden. Dies sollte kurzfristig die wesentliche Orientierungslinie in den Budgetverhandlungen sein. Die Möglichkeiten krankenhausespezifischer Besonderheiten darzustellen ist hier eine kurzfristig nutzbare Regelung zur Sicherstellung einer qualitativen Versorgung, ohne dabei eine Sicherheit bieten zu können.

Übergangsregelungen sollten sich auf die Konsequenzen bei noch Nichterfüllung beziehen und nicht der Zielhorizont bei Verhandlungen sein.

Abschließend sei angemerkt, dass ohne

- die Überwindung des Stationsbezug
- die Anrechenbarkeit zwischen den Berufsgruppen in angemessener Form
- die adäquate Berücksichtigung von Ausfallzeiten
- die Reduzierung von übermäßigen Dokumentationsaufwänden
- die Verankerung von verbindlichen Regelungen zur Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe (so bei älteren Patinnen und Patienten, weiteren Beeinträchtigungen, notwendige Intensivbegleitung zur Zwangsvermeidung, etc.) in Form von Zuschlägen und in Bezug auf die Minutenwerte in den Behandlungsbereichen.

die Durchsetzungsmaßnahmen nicht dem Ziel einer qualitativen Weiterentwicklung und patientenzentrierten Versorgung dienen können, sondern nur ein Beitrag zur Durchsetzung von Mindestvorgaben notwendigen Personals zur Abwendung eklatanter Gefährdung der Versorgung sein.

Bonn, den 08.01.2023



DEUTSCHE
MUSIKTHERAPEUTISCHE
GESELLSCHAFT

An den

Gemeinsamen Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte

Postfach 12 06 06
10596 Berlin

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

27.12.2023

Stellungnahme der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft e.V. (DMtG) zum aktuellen Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP RL)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Änderungsvorschläge im aktuellen Entwurf (19.10.2023) bzgl. der Regelaufgaben einzelner Berufsgruppen (§14 (2)) betreffen den Berufsstand der Musiktherapeut*innen und Künstlerischen Therapien bedauerlicherweise weiterhin nicht. Die ausbleibende Bearbeitung der von uns in den vergangenen Jahren bereits in unseren Stellungnahmen für Änderungen vorgeschlagenen Themen fehlen weiterhin, wie z.B. 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.

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 den OPS- Codes, gegen deren Anwendung wir uns ebenfalls ausgesprochen hatten¹, so nicht sinnvoll durchgeführt werden. Aus unserer Sicht muss vorab unter Einbeziehung von Expert*innen unserer Berufsgruppe am Thema Regelaufgaben gearbeitet werden.

¹ „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.“

DEUTSCHE
MUSIKTHERAPEUTISCHE
GESELLSCHAFT

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 lassen. 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 haben².

Für die aus unserer Sicht dringend überarbeitungsbedürftige Struktur der Berufsgruppen d, e, und f möchten wir erneut 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 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.

Des Weiteren möchten wir in diesem Zusammenhang auch darauf hinweisen, dass einzelne Minutenwertangaben für ‚Spezialtherapien‘ z.B. die evidenzbasierte Notwendigkeit nicht-medikamentöser Therapieformen im Bereich der Delirprävention und -therapie in Sektionen mit erhöhtem Delirrisiko (z.B. bei sucht- und gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern) nicht berücksichtigen³.

Wie bereits in vorherigen Stellungnahmen aufgezeigt, erfordert die zeitgemäße Versorgung der Patient*innen eine Erhöhung der Minutenwerte auch für andere Therapieformen, deren Entwicklung sich u.a. in ihrer Aufnahme in Leitlinien abbildet. Für die Musiktherapie gibt

² § 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.“

³ vgl. Empfehlung AWMF S1 Leitlinie Delir und Verwirrheitszustände inklusive Alkoholzugsdelir 2022, AWMF-Registernummer 030/006, S. 4ff: Neben der medikamentösen Therapie haben nicht pharmazeutische Konzepte zur Delirprävention und -therapie eine mindestens so große Evidenz, insbesondere bei einer vorbestehenden Demenzerkrankung.



DEUTSCHE
MUSIKTHERAPEUTISCHE
GESELLSCHAFT

z.B. die AWMF Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen einen relativ aktuellen Stand der Studienlage wieder mit einer Empfehlung aufgrund nachgewiesener Reduktion psychopathologischer Symptome (Positiv- und Negativsymptomatik), möglicherweise auch einer Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität und des Selbstwertgefühls⁴.

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!

Mit freundlichen Grüßen

Mona Dittrich
Vorstand DMtG

Beatrix Evers- Grewe
Beisitzerin im Vorstand

Anlagen:

- 1- Struktur der Berufsgruppen d,e,f
- 2- Regelaufgaben der Künstlerischen Therapien

⁴ AWMF S3 Leitlinie Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen 2013/2018 (162), S. 152-153, Empfehlung 80, Empfehlungsgrad B: Musiktherapie, Kunsttherapie bzw. Dramatherapie sollten Menschen mit einer Schizophrenie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen zur Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik angeboten werden

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



Richtlinie

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

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

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

zuletzt geändert am 15. September 2022
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 09.03.2023 B4)
in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2023

ENTWURF 7.6.2023

Überarbeitung für die Spezialtherapien (oder alternativ zu erarbeitender Oberbegriff)
im Bereich der 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

DKPM Geschäftsstelle, Jägerstr. 51, 10117 Berlin

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

Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Hier: Beschlusssentwurf über eine Änderung der PPP-RL (Stand: 06.12.23)

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) dankt für die Möglichkeit zur Änderung der Vergütung bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben der PPP-RL Stellung nehmen zu können. Die Stellungnahme ist mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, der Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) abgestimmt.

Das DKPM begrüßt, dass die unangemessenen Regelungen zu den Sanktionsmaßnahmen vom Unterausschuss Qualitätssicherung als nicht sachgerecht eingestuft wurden und erneut zur Beratung gestellt werden. Beabsichtigt ist eine Angleichung an die Sanktionsregeln der Pflegepersonalunter-grenzen-Verordnung (PpUGV). Hierzu nehmen wir wie folgt Stellung:

- (1) Die Versorgungssicherheit muss bei Anwendung der Sanktionen gewährleistet bleiben. Eine verbindliche Berücksichtigung der Versorgungssicherheit sollte ergänzt werden.

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

- (2) Der vorliegende Entwurf führt nach uns vorliegenden Experteneinschätzungen weiterhin zu wesentlich schärferen Sanktionen als diejenigen der PpUGV. Die Sanktionszahlungen nach dem Entwurf der DKG (Tragende Gründe S. 6) betragen basierend auf den durchgeführten Simulationen zwischen z.B. dem ca. 0,5 bis 0,6fachen bei voller Einhaltung der Psych-Personalnachweisvereinbarung (Psych-PNV) und bei dem ca. 2,2 bis 2,4fachen der eingesparten Personalkosten, wenn die Psych-PNV gar nicht eingehalten wurde. Die Strafzahlungen des Vorschlags des GKV-SV liegen pauschal beim ca. 2,2 bis 3,4fachen der eingesparten Personalkosten (siehe unten). Die Strafzahlungen der PpUGV liegen bei einem Faktor von 1,35 inkl. des Rückzahlungsanteils (Faktor 1,0 von 1,35) im Pflegebudget. Die Berechnungssystematik sollte überarbeitet werden.
- (3) Die Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben der PPP-RL wird in der Mehrzahl durch fehlende Finanzierung des Personals in den Krankenhausbudgets verursacht sein. Betroffene Krankenhäuser könnten somit unverschuldet zum Ziel von Sanktionen nach dieser Richtlinie werden.

Wir bitten um Prüfung und Anpassung des Entwurfs der Sanktionsregelungen in diesen drei Punkten.

Bezüglich der Festschreibung des Niveaus der Mindestvorgaben in Höhe von 85% oder 90% ab 2026 erlauben wir uns auf die besondere Situation im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychosomatik) hinzuweisen. Wie in zahlreichen Stellungnahmen und Fachgesprächen mit der Selbstverwaltung gemeinsam festgestellt werden konnte, hätte eine Scharfstellung von Sanktionsmaßnahmen basierend auf veralteten Expertenschätzungen und nicht in der Praxis überprüften Personalmindestvorgaben der PPP-RL fatale Auswirkungen für die psychosomatische Versorgung. Deshalb bemühen wir uns derzeit außerordentlich einen konstruktiven Vorschlag für die Behebung dieses Mangels zu erarbeiten. Mit der vom Innovationsfonds finanzierten und den psychosomatischen Fachgesellschaften unterstützten EPIIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik), steht erstmalig eine wissenschaftlich erhobene und ausreichend differenzierte Datenbasis zur Personalausstattung für die Psychosomatik zur Verfügung. Wie ebenfalls in zahlreichen Stellungnahmen und Gesprächen mit den Experten der Selbstverwaltung erörtert, könnte auf deren Grundlage die Entwicklung von Mindestvorgaben für die Psychosomatik bis Ende 2025 vorgenommen werden. Ab 2026 sollte dann auch für die Psychosomatik eine gestufte Erfüllung der Mindestvorgaben in 5% Schritten beginnend mit 85% im Rahmen einer Übergangsregelung erfolgen, wie in den psychiatrischen Fächern.

Wir bitten daher um Berücksichtigung dieser besonderen Umstände der Psychosomatik in der PPP-RL.

Im Folgenden werden wir auf die dissidenten Änderungsvorschläge eingehen, die den Versorgungsbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie betreffen.

§13 Absatz 3:

Die Mehrzahl der Budgetvereinbarungen von Psych-Krankenhäusern und -abteilungen in Deutschland enthält aktuell noch keine Finanzierung für das notwendige Personal für die Mindestvorgaben der PPP-RL (PPP-RL-Mindestpersonal). Obwohl im Zuge der Einführung der PPP-RL im Budgetrecht der Psych-Krankenhäuser ein „Sondertatbestand“ zur Einforderung des erforderlichen Mindestpersonals eingeführt wurde, ist die Umsetzung dieses Sondertatbestands Gegenstand mehrerer laufender Schiedsstellen-, bzw. Gerichtsverfahren. Zahlreiche Krankenhäuser und -abteilungen können nachvollziehbar eine Unterfinanzierung für das PPP-RL-Mindestpersonal darlegen. Gründe dafür sind beispielsweise

- keine oder nur teilweise Finanzierung von Tarifgehältern oder -steigerungen,
- fehlende Finanzierung medizinischen Personals im Gesamtbudget für Aufgaben, die nicht in den Bereich der PPP-RL fallen,
- und zahlreiche weitere Probleme in der praktischen Umsetzung der Budgetverhandlungen.

Das DKPM unterstützt deshalb den Vorschlag der DKG zu einem gestuften System der Sanktionsmaßnahmen mit einem klärenden Dialog als erste Stufe. Ohne die Ursachen und Hintergründe der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zu kennen, ist eine sofortige quartalsbezogene Durchsetzung von Vergütungseinschränkungen nicht verhältnismäßig. Gerade angesichts der gegenwärtigen ungeklärten Probleme der Budgetfinanzierung (siehe oben) bitten wir um Ergänzung des klärenden Dialogs mit Regeln, die die Krankenhäuser wirksam vor Unterfinanzierung des PPP-RL-Mindestpersonals schützen. Verbindliche Grundlage des klärenden Dialogs könnte z.B. die Stellungnahme eines Wirtschaftsprüfers sein, in der in Streitfällen die Finanzierung der Stellen der medizinischen Berufsgruppen im Gesamtbudget bescheinigt wird.

Ferner ist es wichtig, auch die Versorgungsstruktur und Versorgungssituation in der Region zu berücksichtigen, um nicht durch voreilige Sanktionsmaßnahmen die Versorgung in einer Region zu gefährden. Somit ist als erste Stufe der Durchsetzungsmaßnahme ein klärender Dialog zwischen der Einrichtung der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) zur Ursachenklärung einerseits und zur Festlegung von Zielvereinbarungen andererseits, sinnvoll und notwendig. Des Weiteren unterstützen wir, dass gemeinsam getroffene Zielvereinbarungen von LAG und Einrichtung innerhalb einer Frist von einem Jahr erfüllt werden müssen und ansonsten als nächste Stufe zur Durchsetzung der Mindestvorgaben finanzielle Sanktionsmaßnahmen greifen.

§13 Absatz 5:

Der Sanktionsmechanismus der PPP-RL sollte demjenigen der PpUGV angeglichen werden. Im Psych-Bereich sollen jedoch nicht nur Unterschreitungen in den Personalvorgaben der Pflege, sondern es soll jede Unterschreitung in jeder einzelnen medizinischer Berufsgruppe bei Unterschreitung der Mindestvorgaben sanktioniert werden. Im Unterschied zum somatischen Bereich liegen im Fachgebiet Psychosomatik keinerlei Berichte über Missstände vor, die eine schärfere Sanktionsregelung als in der Somatik rechtfertigen würden – im Gegenteil. Angesichts der Vielzahl der einzuhaltenden Vorgaben und der vergleichsweise guten Versorgungssituation in der Psychosomatik (und auch in den anderen Psych-Fächern) wäre eine geringere Sanktionshöhe als in der PpUGV aus Sicht des DKPM angemessen.

Zur Sanktionshöhe der PpUGV steht zutreffend in den tragenden Gründen des vorliegenden Entwurfs (S. 4, letzter Absatz):

„In § 3 Absatz 2 der „Vereinbarung gemäß § 137i Absatz 1 Satz 10 SGB V über Sanktionen nach § 137i Absatz 4b und 5 SGB V (PpUG-Sanktions-Vereinbarung)“ ist der Vergütungsabschlag für die Nichteinhaltung einer Pflegepersonaluntergrenze in Höhe des 0,35-fachen Wertes der durchschnittlichen Pflegepersonalkosten vorgesehen, da aufgrund des Kostenerstattungsprinzips des Pflegebudgets in der Somatik keine Personalkosteneinsparungen entstehen können. Vor Einführung des Pflegebudgets betrug der Sanktionsfaktor 1,35.“

Die aktuellen Vorschläge von DKG und GKV-SV führen hingegen zu schärferen Sanktionsfolgen als in der PpUGV. Gemäß uns vorliegender Expertenberechnungen und Simulationen, die das Rechenbeispiel der DKG auf S. 6 der Tragenden Gründe verwenden, bewegen sich die Sanktionszahlungen nach dem Entwurf der DKG in einer Bandbreite zwischen dem 0,5 bis 0,6fachen bei voller Einhaltung der Psych-PNV¹ und bei dem ca. 2,2fachen bis ca. 2,4fachen der eingesparten Personalkosten wenn die Psych-PNV¹ gar nicht eingehalten wird. Wir haben unterstellt, dass im Entwurf der DKG keine zusätzliche Rückzahlung im Rahmen der Erfüllung der Psych-PNV¹ erfolgt, weil dies über die klärenden Dialoge ausgeschlossen werden konnte. Die Strafzahlungen des Vorschlags des GKV-SV liegen pauschal beim ca. 2,2 bis 2,4fachen der eingesparten Personalkosten. Zuzüglich der möglichen Rückzahlungen im Rahmen der Erfüllung der Psych-PNV¹ kann die gesamte Höhe der Rückzahlungen des Krankenhauses somit auf das 3,2 bis 3,4fache der eingesparten Personalkosten ansteigen. Die Strafzahlungen der PpUGV liegen bei einem Faktor von 0,35 zuzüglich der Rückzahlung für eingespartes Personal im Pflegebudget in Höhe von 1,0.

Der Berechnung liegen ca. 1,3 eingesparte Vollkräfte im Bereich der Pflege und ca. 0,4 Vollkräfte im Bereich der Spezialtherapie bei Bezahlung nach Tarifen des öffentlichen Dienstes sowie ein übliches Budget für ein Haus dieser Größenordnung (172 Vollkräfte im medizinischen Bereich) zu Grunde.

Wir unterstützen den Vorschlag der DKG eine Beziehung zwischen den Sanktionen nach der Psych-PNV¹ und den Sanktionen nach der PPP-RL herzustellen. Sonst drohen doppelte Sanktionszahlungen für die durch Nicht-Einhaltung der PPP-RL-Vorgaben eingesparten Personalkosten. Ein Vergütungswegfall bei Unterschreitung der Mindestvorgaben der PPP-RL ist nicht verhältnismäßig, wenn alle Personalstellen, die zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbart wurden (Psych-PNV¹), auch umgesetzt waren. Kliniken können nicht mit finanziellen Sanktionen belegt werden für Personal, das laut Psych-PNV¹ von den Krankenkassen nicht finanziert ist (siehe oben). Die Rückzahlungsverpflichtung für die eingesparten Personalkosten bei Nicht-Einhaltung der Psych-PNV¹ darf jedoch maximal das 1,35fache der tatsächlich eingesparten Personalkosten betragen; sofern dann keine Rückzahlung gemäß der Psych-PNV¹ (Faktor 1,0) erfolgt.

Wir schlagen daher vor zu prüfen, ob die Sanktionszahlungen direkt als das 0,35fache der eingesparten Personalkosten zuzüglich der eingesparten Personalkosten, die nicht bereits über die Psych-PNV¹ erstattet werden müssen festgelegt werden kann (Systematik der DKG mit Bezug auf eingesparte Personalkosten statt Gesamtbudget), damit mindestens eine Äquivalenz zur Sanktionshöhe in der PPUGV zu Stande kommt.

Wir bitten dabei zu bedenken, dass aus den oben genannten Gründen (keine Versorgungsprobleme, Verpflichtung alle Berufsgruppen nachzuweisen) eine geringere Sanktionshöhe als dieser Vorschlag angemessen wäre.

§13 Absatz 7:

Das breite Spektrum der Behandlungsprogramme der Psychosomatik kann durch die Behandlungsbereiche der PPP-RL nicht umfassend abgedeckt werden. Vor diesem Hintergrund unterstützen wir die Forderung der DKG, dass für besondere Behandlungskonzepte, die durch die Behandlungsbereiche der PPP-RL nicht angemessen abgebildet werden können, die Möglichkeit besteht sanktionsmindernde Anpassungen zwischen den Parteien auszuhandeln. Diese Flexibilität wird auch dringend benötigt, um neue Behandlungskonzepte zu entwickeln und in der Versorgungspraxis umzusetzen.

§16 Absatz 1:

Die Überarbeitung der Personalmindestvorgaben und die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin sollen in den nächsten zwei Jahren basierend auf der EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) erfolgen. Eine Überarbeitung der Mindestvorgaben basierend auf der Erhebung der EPPIK-Studie ist dringend erforderlich, da bisher keine empirische Datenbasis vorliegt und die vorgeschlagenen Mindestvorgaben der PPP-RL in der Versorgungspraxis nicht überprüft wurden (siehe oben).

Das DKPM fordert daher, dass die Scharfstellung von Sanktionsmaßnahmen in jedem Fall erst nach einer Überarbeitung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik erfolgen kann. Des Weiteren fordern wir nach der Festlegung der Mindestvorgaben auch für die Psychosomatik eine gestufte Erfüllung der der Personalmindestvorgaben in 5% Schritten beginnend mit 85% im Rahmen einer Übergangsregelung.

¹ Die Psych-Personalnachweisvereinbarung (Psych-PNV) ist für alle Kosten des medizinischen Personals im Gesamtbudget des Krankenhauses zu führen und enthält einen Sanktionsmechanismus, der zum Verlust, bzw. zu Rückzahlungsverpflichtungen von nicht verbrauchten Budgetmitteln für das vereinbarte medizinische Personal führen kann.

Schlussbemerkung

Das DKPM begrüßt die Bemühungen des G-BA, die PPP-RL stetig und zeitnah weiterzuentwickeln. In der jetzt vorliegenden Entwurfsfassung vom 06.12.2023 sind nach Auffassung der psychosomatischen Fachgesellschaften wichtige Anpassungen insbesondere im Hinblick auf angemessene und die Versorgungssicherheit nicht gefährdende Sanktionsmechanismen und -faktoren vorzunehmen. Hierzu haben wir einige konstruktive Vorschläge aufgezeigt. Diesbezüglich stehen wir sehr gerne jederzeit für weitere Gespräche und Beratungen zur Verfügung. Wesentlich, auch für die Akzeptanz der PPP-RL, ist der Einbezug empirischer Daten, wie sie die EPIK-Studie in diesem und im kommenden Jahr zur Verfügung stellt, um zu Behandlungsbereichen zu kommen, deren Personalmindestvorgaben nicht mehr nur theoriebasiert sind, sondern die Versorgung realistisch abbilden.

Mit freundlichen Grüßen



Univ.-Prof. Dr. Stephan Herpertz
Präsident

Betreff: Stellungnahme des Dachverbands Gemeindepsychiatrie zur Änderung der PPP-RL

Von: greve@psychiatrie.de <greve@psychiatrie.de>

Gesendet: Montag, 8. Januar 2024 20:15

An: Anfragen und Stn PPP-RL <PPP-RL@g-ba.de>

Cc: lindemann@psychiatrie.de; 'Kay Herklotz (herklotz@ptv-sachsen.de)' <herklotz@ptv-sachsen.de>; Claudia Seydholdt <C.Seydholdt@die-kette.de>

Betreff: Stellungnahme des Dachverbands Gemeindepsychiatrie zur Änderung der PPP-RL

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Einladung zur Abgabe einer Stellungnahme bedanken wir uns.

Da der Dachverband Gemeindepsychiatrie nur wenige Mitgliedseinrichtungen hat, die über Krankenseinrichtungen verfügen, beschränken wir uns auf eine Stellungnahme zu möglichen Auswirkungen der PPP-RL und der geplanten Änderungen auf die Beteiligung klinisch-psychiatrischer Einrichtungen an der regionalen gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft. Dazu haben wir in früheren Stellungnahmen bereits auf die Situation kleiner, vorwiegend tagesklinisch und ambulant tätiger Einrichtungen hingewiesen, um deren Bestand wir fürchten, weil sie in der Regel weniger flexibel auf Schwankungen in ihrer Personalausstattung reagieren können (Urlaub, Krankheit, ausscheidende Mitarbeiter:innen, Vakanzen wegen Fachkräftemangels). Bereits heute beobachten wir eine Tendenz psychiatrischer Kliniken, ihr stationäres „Kerngeschäft“ in Erwartung bevorstehender Sanktionen abzusichern und von dezentralen kleinen Einheiten und von innovativen Projekten aus diesen Gründen eher abzusehen. Eine solche Entwicklung wäre betriebswirtschaftlich zwar nachvollziehbar, würde sich aber auf die leitliniengerechte Weiterentwicklung der Versorgung insbesondere von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen hin zu Gemeindepsychiatrischen Verbänden unter Einschluss der Kliniken nachteilig auswirken.

Aus diesen Gründen unterstützen wir zunächst die von der PatV vorgeschlagene Änderung zu **§ 1 Absatz 1** der Richtlinie mit der von dort vorgetragenen Begründung.

Weiterhin begrüßen wir grundsätzlich den Vorschlag der DKG zu **§ 13 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 7**, der vor Anwendung schematischer Sanktionen ein gestuftes Erörterungsverfahren vorsieht. Wir sehen in einem solchen Verfahren die Chance, für die oben genannten, gemeindepsychiatrisch integrierten Klinikeinrichtungen ein flexibleres Verfahren zur Durchsetzung adäquater personeller Mindestausstattungen zu vereinbaren, das es den Trägern erleichtert, sie wirtschaftlich am Leben zu erhalten, wenn „besondere“ (hier: gemeindepsychiatrische) „Behandlungskonzepte“ es rechtfertigen.

Ob dieses Ziel mit den Vorschlägen der GKV-SV oder jenen der DKG zu den Übergangsfristen gemäß § 16 besser erreicht werden kann, können wir aus eigener Kenntnis und aus den Tragenden Gründen nicht sicher beurteilen.

Der Unterzeichner befindet sich zum vorgesehenen Termin der mündlichen Erörterung in Urlaub. Eine stellvertretende Teilnahme am Termin konnte noch nicht geklärt werden. Ich bitte darum, die Einladung zum Termin am 31. Januar an die Geschäftsführung zu schicken (Frau Tina Lindemann, im Cc dieser Mail).

Mit freundlichen Grüßen

Nils Greve
Vorsitzender



Dachverband
Gemeindepsychiatrie e.V.

Richartzstr. 12
50667 Köln
Telefon 0221 2779 387-0
Mobil 0163 2482112
E-Mail greve@psychiatrie.de
Web www.psychiatrie.de/dachverband



Verband der
Krankenhausdirektoren
Deutschlands e.V.
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen

Paul Bomke
Fachgruppenvorsitzender

Pfalzkllinikum AdöR, Weinstraße 100, 76889 Klingenmünster

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Telefon 06349/900-1000
Telefax 06349/900-1098
E-Mail paul.bomke@pfalzkllinikum.de
Internet www.vkd-online.de

Datum 02.01.2024

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

Stellungnahme zur Weiterentwicklung der PPP-RL

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen im Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) vertritt die Interessen des Managements der deutschen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen und ist insofern stark von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss betroffen. Auch wenn es sich bei der PPP-RL um eine Qualitätsvorgabe handelt, haben die aktuellen Änderungen an den Durchsetzungsmaßnahmen der Richtlinie massiven Einfluss auf die wirtschaftlichen Entscheidungen in den Einrichtungen. Insofern erscheint es uns von besonderer Wichtigkeit im Stellungnahmeverfahren zur geplanten Weiterentwicklung auch die Einschätzungen der für die Psych-Einrichtungen wirtschaftlich Verantwortlichen darzulegen, um diese bei der Entscheidungsfindung adäquat berücksichtigen zu können.

Wir möchten uns im Wesentlichen den Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft anschließen, da wir diese für weitaus sachgerechter und praxisnäher erachten, als die Positionen des Spitzenverbands der Gesetzlichen Krankenversicherungen. Dies führen wir nachfolgend gerne in Bezug auf die einzelnen Positionen näher aus.

Zu § 13 Abs. 3:

Da ein Verstoß gegen die Mindestvorgaben der Richtlinie verschiedenste Ursachen haben kann, erscheint es uns i.S. einer Qualitätsrichtlinie von zentraler Bedeutung die Hintergründe eines Verstoßes detailliert zu erfragen und aus verschiedenen Perspektiven diskutieren zu können. Ein derartiger Austausch ist aktuell in der Richtlinie nicht vorgesehen und wird auch in der Praxis mit den Kostenträgern und den Landesaufsichtsbehörden nicht durchgeführt. Im Falle von Verstößen gegen die Mindestvorgabe kommt es zumeist lediglich zu einseitigen Schuldzuweisungen, in dem der mangelnde Umsetzungswille der Krankenhäuser unterstellt wird. Die tatsächlichen Hintergründe werden nicht beleuchtet, genauso wenig, wie neben den Krankenhäusern auch die Krankenkassen

hinsichtlich der Finanzierung des zur Erfüllung erforderlichen Personals in die Pflicht genommen werden. Ein verpflichtender klärender Dialog zwischen den Beteiligten sollte daher - wie auch in § 137 SGB V vorgesehen - als erste maßvolle Durchsetzungsmaßnahme unbedingt in der Richtlinie verankert werden, um sicherzustellen, dass die Ursachen beleuchtet werden und zielgerichtet in gemeinsame Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung von Verstößen einfließen können. Der Dialog ist zudem auch wichtig, um allen Beteiligten ihre jeweils unterschiedliche Verantwortung zur Erfüllung der Qualitätsvorgaben bewusst zu machen. Nur in einem dialogischen Verfahren kann eine gestufte und damit verhältnismäßige Abfolge von Durchsetzungsmaßnahmen - notwendigenfalls auch finanzieller Art - festgelegt werden, die gleichzeitig die regionale (Pflicht-)Versorgung zu keinem Zeitpunkt gefährdet. **Wir unterstützen daher an dieser Stelle ausdrücklich die Position der DKG.** Es überrascht uns sehr, dass dieser Vorschlag vom GKV-SV ersatzlos abgelehnt wird, da er für ein Höchstmaß an Transparenz sorgen wird, für das die Kostenträger ansonsten stets eintreten.

Zu § 13 Abs. 5:

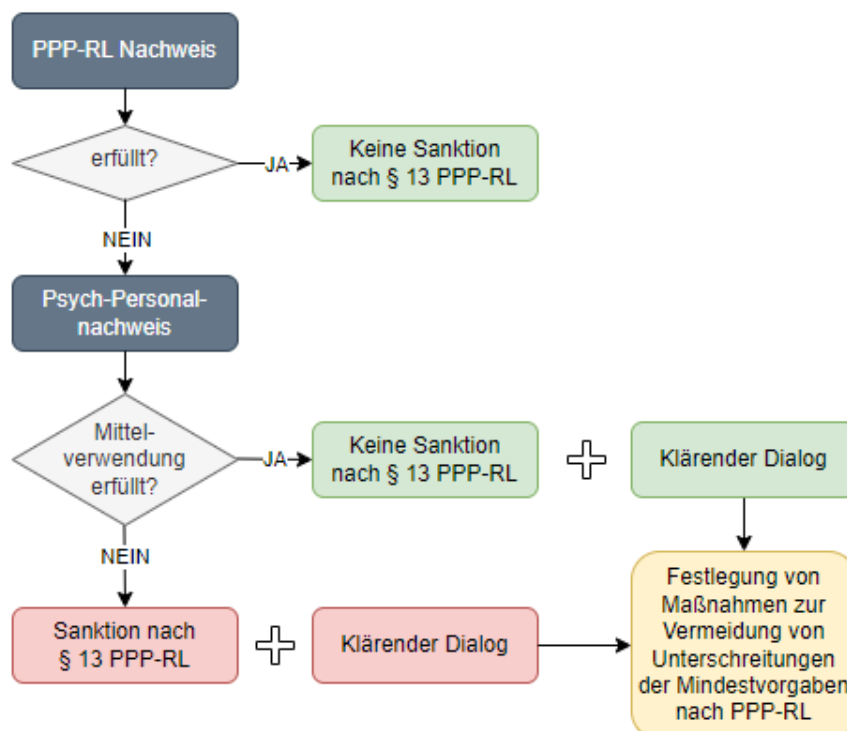
Durchsetzungsmaßnahmen müssen in Art und Höhe angemessen sein und dürfen nicht zu unverhältnismäßigen Härten oder Doppelbestrafungen führen. Das in 2023 von 22 Fachgesellschaften und Verbänden gemeinsam veröffentlichte Positionspapier „Psychiatrische Versorgung deutschlandweit in Gefahr“ führte dazu, dass die bisher vorgesehene Sanktionsmethode nicht wie geplant umgesetzt wird. Auch an dieser Stelle ist in aller Deutlichkeit darauf zu verweisen, dass ein Abweichen von den Mindestvorgaben in aller Regel überhaupt keine Einsparung bedeutet, sondern nur eine abweichende Verteilung des Personaleinsatzes zwischen Berufsgruppen, den Quartalen oder Standorten darstellt. Die offensichtlichen Unterschiede zwischen den Quartalen, die sich aus Erkrankungswellen, aber auch in der durch Krankenhäuser kaum beeinflussbar ungleichen Verteilung von Feiertagen ergeben, haben nichts mit Einsparungen zu tun und können demnach auch keine Rückzahlung, geschweige denn eine Strafzahlung verursachen.

Jedoch zeigt sich der neue Vorschlag des GKV-SV bei genauerer Betrachtung in unveränderter Systematik und ohne weitere Differenzierung nach Art und Ursache des Verstoßes in versorgungsgefährdender Höhe. Der sanktionierende Charakter des Vorschlags liegt immer noch doppelt so hoch, wie die rein theoretische Einsparung an Personalkosten, was unverhältnismäßig ist. Der Vorschlag der DKG ist in sich deutlich komplexer, zeigt dafür aber erste Ansätze, die zu einer verhältnismäßigen Differenzierung führen würden. **In Abwägung der beiden Vorschläge unterstützen wir daher die Position der DKG, weil diese in ihrer Ausgestaltung erstmals auch die tatsächliche Personalbesetzung der Einrichtungen über den Psych-Personalnachweis einbezieht und damit bei der Bemessung von Durchsetzungsmaßnahmen berücksichtigt.** Wenn im Kontext von Durchsetzungsmaßnahmen über Rückzahlungen vermeintlicher Einsparungen und Strafzahlungen diskutiert wird, kann dies nicht ohne einen Abgleich mit der tatsächlichen (und durch Wirtschaftsprüfer testierten) Besetzung von Stellen und der in den Budgetvereinbarungen dafür vereinbarten Mittel erfolgen.

Beide Ansätze zur Neuregelung von Durchsetzungsmaßnahmen nach § 13 PPP-RL beruhen im Grundsatz auf dem Sanktionsmechanismus der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PPuGV). Anders als für somatische Häuser gibt es für die Psychiatrie jedoch **kein ausgegliedertes**

Pflegepersonalbudget, worüber jede zusätzlich beschäftigte Vollkraft bezahlt wird. Folglich könnte es in der Psychiatrie dazu kommen, dass eine nicht ausreichende Finanzierung der notwendigen Stellen vorliegt und die Einrichtung deshalb gegen die Mindestvorgaben verstößt. Diese Einrichtung erhält dann nicht nur nicht genügend Budgetmittel um den notwendigen Personalbestand finanzieren zu können, sondern würde nach § 13 Abs. 5 PPP-RL künftig auch noch zusätzlich in erheblichem Umfang bestraft. **Grundsätzlich lehnen wir daher jeden Mechanismus ab, der über eine Rückzahlungsverpflichtung von tatsächlich nicht für Personal verausgabte Mittel hinausgeht**, solange es keine rechtliche Verpflichtung zur vollständigen Finanzierung des Personals analog zum Pflegebudget in den somatischen Einrichtungen gibt.

Solange dies nicht der Fall ist, muss jedem angestrebten Sanktionsmechanismus ein wesentlicher Prüfschritt vorangestellt werden. Es kann nur dann zu Sanktionsmaßnahmen kommen, wenn vereinbarte Mittel nicht zweckgemäß für Personal eingesetzt wurden. Wenn eine Unterschreitung der Qualitätsanforderungen trotz vollständiger Umsetzung der vereinbarten Stellen erfolgt, drängt sich die Vermutung auf, dass dem Krankenhaus in den Budgetverhandlungen nicht genügend Personalstellen und -mittel gewährt wurden, die es zur Erfüllung der Qualitätsvorgaben benötigen würde. Die Konsequenz kann hier nicht die Sanktionierung des Krankenhauses sein - selbst wenn sie geringer ausfällt als nach der alten Sanktionslogik der Richtlinie. Die Kostenträgerseite wäre so weiterhin einseitig bevorteilt, auch wenn die Finanzierung zusätzlicher Stellen maßgeblich durch sie blockiert worden wäre. Wir halten es deshalb bei beiden Vorschlägen für erforderlich, die Prüfung der Psych-Personalnachweise als Voraussetzung zum Einstieg in das weitere Verfahren zu machen. Solange die für Personal vorgesehenen Mittel zweckgemäß und vollständig (nachzuweisen über den Psych-Personalnachweis) verausgabt wurden, dürfen bei einer Nicht-Erfüllung der Mindestvorgaben nach PPP-RL **keine** Sanktionen in Kraft treten, sondern es muss zu einem klärenden Dialog zwischen Krankenhaus und Kostenträgern unter Vermittlung der Landesaufsichtsbehörde kommen.



Zu § 16 Abs. 1:

Wir unterstützen den Vorschlag der DKG, möglichst zeitnah das Umsetzungsniveau auf 100 Prozent anzuheben und die bereits vorgesehenen Stufen wie geplant umzusetzen. Die Erfahrung aus den Budgetverhandlungen der letzten Jahre zeigt, dass eine Finanzierung auf dem Niveau von 100 Prozent der PPP-RL vor Ort nur dann gelingen kann, wenn die Richtlinie auch eine vollständige Erfüllung der Mindestvorgaben vorsieht. Andernfalls – so unsere Erfahrungen aus der Praxis – verweigern die örtlichen Kostenträger eine über das jeweils gültige Umsetzungsniveau hinausgehende Vereinbarung. **Wir empfehlen jedoch künftig das Umsetzungsniveau der Mindestvorgabe (Umsetzungsniveau) grundsätzlich von der Höhe der Berechnungsgrundlage für die Durchsetzungsmaßnahmen (Berechnungsgrundlage) zu entkoppeln.** Dadurch könnte einerseits der Anspruch an alle Beteiligten – sowohl die Krankenhäuser in der Umsetzung, aber auch bei den Kostenträgern zur Finanzierung – hochgehalten werden, aber andererseits würden Sanktionen erst bei gravierenden Abweichungen ausgelöst werden und bleiben damit automatisch verhältnismäßig. Bei § 13 Abs. 5 PPP-RL könnte daher dem Vorschlag des GKV-SV zugestimmt werden, die Berechnungsgrundlage für die Durchsetzungsmaßnahmen bei 90 Prozent zu belassen.

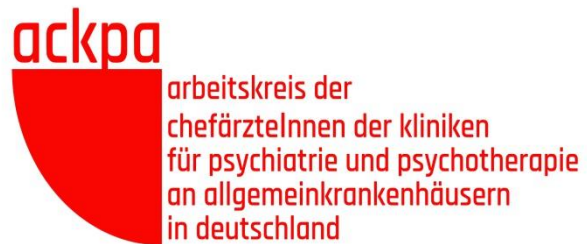
Gerne stehen wir Ihnen für eine weitergehende Diskussion unserer Position zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Paul Bomke

Vorsitzender
Fachgruppe psychiatrische Einrichtungen



An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

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

Sprecherin:

Dr. med. Bettina Wilms

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH

Vor dem Nebraer Tor 11

06268 Querfurt

Querfurt, den 05.01.2024

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): Beschluss über die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vom 06.12.2023 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 06.12.2023 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:

Mit der jetzt beratenen Änderung der PPP-RL stehen die Folgen von Verstößen gegen die Mindestpersonalbesetzung gemäß der Richtlinie ab 01.01.2026 im Mittelpunkt der Überlegungen.

Aus Sicht von ackpa sollte die Sanktionierung eines Verstoßes gegenüber einer Mindestpersonalbesetzungsrichtlinie die vollumfängliche Ausfinanzierung dieser Mindestpersonalbesetzung zur Grundlage haben. Leider werden die Anhaltzahlen der PPP-RL in den allermeisten Budgetverhandlungen als Personalbemessungsinstrument missbraucht und Vereinbarungen über Personal oberhalb der Mindestpersonalbesetzung

sind vielfach nicht möglich. Darüber hinaus erfolgt auch die Finanzierung der Mindestpersonalbesetzung nicht durchgängig vollumfänglich. Damit entsteht das Problem, dass Sanktionen ein Krankenhaus treffen können für Personalstellen, die zwar nicht finanziert sind, aber dennoch vorgehalten werden müssen. Die Folge wären Sanktionen für nicht ausfinanzierte Stellen. Diese Form der Bestrafung ist aus Sicht von ackpa weiterhin abzulehnen.

Da die Ursachen und Bedingungsfaktoren, die zu einer Unterschreitung der Mindestpersonalbesetzung führen können, vielfältig sind, empfehlen wir weiterhin wie schon früher im Diskurs um die PPP-RL einen Dialogmechanismus, der verpflichtend zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern erfolgen muss mit dem Ziel, die Unterschreitung der Mindestpersonalbesetzung zu beenden.

ackpa setzt sich darüber hinaus für ein modernes leitlinienorientiertes Personalbemessungsinstrument auch als Grundlage für eine Mindestpersonalbesetzung aus. Wir vertreten dazu die Ansicht, dass die Bildung von sogenannten Korridoren im Sinne der vielfach geforderten „Puffer“ oder „Reservekapazitäten“ für Ausfallzeiten z.B. durch Familiengründungsphasen von Mitarbeitenden für eine praktikable Personalbemessung notwendig sind.

Insgesamt setzt sich ackpa weiterhin für eine Weiterentwicklung der PPP-RL ein, die sektorübergreifende innovative Behandlungskonzepte unterstützt anstatt die Sektorengrenzen zu zementieren.

Um die dringend notwendigen 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



Bettina Wilms
Sprecherin von ackpa



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik (DGPPS) zu der Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Ihr Schreiben vom 12.12.2023

Wir bedanken uns als Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik (DGPPS) in der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) für die Zusendung der Unterlagen zum Stellungnahmeverfahrens der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie.

Die Pädiatrische Psychosomatik ist innerhalb der Kinder- und Jugendmedizin angesiedelt und fällt damit in den Geltungsbereich des § 17b KHG. Das bedeutet, dass die Leistungen über das DRG-System und OPS-Prozeduren bei entsprechenden Struktur- und Prozessvorgaben abgebildet sind.

Wir enthalten uns daher bewusst bei der Abstimmung der Änderungsvorschläge. Gerne beteiligen wir uns bei neuen uns betreffenden Aspekten der Weiterentwicklung.

Für den Vorstand der DGPPS

Guido Bürk

Dieter Kunert

Hendrik Karpinski

13.12.2023

Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Psychosomatik e.V.

1.Vorsitzender

Guido Bürk
Kinder- und Jugendarzt
98

Sekretariat

Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5
45711 Datteln

A.Glück

Tel.: 02596 58-132

Fax: 02596 58-136

E-Mail: a.glueck@vck-gmbh.de

Bankverbindung

Sparkasse Vest Recklinghausen
IBAN DE87 4265 0150 0020 0835

BIC WELADED1REK



BfDI

Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung

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

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1310

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herr Oster

INTERNET www.bfdi.bund.de

DATUM Bonn, 20.12.2023

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1375

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

BETREFF **Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)**

BEZUG Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychotherapie und
Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), Stand: 6. Dezember 2023
Ihre Bitte um Stellungnahme vom 11. Dezember 2023

Sehr geehrte Frau Maag,
sehr geehrte Frau Starke,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Abs. 5a SGB V.

Zu dem oben genannten Beschlussentwurf über die Änderung der PPP-RL sehe ich von
einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

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

Auswertung der Stellungnahmen

**gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 Verfo
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	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Psychosomatik (DGPPS)	14. Dezember 2023	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
2	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	19. Dezember 2023	Stellungnahme
3	Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	20. Dezember 2023	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
4	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)	28. Dezember 2023	Stellungnahme
5	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	2. Januar 2024	Stellungnahme
6	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)	2. Januar 2024	Stellungnahme
7	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	5. Januar 2024	Stellungnahme
8	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	7. Januar 2024	Stellungnahme
9	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	8. Januar 2024	Stellungnahme
10	Bundesdirektorenkonferenz der Chefärztinnen und Chefärzte psychiatrischer Kliniken e.V. (BDK)	8. Januar 2024	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 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	8. Januar 2024	Stellungnahme
12	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	8. Januar 2024	Stellungnahme
13	Aktion psychisch Kranke e.V. (APK)	8. Januar 2024	Stellungnahme
14	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	8. Januar 2024	Stellungnahme
15	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)	8. Januar 2024	Stellungnahme
16	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	8. Januar 2024	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 einer Arbeitsgruppen-Sitzungen am 17. Januar 2024 vorbereitet und durch den Unterausschuss QS in seinen Sitzungen am 31. Januar und 6. März 2024 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 31. Januar 2024)
2	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), 19.12.2023		
2.1	ver.di	<p>Vorbemerkung</p> <p>Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) soll das Ziel verfolgen, die Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu sichern. Insbesondere die Mindestpersonalvorgaben sollen einen Beitrag zur leitliniengerechten Behandlung leisten.</p> <p>Seit der Einführung der Vorgängerregelung der PPP-RL, der Psychiatrie Personalverordnung (PsychPV), wurde es versäumt, die Personalmindestvorgaben verbindlich durchzusetzen und bei Nichteinhaltung wirksam zu sanktionieren. Als Folge wurden die getroffenen Vorgaben unterlaufen, eine Einhaltung der Mindestbemessung konnte nicht gewährleistet werden. Eine wesentliche Ursache hierfür liegt in der unzureichenden Finanzierung der Personalausstattungen der letzten Jahrzehnte, wodurch weder eine Mindestpersonalbemessung erreicht noch eine Annäherung an eine bedarfsgerechte und kostendeckend refinanzierte Personalausstattung verfolgt wurde.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Ver.di hat die mangelnde Durchsetzbarkeit der Personalvorgaben der Psych-PV treffend beschrieben – mit all ihren Folgen. Der GKV-SV setzt sich deshalb für Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen ein. Die Vorgaben des Gesetzgebers zu den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind hier eindeutig: nach § 137 Abs. 1 SGB V und § 5 Abs. 2 der darauf basierenden Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie (QFD-RL) des G-BA, ist bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach Paragraph 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen. Genau dies ist in der PPP-RL rechtlich eindeutig umgesetzt worden. Diese Regelung ist in den Urteilen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg prinzipiell bestätigt worden.</p> <p>Da vor Einführung der Richtlinie über 40 % der Einrichtungen</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 kostendeckende, vollständige Finanzierung der Personalkosten bei verbindlichen Vorgaben, die eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten, ist vor diesem Hintergrund unerlässlich. Gleichzeitig ist festzustellen, dass aufgrund umfassender Missstände und Defizite bei den Arbeitsbedingungen der betroffenen Berufsgruppen und Tätigkeitsbilder ein selbsterzeugter und erheblicher Fachkräftemangel in den psychiatrischen Einrichtungen besteht. Die bundesweite Studie der Hans Böckler Stiftung „Ich pflege wieder, wenn...“¹ zeigt deutlich, dass insbesondere in der Berufsgruppe der Pflege Fachkräfte zur Verfügung stehen, die aber in den letzten Jahren ihrem Beruf verlassen haben. Ausschlaggebende Gründe hierfür sind die gestiegene Arbeitsbelastung aufgrund der personellen Unterbesetzung und Aufgabenverdichtung. Hinzu kommt die zunehmende Belastung durch im Laufe der Jahre stetig aufwachsende Dokumentationspflichten sowie die konsequente Um- und Durchsetzung der Regelungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Gesetzliche Vorgaben zu Höchstarbeitszeiten, Ruhezeiten und -pausen werden nicht eingehalten, die Arbeit in der psychiatrischen Versorgung lässt sich zu häufig mit Verpflichtungen der Familie bzw. Freizeit nicht vereinbaren.</p> <p>Die im vorliegenden Entwurf vorgesehene erneute Aussetzung der Sanktionen schreibt diese Missstände fort. Mit Verweis auf die prekäre finanzielle Situation vieler stationärer psychiatrischer Einrichtungen sowie innerhalb der GKV wird darauf verzichtet, wirksame Sanktionsmechanismen zu etablieren, die die betreffenden Beschäftigten zumindest auf Grundlage einer Mindestpersonalausstattung vor einer weiteren Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen bewahren sowie eine gute und sichere Versorgung der Patient*innen gewährleisten kann. Der dringend erforderliche und längst überfällige Schritt, den Fachkräftemangel in der psychiatrischen stationären Versorgung dadurch zu bekämpfen, dass eine sukzessive Annäherung an eine bedarfsgerechte Personalbemessung erfolgt, in dem in</p>	<p>die Vorgaben der Psych-PV nicht erfüllten, wurden die Mindestvorgaben der PPP-RL stufenweise mit Übergangsregelungen eingeführt. Diese Übergangsregelung wurde jetzt verlängert, um den Krankenhäusern nochmals Zeit für die Umsetzung von notwendigen Maßnahmen, z. B. mehr teilstationäre und ambulante Behandlung am Krankenhaus, zu geben. Dass das Umdenken in den Einrichtungen leider nur langsam erfolgt, die Maßnahmen nur langsam greifen und daher belastende Arbeitsbedingungen, die den Arbeitsplatz weiter unattraktiv gestalten, weiter bestehen bleiben, ist ein Dilemma.</p> <p>Nichtsdestotrotz müssen die Sanktionen verhältnismäßig sein. Dem kommt der GKV-SV entgegen, indem er die Sanktionen bis 2025 aussetzt und die konkrete Ermittlung der Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruches anpasst.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Mit Beschluss vom 19. Oktober 2023 wurden die Sanktionen um weitere zwei Jahre bis 2026 ausgesetzt. Die Daten der IQTIG-Quartalsberichte aus dem Jahr 2022 zeigen u. a., dass durchschnittlich 82,8 % der Kliniken den berufsgruppenübergreifenden Umsetzungsgrad in der Erwachsenenpsychiatrie erreicht haben. Jedoch erfüllen im Schnitt 49,2 % der Einrichtungen die Mindestvorgaben gemäß PPP-RL nicht. Die Mindestvorgaben gelten als nicht erfüllt, wenn sie in nur einer Berufsgruppe unterschritten werden. Die berufsgruppenübergreifenden Umsetzungsgrade zeigen jedoch, dass nicht in Gänze zu wenig Personal vorhanden ist. Trotz intensiver Bemühungen vieler Krankenhäuser ist es im Bundesdurchschnitt bisher nicht gelungen, die personelle</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>einem ersten Schritt eine wirksame Mindestpersonalbemessung sichergestellt wird, unterbleibt. In der Konsequenz wird damit der bestehende Fachkräftemangel weiter forciert: Die Beschäftigten stehen vor der Wahl, die eigene Gesundheit und Familie zurückzustellen, die schwierigen Arbeitsbedingungen zu tolerieren oder in ein anderes Tätigkeitsfeld zu wechseln.</p> <p>Statt einer fortgesetzten Aussetzung der Sanktionen, wie sie der vorliegende Entwurf vorsieht, fordert die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, wirksame Schritte einzuleiten, die der bestehenden Überlastungs- und Unterbesetzungssituation entgegenwirken. Hierzu zählen u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • belastende Arbeitsbedingungen auf betrieblicher Ebene identifizieren und kurzfristig reduzieren, z. B. durch die flächendeckende Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung (incl. psychischer Belastungsfaktoren) • Refinanzierung der bedarfsnotwendigen Investitions- und Sachkosten • vollständige Refinanzierung aller Personalkosten • Vollständige Vergütung der Tarifverträge im laufenden Jahr, inklusive aller qualitativer Anpassungen und nomineller Tarifsteigerungen • Umsetzung geeigneter Sanktionen • Weiterentwicklung der Mindestpersonalvorgaben auf Basis der aktuellen Behandlungskonzepte mit dem Ziel der Entwicklung bedarfsgerechter Personalbemessungsvorgaben • Weiterentwicklung der PPP-RL zu einer echten Qualitätsrichtlinie mit verbindlicher Umsetzung • Versorgungsverträge im Rahmen der Pflichtversorgung nur mit Einrichtungen, die Qualitätsvorgaben einhalten können 	<p>Ausstattung in allen Berufsgruppen den Mindestvorgaben anzupassen. Teilweise ist dies fachlich auch gar nicht erforderlich, da sich Behandlungskonzepte und Aufgaben der Berufsgruppen in den vergangenen verändert haben. Vor dem Hintergrund möglicher Sanktionen drohten jedoch nunmehr eine Absenkung der Bettenbelegung, Reduzierung des Behandlungsangebots und Stagnation von innovativen Versorgungskonzepten. Das kann nicht im Sinne einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung sein. Mit der Verschiebung des Vergütungswegfalls bis 2026 haben die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nun länger Zeit, sich auf die Anforderungen der PPP-RL einzustellen, ohne die Versorgung psychiatrisch und psychosomatisch erkrankter Menschen zu gefährden.</p> <p>Die Forderung nach einer Refinanzierung der bedarfsnotwendigen Investitions- und Sachkosten, nach einer vollständigen Refinanzierung aller Personalkosten sowie vollständigen Vergütung der Tarifverträge samt aller qualitativer Anpassungen und nomineller Tarifsteigerungen ist nachdrücklich zu unterstützen.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Der Hinweis aus der Praxis auf eine konsequente Umsetzung der Richtlinie und deren Bedeutung für eine Verbesserung von Arbeitsbedingungen, Personalgewinnung und -erhaltung, ist für die Weiterentwicklung der PPP-RL besonders wichtig.</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 Fortsetzung der Aussetzung der Sanktionsregelungen lehnt ver.di ab, weil der Status Quo der personellen Unterausstattung mit den Folgen für Patient*innen und Beschäftigte zementiert wird.</p> <p>¹https://www.arbeitnehmerkammer.de/studie-ich-pflege-wieder-wenn.html</p>	
2.2	ver.di	<p>Zu den Regelungen im Einzelnen</p> <p>Zu § 1 Absatz 1:</p> <p>Die Klarstellung, dass die Mindestvorgaben als Instrument der Qualitätssicherung ausschließlich zur leitliniengerechten Behandlung beitragen sollen und nicht der Budgetfindung dienen, wird von ver.di begrüßt. Die in der Richtlinie schrittweise anzupassenden Mindestvorgaben sind zwingend einzuhalten. Einrichtungen, die bereits jetzt 100 Prozent der Mindestvorgaben erfüllen und einen darüberhinausgehenden Personalbedarf nachweisen, dürfen in Budgetverhandlungen nicht benachteiligt werden. Es ist zu gewährleisten, dass die nachgewiesenen Personalkosten vollständig refinanziert werden, auch wenn diese über die Mindestvorgaben hinausgehen. Dazu bedarf es neben der vom PatV vorgeschlagenen Änderung auch einer Klarstellung in den Tragenden Gründen der Richtlinie.</p>	<p>GKV-SV: Der Vorteil der neuen Formulierung erschließt sich dem GKV-SV nicht. Die bisherige Formulierung stellt bereits sicher, dass die verbindlichen Mindestvorgaben kein Budgetinstrument, sondern ein QS-Instrument sind.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Zustimmung zu dem Vorschlag in den Tragenden Gründen klarzustellen, dass die Mindestvorgaben eine Personaluntergrenze und keine Soll-Vorgabe für die Budgetfindung darstellen. Diese Klarstellung durch den G-BA wäre für die Budgetverhandlungen vor Ort hilfreich, in denen die Mindestvorgaben von den Krankenkassen häufig als Soll-Vorgaben interpretiert werden, was eine Verhandlung von mehr Personal als nach den Mindestvorgaben vorgeschrieben ist, erschwert.</p>
2.3	ver.di	<p>Zu § 13 Absatz 3:</p> <p>Inwieweit ein klärender Dialog der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) zu einem nachhaltigeren Ergebnis führen soll, erschließt sich nicht. Die Ermittlung der Gründe</p>	<p>GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Mindestvorgaben sind Mindestvorgaben und dürfen nicht unterschritten werden. Ein klärender Dialog der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften zu den Ursachen für zu geringe Personalausstattung nachdem die Mindestvorgaben</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>für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben im Einzelfall wird ausdrücklich begrüßt. Dies sollte aber nicht erst erfolgen, wenn die Mindestpersonalvorgaben unterschritten werden, sondern bereits bei der Budgetvereinbarung.</p> <p>Durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG wäre zu vereinbaren, wie viele Behandlungsplätze schwegradadjustiert aufgrund des zur Verfügung stehendem Personals gemäß PPP-RL belegt werden können. Sollten die tatsächlich belegbaren Behandlungsplätze von der Planung abweichen, ist dies in einer gesonderten Vereinbarung festzuhalten. Die Vorhaltekosten abzüglich der zu erwartenden Personalkosten sind für das Planbetten-Delta sicherzustellen. Die Vereinbarung muss auch Regelungen für den Fall beinhalten, dass unterjährig Personal aufgebaut wird. Kann dadurch das Planbetten-Delta reduziert werden, muss eine kurzfristige Belegung dieser Behandlungsplätze inklusive der Personalkostenfinanzierung sichergestellt sein.</p> <p>Sollte es dennoch dazu kommen, dass die vereinbarten Personalvorgaben nicht eingehalten werden, mindestens jedoch bei Unterschreitung der Mindestpersonalvorgaben, sind die Gründe durch die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG zu erörtern und nach geeigneten Lösungen zu suchen. Ziel der Lösung muss es sein, mit dem zur Verfügung stehenden Personal eine leitliniengerechte Behandlung zu gewährleisten. Gelingt dies im Rahmen der Verhandlungen nicht, sind insbesondere Anpassung der belegbaren Behandlungsplätze an das zur Verfügung stehende Personal vorzunehmen. Unter dieser Maßgabe kann bei erstmaliger Unterschreitung der Mindestpersonalvorgaben eines Quartals die Einrichtung sanktionsfrei bleiben. Werden keine Verhandlungen geführt oder führen diese nicht dazu, dass die Mindestpersonalvorgaben eingehalten werden, muss die Unterschreitung Konsequenzen haben. Werden die Mindestvorgaben</p>	<p>unterschritten worden sind, setzt zu spät an. Die Einrichtungen kennen nun seit mehreren Jahren ihren Erfüllungsgrad und hatten genügend Zeit, die Ursachen für den Personal-mangel zu klären und vor der nächsten jährlichen Erhebung zu beheben. Dazu lässt die PPP-RL übrigens auch Ausnahmetatbestände und vielfältige Anrechnungsmöglichkeiten zu.</p> <p><u>Im Zweifelsfall muss die Krankenhausbehandlung entsprechend angepasst werden - beziehungsweise eine Umsteuerung weniger schwer Erkrankter in die ambulante oder die tagesklinische Behandlung vorgenommen werden.</u></p> <p>Krankenhäuser, die dagegen psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten stationär mit zu wenig Personal behandeln, laufen Gefahr sich dem Vorwurf einer Verwehrpsychiatrie auszusetzen. Mit Personal unterhalb der Mindestvorgaben kann nicht leitliniengerecht behandelt werden. Betroffene mit psychisch bedingter Eigen- oder Fremdgefährdung sind bei zu wenig Personal erheblichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt – ebenso auch Mitpatientinnen und Mitpatienten sowie das Personal. Genau deshalb sind die Mindestpersonalvorgaben festgelegt worden, die nicht zu unterschreiten sind.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) sind langjährig mit der administrativen Betreuung und organisatorischen Durchführung der Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen betraut. Dabei koordinieren sie u. a. den Informationsfluss zwischen den Qualitätssicherungsstellen von Bund, Ländern und den entsprechenden Fachkommissionen. Diese Fachkommissionen gemäß § 5 Absatz 5 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>auch im Folgequartal nicht eingehalten, ist gemäß § 13 Absatz 5 zu sanktionieren.</p>	<p>Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sollen auch bei der PPP-RL für die Durchführung des klärenden Dialoges zuständig sein. Ziele des klärenden Dialogs sind die Ursachenanalyse und Unterstützung zur schnellstmöglichen Erfüllung der Mindestanforderungen durch den Abschluss von Zielvereinbarungen. Die Fachkommissionen der LAG verfügen, anders als die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG, bereits über die notwendige Expertise im Bereich der Qualitätssicherung sowie Erfahrung in der Durchführung kollegialer Beratung, von Kolloquien und von Peer-Review-Verfahren.</p> <p>Die Ermittlung der Gründe für eine Nichteinhaltung der Mindestvorgaben und deren Vermeidung ist das primäre Ziel des Dialoges. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG, denen ebenfalls die Vereinbarung der Personalausstattung und des Budgets obliegt, sind zuständig für die Umsetzung der Durchsetzungsmaßnahmen. Somit wird eine Verknüpfung der Durchsetzungsmaßnahmen mit der Budgetvereinbarung ermöglicht. Der G-BA ist jedoch nicht legitimiert, formale Vorschriften für die Budgetverhandlungen zu regeln. Zudem würde eine prospektive Berücksichtigung einer Nichteinhaltung in den Budgetverhandlungen sowohl auf der Krankenkassen- als auch auf der Krankenhausseite zu dem Fehlanreiz führen, eine zu niedrige Personalausstattung zu vereinbaren.</p> <p>Da so eine unmittelbare Beteiligung der Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG besteht, können die dort vereinbarten Maßnahmen auch in der Budgetvereinbarung umgesetzt werden. Den Dialog auf das erste Quartal zu beschränken 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

			<p>jedoch nicht sinnvoll, da die Umsetzung der Maßnahmen einen längeren Zeitraum erfordert und die Budgets und Leistungsmengen i.d.R. jahresbezogen vereinbart werden.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Die bisherige gesetzliche Vorgabe sieht einen klärenden Dialog im Rahmen der PPP-RL ausdrücklich nicht vor. Richtigerweise wird in der Stellungnahme auf das Handeln der Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG verwiesen.</p>
2.4	ver.di	<p>Zu § 13 Absatz 5:</p> <p>Ziel darf nicht der Wegfall des Vergütungsanspruches sein, sondern die vollumfängliche Einhaltung der Qualitätsvorgaben aus der Richtlinie. Eine Verschiebung der Übergangsregelungen lehnt ver.di daher ab. Wenn das erforderliche Personal zur Einhaltung der Mindestpersonalausstattung nicht zur Verfügung steht, sind vorübergehende Leistungseinschränkungen notwendig, um die Versorgung der vorhandenen Patient*innen zu gewährleisten und betroffene Beschäftigte vor Überlastung zu schützen, bis nachweisbare Maßnahmen zur Anhebung der Personalausstattung getroffen und umgesetzt wurden. Eine weitere Verschiebung der Sanktionen ist nicht zu vertreten. Die bestehenden Regelungen der PPP-RL, aber auch der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) geben den Vertragsparteien gemäß § 18 Absatz 2 KHG Handlungsspielraum, eine richtlinienkonforme Versorgung sicherzustellen. Sanktionen sind dann erforderlich, wenn Einrichtungen sich nicht in geeigneter Weise daran beteiligen, die Qualitätsrichtlinie einzuhalten. Wie zu § 13 Absatz 3 vorgeschlagen, kann bei einer erstmaligen Unterschreitung der Mindestpersonalvorgaben das entsprechende Quartal sanktionsfrei bleiben. Werden die Mindestpersonalvorgaben in Folgequartalen erneut unterschritten, ergibt sich der Wegfall des Vergü-</p>	<p>GKV-SV: Der GKV-SV dankt für die Unterstützung seines Vorschlages zur konkreten Ermittlung der Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruches in § 13 Abs. 3.</p> <p>Der GKV-SV setzt sich ebenso wie ver.di für Sanktionen ein bei Nichteinhaltung ein. Die Vorgaben des Gesetzgebers zur den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind hier eindeutig: nach Paragraph 137 Abs. 1 SGBV und der darauf basierenden Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie (QFD-RL) des G-BA, § 5 Abs. 2 ist bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach Paragraph 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V der Wegfall des Vergütungsanspruches festzulegen. Genau dies ist in der PPP RL rechtlich eindeutig umgesetzt worden. Diese Regelung ist in den Urteilen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg prinzipiell bestätigt worden.</p> <p>Da vor Einführung der Richtlinie über 40 % der Einrichtungen die Vorgaben der Psych-PV nicht erfüllten, wurden die Mindestvorgaben der PPP-RL stufenweise mit Übergangsregelungen eingeführt. Diese Übergangsregelung wurde jetzt</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>tungsanspruchs aus dem 1,35-fachen Wert des Produktes aus dem prozentualen Anteil der fehlenden Personalausstattung nach den Sätzen 2 und 3 sowie dem Personalkostenfaktor von 0,65. Dies entspricht auch den Sanktionen aus der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV). Wir möchten darauf hinweisen, dass die PpUGV nicht das Quartal betrachtet, sondern den Monat. Dies wäre im Rahmen der geforderten Gleichbehandlung dann auch auf die PPP-RL anzuwenden.</p>	<p>verlängert, um den Krankenhäusern noch mal Zeit für die Umsetzung von notwendigen Maßnahmen zu geben. Das Dilemma, dass die notwendigen Maßnahmen nur langsam greifen und daher belastende Arbeitsbedingungen, die den Arbeitsplatz weiter unattraktiv gestalten, weiter bestehen bleiben, ist dem GKV-SV bewusst. Nichtsdestotrotz müssen die Sanktionen verhältnismäßig sein. Dem kommt der GKV-SV entgegen, indem er die Sanktionen bis 2025 aussetzt und die konkrete Ermittlung der Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruches anpasst.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Leistungseinschränkungen sollten im Interesse der Versorgung soweit wie möglich vermieden werden. Das primäre Ziel muss daher das Vorhandensein des erforderlichen Personals und dessen Refinanzierung sein.</p> <p>Aufgrund der Systemunterschiede ist eine Orientierung an den PpUGV zur Frage der Angemessenheit keine „Gleichbehandlung“ möglich. Die Höhe des Vergütungswegfalls orientiert sich an den Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in der somatischen Versorgung.</p> <p>Anders als im DRG-Fallpauschalensystem erfolgt die Vergütung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf Grundlage von krankenhausindividuellen Budgets und den daraus abgeleiteten krankenhausindividuellen Entgeltwerten. Die Höhe der Vergütung, auf die sich der Vergütungswegfall bezieht, wird somit durch die zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbarte Personalausstattung bestimmt. Daraus alleine kann aber nicht geschlossen</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, dass eine Unterschreitung der Mindestanforderungen regelhaft zu einer Einsparung von Personalkosten führt. Rückschlüsse auf Kosteneinsparungen sind jedoch auf der Grundlage des Psych-Personalnachweises nach § 18 Absatz 2 BpflV möglich, mit dem das Krankenhaus nachzuweisen hat, inwieweit die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich umgesetzt wurde. Deshalb sollte zur Wahrung der Angemessenheit und Verhältnismäßigkeit in Orientierung an den Pflegepersonaluntergrenzen der Psych-Personalnachweis berücksichtigt werden.</p> <p>Der Sanktionsfaktor der PpUG beträgt 0,35 (und nicht 1,35) und bezieht sich auf die durchschnittlichen statistischen Personalkosten einer Pflegekraft und nicht auf den Personalteil aller fünf therapeutischen Berufsgruppen an der Vergütung (Vergütung x Personalfaktor). Der Faktor von 0,35 ist durch das Selbstkostenerstattungsprinzip des Pflegebudgets in der Somatik begründet. Mit einem Faktor von 1,35 würde unterstellt, dass bei einer Unterschreitung in jedem Fall Personalkosten in entsprechender Höhe eingespart werden. Da dies nicht zutrifft, schlägt die DKG einen gestuften Faktor in Abhängigkeit der tatsächlichen Umsetzung des vereinbarten Personals vor.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Insbesondere ist der Hinweis hervorzuheben, dass das Ziel nicht die Sanktion ist, sondern die Einhaltung der Qualitätsvorgaben sein muss.</p>
2.5	ver.di	Zu § 13 Absatz 7:	<p>GKV-SV: Zustimmung.</p> <p>Krankenhäuser, die psychisch erkrankte Patientinnen 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

	<p>Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG haben bereits jetzt ausreichende Möglichkeiten, im Rahmen der Budgetverhandlungen eine Vereinbarung zu treffen, die eine richtlinienkonforme Behandlung zulässt. Darüber hinaus gibt es seit zehn Jahren die Möglichkeit der Modellvorhaben nach § 64b SGB V. Daher hätte eine Änderung, wie von der DKG vorgeschlagen, lediglich klarstellenden Charakter. Um eine richtlinienkonforme Versorgung auch in Modellvorhaben oder deren Nachfolgern sicherzustellen, müssen diese zeitnah in der PPP-RL abgebildet und geeignete Mindestpersonalvorgaben hinterlegt werden.</p>	<p>Patienten stationär mit zu wenig Personal behandeln, laufen Gefahr sich dem Vorwurf einer Verwehrpsychiatrie auszusetzen. Mit Personal unterhalb der Mindestvorgaben kann nicht leitliniengerecht behandelt werden. Betroffene mit psychisch bedingter Eigen- oder Fremdgefährdung sind bei zu wenig Personal erheblichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt – ebenso auch Mitpatientinnen und Mitpatienten sowie das Personal. Genau deshalb sind die Mindestpersonalvorgaben festgelegt worden, die nicht zu unterschreiten sind.</p> <p>Wesentliches und elementares Strukturmerkmal der therapeutischen Behandlung bei psychischen Erkrankungen im Erwachsenen- und Kinder- und Jugendalter ist die Behandlung im multiprofessionellen Team.</p> <p>Bieten Krankenhäuser Behandlungskonzepte mit besonderer Gewichtung einzelner Berufsgruppen, besteht die Möglichkeit der Anrechnung der Berufsgruppen nach § 5 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit § 8 Abs. 3. Dies bietet den Krankenhäusern ausreichende Flexibilität hinsichtlich des Personaleinsatzes. Weitere Ausnahmeregelungen sind daher nicht erforderlich.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Die konkrete Umsetzung des Vergütungswegfalls obliegt den Parteien der Pflegesatzvereinbarung (Krankenhausträger und Sozialleistungsträger). Nun wird den Vertragsparteien die Möglichkeit eröffnet, den nach den Vorschriften der PPP-RL ermittelten Vergütungswegfall anzupassen, wenn die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben durch besondere Behandlungskonzepte (z. B. besondere Therapieangebote 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>Fokus auf einem kunst- oder musiktherapeutischen Schwerpunkt) begründet ist.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme auch für die Hinweise zur Versorgungssicherheit in den Modellvorhaben.</p>
2.6	ver.di	<p>Zu § 16 Absatz 1:</p> <p>Eine erneute Verschiebung der Übergangsregelungen lehnt ver.di ab. Die PPP-RL wird ihrer Aufgabe, eine Qualitätsrichtlinie zu sein, nur dann gerecht, wenn Qualitätsvorgaben konsequent umgesetzt und weiterentwickelt werden.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Siehe dazu Kommentar zu 2.4.</p> <p>DKG: Zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Zustimmung.</p> <p>Eine weitere Verschiebung der Frist, bis zu der die Mindestvorgaben zu 100% erfüllt sein müssen, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, wird auch von der BPtK für nicht zielführend erachtet. Der notwendige Personalaufbau zu einer Erfüllung der – ohnehin zu niedrigen Mindestvorgaben – darf im Interesse der Patient*innen und Mitarbeiter*innen nicht noch länger hinausgezögert werden. Hierfür müssen die entsprechenden Anreize für die Kliniken geschaffen werden.</p>
4	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP), 28.12.2023		
4.1	DGSP	<p>Die Richtlinien-Fassung vom 06.12.2023 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.</p>	<p>GKV-SV: In den Eckpunkten der Tragenden Gründe zum Erstbeschluss der PPP-RL hat der G-BA 2019 ausführlich sein Vorgehen zur evidenzbasierten Herleitung der Mindestvorgaben beschrieben. Wir bitten die DGSP, dies zur Kenntnis zu nehmen.</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>Mit der Änderung werden die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestpersonalvorgaben für weitere zwei Jahre ausgesetzt, was sehr zu begrüßen ist. Dennoch gehen wir davon aus, dass in zwei Jahren der derzeit herrschende Fachkräftemangel nicht behoben sein wird. Bei den Bedingungen, wie sie in der Richtlinie beschrieben werden, ist es sehr gut möglich, dass Tageskliniken oder andere Versorgungseinrichtungen geschlossen werden.</p> <p>Ein besonderes Anliegen der DGSP ist es, dass die Kliniken dazu befähigt und ermutigt werden, ihre außerklinische Krisenbehandlung sowie die Vernetzung im Sinne einer flexiblen, sektorenübergreifenden und wohnortnahen Versorgung weiter zu entwickeln. Dazu sollten die Instrumente Regionalbudget nach § 64b SGB V, Stationsäquivalente Behandlung (StäB) und die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) eine große Rolle spielen. Eine Entwicklung der Versorgung dahin gehend könnte dazu führen, dass die klinische Personalbemessung in der Krisenbehandlung eine geringere Rolle spielt.</p> <p>Die PIAs könnte sich wie bspw. in der Leipziger Heliosklinik zur PIA mobil weiterentwickeln und die Lebenswelten von Betroffenen stärker einzubeziehen. Unsere Kollegen aus Meran in Südtirol haben auf der DGSP-Jahrestagung im November 2023 eindrucksvoll dargestellt wie eine Regionalbudget kombiniert mit gelebter Kooperation und gemeinsamer Verantwortung aller Beteiligten in einer Region zur wesentlichen Verbesserung der Begleit- und Behandlungsbedingungen für Menschen in psychischen Krisen führt.</p>	<p>Nicht allein der Fachkräftemangel ist Ursache der mangelnden Erfüllung der Mindestvorgaben, sondern auch eine Fehlversorgung mit zuviel vollstationärer Behandlung. Deutschland hat nahezu doppelt so viele vollstationäre Betten in der Psychiatrie pro 100.000 Einwohner im Vergleich zum europäischen Durchschnitt. Auch die seit Jahren bestehenden belastenden Arbeitsbedingungen für das Personal durch Unterbesetzung tragen ihren Teil dazu bei, dass Krankenhäuser Schwierigkeiten haben, das erforderliche Personal aufzubauen. Damit einher geht eine mangelhafte stationäre Versorgung von psychisch erkrankten Patienten und Patientinnen. Mit der PPP-RL werden nun die Defizite in der Versorgung deutlich. Dabei gefährden nicht die Mindestvorgaben die Versorgung, sondern das nun sichtbare Fehlen des dafür notwendigen Personals.</p> <p>Die These, dass die kleineren Einrichtungen, wie Tageskliniken, gegenüber den größeren Einrichtungen schlechter abschneiden und daher von Schließungen bedroht seien, ist durch die Ergebnisse zur Personalausstattung längst widerlegt. Danach erfüllen 59 % der Einrichtungen mit weniger als 25 Betten die Richtlinie, während dies nur 36 % der Einrichtungen mit mehr als 100 Betten tun (siehe dazu Watermann et al. (2023)).</p> <p>Quelle: <i>Mindestpersonalvorgaben in der Psychiatrie: Erste Ergebnisse zur Personalausstattung veröffentlicht. G & S Gesundheits- und Sozialpolitik 3/2023, s. 20-31</i></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

			Inhaltlich werden bisherige Positionen erneuert. Auf die konkret in der PPP-RL vorgesehenen Änderungen wird jedoch nicht weiter eingegangen.
4.2	DGSP	<p>Des Weiteren weisen wir auf die Kerninhalte unserer bisherigen Position hin:</p> <p>Das notwendigerweise ausreichend vorhandene Personal der verschiedenen Fachdisziplinen sowie Menschen mit eigener Krisenerfahrung als Genesungsbegleiter:innen sind die wichtigsten Ressourcen 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>Es erscheint uns naheliegend, pflichtversorgende Einrichtungen zu stärken. Weniger überzeugend ist es, nicht-pflichtversorgende Einrichtungen einseitig personell zu schwächen. 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.</p> <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 trialogischen Expert:innenkommission gerne beteiligen.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Nicht die PPP-RL mit ihren Mindestvorgaben gefährdet die Versorgung, sondern das Fehlen des dafür notwendigen Personals, das nun dank PPP-RL sichtbar ist. Ein Umdenken in den betroffenen Häusern ist erforderlich: Maßnahmen zu mehr teilstationärer und ambulanter Behandlung am Krankenhaus sind relevant. Denn so wie es ist, kann es nicht bleiben.</p> <p>Dabei unterstützt der GKV-SV die Haltung, pflichtversorgende Einrichtungen zu stärken und ist auch anderen Lösungsvorschlägen gegenüber offen.</p> <p>Krankenhäuser, die dagegen psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten stationär weiter mit zu wenig Personal behandeln, laufen Gefahr sich dem Vorwurf einer Verwehrpsychiatrie auszusetzen. Mit Personal unterhalb der Mindestvorgaben kann nicht leitliniengerecht behandelt werden. Betroffene mit psychisch bedingter Eigen- oder Fremdgefährdung sind bei zu wenig Personal erheblichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt – ebenso auch Mitpatientinnen und Mitpatienten sowie das Personal.</p> <p>Die These, dass die kleineren Einrichtungen wie Tageskliniken gegenüber den größeren Einrichtungen schlechter abschneiden und daher von Schließungen bedroht seien, ist durch die Nachweisergebnisse der Personalausstattungs-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>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 ab 2026 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> <p>Allgemein erweckt die Richtlinie den Eindruck, dass hier nicht die Belange der psychisch erkrankten und behandlungsbedürftigen Menschen im Vordergrund stehen, sondern ökonomische Partialinteressen.</p> <p>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.</p> <p>Der wiederholt begrenzte Zeitraum zwischen der Veröffentlichung der Änderung am 11. Dezember 2023 und der Frist zur Einreichung der Stellungnahme bis 08. Januar 2024 lässt kaum Raum für unsere verbandsinterne Kultur der gemeinsamen Meinungsbildung und dem dazu gehörigen Abstimmungsprozess.</p>	<p>längst wiederlegt. Danach erfüllen 59 % der Einrichtungen mit weniger als 25 Betten die Richtlinie, während dies nur 36 % der Einrichtungen mit mehr als 100 Betten tun (siehe dazu Watermann et al. (2023)).</p> <p>Quelle: <i>Mindestpersonalvorgaben in der Psychiatrie: Erste Ergebnisse zur Personalausstattung veröffentlicht. G & S Gesundheits- und Sozialpolitik3/2023, s. 20-31)</i></p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: s.4.1</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

5	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB), 02.01.2024		
5.1	DGSGB	<p>Berücksichtigung der behinderungsbedingten personellen Mehrbedarfe</p> <p>Menschen mit kognitiven Behinderungen erkranken etwa doppelt so häufig an psychischen Störungen wie die Allgemeinbevölkerung und benötigen für die adäquate Behandlung einen behinderungsbedingten zeitlichen und personellen Mehrbedarf. Auch in der ggw. Fassung der PPP-RL mit den letzten Änderungen vom 19.10.23 bleiben diese Mehrbedarfe unberücksichtigt. Dies steht im Widerspruch zur Verpflichtung der Bundesrepublik Deutschland auf die Umsetzung der UN-BRK, den ggw. Initiativen des NAP 2.0 und dem Aktionsplan für ein inklusives, barrierefreies und diverses Gesundheitswesen des BMG.</p> <p>Daher fordern wir als Fachgesellschaft - wie in den Stellungnahmen der DGSGB vom 14.06.2019, vom 12.08.2020, vom 26.06.2021, vom 21.06.2022 und vom 27.6.2023 - die Berücksichtigung der behinderungsbedingten Mehrbedarfe durch Aufnahme von spezifischen Behandlungsbereichen (Behandlungsbereich „I“) für Personen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung. Alternativ dazu könnte der Personenkreis - entsprechend dem kognitiven bzw. emotionalen Referenzalter - in die KJ-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>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Wir verweisen in diesem Zusammenhang darauf, dass die Thematik der besonderen Bedarfe von psychisch erkrankten Menschen mit kognitiven Behinderungen derzeit im G-BA beraten wird. Ergeben sich aufgrund der Beratungen aus Sicht des GKV-Spitzenverbands fachlich und sachlich notwendige Änderungen der PPP-RL, werden wir uns dafür einsetzen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Das Anliegen ist für die Weiterentwicklung der PPP-RL 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

		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.	
6	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE), 02.01.2024		
6.1	DVE	<p>Auch im Rahmen dieser Änderung der PPP-RL möchten wir unseren Beitrag als Vertretung der Berufsgruppe der Ergotherapeut:innen zur Weiterentwicklung der PPP-RL leisten.</p> <p>Dabei möchten wir uns allerdings bzgl. der Sanktionsmodalitäten nicht positionieren.</p> <p>Wir möchten jedoch erneut darauf hinweisen, dass im Zusammenhang mit der PPP-RL an einigen weiteren Stellen dringender Regelungsbedarf besteht. Als Deutscher Verband Ergotherapie und damit Vertretung der ergotherapeutischen Perspektive im Sinne zeitgemäßer und nachhaltiger Versorgung, weisen wir wieder darauf hin, dass diese Themen nicht weiter ignoriert werden dürfen.</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 insbesondere um folgende Themen:</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die Berufsgruppen nach § 5 sowie die Anlage 4 PPP-RL waren nicht Gegenstand der aktuellen Änderungen der RL und somit dieses Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>Wir verweisen daher auf unsere Rückmeldung zu Ihrer Stellungnahme vom 30.06.2023, die den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 19.10.2023 entnommen werden kann.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die Stellungnahme entspricht im Wesentlichen früheren Stellungnahmen des DVE.</p> <p>Die Ausführungen beziehen sich allerdings nicht auf die aktuelle Änderung. Die Hinweise sollten bei einer der nächsten Anpassungen der PPP-RL berücksichtigt 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

6.2	DVE	<p><u>Minutenwerte:</u></p> <p>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.</p>	<p>GKV-SV: s. Anmerkungen unter 6.1.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: siehe 6.1</p>
6.3	DVE	<p><u>„Fachtherapien“ statt „Spezialtherapeuten“:</u></p> <p>Der Begriff der Spezialtherapeuten muss durch einen angemesseneren Begriff wie „Fachtherapien“ ersetzt werden – im Sinne der Professionalität und Wertschätzung der hier zugeordneten Berufsgruppen.</p>	<p>GKV-SV: s. Anmerkungen unter 6.1</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: siehe 6.1</p>
6.4	DVE	<p><u>Subsummierung verschiedener Berufsgruppen unter „Fachtherapien“:</u></p> <p>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>	<p>GKV-SV: s. Anmerkungen unter 6.1</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: siehe 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

6.5	DVE	<p><u>Beschreibung Regelaufgaben:</u></p> <p>Die Beschreibung der Regelaufgaben ist unabhängig von einer Subsumierung 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>	<p>GKV-SV: s. Anmerkungen unter 6.1</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: siehe 6.1</p>
6.6	DVE	<p>Wir fordern daher dringend entsprechende 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>Zur weiteren Erläuterung und Begründung der o.g. inhaltlichen Anliegen verweise wir auf unsere vorangegangenen Stellungnahmen.</p>	<p>GKV-SV: s. Anmerkungen unter 6.1. Dank für das Angebot zum fachlichen Austausch.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: siehe 6.1</p>
7	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK), 05.01.2024		
7.1	BApK	<p>Erlauben Sie bitte zu Beginn unserer Stellungnahme ein paar einleitende Gedanken. Ziel der PPP-RL ist die Festlegung von verbindlichen personellen Mindestvorgaben zur Erbringung einer Behandlung und die Bestimmung von Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Der G-BA hat hierzu Mindestvorgaben auf Basis einer strukturellen Qualität entwickelt, die einem Stand der Wissenschaft von vor 40 Jahren entspricht, wie wir in unserer Petition vor dem Deutschen Bundestag darlegten. Es</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>In den Eckpunkten der Tragenden Gründe zum Erstbeschluss der PPP-RL hat der G-BA 2019 ausführlich sein Vorgehen zur evidenzbasierten Herleitung der Mindestvorgaben beschrieben. Darin wird auch klargestellt, dass die verbindlichen Mindestvorgaben kein Budgetinstrument, sondern ein QS-</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>darf angenommen werden, dass die heutigen strukturellen Anforderungen bei der Beibehaltung des Settings Krankenhaus deutlich höher ausfallen würden.</p> <p>Da abzusehen war, dass nicht alle Kliniken sofort die Mindestvorgaben erfüllen konnten, hat der G-BA eine gestufte Einführung beschlossen, für die ab 2024 mit Hilfe von Pönalien Verbindlichkeit hergestellt werden sollte. Diese sind erst einmal ausgesetzt worden, um die Möglichkeit zu schaffen, sowohl die Vorgaben zu erreichen, als auch alternative Lösungen zu entwickeln. Aus Sicht der Angehörigen sind solche notwendig, da das Setting Krankenhaus nicht den demographischen Wandel unverändert überstehen wird.</p> <p>Wir Angehörige ermöglichen durch unsere Steuern und Versicherungsbeiträge die Erbringung dieser Leistungen und wenden darüber hinaus nicht unerhebliche weitere finanzielle und personelle Ressourcen auf. Wir erwarten daher, dass unsere erkrankten Menschen nach dem Stand der Wissenschaft behandelt werden, um die Burden of Disease für sie und uns zeitnah zu reduzieren. Von daher hat für uns die Qualität der Leistungserbringung, in die der Stand der Wissenschaft über Leitlinien einfließt, einen sehr hohen Stellenwert. Wenn es keine zusätzlichen Qualitätsdimensionen wie Prozess- und Ergebnisqualität zur Strukturqualität gibt, dann sind für uns die daraus abgeleiteten verbindlichen Mindestvorgaben das maßgebliche Qualitätskriterium.</p> <p>Wir erlauben uns auch nachzufragen, welche negativen Effekte die Nichteinhaltung der verbindlichen Mindestvorgaben bei Betroffenen und Angehörigen verursachen und ob ein alternatives Setting nicht wirksamer und weniger Personalressourcenintensiv gewesen wäre. Nach Einbeziehung von Ausnahmetatbeständen und Anrechnungsmöglichkeiten muss daher eine Unterschreitung der Mindestvorgaben Konsequenzen haben, bis hin</p>	<p>Instrument sind und es über die Vorgaben hinaus mehr Personal braucht, um die Mindestvorgaben einhalten zu können.</p> <p>Da vor Einführung der Richtlinie über 40 % der Einrichtungen die Vorgaben der Psych-PV nicht erfüllten, wurden die Mindestvorgaben der PPP-RL stufenweise mit Übergangsregelungen eingeführt. Diese Übergangsregelung wurde jetzt verlängert, um den Krankenhäusern nochmals Zeit für die Umsetzung von notwendigen Maßnahmen, z. B. mehr teilstationäre und ambulante Behandlung am Krankenhaus, zu geben. Dass das Umdenken in den Einrichtungen leider nur langsam erfolgt, die Maßnahmen nur langsam greifen und daher belastende Arbeitsbedingungen, die den Arbeitsplatz weiter unattraktiv gestalten, weiter bestehen bleiben, ist ein Dilemma.</p> <p>Nichtsdestotrotz müssen die Sanktionen verhältnismäßig sein. Dem kommt der GKV-SV entgegen, indem er die Sanktionen bis 2025 aussetzt und die konkrete Ermittlung der Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruches anpasst. Der Sanktionsfaktor von 1,35 stellt sicher, dass die Sanktionshöhe deutlich über den eingesparten Personalkosten liegt. In vergleichbarer Höhe sind die Sanktionen bei Unterschreiten der Pflegepersonaluntergrenzen in der Somatik festgelegt.</p> <p>Die These, dass die kleineren Einrichtungen wie Tageskliniken gegenüber den größeren Einrichtungen schlechter abschneiden und daher von Schließungen bedroht seien, ist durch die Nachweisergebnisse der Personalausstattungs-RL längst widerlegt. Danach erfüllen 59 % der Einrichtungen</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>zur Schließung von Stationen, die diese in einem hohen Maße unterschreiten.</p> <p>Auf 2 Punkte muss dabei geachtet werden:</p> <p>a) zum einen sollen Lebensweltnahe, kleinere Organisationseinheiten gefördert werden.</p> <p>b) Zum anderen sollen kurzfristige und kleinere Unterschreitungen nicht schon zu unerwünschten strukturellen Veränderungen führen.</p> <p>zu a) Für kleinere Organisationseinheiten wie z. B. Tageskliniken oder Abteilung psychiatrien an Allgemeinkrankenhäusern müssen die Ausnahmetatbestände und Anrechnungsmöglichkeiten weiter gefasst werden. Die durch die geringere Anzahl an Mitarbeitern gegebene strukturelle Anfälligkeit kann nur durch eine erhöhte Flexibilität aufgefangen werden.</p> <p>zu b) Kurzfristige und kleine Unterschreitungen sind durch den Quartalsbezug gut auszugleichen. Darüber hinaus stehen Ausnahmetatbestände und Anrechnungsmöglichkeiten dem Krankenhaus zur Verfügung; Werkzeuge, die bisher im Rahmen der PPP-RL nur sehr selten genutzt worden sind.</p> <p>Gehen die Unterschreitungen allerdings über das Quartal hinaus und lassen sie sich nicht innerhalb eines Quartals ausgleichen, sind andere Mechanismen angezeigt. So können z. B. die Unterschreitungen der nicht ausgeglichenen Quartale zu einer Gesamtunterschreitung aufsummiert werden. Dieses geschieht solange bis ein Quartal ausgeglichen werden kann. Hierdurch soll eine langandauernde Unterschreitung der Mindestvorgaben unterbunden werden.</p> <p>Kleine Unterschreitungen führen zu kleinen Vergütungskürzungen und große zu überproportional großen Kürzungen. Ein solcher Me-</p>	<p>mit weniger als 25 Betten die Richtlinie, während dies nur 36 % der Einrichtungen mit mehr als 100 Betten tun (siehe dazu Watermann et al. (2023).</p> <p>Quelle: <i>Mindestpersonalvorgaben in der Psychiatrie: Erste Ergebnisse zur Personalausstattung veröffentlicht. G & S Gesundheits- und Sozialpolitik3/2023, s. 20-31)</i></p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Mit Beschluss vom 19. Oktober 2023 wurden die Sanktionen um weitere zwei Jahre bis 2026 ausgesetzt. Die Daten der IQTIG-Quartalsberichte aus dem Jahr 2022 zeigen u. a., dass durchschnittlich 82,8 % der Kliniken den berufsgruppenübergreifenden Umsetzungsgrad in der Erwachsenenpsychiatrie erreicht haben. Jedoch erfüllen im Schnitt 49,2 % der Einrichtungen die Mindestvorgaben gemäß PPP-RL nicht. Die Mindestvorgaben gelten als nicht erfüllt, wenn sie in nur einer Berufsgruppe unterschritten werden. Die berufsgruppenübergreifenden Umsetzungsgrade zeigen jedoch, dass nicht in Gänze zu wenig Personal vorhanden ist. Trotz intensiver Bemühungen vieler Krankenhäuser ist es im Bundesdurchschnitt bisher nicht gelungen, die personelle Ausstattung in allen Berufsgruppen den Mindestvorgaben anzupassen. Teilweise ist dies fachlich auch gar nicht erforderlich, da sich Behandlungskonzepte und Aufgaben der Berufsgruppen in den vergangenen verändert haben. Vor dem Hintergrund möglicher Sanktionen drohten jedoch nunmehr eine Absenkung der Bettenbelegung, Reduzierung des Behandlungsangebots und Stagnation von innovativen Versorgungskonzepten. Das kann nicht im Sinne einer qualitativ</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>chanismus ließe sich z. B. durch eine quadratische Funktion nachbilden, der mit einer Minimalsanktion startet und z. B. bei einer 50% Unterschreitung der Mindestvorgaben zu einem Vergütungsstopp führen würde. Als Minimalsanktion böte sich der Sanktionsfaktor 0,35 an, der bei einem angenommenen Personalkostenfaktor von 0,65 fast die Hälfte der potentiell eingesparten Personalkosten bei Klinik belässt. Dieses eröffnet dem Krankenhaus Handlungsspielraum.</p> <p>Auf Grund der obigen Überlegungen sollten unsere weiteren Ausführungen besser nachvollziehbar sein.</p>	<p>hochwertigen stationären Versorgung sein. Mit der Verschiebung des Vergütungswegfalls bis 2026 haben die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nun länger Zeit, sich auf die Anforderungen der PPP-RL einzustellen, ohne die Versorgung psychiatrisch und psychosomatisch erkrankter Menschen zu gefährden.</p> <p>Mit Beschluss vom 19. Oktober 2023 wurde weiterhin festgelegt, die Sanktionierung bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben neu auszugestalten. Diesem Auftrag kommt die DKG mit ihrem detaillierten mehrstufigem Konzept nach, welches zum Ziel hat, eine sachgerechte Sanktionierung zu etablieren. Die bisherige Ausgestaltung kam diesem Anspruch nicht nach, wovon nicht zuletzt die mehrfachen Verschiebungen zeugte. Das vorgeschlagene gestufte System sieht bei erstmaliger Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zwingend die Einleitung eines klärenden Dialogs zwischen der Klinik und der jeweiligen LAG vor. Die darin erörterten Gründe für die Nichteinhaltung sowie geschlossene (Zwischen-)Ziele zur Erreichung dieser können allerdings oftmals nicht binnen eines Quartals erreicht werden, weshalb den Häusern eine entsprechend realistische Frist zur Erreichung gewährt werden muss. Sanktionen gemäß § 13 Absatz 5 bereits im Folgequartal einzuleiten, nicht verhältnismäßig.</p> <p>Ein einfacheres Verfahren wäre sicher wünschenswert. Aufgrund der Finanzierungssystematik mit krankenhausindividuellen Budgets und Vergütungen kann jedoch nicht angenommen werden, dass eine Nicht-Einhaltung der Mindestanforderungen regelhaft mit Personalkosteneinsparungen einhergeht</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 Forderung nach einer gerechten Sanktionierung lassen sich auch in den Vorschlägen des BApK, wonach kurzfristige Unterschreitungen der Mindestvorgaben nicht unmittelbar bestraft werden sollen, erkennen. Auch der Vorschlag nach mehr Flexibilisierung durch Ausnahmeregelungen oder weiter gefasste Anrechnungsmöglichkeiten bei kleineren Organisationseinheiten ist absolut zu unterstützen. Allerdings sind auch für größere Organisationseinheiten die Anrechnungs- und Ausgleichsmöglichkeiten nur unzureichend, um die Mindestvorgaben zu erreichen. Dies geschieht unter anderem durch veränderte Behandlungskonzepten mit einer Verschiebung von Aufgaben zwischen den Berufsgruppen, aber auch durch nicht ausgleichbare Schwankungen</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Bereits in den Tragenden Gründen zu § 1 der PPP-RL wird darauf hingewiesen, dass es sich in der ersten Stufe mit einer Orientierung an der Psych-PV nur um eine Übergangslösung handelt. Bei der Weiterentwicklung der PPP-RL sind die Ausführungen des BApK hilfreich.</p>
7.2	BApK	<p>1) Zu den Änderungen:</p> <p>I. 1. § 1 Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt ersetzt:</p> <p>„Eine Personalbemessung, die nicht die mindestens 100% Erfüllung der finalen verbindlichen Mindestvorgaben ermöglicht, ist unzulässig.“</p> <p>In der Realität gibt es ein Junktum zwischen dem Personalbudget und den verbindlichen Mindestvorgaben, wie es die DKG in ihren Ausführungen zu den Sanktionen weiter unten ausführlich darstellt.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Der Vorteil der neuen Formulierung erschließt sich dem GKV-SV nicht. Die bisherige Formulierung stellt bereits sicher, dass die verbindlichen Mindestvorgaben kein Budgetinstrument, sondern ein QS-Instrument sind. In den Eckpunkten der Tragenden Gründe zum Erstbeschluss der PPP-RL hat der G-BA 2019 klargestellt, dass die verbindlichen Mindestvorgaben kein Budgetinstrument, sondern ein QS-</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>Instrument sind und es über die Vorgaben hinaus mehr Personal braucht, um die Mindestvorgaben einhalten zu können.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Dem Vorschlag wird aus den folgenden Gründen nicht gefolgt: In der derzeitigen Ausgestaltung der PPP-RL wird bedauerlicherweise keine Personalbemessung geregelt. Somit kann auch keine entsprechende Zulässigkeit festgelegt werden. Im Grundsatz beinhaltet der Vorschlag die Forderung einer vollständigen Refinanzierung der Personalkosten, insbesondere um auch die Mindestvorgaben zu erreichen. Dies ist absolut zu unterstützen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
7.3	BApK	<p>I. 2. § 13 Absatz 3. Es ist sehr zu begrüßen, dass sich die Krankenhäuser bei den Landesarbeitsgemeinschaften der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und den Landesaufsichtsbehörden Rat holen wollen. Unser Verständnis als Angehörige ist es, dass dies aktuelle Übung ist. Da nun die weiteren zwei Jahre 2024 und 2025 ohne Abschlag bleiben, ist bei uns Angehörigen nicht klar, warum dann noch ein solches Verfahren eingeführt werden soll. Sollte dieses allerdings für jedes Quartal in der Zukunft gelten, in dem die Mindestvorgabe nicht erreicht wurde, würde damit ein neues bürokratisches Verfahren eingeführt werden. Es erscheint uns zielführender zu sein, den Misstand zu beseitigen, denn ihn zu verwalten. Von daher lehnen wir a) der DKG ab.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>Mindestvorgaben sind Mindestvorgaben und dürfen nicht unterschritten werden. Ein klärender Dialog der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften zu den Ursachen für zu geringe Personalausstattung nachdem die Mindestvorgaben unterschritten worden sind, setzt zu spät an. Die Einrichtungen kennen nun seit mehreren Jahren ihren Erfüllungsgrad und hatten genügend Zeit, die Ursachen für den Personalmangel zu klären und vor der nächsten jährlichen Erhebung zu beheben. Dazu lässt die PPP-RL übrigens auch Ausnahmetatbestände und vielfältige Anrechnungsmöglichkeiten zu.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Der klärende Dialog hat u. a. zum Ziel, 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>Gründe für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zu ermitteln und eine entsprechende Zielvereinbarung inklusive dafür notwendige / geeignete Maßnahmen zu schließen. Diese Gründe sowie die vereinbarten (Zwischen-)Ziele zur Erreichung der Mindestvorgaben können allerdings oftmals nicht binnen eines Quartals erreicht werden, weshalb den Häusern eine entsprechend realistische Frist zur Erreichung gewährt werden muss. Den Krankenhäusern muss die Möglichkeit zur Erklärung und Lösung gegeben werden, da im Umkehrschluss auch jede Unterschreitung der Mindestvorgaben in jedem Quartal sanktioniert werden würde.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
7.4	BApK	I. 2. § 13 Absatz 4 entsprechend Ablehnung b) der DKG.	<p>GKV-SV: Dank und Zustimmung. Siehe dazu Kommentar zu 7.3.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
7.5	BApK	I. 2. § 13 Absatz 5 entsprechend Ablehnung Absatz 5 a) mit aa), bb) und cc) sowie d) der DKG.	<p>GKV-SV: Dank und Zustimmung. Siehe dazu Kommentar zu 7.3.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
7.6	BApK	I. 2. § 13 Absatz 5 a) des GKV wird ist die Konsequenz aus dem Verschiebungsbeschluss ebenso wie die Jahre „2026 und 2027“ unter b). Nicht folgen können wir allerdings den weiteren Inhalten unter b). An dieser Stelle würden wir es begrüßen, wenn GKV und DKG unsere Ausführungen zu Beginn der Stellungnahme zu Rate ziehen würden, ob sich aus diesen nicht	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Ein einfacheres Verfahren wäre wünschenswert. Die Komplexität ist darauf zurückzuführen, dass nach</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

		eine einfachere, transparentere und verständliche Regelung für beide Seiten finden ließe. Ohne zu Hilfenahme der tragenden Gründe waren die Richtlinienentwürfe der DKG kaum verständlich.	geltender Rechtslage für Mindestanforderungen ein Vergütungswegfall (und kein Abschlagsbetrag) zu regeln ist. Zudem ist unabhängig davon zur Vermeidung von Fehlanreizen zu berücksichtigen, ob eine Nichteinhaltung tatsächlich mit Kosteneinsparungen einhergehen PatV : Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
7.7	BApK	2) 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.	GKV-SV/DKG : Kenntnisnahme. PatV : Dank und Kenntnisnahme. Der Vorschlag betrifft allerdings nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf.
7.8	BApK	Um die für die Angehörigen vorgehaltenen, strukturellen Ressourcen sichtbar zu machen, wünscht der BApK, dass in der Anlage 3 je Station die geplanten Ressourcen zur Angehörigenarbeit aufgeführt werden.	GKV-SV/DKG : Kenntnisnahme. PatV : Dank und Kenntnisnahme. Der Vorschlag betrifft allerdings nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf.
8	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT), 08.01.2024		
8.1	WFKT	Wie in vorausgehenden Stellungnahmen weisen wir nachdrücklich darauf hin, dass Künstlerische Therapien (Kunst-, Kunst-, Tanz-, Theatertherapie u.a.) ein wichtiger Baustein in Versorgungsbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie, der Psychosomatik sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie geworden sind. In der Grundversorgung ergänzen künstlerisch-therapeutische Interventionen auch die klinische Diagnostik. Speziell in multimodalen Therapieprogrammen bieten sie wichtige nonverbale, erfahrungs-, emotions- und kommunikations- und handlungsorientierte Zugänge zu Patientinnen und Patienten.	GKV-SV/PatV : Dank und Kenntnisnahme. Die Berufsgruppen nach § 5 und Anlage 4 waren nicht Gegenstand der aktuellen Änderungen der RL und somit dieses Stellungnahmeverfahrens. Wir verweisen auf die Rückmeldungen zu Ihrer Stellungnahme vom 06.07.2023, die den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 19.10.2023 entnommen werden kann. DKG : Kenntnisnahme.

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

	<p>Vorliegende evidenzbasierte Studien belegen nachweislich ihre Wirksamkeit. Zudem entwickeln sich gegenwärtig das Forschungsengagement der Künstlerischen Therapien im Zusammenhang mit dem akademischen Ausbildungsprofil der Bachelor- und Masterstudiengängen.</p> <p>Vor diesem Hintergrund möchten wir in unserer Stellungnahme zum aktuellen Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL vehement darauf verweisen, dass darin eine präzise Beschreibung der fachspezifischen Regelaufgaben der Künstlerischen Therapien enthalten sein muss. Dies ist vor allem erforderlich, um eine angemessene Differenzierung der Versorgungsleistungen der Künstlerischen Therapien innerhalb der Gruppierung der Spezialtherapien zu gewährleisten (u.a. in Unterscheidung zur Ergotherapie). Ebenso dient eine klare Kompetenzbeschreibung als wichtiges Basis-instrument für die Qualitätssicherung und -prüfung der Künstlerischen Therapien in der klinischen Versorgung. Dafür setzten wir uns als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Künstlerischen Therapien mit bestem Wissen und im Austausch mit AWMF- Fachgesellschaften ein.</p> <p>Mehrfach haben wir unsere Expertise für diese dringliche Aufgabe angeboten, was wir hiermit auch erneut tun wollen. Um nötige Arbeitsschritte ggf. mit anderen betroffenen Berufsgruppen und dem zuständigen Unterausschuss einvernehmlich abzustimmen, stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.</p> <p>Unsere deutlichen Hinweise sollen einen effizienten und kooperativen Arbeitsprozess anstoßen, der die Erfassung und klare Beschreibung der Regelaufgaben der nicht-ärztlichen/psychotherapeutischen und nicht-pflegerischen Berufsgruppen zum Ziel hat. Dafür liegen Ihnen bereits formulierte Entwürfe zu Regelaufgaben der Künstlerischen Therapien (Anlage unserer Stellungnahme vom 06.07.2023) vor.</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

		Wir schlagen mit unserer heutigen Stellungnahme keine wörtliche und strukturelle Änderung des vorliegenden „Beschlussentwurfes über eine Änderung der Personal-ausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ vor.	
9	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), 08.01.2024		
9.1	DGPPN	<p>[...]</p> <p>Als wissenschaftliche Fachgesellschaft fokussieren wir auf die Versorgungswirkung der Sanktionen, so dass vor diesem Hintergrund die aktuell vorgelegten Vorschläge von GKV und DKG nicht in vollem Umfang dem entsprechen, was die DGPPN fordert: Die Rückzahlung nicht verausgabter Mittel. Der Vorschlag der DKG ist aus unserer Sicht dabei aber angemessener, was das Prozedere und die Folgen betrifft.</p> <p>Wir danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und möchten nachfolgend zu einigen Aspekten Stellung nehmen.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Die Vorgaben des Gesetzgebers zu den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind eindeutig: nach § 137 Abs. 1 SGB V und § 5 Abs. 2 der darauf basierenden Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie (QFD-RL) des G-BA, ist bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen. Genau dies ist in der PPP-RL rechtlich eindeutig umgesetzt worden. Diese Regelung ist in den Urteilen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg auch prinzipiell bestätigt worden.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Der DKG-Vorschlag führt in den Fällen, in denen das vereinbarte Personal nicht beschäftigt wurde, im Sinne einer Rückzahlung rückwirkend zu einem hohen Vergütungswegfall. Es ist nunmehr zu bewerten, ob eine zusätzliche Sanktionierung in Höhe von 0,35 angemessen ist.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme.</p>
9.2	DGPPN	§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben	GKV-SV: Mindestvorgaben sind Mindestvorgaben und dür-

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>Als wissenschaftliche Fachgesellschaft fokussiert sich die DGPPN insbesondere auf die Auswirkungen der vorliegenden Beschlussentwürfe für die voll- und teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in den Kliniken. In einem umfassenden Positionspapier der Plattform Entgelt haben sich zuletzt über 20 Verbände aus dem Bereich Psychiatrie und Psychotherapie zu den Auswirkungen von Sanktionen und der daraus resultierenden Bedrohung der psychiatrischen Versorgungslandschaft in Deutschland geäußert (https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/18bf2a18f74fba26064758d22df722cebf476223/20230628_Positionspapier_PPP-RL_Langversion_web.pdf).</p> <p>Für die Jahre 2024 und 2025 wurden vor diesem Hintergrund Durchsetzungsmaßnahmen aus-gesetzt, um die wohnortnahe psychiatrische Versorgung weiterhin sicherzustellen. In den nun vorgelegten Beschlussentwürfen geht es um die Ausgestaltung der Sanktionen ab dem Jahr 2026, die aktuell dissent zwischen DKG und GKV-SV sind. Beide Vorschläge entsprechen nicht in vollem Umfang dem, was aus unserer Sicht im Mittelpunkt der Bemühungen stehen sollte: nämlich die Unterstützung der Kliniken bei der Erfüllung der PPP-RL und die Beschränkung von Sanktionen auf Rückzahlung nicht verausgabter Mittel aus dem tatsächlich vereinbarten Budget.</p> <p>Zu den vorliegenden Vorschlägen möchten wir uns im Einzelnen wie folgt äußern:</p>	<p>fen nicht unterschritten werden. Ein klärender Dialog der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften zu den Ursachen für zu geringe Personalausstattung nachdem die Mindestvorgaben unterschritten worden sind, setzt zu spät an. Die Einrichtungen kennen nun seit mehreren Jahren ihren Erfüllungsgrad und hatten genügend Zeit, die Ursachen für den Personalmangel zu klären und vor der nächsten jährlichen Erhebung zu beheben. Dazu lässt die PPP-RL übrigens auch Ausnahmetatbestände und vielfältige Anrechnungsmöglichkeiten zu.</p> <p>Die Vorgaben des Gesetzgebers zu den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind eindeutig: nach § 137 Abs. 1 SGB V und § 5 Abs. 2 der darauf basierenden Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie (QFD-RL) des G-BA, ist bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen. Genau dies ist in der PPP-RL rechtlich eindeutig umgesetzt worden. Diese Regelung ist in den Urteilen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg auch prinzipiell bestätigt worden.</p> <p>DKG/PatV: Kenntnisnahme.</p>
9.3	DGPPN	<p>Der Antrag des GKV-SV ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht.</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV orientiert sich an der PpUGV, die Mindestbesetzungen im Pflege-dienst in somatischen Kliniken definiert, was aus unserer Sicht folgende Problematiken mit sich bringt:</p>	<p>GKV-SV: Die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA sind kein Budgetinstrument, sondern ein QS-Instrument. Es braucht über die Vorgaben hinaus mehr Personal, um die Mindestvorgaben einhalten zu können.</p> <p>Die Vorgaben des Gesetzgebers zu den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind eindeutig: nach § 137</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"> • Die PpUGV regelt einen schicht- und monatsbezogen Personalnachweis und führt deshalb zu kleineren Sanktionsbeträgen, was zunächst wie eine Milderung gegenüber bisherigen Vorschlägen wirkt. Im Kern bezieht sich die PpUGV jedoch nur auf eine Berufsgruppe und ihre analoge Anwendung auf die PPP-RL ist deshalb nicht gerechtfertigt. • Anders als in der PpUGV vorgesehen und praktiziert, ist der Rahmen der PPP-RL nicht mit einer vollumfänglichen Ausfinanzierung der vorgesehenen Mindestpersonalbesetzungen verknüpft. Aus unserer Sicht wären daher Durchsetzungsmaßnahmen analog der PpUGV nur dann sachgerecht, wenn vereinbarte Budgets die Vollfinanzierung der vereinbarten Stellen umfassen. • Der Vorschlag des GKV-SV hält fest an der Idee von Strafzahlungen, die etwa beim Faktor 2 liegen würden und somit weit über den Beträgen liegen, die der Rückzahlung nichtverausgabter Mittel entsprechen. 	<p>Abs. 1 SGB V und § 5 Abs. 2 der darauf basierenden Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie (QFD-RL) des G-BA, ist bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen. Genau dies ist in der PPP-RL rechtlich eindeutig umgesetzt worden. Diese Regelung ist in den Urteilen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg auch prinzipiell bestätigt worden.</p> <p>Zu dem Hinweis, dass Durchsetzungsmaßnahmen aus Sicht der BDK nur dann sachgerecht seien, wenn die Budgets die Vollfinanzierung der vereinbarten Stellen umfassen, verweisen wir auf die Ergebnisse des Psychiatrie-Barometers. Mit der Befragung wurde u.a. untersucht, Das Psychiatrie-Barometer 2023 ging den Ursachen auf den Grund, warum Kliniken die Mindestvorgaben nicht erfüllten. Fast 80 % der befragten Kliniken gaben an, dass die erforderlichen Stellen aufgrund des Fachkräftemangels nicht besetzt werden konnten, wohingegen nur 25 % der Kliniken Widerstände der Kostenträger in Budgetverhandlungen bei Finanzierung der erforderlichen Stellen als Ursachen benannten (Antwortkategorien: „trifft voll und ganz zu“).</p> <p>Quelle: <i>Deutsches Krankenhausinstitut (2023) DKI Psychiatrie-Barometer Umfrage 2022/2023</i></p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Eine Übertragung der PPUg-Regelungen auf die PPP-RL ist weder sinnvoll noch sachgerecht. Die PPUg kann jedoch als Orientierungshilfe zur Frage der Angemessenheit</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 Vergütungswegfalls dienen. Auch dabei sind die Systemunterschiede zu beachten.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme.</p>
9.4	DGPPN	<p>Der Vorschlag der DKG ist aus unserer Sicht angemessener, was das Prozedere und die Folgen betrifft.</p> <p>Der Vorschlag der DKG berücksichtigt neben der PPP-RL auch die dem IneK gemeldeten zertifizierten Personalnachweise und setzt diese zueinander in Bezug. Dies begrüßen wir, weil hierdurch die tatsächliche Personalbesetzung besser berücksichtigt werden kann. Jedoch stellt sich der Algorithmus zur Berechnung der Abweichungen als hochkomplex dar und dürfte in der praktischen Umsetzung Verständigungsprobleme zwischen den Behandlungspartnern begünstigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das vorgesehene Verfahren eines Dialogs zu den Hintergründen eines Verstoßes gegen die Richtlinie unterstützen wir vollumfänglich, insbesondere vor dem Hintergrund der oft unklaren Ursachen für Abweichungen, die auch nicht automatisch zu einem Ausnahmetatbestand nach § 10 führen müssen. In Anbetracht des Fachkräftemangels sollte ein verpflichtender klärender Dialog unbedingt zum Ziel haben, gemeinsame Maßnahmen zur Vermeidung von Verstößen einleiten zu können. Der Dialog wäre vor allem i. S. der Qualität wichtig, um eine nachhaltige Verbesserung herbeiführen zu können, so wie es auch in § 137 SGB V vorgesehen ist. • Dieser Dialog ist auch deshalb essenziell, weil sich nicht alle Abweichungen in Ausnahmetatbeständen abbilden lassen. • Um die Einhaltung von Mindestpersonalvorgaben zu jedem Zeitpunkt sicherstellen zu können müssen personelle Reservekapazitäten finan- 	<p>GKV-SV: Mindestvorgaben sind Mindestvorgaben und dürfen nicht unterschritten werden. Ein klärender Dialog der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften zu den Ursachen für zu geringe Personalausstattung nachdem die Mindestvorgaben unterschritten worden sind, setzt zu spät an. Die Einrichtungen kennen nun seit mehreren Jahren ihren Erfüllungsgrad und hatten genügend Zeit, die Ursachen für den Personalmangel zu klären und vor der nächsten jährlichen Erhebung zu beheben.</p> <p>DKG: Zustimmung Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Mit Beschluss vom 19. Oktober 2023 wurde vereinbart, die Sanktionierung bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben neu auszugestalten. Diesem Auftrag kommt die DKG mit ihrem detaillierten mehrstufigem Konzept nach, welches zum Ziel hat, eine möglichst sachgerechte Sanktionierung zu etablieren.</p> <p>Mit dem DKG-Vorschlag wird zumindest bei der Höhe des „Straffaktors“ berücksichtigt, inwieweit das vereinbarte Personal auch tatsächlich vorhanden ist.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Zustimmung zu den Ausführungen der DGPPN, dass ein klärender Dialog zu den Ursachen der Nicht-Erfüllung der Mindestvorgaben und darauf aufbauende Zielvereinbarung</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>ziert werden. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen in Budgetverhandlungen vor Ort lässt sich ein solcher „Puffer“ aber nicht vereinbaren: Krankenkassen gehen mit den Personaluntergrenzen in den meisten Fällen so um, als markierten diese eine Obergrenze für die Vereinbarung des Personalbudgets. Die vorgesehenen Durchsetzungsmaßnahmen würden daher keinen Beitrag zur Patientensicherheit oder Qualität der Behandlung leisten, sondern im Gegenteil zu einer Verschlechterung führen und bestehende Probleme verschärfen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein „Bestrafungsfaktor“ für eine kassenseitig nicht ausfinanzierte Personalbesetzung bleibt vor diesem Hintergrund kritisch zu bewerten. 	<p>gen den notwendigen Personalaufbau in den Kliniken unterstützen können.</p>
9.5	DGPPN	<p>§ 16: Übergangsregelungen</p> <p>Die Personalausstattung psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken ist das wesentliche Element der Strukturqualität für eine leitliniengerechte und patientenorientierte Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Vor diesem Hintergrund fordern wir seit langem zusammen mit vielen Fachverbänden und wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Personalbemessungsinstrument, welches am Bedarf der Patienten ausgerichtet ist und haben dafür das sogenannte Plattform-Modell entwickelt, das derzeit im EPIKK-Projekt evaluiert wird.</p> <p>Im vorliegenden Beschlussentwurf fordert der GKV-SV nun eine weitere Verschiebung der vollständigen (also 100%-igen) Erfüllung von Mindestvorgaben bis zum 01.01.2029. Dies ist in Kenntnis der vom IQTIG veröffentlichten Erfüllungsquoten in verschiedenen Kliniken nach-vollziehbar, insbesondere vor dem Hintergrund des voranschreitenden Fachkräftemangels.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA sind kein Budgetinstrument, sondern ein QS-Instrument. Es braucht über die Vorgaben hinaus mehr Personal, um die Mindestvorgaben einhalten zu können.</p> <p>Da vor Einführung der Richtlinie über 40 % der Einrichtungen die Vorgaben der Psych-PV nicht erfüllten, wurden die Mindestvorgaben der PPP-RL stufenweise mit Übergangsregelungen eingeführt. Diese Übergangsregelung soll aus Sicht des GKV-SV jetzt verlängert werden, um den Krankenhäusern nochmals Zeit für die Umsetzung von notwendigen Maßnahmen, z. B. mehr teilstationäre und ambulante Behandlung am Krankenhaus, zu geben. Dass das Umdenken in den Einrichtungen leider nur langsam erfolgt, die Maßnahmen nur langsam greifen und daher belastende Arbeitsbedingungen, die den Arbeitsplatz weiter unattraktiv gestalten, weiter bestehen bleiben, ist ein Dilemma.</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 schließen uns dennoch dem Vorschlag der DKG an, die Übergangszeit ab dem 01.01.2026 zu beenden, um sicherzustellen, dass die dringend benötigten Personalressourcen vollständig finanziert werden von den Kostenträgern. Schon jetzt lassen sich in den Budgetverhandlungen keine für die Einhaltung von Mindestvorgaben dringend erforderlichen Reservekapazitäten zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern vereinbaren. Es steht somit zu befürchten, dass durch eine weitere Verlängerung der Übergangszeiten dringend benötigte finanzielle Mittel für Personal zurückgehalten werden, was zu weiteren erheblichen Qualitätseinbußen führen würde.</p> <p>Die Diskrepanz zwischen qualitätssichernden Mindestvorgaben und einem Personalbemessungsinstrument für eine evidenzbasierte und leitliniengerechte moderne psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wird an dieser Stelle deutlich sichtbar und die Richtlinie PPP-RL bietet im vorliegenden Beschlussentwurf erneut keine Lösungen. Deshalb setzt sich die DGPPN auch weiterhin uneingeschränkt für eine Weiterentwicklung der Personalrichtlinie des GBA für die Psychiatrie ein, die klar zwischen Personalbemessung und Mindestvorgaben unterscheidet, und diese Mindestvorgaben so formuliert, dass sie insbesondere die regionale Pflichtversorgung tatsächlich unterstützen bzw. sichern. Der aktuelle pauschale Abschlag auf die Minutenwerte für solche Kliniken, die nicht an der Pflichtversorgung teilnehmen, tut dies nicht. Außerdem muss zukünftige Personalbemessung sektorenübergreifende innovative Behandlungskonzepte unterstützen, statt die Sektorengrenzen zu zementieren.</p>	<p>Zu der Befürchtung, dass bei einer Verlängerung der Übergangsregelungen benötigte finanzielle Mittel für Personal zurückgehalten würden, verweisen wir auf die Ergebnisse des Psychiatrie-Barometers. Das Psychiatrie-Barometer 2023 ging den Ursachen auf den Grund, warum Kliniken die Mindestvorgaben nicht erfüllten. Fast 80 % der befragten Kliniken gaben an, dass die erforderlichen Stellen aufgrund des Fachkräftemangels nicht besetzt werden konnten, wohingegen nur 25 % der Kliniken Widerstände der Kostenträger in Budgetverhandlungen bei Finanzierung der erforderlichen Stellen als Ursachen benannten (Antwortkategorien: „trifft voll und ganz zu“).</p> <p>Quelle: <i>Deutsches Krankenhausinstitut (2023) DKI Psychiatrie-Barometer Umfrage 2022/2023</i></p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme. PatV: Kenntnisnahme.</p>
10	Bundesdirektorenkonferenz der Chefarztinnen und Chefarzte psychiatrischer Kliniken e.V. (BDK), 08.01.2024		
10.1	BDK	[...]	

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 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 § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V fest. Sie soll einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Als Bundesdirektorenkonferenz möchten wir von unserem Stellungnahmerecht Gebrauch machen und uns zu folgenden strittigen Punkten des vorgelegten Beschlussentwurfes positionieren:</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Stellungnahme entspricht im Wesentlichen der Stellungnahme der DGPPN.</p>
10.2	BDK	<p>§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</p> <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 psychiatrischen Versorgungslandschaft in Deutschland geäußert (https://www.dgppn.de/Resources/Persisent/18bf2a18f74fba26064758d22df722cebf476223/20230628_Positionspapier_PPP-RL_Langversion_web.pdf).</p> <p>Für die Jahre 2024 und 2025 wurden die Durchsetzungsmaßnahmen ausgesetzt, um die wohnortnahe psychiatrische Versorgung sicherzustellen, was von der Bundesdirektorenkonferenz sehr begrüßt wird!</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. PatV: siehe 10.1</p>
10.3	BDK	<p>Die DKG schlägt in § 13 Absatz 3 bei Nichteinhaltung der Mindestanforderungen einen klärenden Dialog zwischen der Einrichtung und der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft für sektorübergreifende Qualitätssicherung vor. In diesem Dialog sollen einerseits die Gründe für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben ermittelt und andererseits eine Zielvereinbarung geschlossen werden. Die geeigneten Maßnahmen, die erforderliche Frist bis zur Erfüllung der Mindestvorgaben sowie konkrete Zwischenziele</p>	<p>GKV-SV: Mindestvorgaben sind Mindestvorgaben und dürfen nicht unterschritten werden. Ein klärender Dialog der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften zu den Ursachen für zu geringe Personalausstattung nachdem die Mindestvorgaben unterschritten worden sind, setzt zu spät an. Die Einrichtungen kennen nun seit mehreren Jahren ihren Erfüllungsgrad und hatten genügend Zeit, die Ursachen für den Perso-</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>sind festzulegen. Bei weiterer Nichteinhaltung ist zum einen die Landesaufsichtsbehörde in den klärenden Dialog einzubeziehen, zum anderen wird eine maximale Frist von einem Jahr zum Erreichen der Zielvereinbarung festgelegt. Erst danach kommt es zu einem Wegfall des Vergütungsanspruches für das betroffene Quartal.</p> <p>Da die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben durch das Krankenhaus sehr unterschiedliche Ursachen haben kann und nicht alle Gründe in den Ausnahmetatbeständen abgebildet werden, befürworten wir den Vorschlag der DKG für einen Dialog mit klärenden und unterstützenden Maßnahmen durch die jeweilige Landesarbeitsgemeinschaft sehr.</p>	<p>nalmangel zu klären und vor der nächsten jährlichen Erhebung zu beheben.</p> <p>Die Vorgaben des Gesetzgebers zu den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind außerdem eindeutig: nach § 137 Abs. 1 SGB V und § 5 Abs. 2 der darauf basierenden Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie (QFD-RL) des G-BA, ist bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V der Wegfall des Vergütungsanspruches festzulegen. Genau dies ist in der PPP-RL rechtlich eindeutig umgesetzt worden. Diese Regelung ist in den Urteilen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg auch prinzipiell bestätigt worden.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: siehe 10.1</p> <p>BPtK: Zustimmung zu den Ausführungen der BDK, dass ein klärender Dialog zu den Ursachen der Nicht-Erfüllung der Mindestvorgaben und darauf aufbauende Zielvereinbarungen den notwendigen Personalaufbau in den Kliniken unterstützen können.</p>
10.4	BDK	<p>In § 13 Absatz 5 liegen nun zwei unterschiedliche Vorschläge zur Berechnung der Durchsetzungsmaßnahmen vor.</p> <p>Wie schon im Positionspapier dezidiert aufgeführt, setzen wir uns für die Rückzahlung der nicht zweckgebunden verausgabten Mittel ein, weshalb die vorliegenden Vorschläge der DKG und des GKV-SV im Wesentlichen nicht dem entsprechen, was wir gefordert haben. Nach unserer Einschätzung orientiert sich der Vorschlag der GKV-SV an der Pflegepersonalunter-</p>	<p>GKV-SV: Die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA sind kein Budgetinstrument, sondern ein QS-Instrument. Es braucht über die Vorgaben hinaus mehr Personal, um die Mindestvorgaben einhalten zu können.</p> <p>Mindestvorgaben sind Mindestvorgaben und dürfen nicht unterschritten werden. Ein klärender Dialog der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften zu den Ursachen für zu geringe Personalausstattung nachdem die Mindestvorgaben</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>grenzenverordnung und kann damit einen bis zu zweifachen Sanktionsfaktor erzeugen. Da sich die PPP-RL auf alle Berufsgruppen bezieht und die Pflegepersonaluntergrenzenverordnung kleinteiliger und nur auf die Gruppe des Pflegedienstes bezogen ist, bedingt die PpUGV kleinere Sanktionsbeträge in der somatischen Medizin als die PPP-RL in der Psychiatrie.</p> <p>Beim Vorschlag der DKG begrüßen wir die Berücksichtigung der Personalmangels, die dem InEK gemeldet werden. Der sich dadurch ergebende, etwas niedrigere, Sanktionsfaktor erscheint sachgerechter, ist allerdings mit einem komplizierten Algorithmus aus PPP-RL und vereinbartem Personal versehen.</p> <p>Ausdrücklich möchten wir noch einmal darauf hinweisen, dass Durchsetzungsmaßnahmen nur dann legitim sind, wenn die Budgets die Vollfinanzierung der vereinbarten Stellen umfassen, wie das auch im PpUGV so vorgesehen ist. Des Weiteren bedarf es zur Einhaltung von Mindestpersonalsvorgaben Reservekapazitäten, die ebenfalls finanziert sein müssen.</p> <p>Abschließend stimmen wir deshalb dem Vorschlag der DKG zu, insbesondere was den geforderten Dialog angeht.</p>	<p>unterschritten worden sind, setzt zu spät an. Die Einrichtungen kennen nun seit mehreren Jahren ihren Erfüllungsgrad und hatten genügend Zeit, die Ursachen für den Personalmangel zu klären und vor der nächsten jährlichen Erhebung zu beheben.</p> <p>Die Vorgaben des Gesetzgebers zu den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind eindeutig: nach § 137 Abs. 1 SGB V und § 5 Abs. 2 der darauf basierenden Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie (QFD-RL) des G-BA, ist bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen. Genau dies ist in der PPP-RL rechtlich eindeutig umgesetzt worden. Diese Regelung ist in den Urteilen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg auch prinzipiell bestätigt worden.</p> <p>Nichtsdestotrotz müssen die Sanktionen verhältnismäßig sein. Dem kommt der GKV-SV entgegen, indem er die Sanktionen bis 2025 aussetzt und die konkrete Ermittlung der Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruches anpasst.</p> <p>Zu dem Hinweis, dass Durchsetzungsmaßnahmen aus Sicht der BDK nur dann legitim seien, wenn die Budgets die Vollfinanzierung der vereinbarten Stellen umfassen, verweisen wir auf die Ergebnisse des Psychiatrie-Barometers. Mit der Befragung wurde u.a. untersucht, warum Kliniken die Mindestvorgaben nicht erfüllten. Fast 80 % der befragten Kliniken gaben an, dass die erforderlichen Stellen aufgrund des Fachkräftemangels nicht besetzt werden konnten, wohingegen nur 25 % der Kliniken Widerstände der Kostenträger in Budgetverhandlungen bei Finanzierung der erforderlichen</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>Stellen als Ursachen benannten (Antwortkategorien: „trifft voll und ganz zu“).</p> <p>Quelle: <i>Deutsches Krankenhausinstitut (2023) DKI Psychiatrie-Barometer Umfrage 2022/2023</i></p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: siehe 10.1</p>
10.5	BDK	<p>§ 16 Übergangsregelungen</p> <p>Der GKV Spitzenverband schlägt eine Verlängerung der Übergangsregelungen vor und eine Beibehaltung der 90% Erfüllungsquote bis zum Jahr 2029. Einerseits ist dies für viele Kliniken, die aufgrund des Fachkräftemangels Schwierigkeiten haben Stellen nachzubesetzen, eine Erleichterung. Andererseits befürchten wir die Festschreibung der Finanzierung von Personal auf dem Niveau 90% der PPP-RL. Da die Personalausstattung psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken das wesentliche Element der Strukturqualität für eine leitliniengerechte und patientenorientierte Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist, bedarf es der verbindlichen Finanzierung dieses Personales durch die Kostenträger.</p> <p>Wir schließen uns deshalb dem Vorschlag der DKG an, die Übergangsregelung bis zum 01.01.2026 beizubehalten.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Wir sprechen uns für eine Verlängerung der Übergangsregelungen zur Erfüllung der Mindestvorgaben nach § 6 aus. Aus unserer Sicht ist dies notwendig, da noch im zweiten Quartal 2023 über 50 Prozent der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Mindestvorgaben nicht erfüllt haben, obwohl diese erst zu 90 Prozent eingehalten werden müssen und damit noch unter dem Niveau der 30 Jahre geltenden Psychiatrie-Personalverordnung liegen.</p> <p>Die IQTIG-Auswertungen zeigen, dass die nächste Einführungsstufe, bei der die Mindestvorgaben zu 95 % erfüllt sein müssen, von über 80 Prozent der Einrichtungen nicht erreicht wurde. Der Umsetzungsstand legt nahe, dass die Krankenhäuser noch mehr Zeit für eine Weiterentwicklung der Versorgung, hin zu mehr ambulanter und teilstationärer Behandlung und mehr Komplexbehandlung (Behandlungsbereich A7), sowie den erforderlichen Personalaufbau benötigen.</p> <p>Hervorzuheben ist, dass die verbindlichen Mindestvorgaben</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 G-BA kein Budgetinstrument sind, sondern ein QS-Instrument. Es braucht über die Vorgaben hinaus mehr Personal, um die Mindestvorgaben einhalten zu können.</p> <p>Zu Hinweis, dass es der verbindlichen Finanzierung des erforderlichen Personals durch die Kostenträger bedarf, verweisen wir auf die Ergebnisse des Psychiatrie-Barometers. Mit der Befragung wurde u.a. untersucht, warum Kliniken die Mindestvorgaben nicht erfüllten. Fast 80 % der befragten Kliniken gaben an, dass die erforderlichen Stellen aufgrund des Fachkräftemangels nicht besetzt werden konnten, wohingegen nur 25 % der Kliniken Widerstände der Kostenträger in Budgetverhandlungen bei Finanzierung der erforderlichen Stellen als Ursachen benannten (Antwortkategorien: „trifft voll und ganz zu“).</p> <p>Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut (2023) DKI Psychiatrie-Barometer Umfrage 2022/2023</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: siehe 10.1</p>
11	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP), 08.01.2024		
11.1	DGKJP	<p>[...]</p> <p>Die Finanzierung der Behandlung unserer jungen Patient:innen ist uns nach wie vor ein wichtiges Anliegen.</p> <p>Präambel</p> <p>Generell müssen wir als wissenschaftliche Fachgesellschaft konstatieren, dass die Frage, wie Anreize für Kliniken, vor allem für deren kaufmännische</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Krankenhäuser, die psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten stationär mit zu wenig Personal behandeln, laufen Gefahr sich dem Vorwurf einer Verwehrpsychiatrie auszusetzen. Mit Personal unterhalb der Mindestvorgaben kann nicht leitliniengerecht behandelt werden. Betroffene 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>Leitungen geschaffen werden, um eine adäquate Personalumsetzung zu realisieren, uns in der Tat nicht trivial erscheint.</p> <p>Die Vergangenheit hat zum einen gezeigt, dass Kontrollen notwendig sind, damit psychisch erkrankten Menschen, und insbesondere Kindern und Jugendlichen auch adäquate Personalressourcen im (teil-) stationären Setting zur Verfügung stehen. In diesem Sinne haben wir uns auch in der Kommentierungsphase 2022 zur PPP-RL Weiterentwicklung positioniert. Zum anderen muss aber festgestellt werden, dass der Sanktionsgedanke im Bereich der PPP-RL eine völlig überdimensionierte und die Versorgung gefährdende Dimension hat, weshalb wir uns 2023 in der Kommentierung der PPP-RL entschlossen haben, für eine Aussetzung der Sanktionen zu plädieren.</p> <p>Die Probleme sind jedoch weitaus differenzierter, als es die Regelungen zur PPP-RL erscheinen lassen: solange auf Budgetverhandlungsebene nicht bundesweit und für alle Kliniken und Verhandlungspartner auf Krankenkassenseite klar ist und auch so gehandelt wird, dass die PPP-RL nur eine Untergrenze darstellt, und somit der Personalbedarf um einiges höher verhandelt werden muss, so lange sind Sanktionsinstrumente auch „scheinheilig“ in der Anwendung. So lange, wie Budgetverhandlungen – so sie überhaupt stattfinden – die Finanzierung von Tarifgehältern streitig stellen, droht die gleiche „Budgetschere“ wie zu Zeiten der Psychiatrie-Personalverordnung.</p> <p>Zum anderen muss, gerade für Kliniken in strukturell schwierigen Regionen was die Personalakquise angeht, konstatiert werden, dass eine Sanktionsandrohung allein den evidenten Fachkräftemangel nicht beheben wird.</p> <p>Um von einem reinen Strafsystem wegzukommen, das in eine unsinnige Abwärtsspirale führt, an der auch den Krankenkassen nicht gelegen ist, wäre es sinnvoll, neben dem auch von der DKG angeregten Dialog in einen</p>	<p>psychisch bedingter Eigen- oder Fremdgefährdung sind bei zu wenig Personal erheblichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt – ebenso auch Mitpatientinnen und Mitpatienten sowie das Personal. Genau deshalb sind die Mindestpersonalvorgaben festgelegt worden, die nicht zu unterschreiten sind.</p> <p>Da vor Einführung der Richtlinie über 40 % der Einrichtungen die Vorgaben der Psych-PV nicht erfüllten, wurden die Mindestvorgaben der PPP-RL stufenweise mit Übergangsregelungen eingeführt. Diese Übergangsregelung soll jetzt aus Sicht des GKV-SV verlängert werden, um den Krankenhäusern nochmals Zeit für die Umsetzung von notwendigen Maßnahmen, z. B. mehr teilstationäre und ambulante Behandlung am Krankenhaus, zu geben. Dass das Umdenken in den Einrichtungen leider nur langsam erfolgt, die Maßnahmen nur langsam greifen und daher belastende Arbeitsbedingungen, die den Arbeitsplatz weiter unattraktiv gestalten, weiter bestehen bleiben, ist ein Dilemma.</p> <p>Nichtsdestotrotz müssen die Sanktionen verhältnismäßig sein. Dem kommt der GKV-SV entgegen, indem er die Sanktionen bis 2025 aussetzt und die konkrete Ermittlung der Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruches anpasst.</p> <p>Zu Hinweis auf die Budgetverhandlungen, verweisen wir auf die Ergebnisse des Psychiatrie-Barometers. Mit der Befragung wurde u.a. untersucht, warum Kliniken die Mindestvorgaben nicht erfüllten. Fast 80 % der befragten Kliniken gaben an, dass die erforderlichen Stellen aufgrund des Fachkräftemangels nicht besetzt werden konnten, wohingegen nur 25</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>weiteren Dialog zu treten. Nämlich dahingehend inwieweit die Klinik ein Konzept aufgrund des Fachkräftemangels hat, um z.B. vermehrt durch intensive ambulante Angebote, innovative Versorgungskonzepte, die Versorgung regional weiterzuentwickeln (vgl. unsere Stellungnahme weiter unten).</p> <p>Wir schreiben dies bewusst so explizit, da gerade für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) eine reine Sanktionierung in der Bundesrepublik den Effekt hätte, dass in Regionen, in denen der ambulante Sektor ebenfalls nur rudimentär ausgebildet ist, dann mit den Kliniken auch die letzte Versorgungsmöglichkeit für psychisch kranke Minderjährige nur noch reduziert vorhanden wäre. Daher muss eine Bewegung in den ambulanten Angeboten mitgedacht werden, und das gerade auch in Zeiten, in denen ein vermehrter Bedarf besteht, wie es die Versorgungsdaten auch der Krankenkassen zeigen.</p> <p>Insofern sehen wir die Intention, zum Frühjahr eine neue „Sanktionsregelung“ zu schaffen, kritisch: es kann nur eine Teilregelung sein, die aber das Ganze aus den Augen verliert, und von daher auch nur einen „Teil fassen wird“. Wie auch in der Stellungnahme der Regierungskommission beschrieben ist ein Gesamtkonzept notwendig. Ohne dieses wird der Teil der Sanktionen ggfs. extrem schädlich sein. Wir äußern dies durchaus in dem Wissen, dass, wie eingangs beschrieben, eine rein an Wirtschaftlichkeit oder gar Rendite orientierte Führung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik eine hohe Gefahr auch aus unserer fachwissenschaftlichen Sicht darstellt, woran uns nicht gelegen ist, und dass wir die Gefahren einer Nichtkontrolle und -reaktion durchaus sehen.</p>	<p>% der Kliniken Widerstände der Kostenträger in Budgetverhandlungen bei Finanzierung der erforderlichen Stellen als Ursachen benannten (Antwortkategorien: „trifft voll und ganz zu“).</p> <p>Quelle: <i>Deutsches Krankenhausinstitut (2023) DKI Psychiatrie-Barometer Umfrage 2022/2023</i></p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme und Dank für die differenzierte Erläuterung.</p>
11.2	DGKJP	<p><u>Stellungnahme zu den neuen, nicht geeinten Vorschlägen</u></p>	<p>GKV-SV: Der Vorteil der neuen Formulierung erschließt sich dem GKV-SV nicht. Die bisherige Formulierung stellt bereits sicher, dass die verbindlichen Mindestvorgaben kein Budgetinstrument, sondern ein QS-Instrument sind.</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. Der Vorschlag der Patientenvertretung zu § 1 Absatz 1 erscheint in der Intention sinnvoll (s.o.), die wir unterstützen. Wir bezweifeln allerdings, ob eine Veränderung in der Wortwahl den gewünschten Effekt generieren kann.</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Veränderung in der Wortwahl ist im Zusammenhang mit der Änderung der Tragenden Gründe zu sehen. Damit der PPP-RL kein Einfluss auf die Budgetverhandlungen genommen werden kann, sind weitergehende Vorgaben nicht möglich.</p>
11.3	DGKJP	<p>2. Der Vorschlag der DKG zu § 13 Absatz 3, ein Dialogverfahren einzuführen bei Unterschreitung der Mindestvorgaben, ist prinzipiell zu begrüßen. Die Möglichkeit, vor Ort schnelle Erklärungen für die Abwesenheit seltener Berufsgruppen abgeben zu können, diesbezüglich ein Gespräch zu führen und ggfs. den Status so belassen zu können, ist pragmatisch und bisher in der PPP-RL nicht mitgedacht worden, so dass unsererseits der starke Festlegungscharakter der Richtlinie – anders als früher in der Psych-PV – häufiger moniert wurde. Dann müsste das Dialog-Gremium aber auch die Befugnis erhalten, z.B. Anrechnungsregelungen zu erweitern und eine Fachtherapeutengruppe durch eine andere Berufsgruppe zu ersetzen, um das Problem nicht zu perpetuieren. Dahingehend wäre also die DKG-seitig vorgeschlagene Regelung unter § 13 Absatz 7 zum Vergütungswegfall konsequenterweise zu ergänzen.</p> <p>Weit über den DKG-Vorschlag hinausgehend wäre aber zu überlegen, in der PPP-RL wie im OPS alle Fachtherapeutengruppen als eine einzige Berufsgruppe („Spezialtherapeuten“) zu führen, wodurch etliche solcher Dialoge überflüssig würden. Verschiedene Qualifikationen, d.h. eine vorzuhaltende Breite des Personals, werden derzeit ja bereits in den StrOPS-Prüfungen des MD überprüft</p>	<p>GKV-SV: Mindestvorgaben sind Mindestvorgaben und dürfen nicht unterschritten werden. Ein klärender Dialog der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften zu den Ursachen für zu geringe Personalausstattung nachdem die Mindestvorgaben unterschritten worden sind, setzt zu spät an. Die Einrichtungen kennen nun seit mehreren Jahren ihren Erfüllungsgrad und hatten genügend Zeit, die Ursachen für den Personalmangel zu klären und vor der nächsten jährlichen Erhebung zu beheben. Dazu lässt die PPP-RL übrigens auch Ausnahmetatbestände und vielfältige Anrechnungsmöglichkeiten zu.</p> <p>Außerdem sind die Vorgaben des Gesetzgebers zu den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben eindeutig: nach § 137 Abs. 1 SGB V und § 5 Abs. 2 der darauf basierenden Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie (QFD-RL) des G-BA, ist bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen. Genau dies ist in der PPP-RL rechtlich eindeutig umgesetzt worden. Diese Regelung ist in den Urteilen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg auch prinzipiell bestätigt worden.</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>Nicht befriedigen kann der Vorschlag zu § 13 Absatz 3 in Hinsicht auf Unterschreitungen bei größeren Berufsgruppen wie dem Pflege- und Erziehungsdienst. Eine Frist von einem Jahr für notwendige Nachbesserungen ist im Interesse der Patient:innen zu lang, und zur Sicherstellung von Aufsicht und Betreuung können konzeptuelle Erwägungen nichts beitragen. Ohne die von uns in der Präambel erwähnte Befugnis des anzurufenden Gremiums, analog zu „Strukturgesprächen“ mit den Verhandlungspartnern vor Budgetverhandlungen/ Vertragsparteien nach § 18 (2) KHG auch strukturelle Veränderungen (z.B. Ausgründung teilstationärer Plätze, Erweiterung von StäB Plätzen, Gründung einer dezentralen Ambulanz etc.) zu verhandeln, dürfte Unterschreitungen infolge Fachkräftemangels nicht abgeholfen werden können. Das wäre immer noch erst die Schwelle unterhalb der eingangs von uns vorgeschlagenen Gespräche über innovative Versorgungskonzepte, d.h. die Übernahme von § 64 b-Erfahrungen in die Regelversorgung. Dieses Vorgehen würde dann in der Tat einen Vorlauf von einem Jahr benötigen. Erst eine solche Erweiterung würde den hohen Gesamtaufwand für Dialogprozesse bei einer – Stand heute – Unterschreitung der Mindestvorgaben durch mehr als 50 % der Einrichtungen rechtfertigen.</p>	<p>Krankenhäuser, die psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten stationär mit zu wenig Personal behandeln, laufen Gefahr sich dem Vorwurf einer Verwehrpsychiatrie auszusetzen. Mit Personal unterhalb der Mindestvorgaben kann nicht leitliniengerecht behandelt werden. Betroffene mit psychisch bedingter Eigen- oder Fremdgefährdung sind bei zu wenig Personal erheblichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt – ebenso auch Mitpatientinnen und Mitpatienten sowie das Personal. Genau deshalb sind die Mindestpersonalvorgaben festgelegt worden, die nicht zu unterschreiten sind.</p> <p>Wesentliches und elementares Strukturmerkmal der therapeutischen Behandlung bei psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist die Behandlung im multiprofessionellen Team. Eine Aufweichung des multiprofessionellen Behandlungsansatzes indem alle weiteren Fachtherapeutengruppen zu einer einzigen Berufsgruppe zusammengeführt werden, ist aus fachlicher Sicht abzulehnen.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Die Aufgaben und Kompetenzen der LAG und entsprechenden Fachkommissionen ist eng gefasst. Dennoch obliegt es ihnen und wird auch erwartet, dass immer wieder auftauchende kritische Aspekte von zugrunde liegenden, fachlich zu hinterfragenden Regelungen, an den G-BA übermittelt werden.</p> <p>Der Vorschlag, die bisherige Aufteilung der Fachtherapeutengruppen aufzugeben und in eine gemeinsame Gruppe zu überführen, ist absolut zu unterstützen und sollte bei 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>weiteren Anpassung der PPP-RL überprüft werden. Dies würde die Flexibilität der Richtlinie bedeutend erhöhen und die Krankenhäuser auch darin unterstützen, bedarfsgerechte Therapiekonzepte umsetzen und dem Fachkräftemangel zu begegnen.</p> <p>Das vorgeschlagene gestufte System sieht bei erstmaliger Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zwingend die Einleitung eines klärenden Dialogs zwischen der Klinik und der jeweiligen LAG vor. Die darin erörterten Gründe für die Nichteinhaltung sowie vereinbarte (Zwischen-)Ziele können allerdings oftmals nicht binnen eines Quartals erreicht werden, weshalb den Häusern eine entsprechend realistische Frist zur Erreichung gewährt werden muss. Sanktionen gemäß § 13 Absatz 5 bereits im Folgequartal einzuleiten, ist aus Sicht der DKG nicht verhältnismäßig.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme. Ein Dialogverfahren ist vom Gesetzgeber hier ausdrücklich nicht vorgesehen.</p> <p>BPtK: Zustimmung zu den Ausführungen der DGKJP, dass eine Frist von einem Jahr nach Schließen der Zielvereinbarung für notwendige Verbesserungen der Personalausstattung im Interesse einer guten Versorgung der Patient*innen zu lang ist</p>
11.4	DGKJP	<p>3. Die Vorschläge des GKV-SV und der DKG zu § 13 Absatz 5 greifen beide die berechtigte Kritik der Regierungskommission an der PPP-RL auf, dass diese die psychiatrische und psychosomatische Versorgung gegenüber den somatischen Fächern unangemessen stärker sanktioniere. Daher ist die allseits vorgeschlagene Absenkung des Prozentsatzes des Vergütungswegfalls auf 1,35 % prinzipiell zu begrüßen.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Da vor Einführung der Richtlinie über 40 % der Einrichtungen die Vorgaben der Psych-PV nicht erfüllten, wurden die Mindestvorgaben der PPP-RL stufenweise mit Übergangsregelungen eingeführt. Diese Übergangsregelung soll jetzt 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>Ein Verbleiben bei 90 % Erfüllungsquote bis 2028 würde die Nichterfüllungsquote durch Krankenhäuser und damit das Ausmaß der Problematik aber u.E. eher verschleiern als ihr abzuwenden. Die prinzipiellen Probleme eines Vergütungswegfalls in der PPP-RL werden dadurch nicht gelöst, nämlich a) dass Personalausfälle seitens eines Krankenhausträgers nicht immer schuldhaft herbeigeführt werden und nur zu einem geringeren Teil auch Einsparungen mit sich bringen, b) dass z.B. teurere Honorarärzte nicht mit den damit verbundenen Mehrkosten auf den Personalstamm angerechnet werden können und c) der Unterschied zwischen Vergütungswegfall und Personalkostenanteil. Dahingehend ist der Vorschlag der DKG in Anlehnung an die PPUg intelligent und in sich logisch, aber auch kompliziert.</p> <p>Wir fragen uns, ob nicht eine prinzipielle Absenkung des Faktors auf den Personalkostenanteil von 0,65 oder andersherum: ein prozentualer Abschlag (ebenfalls in Höhe von 0,65) der Vergütung nur für diejenigen Patient:innen, die zum Zeitpunkt der Untererfüllung relativ „überzählig“ zum Personalerfüllungsgrad waren, einfacher realisierbar wäre.</p>	<p>Sicht des GKV-SV verlängert werden, um den Krankenhäusern nochmals Zeit für die Umsetzung von notwendigen Maßnahmen zu geben, ohne die Versorgung zu gefährden.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Die Höhe des Vergütungswegfalls orientiert sich an den Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in der somatischen Versorgung. Der Sanktionsfaktor der PpUG beträgt 0,35. Der Faktor von 0,35 ist durch das Selbstkostenerstattungsprinzip des Pflegebudgets in der Somatik begründet. Mit einem Faktor von 1,35 würde unterstellt, dass das Personal in voller Höhe vergütet wird und bei einer Unterschreitung in jedem Fall Personalkosten eingespart werden. Da dies im Psych-Vergütungssystem nicht zutrifft, schlägt die DKG einen gestuften Faktor in Abhängigkeit der tatsächlichen Umsetzung des vereinbarten Personals vor.</p> <p>Einen pauschalen Sanktionsfaktor von 1,35 hält die DKG weder für sachgerecht noch angemessen. Anders als im DRG-Fallpauschalensystem erfolgt die Vergütung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf Grundlage von krankenhausindividuellen Budgets und den daraus abgeleiteten krankenhausindividuellen Entgeltwerten. Die Höhe der Vergütung, auf die sich der Vergütungswegfall bezieht, wird somit durch die zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbarte Personalausstattung bestimmt. Rückschlüsse auf Kosteneinsparungen sind jedoch auf der Grundlage des Psych-Personalnachweises nach § 18 Absatz 2 BPfIV möglich, mit dem das Krankenhaus nachzuweisen hat, inwieweit die vereinbarte Personalausstattung tatsächlich umge-</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>setzt wurde. Deshalb sollte zur Wahrung der Angemessenheit und Verhältnismäßigkeit in Orientierung an den Pflegepersonaluntergrenzen der Psych-Personalnachweis berücksichtigt werden und entsprechend der Sanktionsfaktor in Abhängigkeit des Psych-Personalnachweises von 1,35 bis auf mindestens 0,35 gemindert werden.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme.</p>
11.5	DGKJP	<p><u>Nachsatz: Kritikpunkte zur Fassung seit dem letzten Stellungnahmeverfahren</u></p> <p>Nicht zuletzt muss die Aufforderung, nun zweimal jährlich Stellung zu nehmen – und damit die amtliche Veröffentlichung der PPP-RL für 2024 zu verzögern – verwundern. Das möchten wir zum Anlass nehmen, auf wenige Punkte hinzuweisen, die weiterhin unbefriedigend gelöst sind und zur Überarbeitung der gesamten PPP-RL in einem Expertenverfahren Anlass geben sollten.</p> <p>Die der übermittelten Fassung zugrundeliegende Vorab-Fassung der PPP-RL 2024 hat viele unserer Anmerkungen aus früheren Stellungnahmeverfahren im Sommer 2023 nicht berücksichtigt, ja teils „verschlimmbessert“:</p>	<p>AG: Kenntnisnahme.</p>
11.6	DGKJP	<ul style="list-style-type: none"> • So sind die Definition der „Pflichtversorgung“ für unser Fach einschließlich des Abzugs von 10 % in § 6 Absatz 6 und die Pflichtangaben in Anlage A A1 unverändert geblieben, die Aufgabe in § 14 dieses mit positiven Minutenwerten, d.h. im Sinne eines Aufschlags wie von uns vorgeschlagenen zu betrachten, nicht erfüllt. 	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Wir verweisen auf unsere Rückmeldung zu Ihrer Stellungnahme vom 30.06.2023, die den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 19.10.2023 entnommen werden kann.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Der Vorschlag betrifft allerdings nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf.</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

11.7	DGKJP	<ul style="list-style-type: none"> Die „Stationstypologie“, für unser Fach wie mehrfach moniert völlig unpassend, blieb ebenfalls unverändert, eine Antwort auf unseren Überarbeitungsvorschlag steht weiterhin aus. 	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Wir verweisen auf unsere Rückmeldung zu Ihrer Stellungnahme vom 30.06.2023, die den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 19.10.2023 entnommen werden kann.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Die DKG spricht sich grundsätzlich gegen den Stationsbezug aus. Dementsprechend sind auch jegliche Versuche, mögliche Stationstypologien zu definieren und einheitlich festzuschreiben, nicht sinnvoll. Auch uns insbesondere vor dem Hintergrund einer Flexibilisierung der Behandlungsmöglichkeiten und Umsetzung bedarfsgerechter Settings, je nach Zusammensetzung der Patientengruppen, ist eine solche Festschreibung und Versuche der Differenzierung nicht mehr zeitgemäß.</p> <p>PatV: siehe 11.6.</p>
11.8	DGKJP	<ul style="list-style-type: none"> Die Tätigkeitsmerkmale werden zwar formal über die abgerechneten OPS erhoben, aber der Anhang 4 blieb unverändert stehen. Er wäre verzichtbar gewesen. Die Tätigkeitsmerkmale nach der alten PsychPV über OPS zu erheben, ist schlichtweg nicht möglich, denn das OPS-System definiert eigene Tätigkeitsmerkmale der Berufsgruppen. 	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Die Überarbeitung der Tätigkeitsmerkmale in Anhang 4 war nicht Gegenstand der Änderungen der RL.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: siehe 11.6.</p>
11.9	DGKJP	<ul style="list-style-type: none"> Die Definition der „Psychotherapeutischen Berufsgruppe“ für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist widersprüchlich und dürfte die Gefahr systematischer Über- aber auch Unterschätzungen der Berufsgruppe generieren. „(Sozial-) Pädagoginnen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und (Sozial-) Pädagogen in Ausbildung 	<p>GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme.</p> <p>Die Überarbeitung der Berufsgruppen nach § 5 war nicht Gegenstand der Änderungen der RL.</p> <p>DKG: 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

		zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ zählen laut § 5 Absatz 2 uneingeschränkt zur Berufsgruppe c). Die Einschränkung in § 8 „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung sind zu berücksichtigen, wenn diese vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihrem Grundberuf erhalten“, steht dazu scheinbar in Widerspruch (hier waren ursprünglich in der Formulierung des OPS „Psychotherapeut:innen im Praktikum“ gemeint, die nicht in Festeinstellung im Krankenhaus tätig sind). Die Referenztabelle A8.3. enthält wiederum unter c.3 nur die „Psychologinnen oder Psychologen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“. Dies ist umso bedeutender, als in 2024 die Anrechnungsregeln für die Berufsgruppe c) neu definiert werden sollen.	Der Vorschlag betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf. Allerdings sollte er im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL geprüft werden. BPtK: Vielen Dank für den Hinweis. Wir prüfen entsprechende Klarstellung im Rahmen der nächsten RL-Änderungen.
11.10	DGKJP	<ul style="list-style-type: none"> Die Definition der „Pflegerischen Berufsgruppe“ für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ebenso diskrepant. In Referenztabelle A8.3. fehlen die Jugend- und Heimerzieher:innen (sowie, bereits in früheren Stellungnahmeverfahren moniert, andere pädagogische Berufsgruppen, die im Personalstamm inzwischen vorfindlich sind), so wirkt auch die Bachelor-Definition für die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der der Erwachsenenpsychiatrie entlehnten Beschreibung allzu schmal. 	GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme. Die Überarbeitung der Berufsgruppen nach § 5 und Anlage 3 war nicht Gegenstand der Änderungen der RL. DKG: Kenntnisnahme. Der Vorschlag betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf. Allerdings sollte er im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL geprüft werden.
12	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), 08.01.2024		
12.1	DGPM	[...]	GKV-SV: Kenntnisnahme.

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

		<p>Die Stellungnahme ist mit der Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) abgestimmt.</p> <p>Die DGPM begrüßt, dass die unangemessenen Regelungen zu den Sanktionsmaßnahmen vom Unterausschuss Qualitätssicherung als nicht sachgerecht eingestuft wurden und erneut zur Beratung gestellt werden. Beabsichtigt ist eine Angleichung an die Sanktionsregeln der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV). Hierzu nehmen wir wie folgt Stellung:</p>	<p>Die Vorgaben des Gesetzgebers zu den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind hier eindeutig: nach § 137 Abs. 1 SGB V und § 5 Abs. 2 der darauf basierenden Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie (QFD-RL) des G-BA, ist bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen. Genau dies ist in der PPP-RL rechtlich eindeutig umgesetzt worden. Diese Regelung ist in den Urteilen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg auch prinzipiell bestätigt worden.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
12.2	DGPM	<p>(1) Die Versorgungssicherheit muss bei Anwendung der Sanktionen gewährleistet bleiben. Eine verbindliche Berücksichtigung der Versorgungssicherheit sollte ergänzt werden.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Ziel und Zweck der PPP-RL ist nach § 1 die Sicherung der Qualität in den psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen stationären Einrichtungen. Dazu werden Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal festgelegt.</p> <p>Krankenhäuser, die psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten stationär mit zu wenig Personal behandeln, laufen Gefahr sich dem Vorwurf einer Verwehrpsychiatrie auszusetzen. Mit Personal unterhalb der Mindestvorgaben kann nicht leitliniengerecht behandelt werden. Betroffene mit psychisch bedingter Eigen- oder Fremdgefährdung sind bei zu wenig Personal erheblichen gesundheitlichen Risiken 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>gesetzt – ebenso auch Mitpatientinnen und Mitpatienten sowie das Personal. Genau deshalb sind die Mindestpersonalvorgaben festgelegt worden, die nicht zu unterschreiten sind.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
12.3	DGPM	<p>(2) Der vorliegende Entwurf führt nach uns vorliegenden Experteneinschätzungen weiterhin zu wesentlich schärferen Sanktionen als diejenigen der PpUGV. Die Sanktionszahlungen nach dem Entwurf der DKG (Tragende Gründe S. 6) betragen basierend auf den durchgeführten Simulationen zwischen z.B. dem ca. 0,5 bis 0,6fachen bei voller Einhaltung der Psych-Personalnachweisvereinbarung (Psych-PNV) und bei dem ca. 2,2 bis 2,4fachen der eingesparten Personalkosten, wenn die Psych-PNV gar nicht eingehalten wurde. Die Strafzahlungen des Vorschlags des GKV-SV liegen pauschal beim ca. 2,2 bis 3,4fachen der eingesparten Personalkosten (siehe unten). Die Strafzahlungen der PpUGV liegen bei einem Faktor von 1,35 inkl. des Rückzahlungsanteils (Faktor 1,0 von 1,35) im Pflegebudget. Die Berechnungssystematik sollte überarbeitet werden.</p>	<p>GKV-SV: Die Vorgaben des Gesetzgebers zu den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind eindeutig: nach § 137 Abs. 1 SGB V und § 5 Abs. 2 der darauf basierenden Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie (QFD-RL) des G-BA, ist bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen. Genau dies ist in der PPP-RL rechtlich eindeutig umgesetzt worden. Diese Regelung ist in den Urteilen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg auch prinzipiell bestätigt worden.</p> <p>Dennoch müssen Sanktionen verhältnismäßig sein. Dem kommt der GKV-SV entgegen, indem er die Sanktionen bis 2025 aussetzt und die konkrete Ermittlung der Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruches anpasst. Unser nun vorgelegter Vorschlag für Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben beruht auf den bisherigen Regelungen der PPP-RL und sieht eine Absenkung der Sanktionen vor. Die bisherigen Sanktionsregelungen wurden bereits durch Urteile des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg auch prinzipiell bestätigt.</p> <p>DKG: 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>Erläuterung: Auch nach Einschätzung der DKG ist der Vergütungswegfall selbst bei dem Vorschlag der DKG höher als die Sanktion der PPUg. Dies ist bedingt durch den Bezug auf den Vergütungswegfall und dem Ziel einer praktikablen Umsetzung. Die PPUg kann jedoch als Orientierungshilfe zur Frage der Angemessenheit des Vergütungswegfalls dienen. Ggf. ist zur Frage der Angemessenheit des Vergütungswegfalls zukünftig zu prüfen, inwieweit die Systemunterschiede durch einen Korrekturfaktor zu berücksichtigen sind.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
12.4	DGPM	<p>(3) Die Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben der PPP-RL wird in der Mehrzahl durch fehlende Finanzierung des Personals in den Krankenhausbudgets verursacht sein. Betroffene Krankenhäuser könnten somit unverschuldete zum Ziel von Sanktionen nach dieser Richtlinie werden.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p><u>Mit Personal unterhalb der Mindestvorgaben kann nicht leitliniengerecht behandelt werden.</u></p> <p>Wir verweisen auf die Ergebnisse des Psychiatrie-Barometers. Mit der Befragung wurde u.a. untersucht, warum Kliniken die Mindestvorgaben nicht erfüllten. Fast 80 % der befragten Kliniken gaben an, dass die erforderlichen Stellen aufgrund des Fachkräftemangels nicht besetzt werden konnten, wohingegen nur 25 % der Kliniken Widerstände der Kostenträger in Budgetverhandlungen bei Finanzierung der erforderlichen Stellen als Ursachen benannten (Antwortkategorien: „trifft voll und ganz zu“).</p> <p>Quelle: <i>Deutsches Krankenhausinstitut (2023) DKI Psychiatrie-Barometer Umfrage 2022/2023</i></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

12.5	DGPM	<p>Bezüglich der Festschreibung des Niveaus der Mindestvorgaben in Höhe von 85% oder 90% ab 2026 erlauben wir uns auf die besondere Situation im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychosomatik) hinzuweisen. Wie in zahlreichen Stellungnahmen und Fachgesprächen mit der Selbstverwaltung gemeinsam festgestellt werden konnte, hätte eine Scharfstellung von Sanktionsmaßnahmen basierend auf veralteten Expertenschätzungen und nicht in der Praxis überprüften Personalmindestvorgaben der PPP-RL fatale Auswirkungen für die psychosomatische Versorgung. Deshalb bemühen wir uns derzeit außerordentlich einen konstruktiven Vorschlag für die Behebung dieses Mangels zu erarbeiten. Mit der vom Innovationsfonds finanzierten und den psychosomatischen Fachgesellschaften unterstützten EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik), steht erstmalig eine wissenschaftlich erhobene und ausreichend differenzierte Datenbasis zur Personalausstattung für die Psychosomatik zur Verfügung. Wie ebenfalls in zahlreichen Stellungnahmen und Gesprächen mit den Experten der Selbstverwaltung erörtert, könnte auf deren Grundlage die Entwicklung von Mindestvorgaben für die Psychosomatik bis Ende 2025 vorgenommen werden. Ab 2026 sollte dann auch für die Psychosomatik eine gestufte Erfüllung der Mindestvorgaben in 5% Schritten beginnend mit 85% im Rahmen einer Übergangsregelung erfolgen, wie in den psychiatrischen Fächern.</p> <p>Wir bitten daher um Berücksichtigung dieser besonderen Umstände der Psychosomatik in der PPP-RL.</p> <p>Im Folgenden werden wir auf die dissidenten Änderungsvorschläge eingehen, die den Versorgungsbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie betreffen.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Dank für den Vorschlag einer stufenweisen Einführung der Mindestvorgaben in der Psychosomatik. Diesen Vorschlag wird der GKV-SV bei den zukünftigen Überlegungen zu den Sanktionen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben im Bereich Psychosomatik berücksichtigen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
12.6	DGPM	§ 13 Absatz 3:	GKV-SV: Kenntnisnahme.

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

	<p>Die Mehrzahl der Budgetvereinbarungen von Psych-Krankenhäusern und -abteilungen in Deutschland enthält aktuell noch keine Finanzierung für das notwendige Personal für die Mindestvorgaben der PPP-RL (PPP-RL-Mindestpersonal). Obwohl im Zuge der Einführung der PPP-RL im Budgetrecht der Psych-Krankenhäuser ein „Sondertatbestand“ zur Einforderung des erforderlichen Mindestpersonals eingeführt wurde, ist die Umsetzung dieses Sondertatbestands Gegenstand mehrerer laufender Schiedsstellen- bzw. Gerichtsverfahren. Zahlreiche Krankenhäuser und Abteilungen können nachvollziehbar eine Unterfinanzierung für das PPP-RL-Mindestpersonal darlegen. Gründe dafür sind beispielsweise</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine oder nur teilweise Finanzierung von Tarifgehältern oder -steigerungen, • fehlende Finanzierung medizinischen Personals im Gesamtbudget für Aufgaben, die nicht in den Bereich der PPP-RL fallen, • und zahlreiche weitere Probleme in der praktischen Umsetzung der Budgetverhandlungen. 	<p><u>Mit Personal unterhalb der Mindestvorgaben kann nicht leitliniengerecht behandelt werden.</u></p> <p>Das Psychiatrie-Barometer 2023 ging den Ursachen auf den Grund, warum Kliniken die Mindestvorgaben nicht erfüllten. Fast 80 % der befragten Kliniken gaben an, dass die erforderlichen Stellen aufgrund des Fachkräftemangels nicht besetzt werden konnten, wohingegen nur 25 % der Kliniken Widerstände der Kostenträger in Budgetverhandlungen bei Finanzierung der erforderlichen Stellen als Ursachen benannten (Antwortkategorien: „trifft voll und ganz zu“).</p> <p>Aber es ist auch darauf zu verweisen, dass nicht allein der Fachkräftemangel Ursache der mangelnden Erfüllung der Mindestvorgaben ist, sondern auch eine Fehlversorgung mit zuviel vollstationärer Behandlung. Deutschland hat nahezu doppelt so viele vollstationäre Betten in der Psychiatrie pro 100.000 Einwohner im Vergleich zum europäischen Durchschnitt. Auch die seit Jahren bestehenden belastenden Arbeitsbedingungen für das Personal durch Unterbesetzung tragen ihren Teil dazu bei, dass Krankenhäuser Schwierigkeiten haben, das erforderliche Personal aufzubauen. Damit einher geht eine mangelhafte stationäre Versorgung von psychisch erkrankten Patienten und Patientinnen. Mit der PPP-RL werden nun die Defizite in der Versorgung deutlich. Dabei gefährden nicht die Mindestvorgaben die Versorgung, sondern das nun sichtbare Fehlen des dafür notwendigen Personals.</p> <p>Quelle: <i>Deutsches Krankenhausinstitut (2023) DKI Psychiatrie-Barometer Umfrage 2022/2023</i></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.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
12.7	DGPM	<p>Die DGPM unterstützt deshalb den Vorschlag der DKG zu einem gestuften System der Sanktionsmaßnahmen mit einem klärenden Dialog als erste Stufe. Ohne die Ursachen und Hintergründe der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zu kennen, ist eine sofortige quartalsbezogene Durchsetzung von Vergütungseinschränkungen nicht verhältnismäßig. Gerade angesichts der gegenwärtigen ungeklärten Probleme der Budgetfinanzierung (siehe oben) bitten wir um Ergänzung des klärenden Dialogs mit Regeln, die die Krankenhäuser wirksam vor Unterfinanzierung des PPP-RL-Mindestpersonals schützen. Verbindliche Grundlage des klärenden Dialogs könnte z.B. die Stellungnahme eines Wirtschaftsprüfers sein, in der in Streitfällen die Finanzierung der Stellen der medizinischen Berufsgruppen im Gesamtbudget bescheinigt wird.</p>	<p>GKV-SV: <u>Mit Personal unterhalb der Mindestvorgaben kann nicht leitliniengerecht behandelt werden.</u></p> <p><u>Mindestvorgaben sind Mindestvorgaben und dürfen nicht unterschritten werden. Ein klärender Dialog der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften zu den Ursachen für zu geringe Personalausstattung nachdem die Mindestvorgaben unterschritten worden sind, setzt zu spät an.</u></p> <p>Das Psychiatrie-Barometer 2023 ging den Ursachen auf den Grund, warum Kliniken die Mindestvorgaben nicht erfüllten. Fast 80 % der befragten Kliniken gaben an, dass die erforderlichen Stellen aufgrund des Fachkräftemangels nicht besetzt werden konnten, wohingegen nur 25 % der Kliniken Widerstände der Kostenträger in Budgetverhandlungen bei Finanzierung der erforderlichen Stellen als Ursachen benannten (Antwortkategorien: „trifft voll und ganz zu“).</p> <p>Quelle: Deutsches Krankenhausinstitut (2023) <i>DKI Psychiatrie-Barometer Umfrage 2022/2023</i></p> <p>DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
12.8	DGPM	<p>Ferner ist es wichtig, auch die Versorgungsstruktur und Versorgungssituation in der Region zu berücksichtigen, um nicht durch voreilige Sanktionsmaßnahmen die Versorgung in einer Region zu gefährden. Somit ist als erste Stufe der Durchsetzungsmaßnahme ein klärender Dialog zwischen</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe dazu Kommentar zu 12.7.</p> <p>DKG/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>der Einrichtung der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) zur Ursachenklärung einerseits und zur Festlegung von Zielvereinbarungen andererseits, sinn-voll und notwendig. Des Weiteren unterstützen wir, dass gemeinsam getroffene Zielvereinbarungen von LAG und Einrichtung innerhalb einer Frist von einem Jahr erfüllt werden müssen und ansonsten als nächste Stufe zur Durchsetzung der Mindestvorgaben finanzielle Sanktionsmaßnahmen greifen.</p>	
12.9	DGPM	<p>§ 13 Absatz 5:</p> <p>Der Sanktionsmechanismus der PPP-RL sollte demjenigen der PPUgV angeglichen werden. Im Psych-Bereich sollen jedoch nicht nur Unterschreitungen in den Personalvorgaben der Pflege, sondern es soll jede Unterschreitung in jeder einzelnen medizinischer Berufsgruppe bei Unterschreitung der Mindestvorgaben sanktioniert werden. Im Unterschied zum somatischen Bereich liegen im Fachgebiet Psychosomatik keinerlei Berichte über Missstände vor, die eine schärfere Sanktionsregelung als in der Somatik rechtfertigen würden – im Gegenteil. Angesichts der Vielzahl der einzuhaltenden Vorgaben und der vergleichsweise guten Versorgungssituation in der Psychosomatik (und auch in den anderen Psych-Fächern) wäre eine geringere Sanktionshöhe als in der PpuGV aus Sicht der DGPM angemessen.</p> <p>Zur Sanktionshöhe der PpuGV steht zutreffend in den tragenden Gründen des vorliegenden Entwurfs (S. 4, letzter Absatz):</p> <p><i>„In § 3 Absatz 2 der „Vereinbarung gemäß § 137i Absatz 1 Satz 10 SGB V über Sanktionen nach § 137i Absatz 4b und 5 SGB V (PpUG-Sanktions-Vereinbarung)“ ist der Vergütungsabschlag für die Nichteinhaltung einer Pflegepersonaluntergrenze in Höhe des 0,35-fachen Wertes der durchschnitt-</i></p>	<p>GKV-SV: Die Vorgaben des Gesetzgebers zu den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind eindeutig: nach § 137 Abs. 1 SGB V und § 5 Abs. 2 der darauf basierenden Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie (QFD-RL) des G-BA, ist bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen. Genau dies ist in der PPP-RL rechtlich eindeutig umgesetzt worden. Diese Regelung ist in den Urteilen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg auch prinzipiell bestätigt worden.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Die PPUg kann lediglich als Orientierungshilfe zur Frage der Angemessenheit des Vergütungswegfalls dienen. Ggf. ist zur Frage der Angemessenheit des Vergütungswegfalls zukünftig zu prüfen, inwieweit die Systemunterschiede durch einen Korrekturfaktor zu berücksichtigen sind.</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><i>lichen Pflegepersonalkosten vorgesehen, da aufgrund des Kostenerstattungsprinzips des Pflegebudgets in der Somatik keine Personalkosteneinsparungen entstehen können. Vor Einführung des Pflegebudgets betrug der Sanktionsfaktor 1,35.“</i></p> <p>Die aktuellen Vorschläge von DKG und GKV-SV führen hingegen zu schärferen Sanktionsfolgen als in der PpuGV in Verbindung mit dem Pflegebudget. Gemäß uns vorliegender Expertenberechnungen und Simulationen, die das Rechenbeispiel der DKG auf S. 6 der Tragenden Gründe verwenden, bewegen sich die Sanktionszahlungen nach dem Entwurf der DKG in einer Bandbreite zwischen dem 0,5 bis 0,6fachen bei voller Einhaltung der Psych-PNV¹ und bei dem ca. 2,2fachen bis ca. 2,4fachen der eingesparten Personalkosten wenn die Psych-PNV¹ gar nicht eingehalten wird. Wir haben unterstellt, dass im Entwurf der DKG keine zusätzliche Rückzahlung im Rahmen der Budgetverhandlungen auf der Grundlage der Psych-PNV¹ erfolgt, weil dies über die klärenden Dialoge ausgeschlossen werden konnte. Die Strafzahlungen des Vorschlags des GKV-SV liegen pauschal beim ca. 2,2 bis 2,4fachen der eingesparten Personalkosten. Zuzüglich der möglichen Rückzahlungen im Rahmen der Budgetverhandlungen auf der Grundlage der Psych-PNV¹ kann die gesamte Höhe der Rückzahlungen des Krankenhauses somit auf das 3,2 bis 3,4fache der eingesparten Personalkosten ansteigen. Die Strafzahlungen der PpUGV liegen bei einem Faktor von 0,35 zuzüglich der Rückzahlung für eingespartes Personal im Pflegebudget in Höhe von 1,0.</p> <p>Der Berechnung liegen ca. 1,3 eingesparte Vollkräfte im Bereich der Pflege und ca. 0,4 Vollkräfte im Bereich der Spezialtherapie bei Bezahlung nach Tarifen des öffentlichen Dienstes sowie ein übliches Budget für ein Haus dieser Größenordnung (172 Vollkräfte im medizinischen Bereich) zu Grunde.</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 unterstützen den Vorschlag der DKG eine Beziehung zwischen den Sanktionen nach der Psych-PNV1 und den Sanktionen nach der PPP-RL herzustellen. Sonst drohen doppelte Zahlungen des Krankenhauses aus Sanktionen der PPP-RL und im Rahmen der Budgetverhandlungen für die durch Nicht-Einhaltung der PPP-RL-Vorgaben eingesparten Personalkosten. Ein Vergütungswegfall bei Unterschreitung der Mindestvorgaben der PPP-RL ist nicht verhältnismäßig, wenn alle Personalstellen, die zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbart wurden (Psych-PNV1), auch umgesetzt waren. Kliniken können nicht mit finanziellen Sanktionen belegt werden für Personal, das laut Psych-PNV1 von den Krankenkassen nicht finanziert ist (siehe oben). Die Rückzahlungsverpflichtung für die eingesparten Personalkosten bei Nicht-Einhaltung der Psych-PNV¹ darf jedoch maximal das 1,35fache der tatsächlich eingesparten Personalkosten betragen; sofern dann keine Rückzahlung im Rahmen der Budgetverhandlungen auf Grundlage der Psych-PNV¹ (Faktor 1,0) erfolgt.</p> <p>¹ Die Psych-Personalnachweisvereinbarung (Psych-PNV) ist für alle Kosten des medizinischen Personals im Gesamtbudget des Krankenhauses zu führen und ist Grundlage der Budgetverhandlungen des Folgejahres.</p>	
12.10	DGPM	<p>Wir beantragen daher den vorgeschlagenen Sanktionsmechanismus der DKG daraufhin zu prüfen, ob die Sanktionszahlungen direkt auf die eingesparten Personalkosten festgelegt werden können, statt auf das Gesamtbudget. Damit wäre mindestens eine Äquivalenz zur Sanktionshöhe in der PPUgV hergestellt. Wir bitten dabei zu bedenken, dass aus den oben genannten Gründen (keine Versorgungsprobleme, Verpflichtung alle Berufsgruppen nachzuweisen) eine geringere Sanktionshöhe als dieser Vorschlag angemessen wäre.</p>	<p>GKV-SV: Siehe dazu Kommentar zu 12.9.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Da auf der geltenden Rechtslage nur ein Vergütungswegfall geregelt werden kann, ist ein Bezug der Sanktion auf die Personalkosten nicht möglich. Sowohl der DKG als auch der GKV-SV Vorschlag greifen den Aspekt jedoch wenn auch pauschal über alle Berufsgruppen mit dem Personalanteil an der Vergütung von 0,65 auf.</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

12.11	DGPM	<p>§ 13 Absatz 7:</p> <p>Das breite Spektrum der Behandlungsprogramme der Psychosomatik kann durch die Behandlungsbereiche der PPP-RL nicht umfassend abgedeckt werden. Vor diesem Hintergrund unterstützen wir die Forderung der DKG, dass für besondere Behandlungskonzepte, die durch die Behandlungsbereiche der PPP-RL nicht angemessen abgebildet werden können, die Möglichkeit besteht sanktionsmindernde Anpassungen zwischen den Parteien auszuhandeln. Diese Flexibilität wird auch dringend benötigt, um neue Behandlungskonzepte zu entwickeln und in der Versorgungspraxis umzusetzen.</p>	<p>GKV-SV: Mit Personal unterhalb der Mindestvorgaben kann nicht leitliniengerecht behandelt werden.</p> <p>Wesentliches und elementares Strukturmerkmal der therapeutischen Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ist die Behandlung im multiprofessionellen Team.</p> <p>Bieten Krankenhäuser Behandlungskonzepte mit besonderer Gewichtung einzelner Berufsgruppen, besteht die Möglichkeit der Anrechnung der Berufsgruppen nach § 5 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit § 8 Abs. 3. Dies bietet den Krankenhäusern ausreichende Flexibilität hinsichtlich des Personaleinsatzes. Weitere Ausnahmeregelungen sind daher nicht erforderlich.</p> <p>DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
12.12	DGPM	<p>§ 16 Absatz 1:</p> <p>Die Überarbeitung der Personalmindestvorgaben und die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin sollen in den nächsten zwei Jahren basierend auf der EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) erfolgen. Eine Überarbeitung der Mindestvorgaben basierend auf der Erhebung der EPPIK-Studie ist dringend erforderlich, da bisher keine empirische Datenbasis vorliegt und die vorgeschlagenen Mindestvorgaben der PPP-RL in der Versorgungspraxis nicht überprüft wurden.</p> <p>Die DGPM fordert daher, dass die Scharfstellung von Sanktionsmaßnahmen in jedem Fall erst nach einer Überarbeitung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik erfolgen kann. Des Weiteren fordern wir nach der Fest-</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe dazu Kommentar zu 12.5.</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

		legung der Mindestvorgaben auch für die Psychosomatik eine gestufte Erfüllung der der Personalmindestvorgaben in 5% Schritten beginnend mit 85% im Rahmen einer Übergangsregelung.	
12.13	DGPM	<p>Schlussbemerkung</p> <p>Die DGPM begrüßt die Bemühungen des G-BA, die PPP-RL stetig und zeitnah weiterzuentwickeln. In der jetzt vorliegenden Entwurfsfassung vom 06.12.2023 sind nach Auffassung der psychosomatischen Fachgesellschaften wichtige Anpassungen insbesondere im Hinblick auf angemessene und die Versorgungssicherheit nicht gefährdende Sanktionsmechanismen und -faktoren vorzunehmen. Hierzu haben wir einige konstruktive Vorschläge aufgezeigt. Diesbezüglich stehen wir sehr gerne jederzeit für weitere Gespräche und Beratungen zur Verfügung. Wesentlich, auch für die Akzeptanz der PPP-RL, ist der Einbezug empirischer Daten, wie sie die EPPIK-Studie in diesem und im kommenden Jahr zur Verfügung stellt, um zu Behandlungsbereichen zu kommen, deren Personalmindestvorgaben nicht mehr nur theoriebasiert sind, sondern die Versorgung realistisch abbilden</p>	AG: Dank und Kenntnisnahme.
13	Aktion psychisch Kranke e.V. (APK), 08.01.2024		
13.1	APK	<p>Die Aktion Psychisch Kranke (APK) hat die PPP-RL bei der Einführung grundsätzlich begrüßt, hatte jedoch zugleich Weiterentwicklungsbedarfe und sektorübergreifende Perspektiven angemahnt. In den weiteren - zu den in der Folge notwendigen -Überarbeitungen durch den G-BA wurden auch gegenüber den Sanktionsregelungen, die jetzt Gegenstand des aktuellen Überarbeitungsentwurf sind, von der APK starke Bedenken geäußert.</p>	<p>GKV-SV: Die Vorgaben des Gesetzgebers zu den Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind eindeutig: nach § 137 Abs. 1 SGB V und § 5 Abs. 2 der darauf basierenden Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie (QFD-RL) des G-BA, ist bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen. Genau dies ist in der PPP-RL rechtlich eindeutig umgesetzt worden. Diese Regelung ist in den Urteilen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg auch prinzipiell bestätigt worden.</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 APK hat die Entscheidung des G-BA im Oktober 2023 für einen weiteren Aufschub der Scharfstellung begrüßt und sieht in der aktuellen Überarbeitung die Option, hier zur Vermeidung der Gefährdung der Versorgung zumindest kurzfristig Lösungen für die Rückzahlungen von Personalmitteln bei Nichteinhaltung der vereinbarten Personalvorgaben zu finden. Mittelfristig werden Regelungen zur Durchsetzung mit notwendigen Weiterentwicklungen der Richtlinie in eine setting- und sektorübergreifende Perspektive und die Entwicklung einer qualitativen Personalbemessung und -finanzierung in Einklang zu bringen sein.</p> <p>Vom Grundsatz her vertritt die APK die Position, dass sofern Kliniken Personalvorgaben, die den Mindeststandard zur Sicherstellung der Versorgung der Patientinnen und Patienten vorgeben, nicht einhalten, eine Rückzahlungspflicht in Höhe des nicht eingesetzten Personals bestehen muss. Eine darüber hinausgehende Sanktion kann nur das letzte Mittel sein und nur in einem angemessenen Umfang vollzogen werden, wenn die Ursachenklärung erfolgt ist, Lösungswege erörtert und diese in der Folge nicht eingehalten werden. In der Region darf es zu keiner Situation kommen, in der die Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht mehr sichergestellt wird. Hier besteht eine gemeinsame Verantwortung von Leistungsträgern, Leistungserbringern und den Ländern in der jeweiligen Region.</p> <p>Die APK nimmt vor diesem Hintergrund Stellung zu dem vorliegenden Entwurf:</p>	<p><u>Mindestvorgaben sind Mindestvorgaben und dürfen nicht unterschritten werden. Ein klärender Dialog der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften zu den Ursachen für zu geringe Personalausstattung nachdem die Mindestvorgaben unterschritten worden sind, setzt zu spät an. Die Einrichtungen kennen nun seit mehreren Jahren ihren Erfüllungsgrad und hatten genügend Zeit, die Ursachen für den Personalmangel zu klären und vor der nächsten jährlichen Erhebung zu beheben. Dazu lässt die PPP-RL übrigens auch Ausnahmetatbestände und vielfältige Anrechnungsmöglichkeiten zu.</u></p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Hinweis: Mit der Verschiebung des Vergütungswegfalls bis 2026 haben die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen in Deutschland nun länger Zeit, sich auf die Anforderungen der PPP-RL einzustellen, ohne die Versorgung psychiatrisch und psychosomatisch erkrankter Menschen zu gefährden.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
13.2	APK	<p><u>Zu § 1 Abs. 1 Patientenvertretung</u></p> <p>Dem Änderungsvorschlag der Patientenvertretung wird zugestimmt.</p>	<p>GKV-SV: Der Vorteil der neuen Formulierung erschließt sich dem GKV-SV nicht. Die bisherige Formulierung stellt bereits sicher, dass die verbindlichen Mindestvorgaben kein Budgetinstrument, sondern ein QS-Instrument sind.</p> <p>DKG: 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 zustimmende Kenntnisnahme
13.3	APK	<p><u>Zu § 13 Abs. 3:</u></p> <p>Da ein Verstoß gegen die Mindestvorgaben der Richtlinie verschiedenste Ursachen haben kann, sollte zunächst die Möglichkeit bestehen, diese Ursachen detailliert zu analysieren und aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten. Solch ein Dialog sollte mit den Leistungsträgern, den jeweiligen Krankenhäusern und den Landesaufsichtsbehörden durchgeführt werden. Dabei sollten sich die Krankenhäuser als auch die Krankenkassen in der Ursachenanalyse aus ihren Anteilen und Perspektive heraus einbringen. Insofern besteht hier Zustimmung zum Vorschlag der DKG. Ergänzend wäre hier auch die Patientenperspektive einzubinden.</p> <p>Solch ein Beratungs- und Erörterungsverfahren - wie auch in § 137 SGB V vorgesehen – sollte als erste maßvolle Durchsetzungsmaßnahme in der Richtlinie verankert werden, um sicherzustellen, dass die Ursachen beleuchtet werden und zielgerichtet in gemeinsame Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung von Verstößen einfließen können. Nur in einem dialogischen Verfahren kann eine gestufte und damit verhältnismäßige Abfolge von Durchsetzungsmaßnahmen - festgelegt werden, die gleichzeitig die regionale Pflichtversorgung zu keinem Zeitpunkt gefährdet.</p>	<p>GKV-SV: Ablehnung. Siehe dazu Kommentar zu 13.1.</p> <p>DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
13.4	APK	<p><u>Zu § 13 Abs. 5:</u></p> <p>Im dem vorgeschlagenen abgestuften Verfahren ist zu prüfen, ob die im Budget vereinbarte Besetzung von Stellen mit der tatsächlichen Besetzung von Stellen übereinstimmt. Hier kann der Psych-Personalnachweis herangezogen werden, wie von der DKG vorgeschlagen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Mindestvorgaben die Orientierungslinie in der Budgetverhandlung waren bzw. sind.</p>	<p>GKV-SV: Ablehnung. Siehe dazu Kommentar zu 13.1.</p> <p>Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass die verbindlichen Mindestvorgaben des G-BA kein Budgetinstrument, sondern ein QS-Instrument sind. Es braucht über die Vorgaben hinaus mehr Personal, um die Mindestvorgaben einhalten zu können.</p> <p>DKG/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

		Bei Nichteinhaltung sollte das oben angeführte abgestufte Verfahren und die Rückzahlungspflicht bezüglich der nicht verausgabten Personalkosten greifen. Zusätzliche Sanktionen als Ultima-ratio sollten sich in dem angeführten Rahmen des in den beiden Änderungsvorschlägen angeführten Faktors (0,35) bewegen, um Fehlanreize zu vermeiden.	
13.5	APK	<p><u>Zu § 16 Abs. 1:</u></p> <p>Grundsätzlich ist mit der Umsetzung der Richtlinie auch eine vollständige Erfüllung der Mindestvorgaben verbunden. Dies sollte kurzfristig die wesentliche Orientierungslinie in den Budgetverhandlungen sein. Die Möglichkeiten krankenhausespezifischer Besonderheiten darzustellen ist hier eine kurzfristig nutzbare Regelung zur Sicherstellung einer qualitativen Versorgung, ohne dabei eine Sicherheit bieten zu können.</p> <p>Übergangsregelungen sollten sich auf die Konsequenzen bei noch Nichterfüllung beziehen und nicht der Zielhorizont bei Verhandlungen sein.</p>	<p>GKV-SV: Wir sprechen uns für eine Verlängerung der Übergangsregelungen zur Erfüllung der Mindestvorgaben nach § 6 aus. Aus unserer Sicht ist dies notwendig, da noch im zweiten Quartal 2023 über 50 Prozent der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Mindestvorgaben nicht erfüllt haben, obwohl diese erst zu 90 Prozent eingehalten werden müssen und damit noch unter dem Niveau der 30 Jahre geltenden Psychiatrie-Personalverordnung liegen.</p> <p>Die IQTIG-Auswertungen zeigen, dass die nächste Einführungsstufe, bei der die Mindestvorgaben zu 95 % erfüllt sein müssen, von über 80 Prozent der Einrichtungen nicht erreicht wurde. Der Umsetzungsstand legt nahe, dass die Krankenhäuser noch mehr Zeit für eine Weiterentwicklung der Versorgung, hin zu mehr ambulanter und teilstationärer Behandlung und mehr Komplexbehandlung (Behandlungsbereich A7), sowie den erforderlichen Personalaufbau benötigen.</p> <p>Darüber hinaus verweisen wir auf die Ergebnisse des Psychiatrie-Barometers. Mit der Befragung wurde u.a. untersucht, warum Kliniken die Mindestvorgaben nicht erfüllten. Fast 80 % der befragten Kliniken gaben an, dass die erforderlichen Stellen aufgrund des Fachkräftemangels nicht besetzt</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 konnten, wohingegen nur 25 % der Kliniken Widerstände der Kostenträger in Budgetverhandlungen bei Finanzierung der erforderlichen Stellen als Ursachen benannten (Antwortkategorien: „trifft voll und ganz zu“).</p> <p>Quelle: <i>Deutsches Krankenhausinstitut (2023) DKI Psychiatrie-Barometer Umfrage 2022/2023</i></p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
13.6	APK	<p>Abschließend sei angemerkt, dass ohne</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Überwindung des Stationsbezug • die Anrechenbarkeit zwischen den Berufsgruppen in angemessener Form • die adäquate Berücksichtigung von Ausfallzeiten • die Reduzierung von übermäßigen Dokumentationsaufwänden • die Verankerung von verbindlichen Regelungen zur Berücksichtigung besonderer Behandlungsbedarfe (so bei älteren Patinnen und Patienten, weiteren Beeinträchtigungen, notwendige Intensivbegleitung zur Zwangsvermeidung, etc.) in Form von Zuschlägen und in Bezug auf die Minutenwerte in den Behandlungsbereichen. <p>die Durchsetzungsmaßnahmen nicht dem Ziel einer qualitativen Weiterentwicklung und patientenzentrierten Versorgung dienen können, sondern nur ein Beitrag zur Durchsetzung von Mindestvorgaben notwendigen Personals zur Abwendung eklatanter Gefährdung der Versorgung sein.</p>	<p>GKV-SV: Die abschließende Anmerkung betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf und enthält keine konkreten Änderungsvorschläge.</p> <p>DKG/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

14	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG), 08.01.2024		
14.1	DMtG	<p>Die Änderungsvorschläge im aktuellen Entwurf (19.10.2023) bzgl. der Regelaufgaben einzelner Berufsgruppen (§14 (2)) betreffen den Berufsstand der Musiktherapeut*innen und Künstlerischen Therapien bedauerlicherweise weiterhin nicht. Die ausbleibende Bearbeitung der von uns in den vergangenen Jahren bereits in unseren Stellungnahmen für Änderungen vorgeschlagenen Themen fehlen weiterhin, wie z.B. an den Regelaufgaben für Künstlerische Therapien und die Überarbeitung der unsystematischen Zusammenfassung verschiedener Berufsgruppen unter dem damit veränderten definierten Begriff „Spezialtherapien“, gegen den wir uns in dieser Definition ausgesprochen hatten.</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 den OPS- Codes, gegen deren Anwendung wir uns ebenfalls ausgesprochen hatten¹, so nicht sinnvoll durchgeführt werden. Aus unserer Sicht muss vorab unter Einbeziehung von Expert*innen unserer Berufsgruppe am Thema Regelaufgaben gearbeitet werden.</p> <p>¹ „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.“</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Anmerkung betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p>
14.2	DMtG	<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 lassen. Dafür wäre aus</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Anmerkung betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf.</p> <p>DKG: 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>unserer Sicht eine Verankerung mit ausreichenden Minutenwerten wichtig, aber auch die Beendigung der einseitigen Anrechnungsmöglichkeit der Berufsgruppe c, gegen die wir uns ausgesprochen haben².</p> <p>² § 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>	
14.3	DMtG	<p>Für die aus unserer Sicht dringend überarbeitungsbedürftige Struktur der Berufsgruppen d, e, und f möchten wir erneut 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 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>GKV-SV: Die Anmerkung betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich der durchgehenden Anwendung der Berufsbezeichnung.</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>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>	
14.4	DMtG	<p>Des Weiteren möchten wir in diesem Zusammenhang auch darauf hinweisen, dass einzelne Minutenwertangaben für ‚Spezialtherapien‘ z.B. die evidenzbasierte Notwendigkeit nicht-medikamentöser Therapieformen im Bereich der Delirprävention und -therapie in Sektionen mit erhöhtem Delirrisiko (z.B. bei sucht- und gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern) nicht berücksichtigen³.</p> <p>³ vgl. Empfehlung AWMF S1 Leitlinie Delir und Verwirrheitszustände inklusive Alkoholentzugsdelir 2022, AWMF-Register-nummer 030/006, S. 4ff: Neben der medikamentösen Therapie haben nicht pharmazeutische Konzepte zur Delirprävention und -therapie eine mindestens so große Evidenz, insbesondere bei einer vorbestehenden Demenzerkrankung.</p>	<p>GKV-SV: Die Anmerkung betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich der Minutenwerte für Spezialtherapien, obwohl sich diese Stellungnahme nicht auf aktuelle Richtlinienänderung bezieht.</p>
14.5	DMtG	<p>Wie bereits in vorherigen Stellungnahmen aufgezeigt, erfordert die zeitgemäße Versorgung der Patient*innen eine Erhöhung der Minutenwerte auch für andere Therapieformen, deren Entwicklung sich u.a. in ihrer Aufnahme in Leitlinien abbildet. Für die Musiktherapie gibt z.B. die AWMF Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen einen relativ aktuellen Stand der Studienlage wieder mit einer Empfehlung aufgrund nach-gewiesener Reduktion psychopathologischer Symptome (Positiv- und Negativsymptomatik), möglicherweise auch einer Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität und des Selbstwertgefühls⁴.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Anmerkung betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf.</p> <p>DKG: 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>⁴ AWMF S3 Leitlinie Psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen 2013/2018 (162), S. 152-153, Empfehlung 80, Empfehlungsgrad B: Musiktherapie, Kunsttherapie bzw. Dramatherapie sollten Menschen mit einer Schizophrenie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen zur Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik angeboten werden.</p>	
14.6	DMtG	<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 nicht- pflegerischen Berufsgruppen sinnvoll geordnet und zeitgemäß formuliert werden. Die konkrete Ausformulierung soll ausschließlich der Orientierung am konkreten Beispiel dienen.</p> <p>Anlagen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Struktur der Berufsgruppen d, e, f 2. Regelaufgaben der Künstlerischen Therapien 	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Der Vorschlag betrifft nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf.</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	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM), 08.01.2024		
15.1	DKPM	<p>[...]</p> <p>Die Stellungnahme ist mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, der Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) abgestimmt.</p> <p>Das DKPM begrüßt, dass die unangemessenen Regelungen zu den Sanktionsmaßnahmen vom Unterausschuss Qualitätssicherung als nicht sachgerecht eingestuft wurden und erneut zur Beratung gestellt werden. Beabsichtigt ist eine Angleichung an die Sanktionsregeln der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV). Hierzu nehmen wir wie folgt Stellung:</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der DGPM. Siehe Auswertung zu Nr. 12.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p>
15.2	DKPM	<p>(1) Die Versorgungssicherheit muss bei Anwendung der Sanktionen gewährleistet bleiben. Eine verbindliche Berücksichtigung der Versorgungssicherheit sollte ergänzt werden.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der DGPM. Siehe Auswertung zu Nr. 12.</p> <p>DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p>
15.3	DKPM	<p>(2) Der vorliegende Entwurf führt nach uns vorliegenden Experteneinschätzungen weiterhin zu wesentlich schärferen Sanktionen als diejenigen der PpUGV. Die Sanktionszahlungen nach dem Entwurf der DKG (Tragende Gründe S. 6) betragen basierend auf den durchgeführten Simulationen zwischen z.B. dem ca. 0,5 bis 0,6fachen bei voller Einhaltung der Psych-Personalnachweisvereinbarung (Psych-PNV) und bei dem ca. 2,2 bis 2,4fachen der eingesparten Personalkosten, wenn die Psych-PNV gar nicht eingehalten wurde. Die Strafzahlungen des Vorschlags des GKV-SV liegen pauschal beim ca. 2,2 bis 3,4fachen der eingesparten Personalkosten (siehe unten). Die Strafzahlungen der PpUGV liegen bei einem Faktor von</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der DGPM. Siehe Auswertung zu Nr. 12.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Auch nach Einschätzung der DKG ist der Vergütungswegfall selbst bei dem Vorschlag der DKG höher als die Sanktion der PPUg. Dies ist bedingt durch den Bezug auf den Vergütungswegfall und dem Ziel einer praktikablen Umsetzung. Die PPUg kann jedoch als Orientierungshilfe zur Frage der Angemessenheit des Vergütungswegfalls dienen. Ggf. 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

		1,35 inkl. des Rückzahlungsanteils (Faktor 1,0 von 1,35) im Pflegebudget. Die Berechnungssystematik sollte überarbeitet werden.	zur Frage der Angemessenheit des Vergütungswegfalls zukünftig zu prüfen, inwieweit die Systemunterschiede durch einen Korrekturfaktor zu berücksichtigen sind.
15.4	DKPM	(3) Die Nicht-Einhaltung der Mindestvorgaben der PPP-RL wird in der Mehrzahl durch fehlende Finanzierung des Personals in den Krankenhausbudgets verursacht sein. Betroffene Krankenhäuser könnten somit unverschuldet zum Ziel von Sanktionen nach dieser Richtlinie werden.	GKV-SV/PatV : Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der DGPM. Siehe Auswertung zu Nr. 12. DKG : Kenntnisnahme.
15.5	DKPM	Wir bitten um Prüfung und Anpassung des Entwurfs der Sanktionsregelungen in diesen drei Punkten. Bezüglich der Festschreibung des Niveaus der Mindestvorgaben in Höhe von 85% oder 90% ab 2026 erlauben wir uns auf die besondere Situation im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychosomatik) hinzuweisen. Wie in zahlreichen Stellungnahmen und Fachgesprächen mit der Selbstverwaltung gemeinsam festgestellt werden konnte, hätte eine Scharfstellung von Sanktionsmaßnahmen basierend auf veralteten Expertenschätzungen und nicht in der Praxis überprüften Personalmindestvorgaben der PPP-RL fatale Auswirkungen für die psychosomatische Versorgung. Deshalb bemühen wir uns derzeit außerordentlich einen konstruktiven Vorschlag für die Behebung dieses Mangels zu erarbeiten. Mit der vom Innovationsfonds finanzierten und den psychosomatischen Fachgesellschaften unterstützten EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik), steht erstmalig eine wissenschaftlich erhobene und ausreichend differenzierte Datenbasis zur Personalausstattung für die Psychosomatik zur Verfügung. Wie ebenfalls in zahlreichen Stellungnahmen und Gesprächen mit den Experten der Selbstverwaltung erörtert, könnte auf deren Grundlage die Entwicklung von Mindestvorgaben für die Psychosomatik bis Ende 2025 vorgenommen werden. Ab 2026 sollte dann auch für die Psychoso-	GKV-SV/PatV : Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der DGPM. Siehe Auswertung zu Nr. 12. DKG : Kenntnisnahme.

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

		<p>matik eine gestufte Erfüllung der Mindestvorgaben in 5% Schritten beginnend mit 85% im Rahmen einer Übergangsregelung erfolgen, wie in den psychiatrischen Fächern.</p> <p>Wir bitten daher um Berücksichtigung dieser besonderen Umstände der Psychosomatik in der PPP-RL.</p> <p>Im Folgenden werden wir auf die dissidenten Änderungsvorschläge eingehen, die den Versorgungsbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie betreffen.</p>	
15.6	DKPM	<p>§13 Absatz 3:</p> <p>Die Mehrzahl der Budgetvereinbarungen von Psych-Krankenhäusern und -abteilungen in Deutschland enthält aktuell noch keine Finanzierung für das notwendige Personal für die Mindestvorgaben der PPP-RL (PPP-RL-Mindestpersonal). Obwohl im Zuge der Einführung der PPP-RL im Budgetrecht der Psych-Krankenhäuser ein „Sondertatbestand“ zur Einforderung des erforderlichen Mindestpersonals eingeführt wurde, ist die Umsetzung dieses Sondertatbestands Gegenstand mehrerer laufender Schiedsstellen-, bzw. Gerichtsverfahren. Zahlreiche Krankenhäuser und -abteilungen können nachvollziehbar eine Unterfinanzierung für das PPP-RL-Mindestpersonal darlegen. Gründe dafür sind beispielsweise</p> <ul style="list-style-type: none"> • keine oder nur teilweise Finanzierung von Tarifgehältern oder -steigerungen, • fehlende Finanzierung medizinischen Personals im Gesamtbudget für Aufgaben, die nicht in den Bereich der PPP-RL fallen, • und zahlreiche weitere Probleme in der praktischen Umsetzung der Budgetverhandlungen. 	<p>GKV-SV/PatV: Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der DGPM. Siehe Auswertung zu Nr. 12.</p> <p>DKG: 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

15.7	DKPM	<p>Das DKPM unterstützt deshalb den Vorschlag der DKG zu einem gestuften System der Sanktionsmaßnahmen mit einem klärenden Dialog als erste Stufe. Ohne die Ursachen und Hintergründe der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zu kennen, ist eine sofortige quartalsbezogene Durchsetzung von Vergütungseinschränkungen nicht verhältnismäßig. Gerade angesichts der gegenwärtigen ungeklärten Probleme der Budgetfinanzierung (siehe oben) bitten wir um Ergänzung des klärenden Dialogs mit Regeln, die die Krankenhäuser wirksam vor Unterfinanzierung des PPP-RL-Mindestpersonals schützen. Verbindliche Grundlage des klärenden Dialogs könnte z.B. die Stellungnahme eines Wirtschaftsprüfers sein, in der in Streitfällen die Finanzierung der Stellen der medizinischen Berufsgruppen im Gesamtbudget bescheinigt wird.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der DGPM. Siehe Auswertung zu Nr. 12.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p>
15.8	DKPM	<p>Ferner ist es wichtig, auch die Versorgungsstruktur und Versorgungssituation in der Region zu berücksichtigen, um nicht durch voreilige Sanktionsmaßnahmen die Versorgung in einer Region zu gefährden. Somit ist als erste Stufe der Durchsetzungsmaßnahme ein klärender Dialog zwischen der Einrichtung der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) zur Ursachenklärung einerseits und zur Festlegung von Zielvereinbarungen andererseits, sinnvoll und notwendig. Des Weiteren unterstützen wir, dass gemeinsam getroffene Zielvereinbarungen von LAG und Einrichtung innerhalb einer Frist von einem Jahr erfüllt werden müssen und ansonsten als nächste Stufe zur Durchsetzung der Mindestvorgaben finanzielle Sanktionsmaßnahmen greifen.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der DGPM. Siehe Auswertung zu Nr. 12.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p>
15.9	DKPM	<p>§ 13 Absatz 5: Der Sanktionsmechanismus der PPP-RL sollte demjenigen der PPUgV angeglichen werden. Im Psych-Bereich sollen jedoch nicht nur Unterschrei-</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der DGPM. Siehe Auswertung zu Nr. 12.</p> <p>DKG: 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>tungen in den Personalvorgaben der Pflege, sondern es soll jede Unterschreitung in jeder einzelnen medizinischer Berufsgruppe bei Unterschreitung der Mindestvorgaben sanktioniert werden. Im Unterschied zum somatischen Bereich liegen im Fachgebiet Psychosomatik keinerlei Berichte über Missstände vor, die eine schärfere Sanktionsregelung als in der Somatik rechtfertigen würden – im Gegenteil. Angesichts der Vielzahl der einzuhaltenden Vorgaben und der vergleichsweise guten Versorgungssituation in der Psychosomatik (und auch in den anderen Psych-Fächern) wäre eine geringere Sanktionshöhe als in der PpuGV aus Sicht der DKPM angemessen.</p> <p>Zur Sanktionshöhe der PpuGV steht zutreffend in den tragenden Gründen des vorliegenden Entwurfs (S. 4, letzter Absatz):</p> <p><i>„In § 3 Absatz 2 der „Vereinbarung gemäß § 137i Absatz 1 Satz 10 SGB V über Sanktionen nach § 137i Absatz 4b und 5 SGB V (PpUG-Sanktions-Vereinbarung)“ ist der Vergütungsabschlag für die Nichteinhaltung einer Pflegepersonaluntergrenze in Höhe des 0,35-fachen Wertes der durchschnittlichen Pflegepersonalkosten vorgesehen, da aufgrund des Kostenerstattungsprinzips des Pflegebudgets in der Somatik keine Personalkosteneinsparungen entstehen können. Vor Einführung des Pflegebudgets betrug der Sanktionsfaktor 1,35.“</i></p> <p>Die aktuellen Vorschläge von DKG und GKV-SV führen hingegen zu schärferen Sanktionsfolgen als in der PpuGV. Gemäß uns vorliegender Expertenberechnungen und Simulationen, die das Rechenbeispiel der DKG auf S. 6 der Tragenden Gründe verwenden, bewegen sich die Sanktionszahlungen nach dem Entwurf der DKG in einer Bandbreite zwischen dem 0,5 bis 0,6fachen bei voller Einhaltung der Psych-PNV1 und bei dem ca. 2,2fachen bis ca. 2,4fachen der eingesparten Personalkosten wenn die Psych-PNV1 gar nicht eingehalten wird. Wir haben unterstellt, dass im Entwurf der DKG keine zusätzliche Rückzahlung im Rahmen der Erfüllung der</p>	<p>Erläuterung: Die PPUg kann lediglich als Orientierungshilfe zur Frage der Angemessenheit des Vergütungswegfalls dienen. Ggf. ist zur Frage der Angemessenheit des Vergütungswegfalls zukünftig zu prüfen, inwieweit die Systemunterschiede durch einen Korrekturfaktor zu berücksichtigen sind.</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>Psych-PNV1 erfolgt, weil dies über die klärenden Dialoge ausgeschlossen werden konnte. Die Strafzahlungen des Vorschlags des GKV-SV liegen pauschal beim ca. 2,2 bis 2,4fachen der eingesparten Personalkosten. Zusätzlich der möglichen Rückzahlungen im Rahmen der Erfüllung der Psych-PNV1 kann die gesamte Höhe der Rückzahlungen des Krankenhauses somit auf das 3,2 bis 3,4fache der eingesparten Personalkosten ansteigen. Die Strafzahlungen der PpUGV liegen bei einem Faktor von 0,35 zuzüglich der Rückzahlung für eingespartes Personal im Pflegebudget in Höhe von 1,0.</p> <p>Der Berechnung liegen ca. 1,3 eingesparte Vollkräfte im Bereich der Pflege und ca. 0,4 Vollkräfte im Bereich der Spezialtherapie bei Bezahlung nach Tarifen des öffentlichen Dienstes sowie ein übliches Budget für ein Haus dieser Größenordnung (172 Vollkräfte im medizinischen Bereich) zu Grunde.</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der DKG eine Beziehung zwischen den Sanktionen nach der Psych-PNV1 und den Sanktionen nach der PPP-RL herzustellen. Sonst drohen doppelte Sanktionszahlungen für die durch Nicht-Einhaltung der PPP-RL-Vorgaben eingesparten Personalkosten. Ein Vergütungswegfall bei Unterschreitung der Mindestvorgaben der PPP-RL ist nicht verhältnismäßig, wenn alle Personalstellen, die zwischen Krankenhaus und Krankenkassen vereinbart wurden (Psych-PNV¹), auch umgesetzt waren. Kliniken können nicht mit finanziellen Sanktionen belegt werden für Personal, das laut Psych-PNV¹ von den Krankenkassen nicht finanziert ist (siehe oben). Die Rückzahlungsverpflichtung für die eingesparten Personalkosten bei Nicht-Einhaltung der Psych-PNV¹ darf jedoch maximal das 1,35fache der tatsächlich eingesparten Personalkosten betragen; sofern dann keine Rückzahlung gemäß der Psych-PNV¹ (Faktor 1,0) erfolgt.</p> <p>¹ Die Psych-Personalnachweisvereinbarung (Psych-PNV) ist für alle Kosten des medizinischen Personals im Gesamtbudget des Krankenhauses zu führen und ist Grundlage der Budgetverhandlungen des Folgejahres.</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

15.10	DKPM	<p>Wir schlagen daher vor zu prüfen, ob die Sanktionszahlungen direkt als das 0,35fache der eingesparten Personalkosten zuzüglich der eingesparten Personalkosten, die nicht bereits über die Psych-PNV¹ erstattet werden müssen festgelegt werden kann (Systematik der DKG mit Bezug auf eingesparte Personalkosten statt Gesamtbudget), damit mindestens eine Äquivalenz zur Sanktionshöhe in der PPuGV zu Stande kommt.</p> <p>Wir bitten dabei zu bedenken, dass aus den oben genannten Gründen (keine Versorgungsprobleme, Verpflichtung alle Berufsgruppen nachzuweisen) eine geringere Sanktionshöhe als dieser Vorschlag angemessen wäre.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der DGPM. Siehe Auswertung zu Nr. 12.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Erläuterung: Da auf der geltenden Rechtslage nur ein Vergütungswegfall geregelt werden kann, ist ein Bezug der Sanktion auf die Personalkosten nicht möglich. Sowohl der DKG als auch der GKV-SV Vorschlag greifen den Aspekt jedoch wenn auch pauschal über alle Berufsgruppen mit dem Personalanteil an der Vergütung von 0,65 auf.</p>
15.11	DKPM	<p>§ 13 Absatz 7:</p> <p>Das breite Spektrum der Behandlungsprogramme der Psychosomatik kann durch die Behandlungsbereiche der PPP-RL nicht umfassend abgedeckt werden. Vor diesem Hintergrund unterstützen wir die Forderung der DKG, dass für besondere Behandlungskonzepte, die durch die Behandlungsbereiche der PPP-RL nicht angemessen abgebildet werden können, die Möglichkeit besteht sanktionsmindernde Anpassungen zwischen den Parteien auszuhandeln. Diese Flexibilität wird auch dringend benötigt, um neue Behandlungskonzepte zu entwickeln und in der Versorgungspraxis umzusetzen.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der DGPM. Siehe Auswertung zu Nr. 12.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p>
15.12	DKPM	<p>§ 16 Absatz 1:</p> <p>Die Überarbeitung der Personalmindestvorgaben und die Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche in der Psychosomatischen Medizin sollen in den nächsten zwei Jahren basierend auf der EPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) erfolgen. Eine Überarbeitung der Mindestvorgaben basie-</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der DGPM. Siehe Auswertung zu Nr. 12.</p> <p>DKG: 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>rend auf der Erhebung der EPPIK-Studie ist dringend erforderlich, da bisher keine empirische Datenbasis vorliegt und die vorgeschlagenen Mindestvorgaben der PPP-RL in der Versorgungspraxis nicht überprüft wurden (siehe oben).</p> <p>Das DKPM fordert daher, dass die Scharfstellung von Sanktionsmaßnahmen in jedem Fall erst nach einer Überarbeitung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik erfolgen kann. Des Weiteren fordern wir nach der Festlegung der Mindestvorgaben auch für die Psychosomatik eine gestufte Erfüllung der der Personalmindestvorgaben in 5% Schritten beginnend mit 85% im Rahmen einer Übergangsregelung.</p>	
15.13	DKPM	<p>Schlussbemerkung</p> <p>Das DKPM begrüßt die Bemühungen des G-BA, die PPP-RL stetig und zeitnah weiterzuentwickeln. In der jetzt vorliegenden Entwurfsfassung vom 06.12.2023 sind nach Auffassung der psychosomatischen Fachgesellschaften wichtige Anpassungen insbesondere im Hinblick auf angemessene und die Versorgungssicherheit nicht gefährdende Sanktionsmechanismen und -faktoren vorzunehmen. Hierzu haben wir einige konstruktive Vorschläge aufgezeigt. Diesbezüglich stehen wir sehr gerne jederzeit für weitere Gespräche und Beratungen zur Verfügung. Wesentlich, auch für die Akzeptanz der PPP-RL, ist der Einbezug empirischer Daten, wie sie die EPPIK-Studie in diesem und im kommenden Jahr zur Verfügung stellt, um zu Behandlungsbereichen zu kommen, deren Personalmindestvorgaben nicht mehr nur theoriebasiert sind, sondern die Versorgung realistisch abbilden.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der DGPM. Siehe Auswertung zu Nr. 12.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p>
16	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., 08.01.2024		
16.1	DV	<p>Da der Dachverband Gemeindepsychiatrie nur wenige Mitgliedseinrichtungen hat, die über Krankenhauseinrichtungen verfügen, beschränken</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Um die Besonderheiten kleiner, dezentraler Tageskliniken</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

	Gemeindepsychiatrie	wir uns auf eine Stellungnahme zu möglichen Auswirkungen der PPP-RL und der geplanten Änderungen auf die Beteiligung klinisch-psychiatrischer Einrichtungen an der regionalen gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft. Dazu haben wir in früheren Stellungnahmen bereits auf die Situation kleiner, vorwiegend tagesklinisch und ambulant tätiger Einrichtungen hingewiesen, um deren Bestand wir fürchten, weil sie in der Regel weniger flexibel auf Schwankungen in ihrer Personalausstattung reagieren können (Urlaub, Krankheit, ausscheidende Mitarbeiter:innen, Vakanzen wegen Fachkräftemangels). Bereits heute beobachten wir eine Tendenz psychiatrischer Kliniken, ihr stationäres „Kerngeschäft“ in Erwartung bevorstehender Sanktionen abzusichern und von dezentralen kleinen Einheiten und von innovativen Projekten aus diesen Gründen eher abzusehen. Eine solche Entwicklung wäre betriebswirtschaftlich zwar nachvollziehbar, würde sich aber auf die leitliniengerechte Weiterentwicklung der Versorgung insbesondere von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen hin zu Gemeindepsychiatrischen Verbänden unter Einschluss der Kliniken nachteilig auswirken.	(so genannte „Stand alone Tageskliniken“) zu berücksichtigen, wurde bereits mit dem Beschluss im letzten Jahr eine Ausnahmeregelung geschaffen. Allerdings wurde die These, dass die kleineren Einrichtungen, gegenüber den größeren Einrichtungen schlechter abschneiden und daher von Schließungen bedroht seien, durch die Ergebnisse zur Personalausstattung widerlegt. Danach erfüllen 59 % der Einrichtungen mit weniger als 25 Betten die Richtlinie, während dies nur 36 % der Einrichtungen mit mehr als 100 Betten tun (siehe dazu Watermann et al. (2023). DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
16.2	DV Gemeindepsychiatrie	Aus diesen Gründen unterstützen wir zunächst die von der PatV vorgeschlagene Änderung zu § 1 Absatz 1 der Richtlinie mit der von dort vorgebrachten Begründung.	GKV-SV: Der Vorteil der neuen Formulierung erschließt sich dem GKV-SV nicht. Die bisherige Formulierung stellt bereits sicher, dass die verbindlichen Mindestvorgaben kein Budgetinstrument, sondern ein QS-Instrument sind. DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
16.3	DV Gemeindepsychiatrie	Weiterhin begrüßen wir grundsätzlich den Vorschlag der DKG zu § 13 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 7 , der vor Anwendung schematischer Sanktionen ein gestuftes Erörterungsverfahren vorsieht. Wir sehen in einem solchen Verfahren die Chance, für die oben genannten, gemeindepsychiatrisch integrierten Klinikeinrichtungen ein flexibleres Verfahren zur	GKV-SV: Krankenhäuser, die psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten stationär mit zu wenig Personal behandeln, laufen Gefahr sich dem Vorwurf einer Verwahrspsychiatrie auszusetzen. Mit Personal unterhalb der Mindestvorgaben kann

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

		<p>Durchsetzung adäquater personeller Mindestausstattungen zu vereinbaren, das es den Trägern erleichtert, sie wirtschaftlich am Leben zu erhalten, wenn „besondere“ (hier: gemeindepsychiatrische) „Behandlungskonzepte“ es rechtfertigen.</p>	<p>nichtleitliniengerecht behandelt werden. Betroffene mit psychisch bedingter Eigen- oder Fremdgefährdung sind bei zu wenig Personal erheblichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt – ebenso auch Mitpatientinnen und Mitpatienten sowie das Personal. Genau deshalb sind die Mindestpersonalvorgaben festgelegt worden, die nicht zu unterschreiten sind.</p> <p>Wesentliches und elementares Strukturmerkmal der therapeutischen Behandlung bei psychischen Erkrankungen im Erwachsenen- und Kinder- und Jugendalter ist die Behandlung im multiprofessionellen Team. Bieten Krankenhäuser Behandlungskonzepte mit besonderer Gewichtung einzelner Berufsgruppen, besteht die Möglichkeit der Anrechnung der Berufsgruppen nach § 5 Abs. 1 und 2 in Verbindung mit § 8 Abs. 3. Dies bietet den Krankenhäusern ausreichende Flexibilität hinsichtlich des Personaleinsatzes. Weitere Ausnahmeregelungen sind daher nicht erforderlich.</p> <p>DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
16.4	DV Gemeindepsychiatrie	<p>Ob dieses Ziel mit den Vorschlägen der GKV-SV oder jenen der DKG zu den Übergangsfristen gemäß § 16 besser erreicht werden kann, können wir aus eigener Kenntnis und aus den Tragenden Gründen nicht sicher beurteilen.</p>	<p>GKV-SV/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

II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 11. Dezember 2023 bzw. 12. Januar 2024 eingeladen und im Unterausschuss QS angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen:	An Anhörung teilgenommen:
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	21. Dezember 2023 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)	12. Januar 2024 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	2. Januar 2024 / ja	ja
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	25. Januar 2024 / nein	-
Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	7. Januar 2024 / ja	ja
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)	2. Januar 2024 / nein	-
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	18. Februar 2024 / ja	ja
Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	8. Januar 2024 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	8. Januar 2024 / ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	8. Januar 2024 / ja	ja
Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	8. Januar 2024 / ja	ja
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	23. Januar 2024 / 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:
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)	14. Januar 2024 / ja	ja
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	17. Januar 2024 / ja	ja

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss QS in seiner Sitzung am 31. Januar 2024 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 6. März 2024)
1.	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
2.	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
3.	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 im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, 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

			Alternativ zu einem eigenen Behandlungsbereich für erwachsene Menschen mit kognitiven Behinderungen wurde vorgeschlagen, die Einstufung in die Behandlungsbereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu ermöglichen. Die Behandlungsbereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie sähen mehr Spezialtherapeuten vor und seien damit geeigneter als die Intensivbehandlungsbereiche für Erwachsene.
4.	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
6.	Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
7.	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 im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
8.	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
9.	Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im

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

			Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
10.	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, 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 im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
12.	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.



Wortprotokoll

einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Vom 31. Januar 2024

Vorsitzende:	Frau Maag
Beginn:	13:00 Uhr
Ende:	14:11 Uhr
Ort:	Gemeinsamer Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin (Hybridsitzung)

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Anhörung

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di):
Herr

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. (DGSP):
Herr

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V. (DVGP):
Herr

Beginn der Anhörung: 13:00 Uhr

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

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Es ist 13 Uhr. Wir können mit der Sitzung fortfahren, die ich auch wieder eröffne. Unsere Gäste sind uns alle zugeschaltet. Dann darf ich Sie ganz herzlich begrüßen. Wir starten gleich mit der Anhörung zu TOP 12.1 zu unserer PPP-Richtlinie.

Ich bitte alle Vertreter der Organisationen, die sich bei uns angemeldet haben, wenn Sie das Wort ergreifen, jeweils das Mikrofon zu verwenden, sowie zu Beginn Ihren Namen und die Institution, die Sie vertreten, zu nennen. Das ist schlicht für das stenografische Wortprotokoll wünschenswert und wichtig. Das Protokoll wird dann auch später im Internet veröffentlicht.

Ich habe noch folgenden Hinweis: Gehen Sie bitte davon aus, dass wir Ihre schriftlichen Stellungnahmen auch gelesen haben. Die Arbeitsgruppe hat sich mit den Dingen befasst und sie auch teilweise beraten. Heute ist es wichtig, dass Sie die Gelegenheit für Ergänzungen nutzen oder Aspekte akzentuieren, die aus Ihrer Sicht in der Stellungnahme wichtig sind. Dafür haben wir jeweils drei Minuten vorgesehen. Sie sehen dann auf dem Bildschirm eine virtuelle Sanduhr, die beim Zeitmanagement helfen soll. Im Anschluss an die zwölf Organisationen und ihren Vertretern hat dann der Unterausschuss Gelegenheit für Nachfragen und zur Vertiefung.

Die Reihenfolge der Anzuhörenden, das wissen Sie, geht nach dem Eingang der schriftlichen Stellungnahmen. Deswegen beginnt jetzt die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di, vertreten durch Herrn (ver.di). – Herr (ver.di), sind Sie da?

Herr (ver.di): Ich bin da. Vielen Dank. Ich hoffe, Sie können mich auch hören.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr (ver.di), wir haben jetzt mit der Sanduhr ein technisches Problem. Ich hoffe, Sie haben irgendwo bei sich eine Uhr. Ich schaue ebenfalls auf die Uhr. – Dann bitte ich Sie, jetzt zu beginnen.

Herr (ver.di): Das mache ich. Ich habe einen Blick auf die Uhr. Das bekommen wir sicherlich hin.

Die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie, PPP-RL, soll das Ziel verfolgen, die Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu sichern. Insbesondere die Mindestpersonalvorgaben sollen einen Beitrag zur leitliniengerechten Behandlung leisten. Seit der Einführung der Vorgängerregelung der PPP-RL, der Psychiatrie-Personalverordnung, Psych-PV, wurde es versäumt, die Personalmindestvorgaben verbindlich durchzusetzen und bei Nichteinhaltung wirksam zu sanktionieren. Als Folge wurden die getroffenen Vorgaben unterlaufen, eine Einhaltung der Mindestbemessung konnte nicht gewährleistet werden. Eine wesentliche Ursache hierfür liegt in der unzureichenden Finanzierung der Personalausstattungen der letzten Jahrzehnte, wodurch weder eine Mindestpersonalbemessung erreicht noch eine Annäherung an eine bedarfsgerechte und kostendeckend refinanzierte Personalausstattung verfolgt wurde.

Eine kostendeckende, vollständige Finanzierung der Personalkosten bei verbindlichen Vorgaben, die eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleisten, ist vor diesem Hintergrund unerlässlich. Gleichzeitig ist festzustellen, dass aufgrund umfassender Missstände und Defizite bei den Arbeitsbedingungen der betroffenen Berufsgruppen und Tätigkeitsbilder mittlerweile ein erheblicher Fachkräftemangel besteht. Aus den Ergebnissen der Studie der Hans-Böckler-Stiftung „Ich pflege wieder, wenn...“ wird ersichtlich, dass ein erhebliches Potenzial an ehemaligen oder in Teilzeit arbeitenden Pflegekräften besteht, die in ihren erlernten Beruf zurückkehren würden und bereit wären, von Teilzeit auf Vollzeit aufzustoßen.

Zur Deckung des Fachkräftemangels ist entscheidend, dass Maßnahmen verbindlich ergriffen werden, die die Arbeitsbedingungen in den genannten Berufen aufwerten. Dies betrifft unter anderem die Reduzierung der aufgrund der häufigen personellen Unterbesetzung und Aufgabenverdichtung entstandenen Arbeitsbelastung, die zunehmende Belastung durch im Laufe der Jahre stetig anwachsende Dokumentationspflichten sowie die konsequente Um- und Durchsetzung der Regelungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben zu Höchstarbeitszeiten, Ruhezeiten und -pausen muss sichergestellt werden. Ebenso müssen belastbare Konzepte erarbeitet und implementiert werden, die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Kontext der Arbeit in der psychiatrischen Versorgung sicherstellen.

Die im vorliegenden Entwurf vorgesehene erneute Aussetzung der Sanktionen würde diese Maßnahmen in keiner Weise befördern. Stattdessen würden die bekannten Missstände, die ursächlich für Personalmangel und schlechte Arbeitsbedingungen sind, legitimiert. Der dringend erforderliche Schritt, den Fachkräftemangel in der psychiatrischen stationären Versorgung dadurch zu bekämpfen, dass eine sukzessive Annäherung an die Vorgaben der PPP-RL und darauf aufbauend eine bedarfsgerechte Personalbemessung erfolgt, in dem in einem ersten Schritt eine wirksame Mindestpersonalbemessung sichergestellt wird, unterbleibt somit.

Statt einer fortgesetzten Aussetzung der Sanktionen, wie sie der vorliegende Entwurf vorsieht, fordert die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di, wirksame Schritte einzuleiten, die der bestehenden Überlastungs- und Unterbesetzungssituation entgegenwirken. Eine wiederholte Aussetzung der Sanktionsregelungen lehnt ver.di ab, da anderenfalls der Status quo der flächendeckenden personellen Unterausstattung mit kritischen Folgen für Patientinnen und Patienten und Beschäftigte zementiert wird.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (ver.di). Das war eine Punktlandung. Bitte bleiben Sie, wenn es geht, bei uns, falls Fragen auftauchen.

Herr (ver.di): Gerne.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Die nächste ist die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V., die DGSP. Es hat sich Herr (DGSP) gemeldet. – Und jetzt funktioniert auch die Sanduhr wieder. – Herr (DGSP), Sie haben das Wort.

Herr (DGSP): Vielen Dank. Und vielen Dank für die Einladung zur Teilnahme und dass wir unsere Stellungnahme einbringen konnten. – Sie haben ja gesagt, Sie haben alles gelesen. Ich werde auch nur kurz noch einmal ein paar Akzente beisteuern.

Ein besonderes Anliegen von uns als Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie ist es, dass die Kliniken dazu befähigt und auch ermutigt werden, ihre außerklinische Krisenbehandlung sowie die Vernetzung mit außerklinischen Trägern flexibel, sektorenübergreifend und auch wohnortnah zu stärken und die Versorgung dahin gehend weiter zu entwickeln. Dazu sollten auch bestehende Instrumente wie § 64b nach SGB V, StäB¹ und die PIA² weiter genutzt werden. Eine Entwicklung der Versorgung stärker dahin gehend würde auch dazu führen, dass die klinische Personalbemessung in der Krisenbehandlung eine geringere Rolle spielen würde.

Ein weiterer Aspekt, was auf jeden Fall in der PPP-Richtlinie stärker greifbar werden sollte, wäre der Einbezug von Genesungsbegleitern und Nutzen der Rolle von Menschen mit Krisenerfahrung in der Versorgung, um auch da klarere Vorgaben zu ermöglichen.

¹ Stationsäquivalente Behandlung

² Psychiatrische Institutsambulanzen

Auch sollte noch mal genau auf die alternativen Modelle geschaut werden, besonders auf das Plattform-Modell der DGPPN und die Entgelt-Plattform.

Allgemein erweckt die Richtlinie den Eindruck, dass nicht die Belange der psychisch erkrankten und behandlungsbedürftigen Menschen im Vordergrund stehen, sondern eher ökonomische Partialinteressen.

Generell haben wir uns immer über die kurzen Rückmeldezeiten bei den verschiedenen Überarbeitungen gewundert. Wir würden uns auch wünschen, wenn da mehr Raum in der verbandlichen Positionsfindung ist. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (DGSP). Jetzt aktuell ist es mit einem fristgebundenen Auftrag eine Sondersituation gewesen. – Als Dritte haben wir die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V., die DGSGB. Es hat sich Herr Dr. (DGSGB) gemeldet.

Herr Dr. (DGSGB): Vielen Dank dafür, dass Sie mir das Wort erteilen. – Ich vertrete als Vorsitzender die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Seit nun annähernd 30 Jahren vertreten wir die Belange – wie es heute heißt – von Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung und setzen uns für deren Interessen ein.

Was hat die Störung der Intelligenzentwicklung mit der Personalrichtlinie zu tun? Sie hat damit zu tun, dass beispielsweise im ICD-10 die Intelligenzminderung definitionsgemäß mit einem maximalen kognitiven Entwicklungsalter von zwölf Jahren einhergeht.

Wir haben mittlerweile standardisierte, normierte Instrumente, die auch das sozio-emotionale Entwicklungsalter messen. Unsere Klienten sind dabei auch regelmäßig zwölf Jahre oder jünger. In seltenen Fällen geht es bis 18. Aber auch dann sind sie definitionsgemäß in einem Entwicklungsalter, das dem von Kindern oder Jugendlichen entspricht. Leider ist es heute so, dass allein das biologische Alter darüber entscheidet, was für Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Das ist nicht adäquat. Das entspricht auch nicht den Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention, die fordert, dass im Gesundheitssystem eine bedürfnisgerechte Versorgung stattfinden soll. Und die Bedürfnisse dieser Menschen entsprechen eben denen von Kindern und Jugendlichen, auch wenn sie biologisch erwachsen sind.

Wir haben deswegen in den vergangenen Jahren immer einen eigenen Bereich IM – Intelligenzminderung – analog zur Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und so weiter gefordert. Daran halten wir auch fest. Aber als kleine Lösung, als schnell und relativ unbürokratisch durchführbare Lösung wäre es zu gestatten, dass erwachsene Menschen mit einer Intelligenzminderung in der Personalrichtlinie nach KJP³ eingestuft werden dürfen. Damit würden die Ressourcen vor allem in der Pflege, in der Spezialtherapie und in der Bewegungstherapie, die notwendig sind, dann auch refinanziert. Das wäre uns ein wichtiges Anliegen. Wir wären froh, wenn wir hier ein Stückweit weiterkämen.

Ich erinnere auch an die Staatenprüfung der UN-Behindertenrechtskonvention, die auch ergeben hat, dass Deutschland diesbezüglich einen starken Nachholbedarf hat. Deswegen sollten wir hier tätig werden. – Ich danke Ihnen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank auch Ihnen, Herr (DGSGB). – Es folgt die Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e. V., WFKT, vertreten durch Frau Professor (WFKT).

³ Kinder- und Jugendpsychiatrie

Frau Prof. Dr. (WFKT): Vielen Dank, auch dass wir die Möglichkeit bekommen, noch einmal für unsere Belange Stellung zu nehmen. – Ich vertrete die Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien. Diese Gesellschaft vertritt ganz besonders die Entwicklung der Professionalisierung der Künstlerischen Therapien nicht nur im Kontext von Forschung und Ausbildung, sondern ganz besonders auch deren Etablierung in der Praxis.

In unserer Stellungnahme, wenn Sie sie gelesen haben, beziehen wir uns noch mal ganz besonders auf die dringliche Aufgabe, die Regelaufgaben und damit auch die fachspezifischen Aufgaben der Künstlerischen Therapien konkreter einzubeziehen. Wir haben das letzte Mal auch darüber gesprochen, dass wir Ihnen angeboten haben, unsere Expertise zur Verfügung zu stellen. Das scheint uns insofern auch sehr wichtig, um damit auch einen Qualitätsnachweis in der Praxis zu erbringen, wo und wie Künstlerische Therapeutinnen und Therapeuten arbeiten.

Denn auch wenn die Evidenzlage der Künstlerischen Therapien noch schwach ist, zeigen sich vermehrt und gerade auch in dem Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie wichtige Wirksamkeitsnachweise plus – was auch mehrfach vorliegt – zusätzlich zur Grundversorgung wichtige klinische Zugänge zu Patientinnen und Patienten über den nonverbalen Weg und auch das Werkschaffen der Patientinnen und Patienten, je nachdem mit welchem Medium.

Daher halten wir es für dringend erforderlich – die ersten Schritte sind von Ihnen auch vorgenommen worden –, in der Zuordnung der Spezialtherapien genauer zu benennen, was die Tätigkeitsfelder sind und wo wir als Künstlerische Therapeutinnen und Therapeuten unsere explizite Expertise einbringen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Professor (WFKT). – Es folgt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, die DGPPN, vertreten durch Herrn Profess (DGPPN).

Herr Prof. Dr. (DGPPN): Vielen Dank und guten Tag in die Runde. – Ich möchte nur ganz kurz Stellung nehmen und im Wesentlichen auf unsere schriftliche Äußerung vom 8. Januar verweisen.

Was die Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben angeht, vertreten wir wie schon seit längerem die Ansicht, dass der zentrale Punkt sein muss, Mittel, die nicht für Personal verausgabt sind, zurückzubezahlen. Was also eindeutig nicht passieren darf ist, dass die Krankenkassen Mittel an die Krankenhäuser geben, die zur Deckung von Kosten für Personal notwendig sind, dafür aber dann nicht verausgabt werden.

Darüber hinausgehende Strafsanktionen sehen wir grundsätzlich deshalb skeptisch, weil sie in erster Linie nicht die Krankenhäuser bestrafen, sondern die Patienten, deren Versorgung dadurch gefährdet würde, wenn jetzt, wie beispielsweise vom GKV-SV vorgeschlagen, doch wieder, zwar nicht vierfach, aber etwa zweifach höhere Beträge von den Krankenhäusern gefordert werden, als sie eventuell hätten einsparen können. Der Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist in dieser Hinsicht sicherlich näher an der Realität, allerdings äußerst komplex.

Grundsätzlich möchten wir auch weiterhin darauf hinweisen – das ist nicht neu –, dass wir die PPP-RL, über alle Berufsgruppen auf Stationen und jeden einzelnen Standort bezogen, im Grunde nicht für geeignet halten, sicherheitsorientierte Mindestvorgaben zu definieren. Deshalb empfehlen wir mittelfristig, zunächst einmal eine Personalbemessung aufgrund der Ergebnisse des Plattform-Modells und des EPIKK-Projekts zu entwerfen. Unabhängig davon beziehungsweise in einem Verbund davon, der nicht mit prozentualen Zahlen allein abzudecken wäre, wäre eine Mindestvorgabenverordnung zu machen, die sich auf konkrete Situationen bezieht, in denen klarerweise zur Sicherstellung der Behandlung von Patienten bestimmte Mengen an ärztlichem, pflegerischem und psychotherapeutischem Personal

vorzuhalten sind. Dabei würde ich es gerne für heute auch schon belassen. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Professor (DGPPN). – Es folgt die Bundesdirektorenkonferenz e. V, die BDK. Es haben sich Frau Dr. (BDK) und Herr Dr. (BDK) gemeldet. Wem darf ich das Wort geben?

Frau Dr. (BDK): Ich würde mal anfangen. – Ich bin die Vorsitzende des Verbands der leitenden Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik. In der Funktion bin ich natürlich auch in besonderer Weise betroffen, was die PPP-Richtlinie angeht.

Das zentrale Thema für uns ist natürlich im Besonderen die Auswirkungen der Sanktionen auf die Versorgung. Hierzu würde ich gerne auch noch einmal auf das Positionspapier der Verbände, das Sie alle kennen, verweisen. Wir bedanken uns sehr dafür, dass wir heute auch noch mal eingeladen sind und auch immer Stellung nehmen dürfen.

Wir sind dankbar für die Aussetzung der Sanktionen, die in der vorliegenden Art und Weise uns unverhältnismäßig erscheinen. Wir setzen uns weiterhin dafür ein, nicht verausgabte Mittel zurückzubezahlen. Wir meinen auch, dass das ein ausreichender Anreiz ist, um eine qualitätssichernde Personalausstattung zu ermöglichen.

Also: Durchsetzungsmaßnahmen in Form von Sanktionen sind aus unserer Sicht deshalb schwierig, weil wir den Fachkräftemangel haben, das wissen Sie alle; weil wir das große Problem haben, dass in den Budgetverhandlungen Reservekapazitäten nicht verhandelbar sind – das wissen wir von unseren Mitgliedern – und dass die Tarifschere nicht ausfinanziert ist. Wir schließen uns deshalb den Ausführungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Beschlusssentwurf vom 6. Dezember an. Wir plädieren für den Dialog zwischen Klinik und der Landesarbeitsgemeinschaft, wo entsprechende Zielvereinbarungen getroffen werden.

Wir meinen, dass die vorliegenden Vorschläge der Durchsetzungsmaßnahmen nicht unseren Forderungen entsprechen. Sie sind nur dann legitime Durchsetzungsmaßnahmen, wenn eine Vollfinanzierung der vereinbarten Stellen sichergestellt ist, Reservekapazitäten verhandelbar sind.

Wir schließen uns auch der Deutschen Krankenhausgesellschaft an, was die Finanzierung von Personal in § 16 angeht. Wir möchten, dass die 90 Prozent, die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagen wurden, als Mindestanforderung nicht beibehalten werden, sondern dass, wie gesagt, die Mindestanforderungen in der geplanten Art und Weise weiter gesteigert werden, um eben auch die Finanzierung sicherzustellen. Das sehen wir eben gefährdet. – Ich würde Herrn (BDK) noch das Wort geben wollen, wenn wir noch einen Moment Zeit haben.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Es ist noch ein wenig Zeit. – Herr (BDK), bitte.

Herr Dr. (BDK): Ich kann mich natürlich nur Herrn (DGPPN) und Frau (BDK) anschließen. – Ein marginaler Punkt am Rande ist diese freigegriffene Hilfskraftquote, die vielen Häusern große Probleme bereitet. Warum es zehn Prozent sind und keine 15, weiß ich nicht. Ich denke, da sollte noch einmal geschaut werden, ob man dreijährig ausgebildete medizinische Fachangestellte oder einjährig ausgebildete Pflegehelfer nicht mit in die Anrechnung bringt, um das wenige und knappe examinierte Personal nicht mit den Aufgaben zu belasten, die auch andere gut machen können, wenn sie gut eingearbeitet sind. Das ist etwas, was immer sehr untergegangen ist. Aber ich weiß, in Häusern, die drei, vier Prozent darüber liegen, würde sich die Hilfskraft nach den bisherigen Berechnungen doch sehr deutlich bemerkbar machen. Ich würde es begrüßen, wenn man über diese Quote und deren Detailregeln noch einmal nachdenkt. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Dr. (BDK). – Es folgt die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

e. V., DGKJP. Es haben sich Frau Professor (DGKJP) und Herr Professor (DGKJP) gemeldet. Wem darf ich das Wort geben?

Frau Prof. Dr. (DGKJP): Ich beginne. – Wir haben uns bisher immer sehr dagegen gewährt, die Kinder-PPP-RL für Erwachsene zu öffnen, Stichwort Psychosomatik. Aber für den Punkt der Intelligenzminderungen würde ich der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung sehr zustimmen.

Es wäre sehr einfach und sachdienlich, auch aus meiner klinischen Erfahrung, wenn man neben den Kinder-PPP-RL-Vorgaben die Intelligenzminderung daneben schreiben würde. Es wäre einfach, und es würde der Versorgung sehr, sehr dienen.

Ich gehe davon aus, dass Sie unsere schriftliche Stellungnahme gelesen haben. Als zweiten Punkt haben wir erst nach der Abgabe dieser Stellungnahme erfahren, dass kaufmännisch ausgerechnet wurde, wenn die Sanktionen auch mit dem GKV-Vorschlag von 1,3 Prozent so greifen würden, würden wir immer noch das Doppelte bezahlen gegenüber dem, was an Personalmitteln eingespart worden ist. Das ist gegenüber den somatischen Fächern eine krasse Benachteiligung für alle P-Fächer⁴. Und das kann so nicht stehenbleiben.

Auch deswegen kann ich mich nur der Frau (BDK) anschließen: Ausfinanzierung der Tarife, Ausfinanzierung des Deltas an Ausfallzeiten und dann Abzug dessen, was gegebenenfalls nicht besetzbar war, gegebenenfalls patientenbezogen mit einer Pauschale – wir haben einen entsprechenden Vorschlag gemacht. Das wäre viel einfacher als eine sehr komplexe Regelung.

Dennoch wären wir dafür, wie die DKG vorgeschlagen hat, örtlich Dialoge zu führen, die dann aber viel weitergehende Kompetenzen haben müssten – nämlich auch Strukturänderungen, StäB¹-Einführungen zu besprechen, Umverteilung auf teilstationär und so weiter –, die über eine kleine lokale Regelung hinaus eingreifen würden. Alles andere wäre aus unserer Sicht ineffektiv. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Frau Professor (DGKJP). – Es folgt die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V., die DGPM. Gemeldet sind Herr Professor (DGPM) und Herr Professor (DGPM). Wem darf ich das Wort geben?

Herr Prof. Dr. (DGPM): Ich würde beginnen. – Ich vertrete die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie.

Wir bedanken uns auch herzlich für die Möglichkeit, mündlich zu den Sanktionsmaßnahmen Stellung nehmen zu können. Ich möchte gerne drei zentrale Aspekte, die uns wichtig sind, herausgreifen.

Erstens: Keine Sanktionsmaßnahmen ohne gültige Mindestvorgaben. Wie bereits mehrfach gemeinsam festgestellt werden konnte, liegen bislang keine empirisch geprüften Mindestvorgaben für die psychosomatische Medizin vor. Eine Scharfstellung der Sanktionsmaßnahmen, basierend auf den veralteten und nicht in der Praxis überprüften Mindestvorgaben, hätte fatale Folgen für die psychosomatische Versorgung.

Mit der EPPIK-Studie liegen jetzt erstmalig valide und auch ausreichend differenzierte Daten zur Personalausstattung in der Psychosomatik vor. Die Ergebnisse der EPPIK-Studie werden in einem Abschluss-symposium jetzt am 14. März vorgestellt. Ausgehend von dieser Datenbasis kann dann bis Ende 2025 auch für die Psychosomatik eine Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche und die Entwicklung von Mindestvorgaben vorgenommen werden. Die DGPM fordert daher, dass eine Scharfstellung von Sanktionsmaßnahmen in jedem Fall erst nach der Überarbeitung der Mindestvorgaben in der PPP-RL erfolgen sollte.

⁴ Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und ärztliche Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zweitens: Die Sanktionen in den Psych-Fächern⁴ sind weiterhin deutlich höher als in der Somatik. Auch Gespräche mit unseren Budgetspezialisten weisen darauf hin, dass der Sanktionsfaktor in der Praxis nicht wie in der PpuGV⁵ bei 0,3 beziehungsweise 1,3 liegt, sondern sehr viel höher. Basierend auf Simulationen der Budgetexperten anhand der Beispiele auf der Seite 6 der Tragenden Gründe ergeben – wie es auch von der DGPM und der DKJP bereits dargestellt wurde – Sanktionsfaktoren zwischen 0,56 beziehungsweise 2,2 bis 2,4, je nachdem, ob die Psych-PNV⁶ eingehalten wurde. Die Strafzahlungen basieren auf dem Vorschlag des GKV-SV, liegen pauschal bei dem circa 2,5- bis 2,4-fachem gegenüber den eigentlichen eingesparten Personalkosten.

Daher erachten wir es als zwingend erforderlich, dass die Berechnungssymptomatik des Sanktionsmechanismus überarbeitet wird. Als vordringlich erachten wir, dass die Sanktionsmaßnahmen direkt auf die eingesparten Personalkosten und nicht auf das Gesamtbudget angewendet werden. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr Professor (DGPM). – Es folgt die Aktion Psychisch Kranke e. V., die APK. Herr Dr. (APK) erhält das Wort.

Herr Dr. (APK): Vielen Dank. – Ich vertrete heute Herrn Professor (APK), der leider erkrankt ist.

Wie wir in vielen Papieren schon geäußert haben, sieht die APK unverändert dringenden Weiterentwicklungsbedarf bei der PPP-RL, insbesondere in Richtung Berücksichtigung sektorübergreifender Versorgungsmodelle.

Die PPP-RL zementiert mit ihrer Logik des belegten Bettes – das bezieht sich auf Stationen – den hohen stationären Versorgungsanteil, den wir haben und unterstützt nicht moderne sektorübergreifende Ansätze. Hier gehört dazu, dass der Bezug nicht Station, Krankenhaus oder Standort sein sollte, sondern der regionale Bezug, die Versorgungssituation in der Region deutlicher im Vordergrund stehen sollte.

Hierzu gehört, dass sektorenübergreifend eine Flexibilisierung des Personaleinsatzes, so wie es beispielsweise in globalen Budgets, wie es in der Regierungskommission jetzt auch unterstützt und gefordert wird, praktiziert werden kann.

Bezüglich der Sanktionen begrüßen wir – wie, glaube ich, alle anderen heute – die Aussetzung der Scharfstellung. Wir freuen uns, dass wir mehr Zeit haben, hier andere Lösungen zu finden. Wir unterstützen im Kern die DKG-Position. Das heißt: Einführung eines Beratungserörterungsverfahrens; Ursachenanalyse, warum wir zu wenig Personal haben. Diesbezüglich sollte man sich gemeinsam mit den Landesbehörden, mit den Krankenkassen, aber auch mit den Patientenvertretern vor Ort zusammensetzen und versuchen, nicht nur Sanktionen zu besprechen, sondern auch Weiterentwicklungsimpulse beispielsweise in Richtung StäB¹, in Richtung sektorübergreifende Versorgung zu setzen und hier aus Sanktionen Chancen machen.

Wir denken, eine Rückzahlverpflichtung für vereinbartes und ausfinanziertes Personal muss und darf sein in der Qualitätsvorgabe, aber nicht für Personal, das nicht finanziert ist und das deshalb auch nicht vorgehalten werden kann. Also: Begrenzung der Rückzahlverpflichtung auf das vereinbarte und ausfinanzierte Personal. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Herr Dr. (APK). – Es folgt die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e. V., die DMtG. Frau (DMtG) und Frau (DMtG) sind gemeldet. Wer spricht?

⁵ Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung

⁶ Psych-Personalnachweisvereinbarung

Frau (DMtG): Frau (DMtG) ist leider erkrankt. Deshalb werde ich das jetzt alleine machen.

Ich möchte mich für die Einladung bedanken und auch für das, was jetzt andere schon beigetragen haben, was natürlich zum Teil auch die Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten betrifft. Da wir aber noch sehr spezielle Probleme haben, möchte ich die Gelegenheit nutzen, auf diese Probleme einzugehen.

Wir hören immer wieder von der Basis in den Kliniken, dass diese Richtlinie eine große Verunsicherung auslöst, die zum Teil zulasten der Stellen von Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten geht, weil man sich über Vertretungssicherheit Sorgen macht oder über all diese Sanktionsmechanismen und anfängt, sich irgendwie wappnen zu wollen.

Gerade wenn wir hören, dass zum Teil Fachpersonal fehlt, wundern wir uns dann doch sehr, dass dann Stellen von Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten nicht wiederbesetzt werden, weil man anscheinend sich unsicher ist, wie die Zukunft sich weiterentwickelt. Das wäre für uns, vielleicht auch für andere, hilfreich, wenn man eine klarere Vorstellung davon hätte. Wir haben vorhin schon gehört, dass eventuell Ergebnisse von EPPIK einbezogen werden. Möglicherweise wäre das etwas, was nicht nur den Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten, sondern allen kleinen Berufsgruppen auch helfen würde, wenn man anfängt, endlich die alten Tätigkeiten aus der Psych-PV⁷ zu überarbeiten und dann auch auf der Basis Personalzahlen zu entwickeln.

Wir hatten immer wieder gesagt, dass wir gerne dazu beitragen. Möglicherweise müssen auch alle diese Berufsgruppen sich dazu austauschen. Wir würden uns einfach dringend wünschen, dass es so ein Stückweit mehr Perspektive gäbe, ein Stück Planungssicherheit, dass man weiß, wann auf welcher Grundlage weitergearbeitet wird, auf was wir uns vielleicht auch vorbereiten können. Das alles, glaube ich, haben wir schriftlich auch schon mehrfach geäußert. Aber vielleicht macht es auch irgendwie einen Sinn, dass alle, die hier jetzt sitzen, das auch noch einmal so hören. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen, Frau (DMtG). – Es folgt das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V., DKPM. Das Wort hat Herr Dr. (DKPM) Berberich.

Herr Dr. (DKPM): Vielen Dank. – Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses! Ich würde gerne drei Gesichtspunkte über unsere schriftliche Stellungnahme hinaus ausführen.

Zum einen sind in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie im Gegensatz zur Psychiatrie bisher keine verbindlichen Personalvorgaben in der Regelung durchgeführt worden. Die in den Vorgaben der PPP-RL festgelegten Zeitkontingente pro Berufsgruppe fußen tatsächlich auf den zwar fachlich fundierten, aber veralteten Vorschlägen aus den 90-er Jahren. Das sind keine an der heutigen Behandlungsrealität und den Bedürfnissen der Patienten oder den Vorgaben der Leitlinien orientierten Werte. Wir brauchen daher empirisch überprüfte Behandlungsbereiche und Zeitmindestvorgaben, um den Erfordernissen der modernen Psychosomatik zu entsprechen.

Um diese Empirie vorlegen zu können, haben die Fachgesellschaften die EPPIK-Studie mit einer soliden Datenbasis im Bereich der Psychosomatik aus 73 Einrichtungen durchgeführt. Herr Professor (DGPM) hat schon erwähnt, dass die Ergebnisse in knapp zwei Monaten vorgestellt werden. Aus den abgeleiteten Ergebnissen sollten dann erst die Werte für die PPP-RL eingearbeitet werden. Das sollten wir unbedingt abwarten.

Zum zweiten Punkt: Es gibt in der PPP-RL eine deutliche Ungleichbehandlung gegenüber der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung. Dort werden die verbindlichen Grenzwerte für das

⁷ Psychiatrie-Personalverordnung

Pflegepersonal festgelegt, bei der PPP-RL dagegen für alle sechs beteiligten Berufsgruppen in den psychosomatischen Einrichtungen. Eine Unterschreitung in einer dieser Berufsgruppen soll bereits sanktioniert werden. Das bedeutet eine deutliche Verschärfung, auch Ungleichbehandlung gegenüber der somatischen Medizin und entspricht nicht dem Äquivalenzgedanken. Das sollte also dringend revidiert werden.

Der dritte Gesichtspunkt betrifft das Vorgehen bei Unterschreitung der Mindestvorgaben, die unterschiedlichste Gründe haben kann, wie eine nicht ausreichende Personalgrundlage durch mangelnde Finanzierung im Krankenhausbudget oder durch den Fachkräftemangel, durch Krankheitsausfälle oder auch Zusatzaufgaben, wie etwa den nicht in der PPP-RL erfassten Nachtdienst. Diese Gründe sollten im Sinne einer notwendigen Hilfestellung für Krankenhäuser in einem strukturierten Dialog vor Ort aufgegriffen werden, bevor oder anstatt es zu unreflektierten Sanktionsmaßnahmen kommt. Ziel muss es in jedem Fall sein, das differenzierte Versorgungssystem in der Psychosomatik aufrechtzuerhalten. – Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr Dr. (DKPM). – Die letzte Einrichtung, die spricht, ist der Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V., vertreten durch Herrn (DVGP).

Herr (DVGP): Danke schön. – Ich bedanke mich zunächst erstmal, dass ich hier den Dachverband vertreten kann. Ich bin stellvertretender Vorsitzender des Dachverbandes.

Der Dachverband selbst hat relativ wenige Mitgliedseinrichtungen, die Kliniken beziehungsweise Tageskliniken betreiben. Wenn, dann sind es meist eher kleine Tageskliniken. Dennoch wirkt sich natürlich die PPP-RL auf diese Einrichtungen aus. Grundsätzlich begrüßen wir die PPP-RL, auch wenn es am Ende nicht mehr Arbeitskräfte sein werden, die wir eigentlich benötigen. Aber es gibt mehr Verbindlichkeit für den Personaleinsatz in einer Klinik.

Dennoch weisen wir darauf hin, dass es gerade für kleine Einrichtungen schwierig ist, auf Schwankungen im Personalbereich reagieren zu können. Bereits jetzt beobachten wir die Tendenz, dass die psychiatrischen Kliniken sich auf ihr Kerngeschäft beschränken und deshalb auch von innovativen Projekten absehen. Als Beispiel nenne ich die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung, die bundesweit durch den Dachverband durchgeführt wurde.

Deshalb unterstützen wir den Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft im § 13, ein gestuftes Erörterungsverfahren mit den Landesarbeitsgemeinschaften durchzuführen, um auf die Besonderheiten in den Regionen zu sprechen zu kommen und zu erklären, warum vielleicht Unterschreitungen notwendig geworden sind, weshalb vielleicht auch besondere Behandlungskonzepte eingeführt wurden.

Grundsätzlich muss man feststellen, dass natürlich die sektorübergreifende Arbeit – wie von Herrn (APK) von der APK schon erwähnt – nicht beachtet wird. Aus unserer Sicht ist das ein deutlicher Mangel, weil das die Zukunft sein wird. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (DVGP). – Damit sind wir zunächst einmal mit dem Teil Ihrer Stellungnahmen durch.

Jetzt frage ich in die Runde: Gibt es Fragen? – Der GKV-Spitzenverband und anschließend die Patientenvertretung.

GKV-SV: Danke schön. – Ich habe eine Frage an Herrn (ver.di) von ver.di: Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass eine Aussetzung der Sanktionen weiterhin abzulehnen ist. Ich habe die Bitte an Sie, ob Sie das noch einmal näher erläutern können, weshalb die Umsetzung von Sanktionen aus Ihrer Sicht wichtig ist.

Die zweite Frage, die ich habe, geht auch an ver.di: Weshalb ist aus Sicht von ver.di ein Monatsbezug für die PPP-RL sinnvoll? Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass mit Bezug auf die PpuGV⁵ nicht das Quartal, sondern der Monat auch betrachtet wird. Deswegen die Frage: Weshalb schlagen Sie das auch für PPP-RL vor?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Dann ist es an Herrn (ver.di) von ver.di zu antworten.

Herr (ver.di): Vielen Dank. – Ich mach das sehr gerne.

Zur Frage eins, zur Umsetzung der Sanktionen: Gegenwärtig ist es so, dass anhand der Ist-Situation in den Kliniken die Auswirkung eines effektiven Fehlens von Sanktionen zu beobachten ist. Ohne eine durch geltende Sanktionsregelungen erzeugte Verbindlichkeit, gibt es nun mal keinen Personalaufbau, oder es wird kein Personalaufbau in Aussicht gestellt. Damit bleibt es in den betroffenen Einrichtungen aus betriebswirtschaftlicher Sicht plausibel, an Personal zu sparen und somit einer Personalbemessung unterhalb der Mindestbesetzung den wirtschaftlichen Regelbetrieb aufrechtzuerhalten.

Mit Blick auf die betroffenen Beschäftigten in diesen Einrichtungen bedeutet das, dass einerseits erhöhte Arbeitsbelastungen entstehen oder fortgesetzt werden, die aus der Unterbesetzung und den damit im Zusammenhang stehenden Dienstplaneingriffen sowie kurzfristigen Einsätzen von externem Personal resultieren. In der Folge erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass weitere Fachkräfte ihr Berufsfeld verlassen werden, wie es ja in der Vergangenheit leider schon über mehrere Jahre hinweg festzustellen war, weil sie sich aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen und gesteigerter Belastungen nicht mehr in der Lage sehen, ihre Tätigkeit weiter auszuüben.

Zudem ist davon auszugehen, dass die Versorgungsqualität durch das Fehlen von stabilen Rahmenbedingungen – beispielsweise für multiprofessionelle Teams in ausreichender Größe und Qualifikation sowie die erforderliche langfristige Zusammensetzung – beeinträchtigt wird, was dann zwangsläufig zulasten der Patientinnen und Patienten geht.

Zu Ihrer zweiten Frage, im Hinblick auf den Monatsbezug der PPP-RL: Für eine gute und bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung sind multiprofessionelle Teams unerlässlich, insbesondere mit Blick auf die erforderliche personelle Besetzung und Qualifikation innerhalb der Teamstrukturen.

Dies kann im Sinne der Qualitätsvorgaben vor allem nur dann sichergestellt werden, wenn im Bereich der praktischen stationsbezogenen Teamzusammensetzung so wenig wie möglich eingegriffen wird. Die aktuelle Situation des Quartals- und Einrichtungsbezugs konterkariert dieses Kriterium hier. Insbesondere in den Einrichtungen mit einer deutlichen Unterschreitung der Personalmindestvorgaben wird das Personal oft regelmäßig und kurzfristig versetzt, um entstandene Engpässe bei der Versorgung zu kompensieren. Neben den negativen Einflüssen auf die Behandlungsqualität ergeben sich aus diesen Kompensationsmaßnahmen auch äußerst negative Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten. In der Folge stehen dann die dringend benötigte Bindung und Erhaltung von Fachkräften in den Einrichtungen auf dem Spiel.

Zudem ist auch ein ganz wesentlicher Aspekt, wenn man an die künftige Gewinnung von Fachkräften denkt, dass auch die praxisnahe Qualifikation junger und zukünftiger Beschäftigter durch solche Vorgänge deutlich erschwert wird, weil vor allem langfristige strukturierte sukzessive Qualifikationsmaßnahmen immer dann scheitern, wenn durch wiederholte Unterbrechungen und Springereinsätze der gezielte Qualifikationserwerb eingeschränkt oder verunmöglicht wird. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (ver.di). – Ich nutze die Gelegenheit, Sie zu bitten, sich sowohl in den Fragen als auch in den Antworten einigermaßen kurzzufassen. Herzlichen Dank. – Die Patientenvertretung, bitte.

PatV: Ich möchte zuerst einmal allen ganz herzlich danken. Ich glaube, das, was Sie mit Ihren Stellungnahmen beigetragen haben, hilft uns auch, die Richtlinie insgesamt besser zu machen.

Ich habe auch eine Frage an die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft: Wir haben jetzt die Aussetzung der Richtlinienänderung. Der Vergütungswegfall bei der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben wird also für 2024 und 2025 aufgehoben. Was müsste jetzt, um es positiv zu formulieren, in der Zeit bis 2026 geschehen, um dann eine deutlich bessere Erfüllungsquote zu erhalten und nicht vor denselben Problemen wie heute zu stehen? – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich danke Ihnen. – Herr (ver.di), Sie haben das Wort.

Herr (ver.di): Vielen Dank. – Um ab 2026 eine bessere Erfüllungsquote zu erhalten, bräuchte es, wenn man es grob zusammenfasst, in jedem Fall eine Regelung, die eine Anpassung der stationären Behandlungskapazitäten an das zur Verfügung stehende Personal vorsieht.

Es ist also zu berücksichtigen, wie viele Beschäftigte vorhanden sind und darauf aufbauend die Leistung und Versorgung strukturiert wird, damit mit dieser bisher geltenden Praxis gebrochen wird, dass unabhängig von der Zahl oder auch dem Fehlen von Beschäftigten noch viele Leistungen durchgeführt werden. Als Konsequenz personeller Unterbesetzung müssen Stationen und Abteilungen so lange geschlossen bleiben, bis eine Sicherstellung der Mindestpersonalvorgaben gemäß PPP-RL erreicht werden kann.

Wir brauchen die Refinanzierung bedarfsnotwendiger Investitions- und Sachkosten in den Einrichtungen, und zwar langfristig. Wir brauchen eine vollständige Refinanzierung aller Personalkosten sowie eine vollständige Vergütung der Tarifverträge im laufenden Jahr inklusive aller qualitativen Anpassungen und nominellen Tarifsteigerungen.

Mit dem Ziel der Entwicklung bedarfsgerechter Personalbemessungsvorgaben muss darüber hinaus eine Weiterentwicklung der Mindestpersonalvorgaben auf Basis der aktuellen Behandlungskonzepte sichergestellt werden, sodass perspektivisch die PPP-RL zu einer echten Qualitätsrichtlinie mit verbindlicher Umsetzung weiterentwickelt wird. Und es muss sichergestellt sein, dass Versorgungsverträge im Rahmen der Psych-Versorgung nur mit Einrichtungen geschlossen werden, die diese Qualitätsvorgaben auch einhalten. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Es folgt noch einmal die Patientenvertretung.

PatV: Vielen Dank. – Ich habe zwei Fragen. Eine Frage richtet sich an Herrn (DVGP) vom Dachverband Gemeindepsychiatrie: Ich lese in Ihrer Stellungnahme, dass Sie die Klarstellung in § 1 Absatz 1 unterstützen, dass die Mindestvorgaben als Instrument der Qualitätssicherung dienen und zur leitliniengerechten Behandlung beitragen sollen und nicht zur Budgetfindung. Das war an sich in der PPP-Richtlinie nicht anders vorgesehen. Warum sehen Sie jetzt dennoch die Klarstellung für erforderlich, dass die Mindestvorgaben keine Anhaltzahlen enthalten?

Meine zweite Frage richtet sich explizit an Herrn Dr. (APK) von der APK: Sie haben auch etwas zum strukturierten Dialog gesagt, was ich bemerkenswert finde, obwohl das rechtlich durch den G-BA nicht vorgesehen ist. Sie haben gesagt, es wäre sinnvoll oder auch notwendig, dass Patientenvertreter bei diesem strukturierten Dialog mit dabei sind. Warum erachten Sie das als wichtig? Soll aus Patientenvertreter-sicht vielleicht auch bewertet werden, ob die Behandlung, die weitere Behandlung bei personeller Unterbesetzung für die Patienten eines Krankenhauses überhaupt zumutbar wäre? – Danke.

Die Vorsitzende): Vielen Dank. – Die erste Frage ging an Herrn (DVGP).

Herr (DVGP): Wir unterstützen diesen Vorschlag von den Patientenvertretern dahingehend, indem wir sagen: Es muss praktisch die Mindestvorgabe gelten und nicht die Anhaltspunkte, damit erst einmal die Kalkulation der einzelnen Bereiche erfolgen kann. Denn es sollte, statt sich an den vorgegebenen Anhaltspunkten zu orientieren, an den jeweiligen einrichtungsbezogenen Kalkulationen gearbeitet werden. Da ist die Mindestvorgabe natürlich vorgegeben. Deshalb unterstützen wir den Vorschlag der Patientenvertretung.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank.

Herr Dr. (APK): Ich unterstütze den Vorschlag natürlich auch, und zwar aufgrund der Erfahrungen der Budgetverhandlungen vor Ort. Dort wird die PPP-RL regelhaft als Budgetfindungsinstrument benutzt. Es werden Personalvereinbarungen oberhalb der PPP-RL von den Kassen blockiert, auch auf Schiedsstellenebene. – Die müssen im Moment bis vor das Bundesverwaltungsgericht gehen. – In allen Budgetverhandlungen wird regelhaft die Feststellung konterkariert, dass es sich um eine Mindestpersonalverordnung und nicht um ein Soll handelt und das zu vereinbarende Soll natürlich über der Mindestpersonalverordnung liegen soll.

Zur zweiten Frage, zum strukturierten Dialog: Wenn die Mindestpersonalverordnung nicht eingehalten werden kann, hat das meist Ursachen: zu wenig Personal und zu viele Patienten. Die zweite Ursache ist, Herr (ver.di), dass es nicht nur um zu wenig Personal geht. Wir haben natürlich eine Pflichtversorgung; wir müssen vor Ort versorgen. Wir sind nicht in der Somatik, wo wir einen Wettbewerb haben. Wir haben eine Versorgungsverpflichtung für Versorgungsregionen. Wir sind für die Versorgung in der Psychiatrie verpflichtet. Es gibt keinen zweiten Anbieter bei Fachkrankenhäusern. Und wenn Sie Krankenhäuser oder Stationen schließen, gibt es gar keinen Anbieter mehr. Diese Konsequenz müssen Sie bei Ihren Forderungen nach monats- und mitarbeiterbezogenen Dingen mitberücksichtigen.

Das heißt: Wir von der APK fordern, dass bei Unterbesetzung ein Dialog stattfindet. Da müssen die Patienten dazu, da muss der Patienten aspekt dazu, und zwar verpflichtend. Denn es geht um die Patienten. Alle Dinge, die hier diskutiert werden, wie Stationsschließungen, betreffen Patienten vor Ort, betreffen die Notfallversorgung, die Pflichtversorgung. Deshalb fordern wir zwingend, dass wir in diesen Dialogen die Patienten, die Patientenperspektive einbeziehen und nicht nur die finanzielle Kassen- oder Leistungserbringerperspektive berücksichtigen. Das wäre mir wichtig. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank. – Es folgt die DKG.

DKG: Vielen Dank. – Ich habe eine Frage an die DGPPN:

Herr (DGPPN), die DGPPN hatte sich im vergangenen Jahr im Rahmen des Plattform-Papiers neben vielen weiteren Fachgesellschaften und Fachverbänden für eine Neuausgestaltung der bisherigen Sanktionsregelung ausgesprochen, was seit je her auch eine Forderung der DKG ist. In Ihrer Stellungnahme unterstreichen Sie nun nochmals die Forderung nach einer angemesseneren und gerechteren Sanktionierung und begrüßen dabei auch den Vorschlag nach Beratungs- und Unterstützungsleistung in Form eines klärenden Dialoges. Können Sie aus Ihrer Sicht die Relevanz und Bedeutung eines solchen Dialogs erläutern? – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Herr Professor (DGPPN), bitte.

Herr Prof. Dr. (DGPPN): Vielen Dank für die Frage. – Ich will versuchen, es ganz kurz zu beantworten. Es ist vieles dazu schon gesagt worden.

Es kann nicht darum gehen, bei Nichterfüllung von Personaluntergrenzen Krankenhausabteilungen zu schließen oder Ähnliches. Sondern es muss darum gehen, solche Untererfüllungen zu beheben, indem mehr Personal in die Krankenhäuser kommt oder aber – und das ist für moderne Psychiatrie auch typisch –, dass versucht wird, über andere Versorgungsformen, die vielleicht personaleffizienter sind, das Problem zu lösen. Und das ist komplex. Das ist nichts, was vom grünen Tisch aus, beispielsweise vom G-BA oder von einer Krankenkasse, entschieden werden kann, sondern was vor Ort im Dialog derer, die betroffen sind, das sind die Patienten – Herr (APK) hat es erwähnt –, und derjenigen, für die die Arbeit geregelt werden muss. Deswegen sollte ein solcher Dialog lokal, gemeindenah, im Grunde genommen auf das jeweilige Versorgungsgebiet bezogen, installiert werden, um gemeinsam Lösungen zu finden. Das wäre wesentlich zielführender, als auch noch durch eine finanzielle Belastung solcher Krankenhäuser die Situation noch komplexer zu machen.

Sie werden verstehen, dass die Probleme nicht dort auftreten, wo wir in Ballungsräumen tätig sind, wo sich die Versorgungsgebiete auch überlappen. Sondern die Probleme, wie auch Berechnungen des VKD⁸ gezeigt haben, treten vor allem im ländlichen Raum auf. Da wird man nur so weiterkommen, also mit speditiven, mit zukunftsorientierten, intelligenten Lösungen, die in einem solchen Dialog gefunden werden. – Ich hoffe, das war in etwa das, was Sie wissen wollten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Professor (DGPPN). – Es folgt die Patientenvertretung.

PatV: Ich habe noch eine Frage an ver.di: Sie sagen, dass eine Fortsetzung der Aussetzung der Sanktionsregelung den Status quo der personellen Unterausstattung zementiert. Was meinen Sie, welche Folgen die weitere Aussetzung für Patienten und Beschäftigte hat?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr (ver.di), bitte.

Herr (ver.di): Ich bedanke mich für die Frage. – Ohne die Umsetzung der Sanktionen entstehen keine verbindlichen Anreize, um die erforderliche Mindestpersonalausstattung gemäß PPP-RL auszubauen. In der Folge leidet dann die Versorgungs-, Behandlungsqualität. Ohne eine geeignete Personalausstattung kann nun mal auch keine richtlinienkonforme Schichtbesetzung sichergestellt werden. Wenn das der Fall ist, ist jedoch auch davon auszugehen, dass eine leitliniengerechte Behandlung auf Basis der Qualitätsvorgaben der PPP-RL nicht sichergestellt ist oder nicht erfolgt.

Darüber hinaus bringen bestehende personelle Unterbesetzungen die Beschäftigten bereits heute häufig in belastende Arbeitssituationen. Hinzu kommt, dass auch die stationäre Versorgung weniger strukturiert und planbar gestaltet werden kann, da fehlendes Personal einerseits zu häufigem Einspringen und Eingriffen in die Dienstplanung, andererseits zu einem erhöhten notwendigen Einsatz von externem Personal führt.

Als Folge dieser fehlenden Stabilität ist die für eine leitliniengerechte Behandlung essenzielle Arbeit mit multiprofessionellen, langfristig strukturierten Behandlungsteams nicht gesichert möglich. Häufige Umbesetzungen und Besetzungen mit externem Personal erhöhen zudem die Risiken nicht sachgerechter Einarbeitung und Qualifizierung. Daraus können schlechtere Behandlungsqualitäten bis hin zu nicht sachgerechten, gegebenenfalls auch gefährdenden Behandlungssituationen resultieren.

Aus diesem Grund ist die verbindliche Aufwertung der Personalbemessung mit dem Ziel der Beseitigung personeller Unterbesetzungen sowohl im Sinne der Beschäftigten als auch der Patientinnen und Patienten unerlässlich. – Vielen Dank.

⁸ Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Als letzten Fragenden habe ich den GKV-Spitzenverband.

GKV-SV: Ich habe eine Frage an Frau Dr. (BDK) von der BDK und Herrn Professor (DGPM) von der DGPM:

Wir haben aktuell einen Umsetzungsstand, dass ungefähr die Hälfte der Einrichtungen das 90-Prozentsniveau, was letztes Jahr galt, nicht erreichen können. Für wie realistisch halten Sie es, dass alle Häuser oder eine absolute Mehrzahl der Häuser in weniger als zwei Jahren einhundert Prozent der Mindestvorgaben einhalten können? – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Frau (BDK) wurde gefragt.

Frau Dr. (BDK): Ich würde vielleicht einmal anfangen. – Danke, GKV-Spitzenverband, für die Frage.

Ich verstehe durchaus die Befürchtungen, dass wir die Stellen nicht besetzen können, so wie sie in der PPP-RL gefordert sind. Sie wissen aber auch, dass wir fordern, dass wir eine größere Flexibilisierung brauchen, was die Einsetzbarkeit des Personals angeht; dass wir – darauf hat Herr (BDK) hingewiesen – auch noch mal über Hilfskräfte oder die Anerkennung von anderen Berufsgruppen in der Arbeit mit psychisch Erkrankten sprechen sollten.

Unsere Idee ist schon, dass wir durch eine generelle Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungssysteme, also sprich auch durch das Setzen auf innovative Versorgungsmodelle Veränderungen haben werden, was die personelle Ausstattung angeht. Das heißt: Die Hauptkritik ist ja, dass die PPP-RL uns in dem zementiert, wie die Psychiatrie ist. Dies bedeutet, dass also eher nicht vollstationäre Angebote zurückgebaut werden, um die Vorgaben der Mindestanforderungen der PPP-RL zu erfüllen.

Im Rückgriff auf das, was Herr (APK) geschildert hat, ist das auch unsere Erfahrung. Auch wenn die PPP-RL nicht als Budgetfindungsinstrument gedacht ist, wird sie aber als solches benutzt und missbraucht. Das führt dazu, wenn wir keine höheren Anforderungen an die Mindestpersonalbesetzung stellen, dass wir dann diese Stellen nicht finanziert bekommen werden. Dann rutschen wir in diese Abwärtsspirale. Deshalb haben wir uns dem Vorschlag der DKG angeschlossen und haben gesagt: Wir behalten den Zeitplan bei. Wir versuchen darüber wirklich, das auch immer teurerer und rarer werdende Personal dann auch zu finanzieren.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Die DKG noch einmal.

DKG: Ich habe auch eine Frage an Herrn (DGPM) von der DGPM:

Die DGPM hat in ihrer Stellungnahme anhand einer eigenen Nachberechnung aufgezeigt, dass die Höhe des Vergütungswegfalls in der Neuberechnung des GKV-SV weiterhin zu unangemessen hohen Strafzahlungen führen würde. Sie weisen allerdings – wie Sie das vorhin auch schon ausgeführt haben – auch darauf hin, dass der Vorschlag der DKG ebenfalls noch zu hoch ausfällt. Würden Sie bitte noch einmal genauer ausführen, weshalb Sie sich trotzdem unserem Vorschlag angeschlossen haben, obwohl dieser zu schärferen Sanktionsfolgen führt als in der PpuGV⁵? – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Herr (DGPM).

Herr Prof. Dr. (DGPM): Vielen Dank, DKG, für die Frage.

Wir schließen uns dem Vorschlag der DKG an, wobei wir da auch noch Verbesserungspotenzial sehen. Aber ein grundlegender Unterschied zum GKV-SV-Vorschlag ist, dass der Sanktionsfaktor in Abhängigkeit von der Psych-PNV⁶ festgelegt wird.

Das heißt: Ich kann diejenigen nicht bestrafen, sofern sie die Mindestvorgaben nicht erfüllen, aber das Personal, was zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen verhandelt worden ist, erfüllt wurde. Das heißt, wenn Personal fehlt, dafür aber auch keine Finanzierung vorliegt, dann kann ich die Kliniken dafür nicht bestrafen, weil sie letztlich daran auch keine Schuld tragen. Ich glaube, das ist der ganz zentrale Punkt, den man da berücksichtigen muss. Vor dem Hintergrund unterstützen wir an der Stelle den Vorschlag der DKG.

Wie auch dargestellt, ist bei dem Vorschlag der DKG zu berücksichtigen, dass, wenn ich den Sanktionsfaktor auf das gesamte Budget anlege und nicht nur auf die eingesparten Personalkosten, dann komme ich auch auf einen Sanktionsfaktor, der deutlich höher liegt, als das der Fall in der PpuGV⁵ ist. Deshalb sehen wir auch da noch Nachbesserungsbedarf.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Professor (DGPM). – Der GKV-Spitzenverband.

GKV-SV: Ich habe eine Frage an Herrn (DGSGB) von der DGSGB zu einem anderen Punkt, um einmal das Thema Sanktionen zu verlassen:

Sie sind in Ihrer Stellungnahme darauf eingegangen, dass Menschen mit Intelligenzminderung in der PPP-RL entsprechend ihres Entwicklungsalters in die Behandlungsbereiche der Kinder und Jugendlichen eingestuft werden sollten.

Weswegen schlagen Sie ausgerechnet die Behandlungsbereiche der Kinder und Jugendlichen vor? Warum ist aus Ihrer Sicht nicht eine Einstufung in die Intensivbehandlungsbereiche der Erwachsenenpsychiatrie auch möglich oder genauso zielführend? Zumal im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch noch andere Berufsgruppen mit dabei sind.

Meine zweite Frage geht an die DGKJP:

Frau (DGKJP), Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass auch im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie der Ausbau der ambulanten Versorgung sinnvoll ist. Ich möchte Sie bitten, noch einmal näher darauf einzugehen, was genau Sie damit meinen und welche ambulanten Angebote aus Ihrer Sicht besonders relevant seien.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Herr (DGSGB), bitte.

Herr Dr. (DGSGB): Vielen Dank für die Frage. – Warum schlagen wir die Kindereingruppierung analog zur Kinder- und Jugendpsychiatrie vor?

Wie gesagt, haben wir den Vorschlag einer eigenen Gruppe IM⁹ gemacht. Der unbürokratischere Weg ist unser Vorschlag, sie dann in die Kinder und Jugendpsychiatrie einzugruppieren. Sie fragen, warum wir das vorschlagen: Weil das Entwicklungsalter und damit auch die Bedürfnisstruktur der Menschen dem von Kindern und Jugendlichen entsprechen. Als man die Bereiche und Minuten erarbeitet hat, hat man sich auch Gedanken gemacht, was für Bereiche für dieses Entwicklungsalter sinnvoll sind.

Wenn man sie in die Intensivbehandlungsbereiche der Erwachsenenpsychiatrie einstuft, dann hat man mehr ärztliche Minuten und mehr pflegerische Minuten. Aber die Spezialtherapie, die Musiktherapie, insbesondere auch die Bewegungstherapie – viele unserer Klientinnen und Klienten haben da auch massive Einschränkungen – sind nicht so hoch und sind hingegen in der Reguläreinstufung, also in der KJP 2 höher als beispielsweise in der A 1. Deswegen schlagen wir diese analoge Gruppierung der KJP³ vor.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr (DGSGB). – Frau (DGKJP), bitte.

⁹ Intelligenzminderung

Frau Prof. Dr. (DGKJP): Vielleicht möchte auch Herr (DGKJP) ergänzen. Ich kann dazu nur ganz kurz Folgendes sagen:

Die intensiv aufsuchenden ambulanten Strukturen als Brücke von StäB¹ und als Ergebnis der 64-er Modelle, deren Übertragung und die Ausdehnung der PPP-RL – so wie es Herr (APK) auch gesagt hat –, sektorübergreifende Versorgung, geht uns viel zu langsam.

Herr Prof. Dr. (DGKJP): Vielleicht noch ergänzend dazu:

Wir haben auch schon mehrfach moniert – und das ist auch ein Punkt –, dass die PIA², die Versorgung mit Psychiatrischen Institutsambulanzen im Kinder- und Jugendbereich gerade in sehr unterversorgten Gebieten extrem wichtig ist. Der Ausbau der PIA-Leistungen ist nicht nominell allein, sondern die Differenzierung der PIA-Leistungen hängt auch damit zusammen, wie der Behandlungsdruck auch in den Kliniken für vollstationäre Patienten ist.

Wir haben eine hochheterogene Finanzierungslage von sehr kleinen Pauschalen bis über gestufte Pauschalen, bis analog zum Bayerischen Modell. Deswegen haben wir auch in der Stellungnahme geschrieben, man muss nicht nur eines anfassen. Sondern man muss es komplex sehen. Ich kann natürlich die Versorgung nur umbauen, wenn dann auch die Kliniken für diese Patienten, auch bei relativ kurzen Verweildauern, die Möglichkeit haben, sie auch nachstationär dementsprechend intensiv zu behandeln.

Jetzt kommen wir zur nächsten Schnittstelle: Auch gerade Patienten, die zum Teil stationär in der Kinder- und Jugendhilfe leben, die dann auch als Notfälle zu uns kommen – 50 Prozent sind Krisenpatienten in der KJPP¹⁰ –, kann ich nur behandeln, wenn ich ein dementsprechend ausgebautes ambulantes System habe, das aber auch Kontinuität mit der Klinik bietet.

Wir wissen alle, dass in der nächsten Zeit der Niederlassungsbereich jetzt nicht durch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen explodieren wird, sodass wir einfach auch für diese Patienten die Versorgung sichern müssen. Das heißt, es muss auch an einer anderen Schraube etwas gedreht werden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Der GKV-Spitzenverband.

GKV-SV: Ich habe eine kurze Nachfrage an den Dachverband Gemeindepsychiatrie:

Sie hatten erwähnt, dass insbesondere die kleinen Einrichtungen Schwierigkeiten haben, dass Sie sich um die sorgen, wie sie die Mindestanforderungen einhalten sollen. Nun zeigen die Ergebnisse der Nachweise, dass gerade die kleinen Einrichtungen besonders gut abschneiden. Beispielsweise im dritten Quartal 2022 haben die kleinen Einrichtungen zu 59 Prozent die Mindestvorgaben erfüllt. Das sind Einrichtungen, die weniger als 25 Plätze haben. Und die großen Einrichtungen, die über einhundert Plätze haben, haben nur zu 36 Prozent erfüllt. Also deutlich weniger.

Uns ist das ein bisschen rätselhaft. Wir hatten gedacht, dass gerade die großen gut erfüllen, weil sie flexibler sind. Haben Sie dafür eine Erklärung?

Herr (DVGP): Ich kann an der Stelle nur eine Vermutung aussprechen beziehungsweise aus den Erfahrungen unserer Träger berichten, die kleine Einrichtungen haben:

Die kleinen Einrichtungen sind sehr flexibel, wenn es um innovative Modelle geht. Sie beteiligen sich an diesen Modellen – ob das jetzt der § 64b ist oder andere Modelle – und benötigen dafür natürlich auch Personal. Möglicherweise ist das ein Grund, warum dort an der Stelle die kleinen Einrichtungen auch gut wegkommen. Aber wenn die volle Umsetzung der Richtlinie jetzt oder in ein paar Jahren erfolgen wird, besteht die Befürchtung, dass diese

¹⁰ Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Innovationen auch wegfallen werden, weil dann das benötigte Personal im Kerngeschäft gebraucht wird. Das ist meine Vermutung. – Danke.

die Vorsitzende des Unterausschusses: GKV-Spitzenverband, es hat sich außer der Reihe Herr (DGPPN) gemeldet. Möchten sie die Frage auch an Herrn (DGPPN) stellen?

GKV-SV: Sehr gerne auch an Herrn (DGPPN).

Frau Maag (Vorsitzende): Herr (DGPPN), bitte.

Herr Prof. Dr. (DGPPN): Im Grunde kann ich das unterstützen, was der Vorredner gesagt hat. Ich glaube, dass die Situation aktuell ein bisschen verzerrt dargestellt wird. Denn kleine Einrichtungen sind natürlich auch beliebte Arbeitsplätze. Es sind sehr häufig Tageskliniken, die beispielsweise lästige Schichtdienste in der Nacht und so weiter nicht notwendig machen.

In dem Moment, wo über einem Sanktionsmechanismus die Kliniken gezwungen wären, wie man in der Herz-Kreislaufmedizin sagt, eine Zentralisierung durchzuführen, also alle wesentlichen Kräfte in den Kern der Einrichtungen zurückzuziehen, dann hätten trotzdem und gerade die kleinen Einrichtungen wahrscheinlich die allergrößten Probleme. Insofern ist diese Befürchtung, glaube ich, sehr valide.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Jetzt bin ich mit der Frageliste durch. Das heißt, wir beenden jetzt die Anhörung. Ich darf mich ganz herzlich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die uns zugeschaltet waren, bedanken. Vielen Dank für Ihre Expertise.

Ich möchte an dieser Stelle noch einmal betonen: Sie haben alle gesehen, welche Änderungen bevorstehen. Das heißt, ich habe vernommen, dass sich auch viele für eine weitere Erneuerung der Richtlinie aussprechen. Das wird jetzt nicht in dem Maße passieren, wie Sie es sich vorgestellt haben. Nur, um da keine Enttäuschungen zu wecken. Es geht um die adressierten wenigen Paragraphen, die geändert werden sollen. – Herzlichen Dank Ihnen allen. Wir beenden die Anhörung und machen dann im nicht-öffentlichen Teil weiter.

Schluss der Anhörung: 14:11 Uhr