

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Personalausstat- tung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erstfassung

Vom 19. September 2019

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1 Zu den Regelungen im Einzelnen	5
§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich.....	5
§ 2 Grundsätze	6
§ 3 Behandlungsbereiche	9
§ 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste	11
§ 5 Berufsgruppen	11
§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung	12
§ 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad	14
§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen.....	20
§ 9 Weitere Qualitätsempfehlungen.....	21
§ 10 Ausnahmetatbestände	22
§ 11 Nachweisverfahren	22
§ 12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser	25
§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben	25
§ 14 Anpassung der Richtlinie	26
§ 15 Evaluation der Richtlinie	26
§ 16 Übergangsregelungen	27
2.1.1 Anlagen	28
Anlage 1: Minutenwertetabellen	28
Anlage 2: Eingruppierungsempfehlungen.....	30
Anlage 3: Nachweis	31
Anlage 4: Regelaufgaben.....	31
3 Bürokratiekostenermittlung	32
4 Verfahrensablauf	32
5 Fazit	33
6 Zusammenfassende Dokumentation	33

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat nach § 136a Absatz 2 SGB V zur Festlegung geeigneter Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu bestimmen. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen dabei möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen sowie mit notwendigen Ausnahmetatbeständen und Übergangsregelungen versehen sein. Dies erfolgt im Rahmen der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) und ist vom G-BA erstmals bis zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 zu beschließen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der Gesetzgeber hat in § 136a Absatz 2 SGB V den G-BA damit beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal festzulegen. Diese Mindestvorgaben sind erforderlich, da ab dem 1. Januar 2020 die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) außer Kraft treten.

Der Gesetzgeber hat dem G-BA für die neue Richtlinie zur Personalausstattung klare Rahmenbedingungen gesetzt:

Laut Gesetzesbegründung stellt die therapeutische Behandlung einen besonders personalintensiven Bereich dar; die Versorgungsqualität hinge hier in besonderem Maße von der Anzahl und der Qualifikation des Personals ab. Insofern wird mit der Einführung von verbindlichen Mindestvorgaben der Umfang des Personals beschrieben, der nicht unterschritten werden darf. Diese Mindestvorgaben werden daher als Mindestanforderungen der Strukturqualität für die gesamte psychiatrische und psychosomatische Versorgung eingeführt. Wörtlich wird dazu in der Gesetzesbegründung ausgeführt: *„Die psychiatrische und psychosomatische Versorgung in stationären Einrichtungen bedarf daher zur Sicherung der Strukturqualität weiterhin bindender Regelungen für die Personalausstattung. Mit der Einführung von verbindlichen Mindestvorgaben wird der Umfang des zur notwendigen Versorgung der Patientinnen und Patienten vorzuhaltenden Personals beschrieben, der nicht unterschritten werden darf. Diese Personalvorgaben werden daher als Mindestanforderungen der Strukturqualität für die gesamte psychiatrische und psychosomatische Versorgung eingeführt.“* (vgl. hierzu BT-Drs. 18/9528, S. 51).

Damit ist das Ziel dieser Richtlinie, Mindestanforderungen der Strukturqualität – hier die Personalausstattung - im G-BA-Kontext zum Zwecke der Qualitätssicherung festzulegen. Diese Mindestvorgaben sollen einen Beitrag zur leitliniengerechten Behandlung leisten. Diese verbindlichen Mindestvorgaben sind aber keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung.

Der Gesetzgeber hat außerdem vorgegeben, dass die Mindestvorgaben möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen sollen. Auch nach § 5 Absatz 2 der Verfahrensordnung des G-BA ist der G-BA gehalten, in seinen Beratungsverfahren den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin zu ermitteln.

Die diesbezüglichen Recherchen und Befragungen des G-BA ergaben, dass eine unmittelbare evidenzbasierte Ableitung und Erarbeitung von Personalstandards für Psychiatrie und Psychosomatik auf dem derzeitigen Stand des Fachwissens nicht ohne Einschränkungen möglich erscheint. Auch international wurden keine unmittelbar evidenzbasierten oder im nationalen Kontext umgesetzten Vorgaben, Standards oder Empfehlungen zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik gefunden, die für eine Anwendung im nationalen Gesundheitssystem geeignet erscheinen.

Vor diesem Hintergrund gab der G-BA die Erarbeitung einer empirischen Studie zur Personalausstattung in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik (nachfolgend: PPP-Studie) in Deutschland in Auftrag. Mit dieser PPP-Studie sollte die fachliche Grundlage für die Ableitung von konkreten Mindestvorgaben für die Personalausstattung erarbeitet werden. Für die Erarbeitung der Studie-PPP und die Vorlage in der Form eines umfassenden wissenschaftlichen Berichts wurde eine Frist bis zum 21. Dezember 2018 gesetzt. Ein abnahmefähiger Bericht liegt – nicht zuletzt wegen einer Vielzahl bestehender fachlicher Mängel und ungeklärter rechtlicher Fragen – bisher nicht vor. Die mit einer Frist bis zum 30. September 2019 versehene Umsetzung des gesetzlichen Auftrages aus § 136a Abs. 2 SGB V musste daher ohne die extra für diese Zwecke vom G-BA beauftragte Studie-PPP erfolgen. Folglich musste sich der G-BA bei der Ableitung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung auf die beste verfügbare anderweitige Evidenz stützen.

Der G-BA führte in diesem Zusammenhang acht Fachexpertengespräche durch. Sieben davon zu den in Psychiatrie und Psychosomatik geltenden S3-Leitlinien und ein weiteres Fachgespräch unter der übergeordneten Fragestellung, welche Personalausstattung für deren Umsetzung erforderlich ist. Parallel dazu wurden aus allen betroffenen S3-Leitlinien die personalbezogenen Inhalte extrahiert, d. h. nach Empfehlungen zu Umfang, Intensität sowie notwendigem Personal für die Umsetzung von empfohlenen Maßnahmen gesucht.

Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienextraktionen und Fachexpertengespräche zu den Aufwänden einer leitliniengerechten Behandlung ergaben Hinweise auf die Bereiche, in denen es Änderungsbedarf gibt. Gleichzeitig waren die Ergebnisse in weiten Teilen zu unspezifisch und heterogen, als dass eine unmittelbare evidenzbasierte Ableitung von konkreten Personalzahlen möglich gewesen wäre.

Der G-BA ist deshalb in seinen Beratungen zu dem Ergebnis gekommen, dass die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV), die die personelle Ausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser in Deutschland seit 1991 regelt, derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt und sich in der Praxis auch dem Grunde nach durchaus bewährt hat.

Deshalb orientiert sich diese Richtlinie an den Vorgaben der Psych-PV und sieht sich damit im Einklang mit dem Gesetzgeber, der in der Gesetzesbegründung zum § 136a Absatz 2 SGB V ausführt, dass der G-BA die bisherigen Vorgaben der Psych-PV zur Orientierung heranzuziehen hat. Wörtlich wird dazu in der Gesetzesbegründung ausgeführt: *„Soweit sich die Mindestvorgaben nicht aus S3-Leitlinie ableiten lassen, sollen sie möglichst auf die beste verfügbare Evidenz – bei Bedarf auch auf externe Expertise – gestützt werden. Darüber hinaus hat der G-BA die bisherigen Vorgaben der Psych-PV zur Orientierung heranzuziehen, die jedoch an die aktuellen Rahmenbedingungen und den Entwicklungsstand in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung anzupassen sind.“* (vgl. dazu BT-Drs. 18/9528, S. 51).

Dabei ist zu beachten, dass es sich bei den Vorgaben der Psych-PV um Anhaltswerte zum Zwecke der Budgetfindung handelt, die PPP-RL des G-BA jedoch Mindestvorgaben vorschreiben muss, die nicht unterschritten werden dürfen.

Konkret hat der G-BA die Durchschnittswerte der bisher geltenden Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) als Orientierungswert übernommen und mit den zwingend erforderlichen Modifikationen zur neuen Mindestvorgabe erklärt. Die Behandlung der Patientinnen und Patienten ist nach Maßgabe der Regelungen dieser Richtlinie grundsätzlich nur zulässig, wenn die verbindlichen Mindestvorgaben erfüllt sind.

Um einen Beitrag zur leitliniengerechten Versorgung zu leisten, wurden die Minutenwerte dort erhöht, wo in den Fachexpertengesprächen Defizite benannt worden sind: bei der Psychotherapie und der Pflege von Patientinnen und Patienten mit einer Intensivbehandlung. Die Minutenwerte in der psychologischen bzw. psychotherapeutischen Berufsgruppe wurde um durchschnittlich ca. 60 Prozent erhöht und die Pflege für alle Patientinnen und Patienten mit einer Intensivbehandlung um 10 Prozent. Zusätzlich wurde ein neuer Psychotherapeutischer Behandlungsbereich (Komplex-PT) - mit 25 Prozent mehr Personal als bisher in der Psych-PV vorgesehen – für die Psychiatrie und die Psychosomatik geschaffen. Die Psychosomatik erhält

insgesamt einen eigenständigen Behandlungsbereich. Ziel ist, die Psychotherapie im Krankenhaus zu stärken und die menschenwürdige Betreuung bei psychisch kranken Menschen zu garantieren. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde über alle Berufsgruppen und Behandlungsbereiche hinweg das Personal um 5 Prozent erhöht, außer bei den Psychologinnen und Psychologen, auch hier wurde das Personal etwas deutlicher erhöht.

Die Mindestvorgaben sind pro Berufsgruppe quartalsweise auf Einrichtungsebene einzuhalten, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). Damit wird den Krankenhäusern die notwendige Flexibilität beim Personaleinsatz gegeben, wenn in einzelnen Behandlungseinheiten besonders intensiv zu betreuende Patientinnen und Patienten behandelt werden müssen und in anderen Einheiten eine temporäre Personalreduzierung aufgrund eines weniger intensiven Betreuungsbedarfes der Patientinnen und Patienten vertretbar erscheint. Die Nachweise sind dagegen zusätzlich stations- und monatsbezogen zu führen, um Transparenz über den tatsächlichen Einsatz des Personals zu erhalten, die Qualität auf den Stationen zu sichern und Daten für die zwingend erforderliche Weiterentwicklung der PPP-RL zu erhalten. Dadurch wird sichergestellt, dass die einrichtungsbezogene Einhaltung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung nicht dazu führt, dass besonders sensible Versorgungsbereiche wie z. B. die Gerontopsychiatrie oder Intensivversorgungsbereiche dauerhaft personell unterversorgt werden.

Weitere Verbesserungen: Der Einsatz von Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleitern und die Begrenzung der Stationsgröße auf 18 Behandlungsplätze in der Erwachsenenpsychiatrie und zwölf Behandlungsplätze in der KJP wird zwar empfohlen, jedoch nicht als Mindestvorgabe in der Richtlinie ausgestaltet.

Der G-BA hat auch geregelt, welche Zeiten nicht in den Minutenwerten der Mindestvorgaben enthalten und demnach bei den Budgetverhandlungen vor Ort zusätzlich zu berücksichtigen sind. Dazu gehören u. a. die Ausfallzeiten, die Besonderheiten der strukturellen und organisatorischen Situation der Krankenhäuser, aber auch ggf. über die Mindestvorgaben hinausgehende Minutenwerte, die zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung erforderlich sein können.

Bei der Anhörung im Stellungnahmeverfahren haben die dort vertretenen stellungnahmeberechtigten Organisationen die Sorge geäußert, dass bei der Festlegung der Mindestvorgaben auch der derzeitige Stand der Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV beachtet werden sollte. Der G-BA hat dazu die Ergebnisse der Psych-PV Nachweise aus dem Jahr 2017 ausgewertet. Danach haben 47 Prozent der Krankenhäuser die Anhaltzahlen der Psych-PV in 2017 nicht zu 100 Prozent erfüllt. Damit dies in der Praxis nicht dazu führt, dass die Mindestvorgaben nicht eingehalten, Leistungen nicht vergütet und Patientinnen und Patienten nicht behandelt werden können, sieht die Richtlinie eine Übergangszeit von vier Jahren vor, in der die Krankenhäuser zunächst 85 und dann 90 Prozent der Mindestvorgaben erfüllen müssen. Am 1. Januar 2024 müssen dann alle Krankenhäuser 100 Prozent der Mindestvorgabe einhalten. Damit soll den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben werden, ihr Personal schrittweise an die Vorgaben der Richtlinie anzupassen.

Die Folge bei Nichterfüllung der Mindestanforderung ist gemäß den Vorgaben des Bundesgesetzgebers in den §§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2, 136a Abs. 2 Satz 2, 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V i.V.m. der ausdrücklichen Festlegung des G-BA in § 5 Abs. 2 Nr. 1 der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) der Wegfall des Vergütungsanspruchs. Die Sanktionen werden für das Jahr 2020 ausgesetzt. Die Berechnung der konkreten Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs wird durch den G-BA bis zum 30. Juni 2020 festgelegt.

Diese Richtlinie wird kontinuierlich weiterentwickelt. Eine erste Anpassung soll mit Beschluss zum 30. September 2021 erfolgen. U. a. ist eine Überprüfung der Minutenwerte und einer Nachtdienstregelung für 2021 vorgesehen. Mit der PPP-RL wird das Ziel verfolgt, in einer ersten Stufe die Ausgestaltung der Personalvorgaben zu etablieren, die während der Entwicklung eines zukunftsorientierten Modells Geltung findet.

Andere Modelle (u. a. Plattform-Modell, Setting-Modell, PEPP-basiertes Modell) zur Ermittlung von Personalvorgaben oder Mindestpersonalvorgaben in den Einrichtungen der Psychiatrie

und Psychosomatik wurden ebenfalls vom G-BA geprüft. Keines der geprüften Modelle hatte einen hinreichenden Reifegrad erlangt. Keines der Modelle war in der Praxis erprobt – Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen lagen nicht vor – so dass eine jetzige Einführung nicht in Frage kommt.

Der Gesetzgeber hat darüber hinaus den G-BA beauftragt, Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen zu bestimmen und den medizinischen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Plenum hat entsprechend am 18. April 2019 den Kreis der stellungnahmeberechtigten Organisationen festgelegt und der Unterausschuss Qualitätssicherung am 8. Mai 2019 das Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Abschließend bleibt festzustellen, dass die Mindestvorgaben für die Personalausstattung nach dieser Richtlinie in ein Behandlungsangebot umgesetzt werden müssen, das insbesondere folgenden Zielen entspricht: möglichst leistungssektorenübergreifende Behandlerkonstanz, indikationsbezogene Behandlungskonzepte, multiprofessionelles Team, Milieuthherapie, Gemeindenähe, Verzicht auf geschützte Stationen / Vermeidung geschlossener Türen, Verhinderung von Zwang und Prävention von aggressivem Verhalten, Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung, die Befähigung zu einem möglichst selbstständigen Leben außerhalb von Institutionen sowie zu Teilhabe.

2.1 Zu den Regelungen im Einzelnen

§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich

Zu Absatz 1:

Auf der Grundlage des § 136a Absatz 2 Satz 2 SGB V regelt die vorliegende Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) verbindliche Mindestvorgaben mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal für die stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik. Mit dieser Richtlinie wird das Ziel verfolgt, die Strukturqualität bei Wegfall der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zu sichern und darüber hinaus gemäß § 136a Absatz 2 Satz 3 zu einer leitliniengerechten Behandlung beizutragen. Die Richtlinie verfolgt zudem das Ziel, Mindestvorgaben für die Personalausstattung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen festzulegen, die den Besonderheiten, die sich aus den altersabhängigen Anforderungen, die sich bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben, Rechnung trägt.

Zudem soll mit dieser Richtlinie Transparenz über die gemäß dieser Richtlinie erforderliche und die tatsächliche Personalausstattung gewährleistet werden.

Im Gegensatz zur Psych-PV handelt es sich bei dieser Richtlinie nicht um eine Personalbemessungsgrundlage zur Festlegung von Personalanzahlzahlen zum Zweck der Budgetfindung, sondern um eine Mindestvorgabe für die Personalausstattung. Unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtungen kann zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung eine über die Mindestvorgaben hinausgehende Personalausstattung erforderlich sein. Die PPP-RL schreibt Mindestvorgaben vor, deren Einhaltung zu gewährleisten ist.

Zu Absatz 2:

Diese Richtlinie gilt nur für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche, die Patientinnen und Patienten vollstationär, teilstationär oder stationsäquivalent behandeln. In dieser Richtlinie umfasst der Begriff Einrichtung somit immer allein psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen, während ein Krankenhaus neben psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auch somatische Einrichtungen umfassen kann. Die Mindestvorgaben an Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen sind entsprechend ausschließlich von ebendie-

sen Einrichtungen sicherzustellen. Für psychiatrische und psychosomatische Fachkrankenhäuser, die ausschließlich über psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen verfügen, gelten die Mindestvorgaben für diese Einrichtungen und dementsprechend dann im Ergebnis auch für das ganze Fachkrankenhaus.

Zu Absatz 3:

Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie vorgesehen. Der G-BA verpflichtet sich, eine erste Anpassung der Richtlinie mit Beschluss zum 30. September 2021 vorzunehmen. Danach erfolgt eine schrittweise Weiterentwicklung der Richtlinie alle zwei Jahre u. a. auf der Basis empirischer Daten, wie sie die Nachweise liefern oder aktueller evidenzbasierter Studien. So kann auf die jeweils aktuelle Versorgungssituation reagiert werden.

Diese Richtlinie verfolgt das Ziel, in einer ersten Stufe einen Übergang vom Außerkrafttreten der Psychiatrie Personalverordnung (Psych-PV) bis zum Vorliegen eines zukunftsorientierten Modells zur Ausgestaltung von Personalvorgaben, normativ zu gestalten. Da ein solches Modell noch zu entwickeln und auf seine Auswirkungen zu bewerten ist, werden in der ersten Stufe für die psychiatrischen Einrichtungen die Systematik der Psych-PV und für die psychosomatischen Einrichtungen die Personalanhaltszahlen von Heuft für die Ableitung der Mindestpersonalausstattung zugrunde gelegt. Die Psychiatrie-Personalverordnung ist der einzige existierende Standard, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt und sich in der Praxis dem Grunde nach auch bewährt hat. Deshalb hat sich der G-BA auch in einem ersten Schritt pragmatisch an der Psych-PV orientiert, so wie es auch der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung zum § 136a Abs. 2 SGB V vorgegeben hat (vgl. hierzu BT-Drs. 18/9528, S. 51). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der Psych-PV lediglich um ein Budgetfindungsinstrument auf Basis von Personalanhaltszahlen handelte. Diese Richtlinie hat jedoch Mindestpersonalvorgaben zu definieren, die nicht unterschritten werden dürfen.

Die Erkenntnisse aus Evidenzrecherchen, Fachexpertengesprächen und ersten Ergebnissen aus der Studie PPP lassen den Bedarf einer umfassenden und zukunftsorientierten Überarbeitung der Systematik der Psych-PV erkennen. Die erste Stufe mit einer Orientierung an der Psych-PV stellt dementsprechend nur eine Übergangslösung von 2020 bis 2024 dar.

Ein neues Modell sollte zukünftig eine Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Patientenaufwänden und ggf. den verschiedenen Settings ermöglichen. Dieses Modell muss in der Praxis auf seine Machbarkeit und seine Folgen untersucht werden, bevor es bundesweit Anwendung finden kann.

Davon unabhängig ist eine regelmäßige Überprüfung von möglicherweise notwendigen Anpassungen erforderlich. Daher verpflichtet sich der G-BA, unabhängig von Entwicklungen in einer zweiten Stufe, die Notwendigkeit einer weiteren Anpassung der Richtlinie alle zwei Jahre zu überprüfen. Auf diese Weise soll eine kontinuierliche Anpassung der Richtlinie sichergestellt werden.

§ 2 Grundsätze

Die Grundsätze sind das Rückgrat der Richtlinie. In ihnen wird kurz benannt, was für die Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie in dieser Richtlinie geregelt wird.

Zu Absatz 1:

Absatz 1 stellt klar, dass die Krankenhäuser über die Vorgaben in § 107 Absatz 1 SGB V hinaus jederzeit das für die Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung der Patientinnen und Patienten erforderliche Personal vorzuhalten haben.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 stellt klar, dass die Mindestanforderungen an die Personalausstattung von der Einrichtung nicht unterschritten werden dürfen. Ein Krankenhaus darf grundsätzlich nur so viele Patientinnen und Patienten behandeln, für die eine Einhaltung der Mindestpersonalvorgaben mit dem tatsächlich zur Verfügung stehenden Personal gewährleistet ist. Hierbei ist zu beachten, dass eine Behandlung von Patientinnen und Patienten der Pflichtversorgung bzw. der gesetzlichen Unterbringung jedoch durch entsprechende vorausschauende Personalplanung des Krankenhauses gewährleistet sein muss.

Zu Absatz 3:

Die in dieser Richtlinie festgelegte Mindestpersonalausstattung gilt für den Regeldienst am Tag (Tagdienst). Entsprechend gelten die Minutenwerte nach Anlage 1 für den Tagdienst, der in seinem Stundenumfang in § 4 definiert wird. Nach Absatz 3 Satz 2 umfasst der Tagdienst alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten, die einen konkreten Bezug zur Behandlung der Patientinnen und Patienten haben. Folglich sind die für den Tagdienst festgelegten Minutenwerte auch die Zeiten, die ganz konkret auf die tatsächliche Behandlung bezogen sind. Der Nachtdienst wird in § 4 ebenfalls in seinem Stundenumfang definiert.

Zu Absatz 4:

Grundsätzlich werden die Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie, der Psychosomatik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie je nach Art und Schwere ihrer Erkrankung täglich den Behandlungsbereichen gemäß § 3 in Verbindung mit den Eingruppierungsempfehlungen in Anlage 2 zugeordnet. Die Behandlungsbereiche lehnen sich an die Psych-PV-Behandlungsbereiche an.

Dabei handelt es sich wie in den Erläuterungen zu § 4 der Psych-PV beschrieben, „gedanklich um Gruppen von Patientinnen und Patienten, die unabhängig von der Diagnose ihrer Erkrankung, etwa einen gleichen Behandlungsbedarf haben“. Die Patientinnen und Patienten, die einem Behandlungsbereich zugeordnet werden, werden in Anlage 2 durch ihre wichtigsten Krankheitserscheinungen, die Ziele der Behandlung und die dafür erforderlichen Behandlungsmittel beschrieben.

Die Behandlungsbereiche entsprechen also einer Typologie stationär zu behandelnder psychisch Kranker – nach Art und Schwere der Erkrankung. Sie sind keine Stationstypologie und entsprechen damit keinem Stationsraster. Stattdessen können Einrichtungen auch nach dem Prinzip der Durchmischung arbeiten und Patientinnen und Patienten verschiedener Behandlungsbereiche in einer Station betreuen.

Zu Absatz 5:

Die Mindestvorgaben sind quartalsdurchschnittlich und auf Einrichtungsebene einzuhalten. Dies gilt für jede Berufsgruppe. Mit dem Einrichtungsbezug bleibt die Flexibilität der Einrichtungen in Bezug auf den Personaleinsatz erhalten. Sie ermöglicht den Einrichtungen, das Personal bei gestiegenen Patientenzahlen, einer Veränderung der Patientenbedarfe oder auch Personalausfällen auf bestimmten Stationen flexibel innerhalb der Einrichtung in Abhängigkeit von dem aktuellen Bedarf der einzelnen Stationen einsetzen zu können. Zudem haben die Einrichtungen die Möglichkeit, Schwankungen in der Personalbesetzung, die innerhalb eines Quartals auftreten, und so zu einer zeitweisen Unter- wie auch Überschreitung der Mindestpersonalausstattung führen können, auszugleichen.

Zu Absatz 6:

Die Differenzierung des therapeutischen Personals in bestimmte Berufsgruppen wird in § 5 geregelt. Anrechnungsmöglichkeiten der Berufsgruppen beim Nachweis der Einhaltung der Mindestvorgaben werden in § 8 geregelt.

Zu Absatz 7:

Die Krankenhäuser haben einen Nachweis über die Einhaltung der Mindestvorgaben quartals- und einrichtungsbezogen differenziert nach Berufsgruppe zu führen. Darüber hinaus sind monats- und stationsbezogene Nachweise von den Krankenhäusern zu führen. Die beiden Nachweise müssen geführt werden, um

1. die quartals- und einrichtungsbezogene Einhaltung der Mindestvorgabe pro Berufsgruppe nachzuweisen.
2. um Transparenz über eine angemessene tatsächliche Personalausstattung in den jeweiligen Versorgungseinheiten herzustellen. Dazu wird monats- und stationsbezogen die tatsächliche Personalausstattung und die Einstufung der Patientinnen und Patienten nach ihrem Schweregrad dokumentiert. Damit wird sichergestellt, dass besonders sensible Versorgungsbereiche wie z. B. die Gerontopsychiatrie oder Intensivversorgungsbereiche mit hohen Schweregradauslastungen nicht dauerhaft personell unterversorgt werden.
3. um eine Basis für eine datengestützte Weiterentwicklung der Richtlinie zu generieren. Dazu wird monats- und stationsbezogen der Umsetzungsgrad dokumentiert. Dazu kommen weitere strukturelle Parameter, die für die Weiterentwicklung der Richtlinie nötig sind: die Nachtdienste und die eingestufteten Schweregrade der Patientinnen und Patienten.

Zu Absatz 8:

Die Krankenhäuser selbst sind dafür verantwortlich, die Einhaltung der Mindestvorgaben sicherzustellen und im Rahmen der Selbstkontrolle zu prüfen und als Ergebnis der Prüfung zur Verwendung im Nachweisverfahren auch festzustellen – nicht der G-BA oder die Kassen oder ein sonstiger Dritter. Die Feststellung der Einhaltung erfolgt einrichtungsbezogen anhand der auf einer Station jeweils tätigen Fachkräfte der Berufsgruppen.

Zu Absatz 9:

Der G-BA lässt sich jährlich vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) berichten, ob die Mindestanforderungen dieser Richtlinie für alle Krankenhausstandorte erfüllt sind – differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. In § 11 wird das dafür erforderliche Nachweisverfahren beschrieben.

Zu Absatz 10:

Es wird aufgezählt, welche Zeiten (Tätigkeiten, Ausfallzeiten und Besonderheiten) in den Minutenwerten nach Absatz 5 – also in den Mindestvorgaben - nicht berücksichtigt sind. Das Krankenhaus hat im Rahmen seiner eigenverantwortlichen Personalplanung sicherzustellen, dass für die Abdeckung auch dieser Zeiten genügend Personal vorgehalten wird. Diese Zeiten sind daher in den Budgetverhandlungen vor Ort gesondert und zusätzlich zu berücksichtigen. Zu den nicht in den Mindestvorgaben berücksichtigten Zeiten gehören:

1. Die Ausfallzeiten:
 - Wochenfeiertage
 - Urlaub, dazu gehören Erholungsurlaub Sonderurlaub, Arbeitsbefreiung, Freistellungstage, Zusatzurlaub, Zusatzurlaub für Schwerbehinderte, Bildungsurlaub
 - Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit - ist der Lohnfortzahlungsanspruch erloschen, liegen keine Ausfallzeiten vor
 - Schutzfristen
 - Kur- und Heilverfahren
 - Wehrübungen

- externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (interne Maßnahmen sind in den Minutenwerten bereits enthalten)
- Tätigkeiten im Personalrat/Betriebsrat bzw. in der Mitarbeitervertretung, als Sicherheits-, Hygiene- oder Gleichstellungsbeauftragte oder -beauftragter, als Beauftragte oder Beauftragter für Arbeitssicherheit oder in der Vertretung suchterkrankter, schwerbehinderter oder ausländischer Beschäftigter
- und weitere relevante Ausfallzeiten.

Diese Beschreibung der Ausfallzeiten entsprechen den Regeln und der Erfahrung aus der praktischen Umsetzung der Psychiatrie-Personalverordnung.

Ausfallzeiten werden u. a. durch moderne Führungsstile und gutes Personalmanagement beeinflusst. Ausfallzeiten unterliegen dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot und sind durch geeignete Maßnahmen auf einem möglichst niedrigen Niveau zu halten.

2. die Besonderheiten der strukturellen und organisatorischen Situation der Einrichtung
3. Leitungskräfte, Bereitschaftsdienste außerhalb des Regeldienstes, ärztliche Rufbereitschaft, ärztlicher Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken, Nachtdienst Pflege, Genesungsbegleitung
4. die gegebenenfalls über Anlage 1 hinausgehenden Minutenwerte, die zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung erforderlich sind.

Bei der Ermittlung des Personalbedarfs der jeweiligen Einrichtung gilt es zudem, die Nachtdienste Pflege, Leitungskräfte, Bereitschaftsdienste außerhalb des Regeldienstes, ärztliche Rufbereitschaft, ärztlicher Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken und auch Genesungsbegleiter zu berücksichtigen.

Um leitliniengerechte Versorgung sicherstellen zu können, benötigt die Einrichtung entsprechend ihrer strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten, wie zum Beispiel auch in Abhängigkeit von dem therapeutischen Konzept der Einrichtung ggf. zusätzliches Personal, welches oberhalb der Mindestvorgaben in Anlage 1 liegen kann.

§ 3 Behandlungsbereiche

Die Systematik einer Einstufung der Patientinnen und Patienten zur Ermittlung der Mindestvorgaben nach dieser Richtlinie gründet sich im Wesentlichen auf die in der Psych-PV erstmals eingeführten Behandlungsbereiche. Dabei handelt es sich, wie in den Erläuterungen zu § 4 der Psych-PV beschrieben, „gedanklich um Gruppen von Patientinnen und Patienten, die unabhängig von der Diagnose ihrer Erkrankung etwa einen gleichen Behandlungsbedarf haben“. Die Patientinnen und Patienten, die einem Behandlungsbereich zugeordnet werden, werden in Anlage 2 durch ihre wichtigsten Krankheitserscheinungen, die Ziele der Behandlung und die dafür erforderlichen Behandlungsmittel beschrieben.

Die Behandlungsbereiche entsprechen also einer Typologie stationär zu behandelnder psychisch Kranker – nach Art und Schwere der Erkrankung. Sie sind keine Stationstypologie und entsprechen damit keinem Stationsraster. Stattdessen können Einrichtungen auch nach dem Prinzip der Durchmischung arbeiten und Patientinnen und Patienten verschiedener Behandlungsbereiche in einer Station betreuen.

Die Behandlungsbereiche der Psych-PV wurden übernommen mit folgenden Änderungen und Ergänzungen:

Psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung

Um die Besonderheiten bei der Behandlung von psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelten Patientinnen und Patienten abbilden zu können, werden zwei neue Behandlungsbereiche P1 und P2 aufgenommen. Die Psych-PV galt bisher nur für Einrichtungen der Psy-

chiarie. Mit den Behandlungsbereichen der Psych-PV kann den Besonderheiten psychosomatischer Behandlung mit einer differenzierten multimodalen und multiprofessionellen stationären Psychotherapie nicht ausreichend Rechnung getragen werden.

Es ist unbestritten, dass es in den Bereichen „Psychosomatik“ und „Psychotherapie in der Psychiatrie“ sowohl hinsichtlich der behandelten Diagnosen als auch in Bezug auf die Behandlungsmittel (stationäre Einzel- und Gruppenpsychotherapie durch verschiedene therapeutische Berufsgruppen) viele Übereinstimmungen gibt. Dennoch gibt es bei den Behandlungen auch erhebliche Unterschiede, die u. a. durch andere Konzeptionen und leitliniengerechte Settings (z. B. bei Essstörungen) eine aktuell vorhandene Abgrenzung zur psychiatrischen Versorgung darstellen. Auch wird hochfrequente Psychotherapie immer in Kombination mit somatischen Behandlungselementen bereitgestellt. Diesen Besonderheiten wird mit eigenen P-Kategorien angemessen Rechnung getragen.

Die Kategorie P1 als psychotherapeutische Behandlung entspricht inhaltlich im Wesentlichen dem Behandlungsbereich A5. Die Kategorie P2 als psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung wird mit der Mindestvorgabe von einer Therapiedosis von mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche (OPS-Codes 9-62 und 9-63) vorgesehen. Gleichzeitig wird ein neuer Behandlungsbereich A7 für die psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung in die Allgemeine Psychiatrie aufgenommen, ebenfalls mit einer Mindestvorgabe von einer Therapiedosis von mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche (OPS-Codes 9-62 und 9-63). In beiden Bereichen (P2 und A7) werden die gleichen Minutenwerte pro Berufsgruppe hinterlegt. Die hinterlegten Minutenwerte orientieren sich an den normativen Minutenwerten von Heuft mit einem Abschlag von 5 Prozent. Die Personalanzahlzahlen von Heuft (1999) wurden – ebenso wie die Psych-PV – normativ entwickelt. Ebenso bewegen sie sich in der gleichen Systematik der Psych-PV, was ein Überführen in die Richtlinie niedrigschwellig ermöglichte. Bei den psychosomatischen Einrichtungen gilt es zu bedenken, dass zusätzlich die Minutenwerte für die Mindestvorgaben um 10 Prozent reduziert werden, da in der Regel keine Versorgungsverpflichtung vorliegt.

Mit der Aufnahme dieser neuen Behandlungskategorien bleibt die Logik der Psych-PV erhalten, nach der in den Behandlungsbereichen die Patientinnen und Patienten zusammengefasst werden, die nach Art und Schwere der Erkrankung einen ähnlichen Behandlungsbedarf haben.

Rehabilitative Behandlung

Eine weitere vorgenommene Änderung betrifft den Behandlungsbereich der rehabilitativen Behandlung (A3, S3, G3 und KJ3). Dieser Behandlungsbereich wird in dieser Richtlinie nicht abgebildet, da er in der Praxis der Psych-PV kaum zur Anwendung kam.

Im Jahr 2016 wurden nur 0,1 Prozent der Patientinnen und Patienten der Allgemeinen Psychiatrie in den Behandlungsbereich A3 rehabilitative Behandlung eingestuft, in den Teilbereichen Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie jeweils nur 0,4 Prozent und im Teilgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden keine Patientinnen und Patienten entsprechend eingestuft. Diese Patientinnen und Patienten werden heute primär in rehabilitativen Einrichtungen behandelt.

Stationsäquivalente Behandlung

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde die Stationsäquivalente Behandlung (StäB) als neue Behandlungsform in der Psychiatrie eingeführt. Deshalb wird die StäB als Behandlungsbereich in der Allgemeinen Psychiatrie, bei Abhängigkeitskranken und in der Gerontopsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie neu aufgenommen. Da keine Quantifizierung der zugrunde zu legenden Minutenwerte und ausreichende Erfahrungen in der Praxis vorliegen, werden hierfür vorerst keine Vorgaben in die Richtlinie aufgenommen.

Die Patientinnen und Patienten sind jedoch ab dem 1. Januar 2020 entsprechend in die Kategorien A9, S9, G9 und KJ9 einzustufen.

Durch die nicht quantifizierten Minutenwerte in der Minutenwertetabelle in Anlage 1 ist die Höhe der Mindestvorgabe pro Einrichtung innerhalb der ersten Stufe ab 1. Januar 2020 unabhängig von der Anzahl der in die Kategorien A9, S9, G9 und KJ9 eingestuften Patientinnen und Patienten zu berechnen.

§ 4 Definition der Tätigkeiten sowie der Tag- und Nachtdienste

Zu Absatz 1 und 2:

In Absatz 1 wird auf die Regelungen in § 2 Absatz 3 der Richtlinie verwiesen. Danach gelten die verbindlichen Mindestvorgaben für den Regeldienst am Tag und umfassen alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten für den stationären Bereich mit Ausnahme von Bereitschaftsdienst, ärztlicher Rufbereitschaft, ärztlichem Konsiliardienst sowie von Tätigkeiten in Nachtkliniken. Für diese Tätigkeiten gilt, dass sie auf der Basis der in der Psych-PV festgelegten Regelaufgaben definiert werden (siehe Anlage 4). In Absatz 2 wird klargestellt, dass die Minutenwerte nur für den Tagdienst gelten.

Zu Absatz 3:

Die Minutenwerte gelten bei Pflegefachpersonen für den Tagdienst von täglich 14 Stunden zuzüglich einer entsprechenden Übergabezeit von einer halben Stunde. Bei Tageskliniken gelten die Minutenwerte in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik für einen Tagdienst von acht Stunden, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von zehn Stunden. Die Minutenwerte bei Tageskliniken gelten für fünf Wochentage (Montag bis Freitag).

Zu Absatz 4:

Der Nachtdienst der Pflegefachpersonen wird mit einem Umfang von zehn Stunden zuzüglich einer entsprechenden Übergabezeit von einer halben Stunde definiert.

§ 5 Berufsgruppen

Der Systematik der Psych-PV folgend, werden diejenigen Berufsgruppen innerhalb dieser Richtlinie abgebildet, die bereits bei den jeweiligen Regelaufgaben und Minutenwerten der Psych-PV aufgeführt wurden.

Anrechnungen regelt § 8.

Zu Absatz 1 Buchstabe b und 2 Buchstabe b:

Bei den Pflegefachpersonen werden unter Berücksichtigung des [Pflegerberufegesetzes \(PflBG\)](#) in der ab dem 1. Januar 2020 geltenden Fassung die möglichen Berufsbezeichnungen von Pflegefachpersonen umfasst. Ergänzend hierzu werden zur Wertschätzung zusätzlicher Qualifikationen in der Aufzählung auch weitergebildete Pflegefachpersonen oder akademisch weitergebildete Pflegefachpersonen genannt.

Zu Absatz 1 Buchstabe c und 2 Buchstabe c:

Die in der Psych-PV angeführte Berufsgruppe der Diplom-Psychologen in der Erwachsenenpsychiatrie heißt neu Psychologinnen und Psychologen (Diplom-Psychologinnen und -Psychologen, Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten). Dabei haben Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten mindestens einen Diplom- oder Masterabschluss als Voraussetzung für eine entsprechende Weiterbildung.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie heißt die Berufsgruppe neu: Psychologinnen und Psychologen (Diplom-Psychologinnen und -Psychologen, Master in Psychologie, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Die Auf-

nahme der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten rührt daher, dass diese nicht zwingend den Diplom- oder Masterabschluss als Voraussetzung für eine entsprechende Weiterbildung benötigen. Bei entsprechender Weiterbildung können auch andere Berufsgruppen (z. B. Pädagoginnen oder Pädagogen) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden.

Damit berücksichtigt die Richtlinie die Behandlungsrealität in den Einrichtungen.

Zu Absatz 1 Buchstabe d und 2 Buchstabe d:

Die Berufsgruppe der Ergotherapeuten wird in die Berufsgruppe der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten überführt, in der auch Musik-, Kunst- und Kreativtherapeutinnen und -therapeuten zu verorten sind. Es handelt sich bei den in § 5 aufgeführten und den hier beispielhaft genannten Berufsgruppen, welche unter den Spezialtherapeuten zu verorten sind, nicht um eine abschließende Aufzählung, da nicht alle Therapeutinnen und Therapeuten eine ergotherapeutische Grundqualifikation besitzen oder den künstlerischen Therapien zugeordnet werden können. Insbesondere im spezialtherapeutischen Bereich gibt es weitere Berufsgruppen, die immer häufiger in der Versorgung psychisch kranker Menschen eingesetzt werden, wie zum Beispiel in der Tiertherapie. Entscheidend hierbei ist, dass die Tätigkeiten im Rahmen des therapeutischen Konzeptes erfolgen.

§ 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

Die Mindestpersonalausstattung wird für den Tagdienst ermittelt. Die Berechnungssystematik der Mindestpersonalausstattung orientiert stark an der Ermittlung des Personalbedarfs nach der Psych-PV. Die Mindestpersonalausstattung für die differenzierte Einrichtung nach § 2 Absatz 5 wird für jede Berufsgruppe quartalsbezogen in Vollkraftstunden [VKS-Mind] ermittelt.

Zu Absatz 1:

Nach § 6 Absatz 1 werden die Mindestvorgaben für die Personalausstattung ermittelt, indem für jede Berufsgruppe die Minutenwerte der Behandlungsbereiche mit der Anzahl der Behandlungswochen je Behandlungsbereich multipliziert und über alle Behandlungsbereiche summiert wird.

*Mindestpersonalausstattung*_{Berufsgruppe}

$$= \sum \text{Minutenwert}_{\text{Behandlungsbereiche}} * \text{Behandlungswochen}_{\text{Behandlungsbereiche}}$$

Zu Absatz 2:

Nach § 6 Absatz 2 werden die Behandlungswochen ermittelt, in dem die Anzahl der Behandlungstage (BT) durch 7 geteilt werden. Die Behandlungstage bei teilstationärer Behandlung werden abweichend durch 5 geteilt, da hier die Versorgung nur von Montag bis Freitag erfolgt.

$$\text{Behandlungswochen}_{\text{Behandlungsbereich}} = \frac{\text{Behandlungstage (BT)}_{\text{Behandlungsbereiche(BB)}}}{7 \text{ (5 bei teilstat. Behandlung)}}$$

Die Behandlungstage der Behandlungsbereiche bei teilstationärer Versorgung sind getrennt zu ermitteln, um die abweichende Umrechnung in Behandlungswochen zu gewährleisten.

Zu Absatz 3:

Nach § 6 Absatz 3 werden die Behandlungstage auf Basis der im jeweiligen Quartal des Vorjahres behandelten Patientinnen und Patienten bestimmt.

Die Behandlungstage eines Quartals für eine differenzierte Einrichtung nach § 2 Absatz 5 (im Folgenden auch als Fachgebiet bezeichnet) und den jeweiligen Behandlungsbereich ergeben sich aus der Summe aller monatlichen Behandlungstage der einzelnen Stationen.

$$BT_{BB} = \sum_{Station = 1}^n BT \ 1. \text{Monat}_{BB}^{Station} + BT \ 2. \text{Monat}_{BB}^{Station} + BT \ 3. \text{Monat}_{BB}^{Station}$$

Die behandelten Patientinnen und Patienten werden 14-tägig in die Behandlungsbereiche unter Berücksichtigung der Eingruppierungsempfehlungen eingestuft. Die Einstufung erfolgt über Stichtagserhebungen, die jeweils stationsbezogen an jedem Mittwoch einer ungeraden Kalenderwoche des Jahres durchzuführen sind. Dabei sind die um 14.00 Uhr anwesenden Patientinnen und Patienten zugrunde zu legen. Die Berücksichtigung des Patientenstandes von 14.00 Uhr ermöglicht auch eine Einstufung von Patientinnen und Patienten in teilstationärer Behandlung. Die Stichtagserhebung findet an einem Mittwoch statt, weil die Belegung an diesem Wochentag am ehesten der wochendurchschnittlichen Belegung entspricht. Die Einstufung der Patientinnen und Patienten erfolgt unter Verantwortung der leitenden Ärztinnen und Ärzte unter Einbeziehung des an der Behandlung beteiligten therapeutischen Personals. Für eine etwaige Überprüfung der Patientenstruktur muss die Zuordnung zu den Behandlungsbereichen nachvollziehbar und rekonstruierbar sein.

Die Ermittlung der Anzahl der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungsbereiche erfolgt durch einen Stichprobenansatz. Die stations- und monatsbezogenen Behandlungstage je Behandlungsbereich werden aus der Gesamtzahl der Behandlungstage (*BT*) und dem Anteil der durchschnittlichen Anzahl der Patientinnen und Patienten des Behandlungsbereiches berechnet.

$$BT_{\text{Behandlungsbereich}} = BT * \left(\frac{\text{Durchschnittliche Anzahl Patienten}_{\text{Behandlungsbereich}}}{\text{Gesamtanzahl Patienten}} \right)$$

Als Behandlungstage (*BT*) zählen die abrechnungsfähigen Berechnungstage mit Ausnahme des Entlassungstages sowie Tage an denen eine über Mitternacht hinausgehende Beurlaubung oder Abwesenheit beginnt. Bei den Behandlungstagen sind Aufnahme- und die Tage einer Wiederaufnahme nach einer Beurlaubung oder Abwesenheit eingeschlossen. Auf eine gleichzeitige Berücksichtigung von Aufnahme- und Entlassungstagen wird verzichtet, um die doppelte Berücksichtigung eines Kalendertages bei gleichzeitiger Entlassung einer Patientin oder eines Patienten und Aufnahme einer anderen Patientin oder eines anderen Patienten und die damit verbundene Überschätzung der Auslastung zu vermeiden.

Für den jeweiligen Bezugszeitraum wird die durchschnittliche Verteilung der Behandlungsbereiche über den arithmetischen Durchschnitt der Stichtageserhebungen berechnet.

$$\text{Durchschnittliche Anzahl Patienten} = \frac{\text{Patienten}_{\text{Stichtag}} + \text{Patienten}_{\text{Stichtag}} + \dots}{\text{Anzahl Stichtage}}$$

Zu Absatz 4:

Die Mindestpersonalausstattung wird nach Absatz 3 auf Basis der im entsprechenden Quartal des Vorjahres behandelten Patientinnen und Patienten ermittelt. Für die Mindestvorgabe im ersten Quartal 2021 ist beispielsweise die Belegung des ersten Quartals 2020 maßgeblich. Dieses Vorgehen dient dazu, für das Krankenhaus eine planbare Mindestpersonalausstattung festzulegen.

Um auch bei kurzfristigen Belegungsschwankungen die Patientensicherheit durch eine ausreichende Personalausstattung sicherzustellen, wurde in Absatz 4 ein Belegungskorridor definiert. Erst außerhalb dieser Werte muss das Krankenhaus eine Personalausstattung sicherstellen, die sich bei der Berücksichtigung der tatsächlichen Belegung im entsprechenden Zeitraum ergibt. Weicht in einem Quartal die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen wesentlich von der nach Absatz 3 ermittelten Anzahl der Behandlungstage des Vorjahresquartals ab, sind bei der Berechnung der Mindestpersonalausstattung die tatsächlichen Behandlungstage je Behandlungsbereich zu Grunde zu legen. Als wesentlich wird nach Absatz 4 Satz 1 eine Abweichung von mehr als 2,5 Prozent über oder mehr als 2,5 Prozent unter der Anzahl der Behandlungstage des Vorjahresquartals festgelegt.

Liegt die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage mindestens einer Berufsgruppe außerhalb des Korridors um den Vorjahreswert, erfolgt die Berechnung der Mindestpersonalvorgabe entsprechend der Vorgaben von Absatz 1 bis 3, jedoch unter Berücksichtigung der im aktuellen Zeitraum behandelten Patientinnen und Patienten. Dabei sind sowohl die aktuellen Gesamtbehandlungstage wie auch die Ergebnisse der aktuellen Stichtagserhebungen zu berücksichtigen.

Zu Absatz 5:

Die nach den Absätzen 1 bis 3 ermittelte Minutenwerte sind in Stunden umzurechnen. Die Mindestpersonalausstattung (VKS-Mind) wird damit in Vollkraftstunden festgelegt.

$$VKS_{Mind} = \frac{\text{Mindestpersonalausstattung}}{60}$$

Zu Absatz 6:

Die Reduktion der Minutenwerte um 10 Prozent bei differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5, die keine Versorgungsverpflichtung haben, soll dem höheren Personalbedarf bei Versorgungsverpflichtung Rechnung tragen.

Eine bundeseinheitliche Definition für Versorgungsverpflichtung steht nicht zur Verfügung. Ein typisches Merkmal ist die landesrechtliche Verpflichtung psychiatrische Krankenhäuser/Fachabteilungen, Patientinnen und Patienten eines definierten regionalen Einzugsbereiches aufzunehmen:

- die nach den Unterbringungsgesetzen der Länder sowie nach dem BGB (Vormundschaft, Pflegschaft bzw. nach dem Betreuungsgesetz) eingewiesen werden,
- die stationär behandlungsbedürftig sind und sich freiwillig aufnehmen lassen wollen.

Bei Einrichtungen mit Versorgungsverpflichtung liegen die Anzahl von ungeplanten Aufnahmen höher als bei elektiven Einrichtungen. Damit ist auch der Bedarf beispielsweise an Vorhalteaufwendungen, an deeskalierenden Maßnahmen und 1:1 Betreuungen höher.

Ein Beispiel zur Berechnung (vereinfacht mit zwei Berufsgruppen) findet sich in den Ausführungen zu § 7.

§ 7 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

Zu Absatz 1:

Die Einrichtungen sind gemäß § 2 Absatz 5 verpflichtet, die Einhaltung der Mindestvorgaben quartalsdurchschnittlich auf Einrichtungsebene, differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie nachzuweisen. Der Nachweis umfasst gemäß § 2 Absatz 7 die Einhaltung der Mindestvorgaben und ist quartals- und einrichtungsbezogen zu führen. Darüber hinaus sind gemäß § 11 auch monats- und stationsbezogene Nachweise zu führen. Nach § 2 Absatz 8 stellen die Krankenhäuser die Einhaltung der Mindestvorgaben einrichtungs- und quartalsbezogen anhand der auf einer Station jeweils tatsächlich tätigen Fachkräfte der Berufsgruppen fest.

Für die Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung sind sowohl einrichtungs- und quartalsbezogen als auch stations- und monatsbezogen die geleisteten Vollkraftstunden zu erfassen. Da die Minutenwerte der Anlage 1 aus den Regelaufgaben gemäß Anlage 4 abgeleitet wurden, ist hierzu die tatsächliche Personalausstattung unter Berücksichtigung der tatsächlich geleisteten Tätigkeiten des Regeldienstes gemäß § 2 Abs. 2 in der Anlage 3 in Vollkraftstunden darzustellen.

Dabei sind die Vorgaben zu den Anrechnungen gemäß § 8 zu berücksichtigen.

Zu Absatz 2:

Der Umsetzungsgrad für die Berufsgruppen ergibt sich aus der gemäß § 6 ermittelten Mindestvorgabe für die Personalausstattung je Berufsgruppe (VKS-Mind) und der gemäß § 7 Absatz 1 ermittelten tatsächlichen Personalausstattung pro Berufsgruppe (VKS-Ist). Der berufsgruppenbezogene Umsetzungsgrad ergibt sich konkret aus dem Quotienten von VKS-Ist zu VZÄ-Mind. Die Ergebnisse zum Umsetzungsgrad sind pro Quartal und gemäß § 2 Absatz 5 differenzierten Einrichtungen einschließlich der Angabe zur Erfüllung der Mindestanforderung der Berufsgruppe in der Anlage 3 darzustellen.

Zu Absatz 3:

Die Berechnung des Umsetzungsgrades der Mindestpersonalausstattung einer differenzierten Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 ergibt sich aus den berufsgruppenspezifischen Umsetzungsgraden nach Absatz 2. Da sich die Vorgaben für die einzelnen Berufsgruppen in ihrem Umfang unterscheiden, wird bei der Berechnung des mittleren Umsetzungsgrades nach dem Umfang der Mindestpersonalausstattung je Berufsgruppe (VKS-Mind) gewichtet. So fließt bei einer Übererfüllung einer Berufsgruppe auch die Größe der Berufsgruppe in der Berechnung des Umsetzungsgrades ein.

Zu Absatz 4:

Die Mindestvorgaben sind erfüllt, wenn der Umsetzungsgrad der differenzierten Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 über 100 Prozent ist und keine der Berufsgruppen einen Umsetzungsgrad unter 100 Prozent hat. Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass nicht eine nach Anrechnung anderer Berufsgruppen gemäß § 8 noch bestehende Unterschreitung, z. B. in der ärztlichen Berufsgruppe, mit einer Überschreitung in der Berufsgruppe der Pflegenden ausgeglichen werden kann.

Ein Umsetzungsgrad über 100 Prozent über alle Berufsgruppen hinweg heißt damit nicht automatisch, dass die Mindestanforderung erfüllt ist. Erfüllt ist nur, wenn alle Berufsgruppen über 100 Prozent Umsetzungsgrad haben. Nach den Übergangsregeln in § 16 Absatz 1 müssen die Mindestvorgaben in den Jahren 2020 und 2021 zu 85 Prozent und in den Jahren 2022 und 2023 zu 90 Prozent erfüllt sein. Die Mindestpersonalausstattung wird in der Übergangsphase unverändert berechnet. Lediglich das zwingend zu erreichende Niveau des Umsetzungsgrades ist entsprechend niedriger festgelegt.

Die Einhaltung der Mindestvorgaben für die Einrichtungen differenziert nach Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in der Anlage 3 darzustellen.

Zu Absatz 5 bis 8:

In den Absätzen werden die Regelungen für die tatsächliche Personalausstattung für den Nachtdienst festgelegt. Im Nachweisverfahren erfolgt ab dem 1. Januar 2020 die Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung der Pflegekräfte im Nachtdienst. Ziel der Erhebung ist eine ausreichende Datenbasis zur Ausgangssituation bei der späteren Überprüfung von Mindestpersonalvorgaben für den Nachtdienst.

Die Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung im Nachtdienst erfolgt für einen Kalendermonat auf Basis der geleisteten Arbeitsstunden. Bei Fachkräften, die an einem Arbeitstag im Zeitraum des Tagdienstes und des Nachtdienstes im Sinne dieser Richtlinie tätig waren, erfolgt eine anteilige Zuordnung. Die Belegung der Station wird für den Nachtdienst auf Basis der um Mitternacht untergebrachten Patientinnen und Patienten bestimmt. Zusätzlich zu den monatsbezogenen Durchschnittswerten ist nach Absatz 8 zu ermitteln, ob an einzelnen Nächten die Personalausstattung unterhalb von zwei festgelegten Schwellenwerten war. Dazu ist anzugeben, an wie vielen Nächten weniger als 2,0 Pflegekräfte bzw. weniger als 16 VKS durch Pflegefachpersonen bzw. weniger als 14 VKS durch Pflegefachpersonen geleistet wurden.

Die tatsächliche Personalausstattung im Nachtdienst ist in der Anlage 3 darzustellen.

Beispielrechnung zu § 6 und § 7:

Das folgende Beispiel soll die grundsätzliche Berechnungsmethodik der Mindestpersonalvorgaben aus den §§ 6 und 7 darstellen.

Die Berechnung erfolgt im Beispiel für eine differenzierte Einrichtung (Fachgebiet Erwachsenenpsychiatrie) vereinfachend für zwei Berufsgruppen (Ärztinnen und Ärzte, Pflege), vier Behandlungsbereiche (A1, A2, A6 und A7) und eines Standortes mit zwei Stationen mit je 18 Betten bzw. Behandlungsplätzen. Die Berechnung erfolgt für das erste Quartal 2021.

Ermittlung der Behandlungstage und Mindestvorgaben für die Personalausstattung gemäß § 6

Die folgende Minutenwertetabelle enthält als Auszug aus Anlage 1 den wöchentlichen Mindestpersonalbedarf der Berufsgruppen für die Behandlungsbereiche:

	Ärzte	Pflege
A1	207 min	856 min
A2	257 min	1536 min
A6	114 min	329 min
A7	265 min	509 min

Ausgangspunkt der Berechnung der Behandlungstage im Quartal sind die monatliche Gesamtanzahl der Behandlungstage der einzelnen Stationen sowie die Ergebnisse der Stichtagserhebungen. Bezugszeitraum ist nach § 6 Absatz 3 jeweilige Quartal des Vorjahres. Im Beispiel erfolgt die Ermittlung für das erste Quartal 2021 also auf Basis der Belegung des ersten Quartals 2020.

Tabelle: Behandlungstage

Station	Jahr	Monat	Gesamtanzahl Behandlungstage je Monat
1	2020	01	450
1	2020	02	405
1	2020	03	460
2	2020	01	550
2	2020	02	500
2	2020	03	540

Tabelle: Stichtagserhebung

Station	Behandlungs- bereich	Datum und Anzahl der Patienten je Stichtag						
		1	2	3	4	5	6	7
		01.01.20	15.01.20	29.01.20	12.02.20	26.02.20	11.03.20	25.03.20
1	A1	10	11	10	9	10	11	9
	A2	4	5	6	6	4	4	5
2	A1	3	4	3	4	3	4	4
	A6	8	7	8	8	8	8	6
	A7	7	6	7	6	7	6	7

Für den jeweiligen Monat wird zunächst die durchschnittliche Verteilung der Behandlungsbereiche über den arithmetischen Durchschnitt der Stichtagserhebungen des Vorjahres berechnet:

$$\text{Durchschnittliche Anzahl Patienten} = \frac{\text{Patienten}_{\text{Stichtag}} + \text{Patienten}_{\text{Stichtag}} + \dots}{\text{Anzahl Stichtage}}$$

Für die Station 1 wird die durchschnittliche Anzahl der Patientinnen und Patienten für den Januar berechnet aus dem arithmetischen Mittelwert der drei Stichtagserhebungen:

$$\text{Durchschnittliche Anzahl Patienten} = \frac{(10 + 11 + 10)/3}{(4 + 5 + 6)/3} \quad (A1)$$

$$\text{Durchschnittliche Anzahl Patienten} = \frac{10,33}{5} \quad (A1)$$

$$15,33 \quad (\text{Gesamt}) \quad (A2)$$

Nach § 6 Absatz 3 werden die Behandlungstage auf Basis der im jeweiligen Quartal des Vorjahres behandelten Patientinnen und Patienten bestimmt.

Die stations- und monatsbezogenen Behandlungstage je Behandlungsbereich (BT_{BB}) werden aus der Gesamtzahl der Behandlungstage (BT) und dem Anteil der durchschnittlichen Anzahl der Patientinnen und Patienten des Behandlungsbereiches berechnet:

$$BT_{\text{Behandlungsbereich}} = BT * \left(\frac{\text{Durchschnittliche Anzahl Patienten}_{\text{Behandlungsbereich}}}{\text{Gesamtanzahl Patienten}} \right)$$

Für die Station 1 werden die Behandlungstage je Behandlungsbereich aus der Gesamtzahl der Behandlungstage (BT) und dem Anteil der durchschnittlichen Anzahl der Patientinnen und Patienten des Behandlungsbereiches berechnet:

$$BT_{\text{Behandlungsbereich}} = \frac{450 * (10,33/15,33)}{450} \quad (A1) = 303,26 \quad (A1)$$

$$450 * (5/15,33) \quad (A2) = 146,74 \quad (A2)$$

$$450 \quad (\text{Gesamt})$$

Die Behandlungstage je Behandlungsbereich werden analog für alle anderen Monate und Stationen ermittelt.

Die Behandlungstage eines Quartals für eine differenzierte Einrichtung (Fachgebiet) ergeben sich aus der Summe aller monatlichen Behandlungstage der einzelnen Stationen:

$$BT_{BB} = \sum_{\text{Station} = 1}^n BT \text{ 1. Monat}_{BB}^{\text{Station}} + BT \text{ 2. Monat}_{BB}^{\text{Station}} + BT \text{ 3. Monat}_{BB}^{\text{Station}}$$

Für den Behandlungsbereich A1 ergibt sich die Anzahl der Behandlungstage aus der Summe der monatlichen Behandlungstage der Station 1 und Station 2:

$$BT_{A1} = (303,26 + 265,34 + 317,24) + (103,77 + 97,22 + 123,43) = 1.210,27 \text{ Tage}$$

Die Behandlungstage der anderen Behandlungsbereiche werden analog ermittelt:

$$1.210,27 \text{ Tage} \quad (A1)$$

$$429,15 \text{ Tage} \quad (A2)$$

$$BT_{BB} = 676,90 \text{ Tage} \quad (A6)$$

$$588,67 \text{ Tage} \quad (A7)$$

$$2.905,00 \text{ Tage}$$

Die Behandlungswochen werden ermittelt, indem die Anzahl der Behandlungstage (BT_{BB}) durch 7 geteilt werden. Bei teilstationärer Behandlung wird abweichend durch 5 geteilt.

$$\text{Behandlungswochen}_{\text{Behandlungsbereich}} = \frac{BT_{BB}}{7 \text{ (5 bei teilstat. Versorgung)}}$$

$$1.210,27 \text{ Tage} / 7 \quad (A1) = 172,90 \text{ Wochen} \quad (A1)$$

$$429,15 \text{ Tage} / 7 \quad (A2) = 61,31 \text{ Wochen} \quad (A2)$$

$$\text{Behandlungswochen}_{BB} = 676,90 \text{ Tage} / 5 \quad (A6) = 135,38 \text{ Wochen} \quad (A6)$$

$$588,67 \text{ Tage} / 7 \quad (A7) = 84,10 \text{ Wochen} \quad (A7)$$

$$2.905,00 \text{ Tage} = 453,69 \text{ Wochen} \quad (\text{Gesamt})$$

Die Mindestvorgaben für die Personalausstattung wird ermittelt, indem für jede Berufsgruppe die Minutenwerte der Behandlungsbereiche mit der Anzahl der Behandlungswochen je Behandlungsbereich multipliziert werden.

$Mindestpersonalausstattung_{Berufsgruppe}$

$$= \sum \text{Minutenwert}_{\text{Behandlungsbereiche}} * \text{Behandlungswochen}_{\text{Behandlungsbereiche}}$$

$$= \begin{pmatrix} \text{Ärzte} \\ (A1) & 207 \text{ min} \\ (A2) & 257 \text{ min} \\ (A6) & 114 \text{ min} \\ (A7) & 265 \text{ min} \end{pmatrix} * \begin{pmatrix} 172,90 \text{ Wochen} & (A1) \\ 61,31 \text{ Wochen} & (A2) \\ 135,38 \text{ Wochen} & (A6) \\ 84,10 \text{ Wochen} & (A7) \end{pmatrix} \begin{pmatrix} \text{Pflege} \\ (A1) & 856 \text{ min} \\ (A2) & 1.536 \text{ min} \\ (A6) & 329 \text{ min} \\ (A7) & 509 \text{ min} \end{pmatrix}$$

$$* \begin{pmatrix} 172,90 \text{ Wochen} & (A1) \\ 61,31 \text{ Wochen} & (A2) \\ 135,38 \text{ Wochen} & (A6) \\ 84,10 \text{ Wochen} & (A7) \end{pmatrix}$$

$$= \begin{matrix} \text{Ärzte} & \text{Pflege} \\ 89.266,79 \text{ min} & 329.521,48 \text{ min} \end{matrix}$$

Die ermittelten Werte werden nun gemäß § 6 Absatz 5 in Stunden umgerechnet.

$$VKS_{Mind} = \text{Mindestpersonalausstattung} / 60$$

$$VKS_{Mind} = \begin{matrix} \text{Ärzte} & \text{Pflege} \\ 1.487,78 \text{ h} & 5.492,02 \text{ h} \end{matrix}$$

Die Mindestpersonalausstattung des Fachgebietes (VKS-Mind) umfasst im Quartal für Ärztinnen und Ärzte 1.487,78 Vollkraftstunden und für Pflegefachpersonen 5.492,02 Vollkraftstunden.

Berücksichtigung der tatsächlichen Behandlungstage gemäß § 6 Absatz 4

Die Mindestpersonalausstattung wurde auf Basis der im entsprechenden Zeitraum des Vorjahres behandelten Patientinnen und Patienten ermittelt. Für die Mindestvorgabe im ersten Quartal 2021 ist die Belegung des ersten Quartals 2020 maßgeblich.

Um auch bei kurzfristigen Belegungsschwankungen die Patientensicherheit durch eine ausreichende Personalausstattung sicherzustellen, wurde in § 6 Absatz 4 ein Belegungskorridor definiert. Weicht die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen mehr als 2,5 Prozent über oder mehr als 2,5 Prozent unter der Anzahl der Behandlungstage des Vorjahres von der nach Absatz 3 ermittelten Anzahl der Behandlungstage des Vorjahres ab, sind bei der Berechnung der Mindestpersonalausstattung die tatsächlichen Behandlungstage je Behandlungsbereich zu Grunde zu legen.

Dies wäre im Beispiel der Fall, wenn die Anzahl der Behandlungstage mit Intensivbehandlung (A2) im aktuellen Quartal weniger als 418 oder mehr als 440 Behandlungstage beträgt. Die Mindestpersonalausstattung ist dann unter Berücksichtigung der im aktuellen Zeitraum behandelten Patientinnen und Patienten zu berechnen. Dabei sind sowohl die aktuellen Gesamtbehandlungstage wie auch die Ergebnisse der aktuellen Stichtagserhebungen zu berücksichtigen.

Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist und Berechnung des Umsetzungsgrades der Berufsgruppen gemäß § 7

Das folgende Berechnungsbeispiel gilt für eine Einrichtung mit zwei Stationen. Dabei ergibt sich der Umsetzungsgrad der Einrichtung aus der Gesamtbetrachtung der Stationen. Der Quartalsbezug wird über die Summe der Einzelmonate je Quartal hergestellt.

Für die Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung sind stations- und monatsbezogen die geleisteten Vollkraftstunden zu erfassen.

Für die zwei Stationen sind die folgenden monatsbezogenen Anwesenheitszeiten erfasst:

Tabelle: Tatsächliche Personalausstattung

Station	Jahr	Monat	Tatsächliche Personalausstattung in VKS	
			Ärzte	Pflege
1	2020	01	250	1170
1	2020	02	230	1020
1	2020	03	260	1175
2	2020	01	290	800
2	2020	02	230	700
2	2020	03	290	800

Die tatsächlich auf den zwei Stationen geleisteten Vollkraftstunden umfassten im entsprechenden Quartal also bei Ärztinnen und Ärzten 1.550 Stunden und bei der Pflege 5.665 Stunden. Bei der Pflege ist angerechnetes Personal nach § 8 im Umfang von insgesamt 175 Stunden enthalten, das ebenfalls stations- und monatsbezogen gesondert ausgewiesen und erläutert werden muss.

VKS_{IST} = tatsächliche Vollkraftstunden je Berufsgruppe

VKS_{IST} = 1.550 h (Ärzte) und 5.665 h (Pflege)

Der Umsetzungsgrad (siehe § 7 Abs. 2) wird aus dem Quotienten der tatsächlichen Personalausstattung bezogen auf die Mindestpersonalausstattung berechnet.

$$\text{Umsetzungsgrad} = \text{Personalquotient} = \frac{VKS_{IST}}{VKS_{Mind}} =$$

$$\text{Umsetzungsgrad}_{\text{Ärzte}} = \frac{1.550,00 \text{ h}}{1.487,78 \text{ h}} = 104,18 \%$$

$$\text{Umsetzungsgrad}_{\text{Pflege}} = \frac{5.665,00 \text{ h}}{5.492,02 \text{ h}} = 103,15 \%$$

Im Beispiel ergibt sich für die Ärztinnen und Ärzte ein Umsetzungsgrad von 104,18 Prozent und bei der Pflege ein Umsetzungsgrad von 103,15 Prozent.

Der Umsetzungsgrad des Fachgebietes ergibt sich nach § 7 Abs. 3 aus dem Mittelwert der Umsetzungsgrade aller Berufsgruppen gewichtet mit der Summe der Mindestpersonalausstattung.

Neben den Umsetzungsgraden von 104,18 Prozent und 103,15 Prozent sind in der Berechnung die Mindestpersonalausstattungen VKS-Mind von 1.487,78 Stunden bzw. 5.492,02 Stunden zu berücksichtigen.

*Umsetzungsgrad*_{Erwachsenenpsychiatrie}

$$\begin{aligned} &= \left(\text{Umsetzungsgrad}_{\text{Ärzte}} * \frac{VKS_{\text{Mind,Ärzte}}}{VKS_{\text{Mind,Gesamt}}} \right) + \left(\text{Umsetzungsgrad}_{\text{Pflege}} * \frac{VKS_{\text{Mind,Pflege}}}{VKS_{\text{Mind,Gesamt}}} \right) \\ &= \left(104,18 \% * \frac{1.487,78 \text{ h}}{(1.487,78 \text{ h} + 5.492,02 \text{ h})} \right) + \left(103,15 \% * \frac{5.492,02 \text{ h}}{(1.487,78 \text{ h} + 5.492,02 \text{ h})} \right) \\ &= 103,37 \% \end{aligned}$$

Der Umsetzungsgrad der Station beträgt 103,37 Prozent. Die Mindestvorgaben sind erfüllt, da der Umsetzungsgrad des Fachgebietes über 85 Prozent ist und keine Berufsgruppe einen Umsetzungsgrad unter 85 Prozent hat. Statt eines Umsetzungsgrades von 100 Prozent, müssen die Krankenhäuser in der Übergangsphase bis 1. Januar 2024 mindestens einen Umsetzungsgrad von 85 Prozent in den Jahren 2020 und 2021 bzw. 90 Prozent in den Jahren 2022 und 2023 erreicht haben.

Bei einer vergleichbaren Beispielrechnung für das Jahr 2025 und einer gesamten tatsächlichen Personalausstattung bei Ärztinnen und Ärzten von 1.442 Stunden, ergibt sich bei dieser Berufsgruppe ein Umsetzungsgrad von 96,92 Prozent. Der Umsetzungsgrad des Fachgebietes beträgt dann 101,82 Prozent. Das Fachgebiet insgesamt erfüllt die Mindestpersonalvorgaben dann aber nicht, da die Mindestpersonalausstattung bei einer Berufsgruppe nicht erreicht wurde.

§ 8 Anrechnungen von Berufsgruppen

Zu Absatz 1:

Sich pragmatisch an der Systematik der Psych-PV orientierend, wurden hier die innerhalb der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nr. 8 BPfIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Absatz 2 S. 2 und 3 BPfIV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) definierten Möglichkeiten der Anrechnung inhaltlich übernommen und hinsichtlich formaler Aspekte (der jeweiligen Verweise auf die Berufsgruppen und Tätigkeiten) an die Richtlinie angepasst.

Nicht umfasst sind Tätigkeiten in der vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V, im psychiatrischen Konsiliardienst für andere nicht-psychiatrische Fachabteilungen, in der ambulanten Versorgung einer psychiatrischen Institutsambulanz oder einem Medizinischen Versorgungszentrum, in der Forensik, in der medizinischen Rehabilitation, in Forschung und Lehre, in Krankenpflegeschulen, in der ambulanten Soziotherapie gemäß § 37a SGB V oder in anderen, nicht der vollstationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung unterliegenden Leistungsbereichen des Krankenhauses.

Zu Absatz 2:

Dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung zu berücksichtigen sind, wenn diese vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufes erhalten, wurde ebenfalls bereits auch im Rahmen der Psych-Personalnachweis-Vereinbarung geregelt. In der Regel handelt es sich bei dem Grundberuf von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten um den Beruf des Psychologen. Bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten kann der Grundberuf u. a. auch im Bereich der Sozialpädagogik oder Sozialarbeit liegen.

Zu Absatz 3:

Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräfte aus anderen Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese Regelaufgaben (gemäß Anlage 4) der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, auch tatsächlich erbringen können. Der Verweis auf die Regelaufgaben stellt als Einschränkung klar, dass z. B. eine vollständige Ersetzung von Ärztinnen und Ärzten durch Psychologinnen und Psychologen wegen ärztlicher Vorbehaltsaufgaben nicht möglich ist.

Zu Absatz 4:

In Absatz 4 wird geregelt, dass auch Fachkräfte der jeweiligen Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden können, die Tätigkeiten der in § 5 aufgeführten Berufsgruppen ausüben, jedoch kein direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus haben.

Zu Absatz 5:

Im Hinblick auf immer neu entstehende Berufsbilder, die Tätigkeiten der in § 5 aufgeführten Berufsgruppen ausüben, ist es erforderlich, dass auch andere nicht in § 5 aufgeführte Berufsgruppen auf eben diese in begrenztem Umfang angerechnet werden können.

Voraussetzung für die Anrechnung ist jedoch stets, dass die Fachkräfte auch tatsächlich Regelaufgaben gemäß Anlage 4 erbringen können. Dazu ist eine entsprechende Qualifikation der anzurechnenden Fachkräfte erforderlich. Eine Anrechnung der Berufsgruppen gemäß § 5 Absatz 1a und 2a ist ausgeschlossen.

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

Eine Anrechnung anderer Berufsgruppen ist wie in Absatz 5 aufgeführt nur dann möglich, wenn diese gemäß Anlage 4 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, auch tatsächlich vor dem Hintergrund ihrer beruflichen Qualifikation erbringen können.

§ 9 Weitere Qualitätsempfehlungen

Zu Absatz 1:

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten auf einer Station hat einen erheblichen Einfluss auf das Stationsmilieu und die Qualität der Behandlung.

In den vom G-BA geführten Fachexpertengesprächen zu den S3-Leitlinien wurde von den Expertinnen und Experten empfohlen (Evidenzklasse IV), dass die Stationen in der Erwachsenenpsychiatrie nicht mehr als 18 Patientinnen und Patienten und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht mehr als zehn bis zwölf Patientinnen und Patienten umfassen sollen. Begründet wurde dies u. a. damit, dass größere Stationen zu einem höheren Vorkommen von Aggression und Gewalt auf den Stationen beitragen. Daher wurde eine entsprechende Empfehlung für Stationsgrößen in der Erwachsenenpsychiatrie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die PPP-RL aufgenommen.

Zu Absatz 2:

Zusätzlich zu den in § 6 genannten Berufsgruppen sollen auf den Stationen der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter eingesetzt werden. Dies war ein Ergebnis der Befragungen von Fachexpertinnen und -experten durch den G-BA (Evidenzklasse IV).

Genesungsbegleiter sollen Menschen in tiefen und akuten seelischen Krisen schneller und nachhaltiger einen entlastenden Zugang zu Menschen mit eigener Krankheitserfahrung ermöglichen. Ziel der Genesungsbegleitung ist es, die Qualität und das Behandlungsergebnis für psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten positiv zu beeinflussen.

Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter verfügen über eigene Psychiatrie- und Therapieerfahrung. Sie arbeiten nach Abschluss einer modularen Ausbildung als Fürsprecher und „Dolmetscher“ zwischen Patientinnen und Patienten, Behandelnden und Angehörigen. Sie vertreten die subjektive Perspektive der Patientin oder des Patienten, arbeiten Recovery-orientiert und begleiten diese bei relevanten Entscheidungen. Ihre Arbeit wirkt sich qualitativ positiv auf den Behandlungserfolg aus und erfüllt die Qualitätsvorgaben der Richtlinie. Im Projekt „psychnet“ konnte nachgewiesen werden, dass ambulante Genesungsbegleitung die Selbstwirksamkeitserwartung der Nutzerinnen und Nutzer im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant steigerte – auch noch ein Jahr nach der Begleitung (Mahlke et al. 2017). Dieses Ergebnis deckt sich mit zahlreichen internationalen Studien zum wissenschaftlichen Nachweis ihres positiven Nutzens.

Literatur:

Mahlke C, Priebe S, Heumann K, Daubmann A, Wegscheider K, Bock T (2017) Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. *European Psychiatry* 42:103–110. Siehe auch: Mahlke C., Krämer, U., Kilian, R., Becker T.: Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. *Übersicht des internationalen Forschungsstandes. Nervenheilkunde* 2015; 34: 235-239

§ 10 Ausnahmetatbestände

Zu Absatz 1:

1. Bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen können die Krankenhäuser von den verbindlichen Mindestpersonalvorgaben abweichen. Ein Ausnahmetatbestand liegt dann vor, wenn mehr als 15 Prozent des vorzuhaltenden Personals nach § 7 krankheitsbedingt ausfällt.
2. Als weiterer Ausnahmetatbestand ist eine kurzfristige und außergewöhnlich hohe Anzahl an Behandlungstagen vorgesehen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen. Der Ausnahmetatbestand ist begrenzt auf eine stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen bei Patientinnen und Patienten mit gesetzlicher Unterbringung oder landesrechtlicher Verpflichtung zur Aufnahme. Dies ist der Fall, wenn beispielsweise die Anzahl der Behandlungstage über 110 Prozent des jahresdurchschnittlichen Umfangs des Vorjahres beträgt. Mit dieser Regelung soll dem Auftrag der Einrichtungen zur regionalen Versorgungsverpflichtung Rechnung getragen werden.
3. Krankenhäuser sind in ihren Strukturen einem stetigen Wandel unterworfen. Dem muss mit einem separaten Ausnahmetatbestand begegnet werden, der zum Beispiel organisatorische oder räumliche Umstrukturierungen oder Schließungen von Stationen berücksichtigt.

Zu Absatz 2:

Die Einrichtung ist verpflichtet, das Vorliegen eines Ausnahmetatbestandes den Vertragsparteien anzuzeigen und die Mindestvorgaben schnellstmöglich, mindestens aber nach vier Wochen, wieder zu erfüllen. Dabei beginnt die Frist von vier Wochen ab dem ersten Tag des Vorliegens des Ausnahmetatbestandes zu laufen.

§ 11 Nachweisverfahren

Um Transparenz über den Umsetzungsgrad der Mindestvorgaben und die Folgen und den Anpassungsbedarf dieser Richtlinie herzustellen, ist gemäß § 2 Abs. 7 der Nachweis gemäß Anlage 3 einrichtungs- und quartalsbezogen sowie stations- und monatsbezogen zu führen und von den Krankenhäusern sowohl den Vertragspartnern den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen als auch dem IQTIG standortbezogen für ein Kalenderjahr zu übermitteln.

Beim Nachweisverfahren sind zwei Vorgänge zu unterscheiden:

1. der jährliche Nachweis der Krankenhäuser über die Einhaltung der Mindestanforderungen bzw. deren Umsetzungsgrad an die Landesverbände der Krankenkassen auf Basis von Teil A des Nachweises (Anlage 3) inklusive einer quartalsweisen Meldung bei Nichterfüllung der Quartals- Anforderungen.
2. die jährliche Strukturabfrage anhand von Checklisten. Der G-BA hat Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten (§ 136d SGB V) und hat bei seinen Festlegungen eine Beobachtungspflicht im Hinblick auf das intendierte Ziel und den damit verbundenen, vom G-BA normierten Qualitätssicherungsmaßnahmen einerseits und den Auswirkungen dieser Maßnahmen andererseits. Vor diesem Hintergrund werden standortbezogenen Strukturdaten erhoben, die zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie notwendig sind (Teil B des Nachweises). Hier senden die Krankenhäuser gemäß den Vorgaben in Teil B des Nachweises (Anlage 3) die Daten an das IQTIG, das die Nachweise für den G-BA auswertet und den G-BA über die Ergebnisse in Form eines Jahresberichtes unterrichtet. Die Nachweise sind einrichtungs- und quartalsbezogen sowie monats- und stationsbezogen zu führen (siehe dazu die Ausführungen zu § 2 Absatz 7).

Ziel des Nachweises ist es,

1. die quartals- und einrichtungsbezogene Einhaltung der Mindestvorgabe pro Berufsgruppe nachzuweisen.
2. Transparenz über eine angemessene Personalausstattung in den jeweiligen Versorgungseinheiten herzustellen. Dazu wird monats- und stationsbezogen die tatsächliche Personalausstattung und die Einstufung der Patientinnen und Patienten nach ihrem Schweregrad dokumentiert. Damit wird sichergestellt, dass besonders sensible Versorgungsbereiche wie z. B. die Gerontopsychiatrie oder Intensivversorgungsbereiche mit psychisch kranken Menschen, die einen intensiveren Behandlungsbedarf haben, nicht dauerhaft personell unterversorgt werden.
3. eine Basis für eine datengestützte Weiterentwicklung der Richtlinie zu generieren. Dazu wird monats- und stationsbezogen der Umsetzungsgrad dokumentiert. Dazu kommen weitere strukturelle Parameter, die für die Weiterentwicklung der Richtlinie nötig sind: die Nachtdienste und die eingestuftten Schweregrade der Patientinnen und Patienten.

Der Nachweis gemäß Anlage 3 inklusive Ausnahmetatbeständen und ggf. Begründungen für die Abweichungen sowie der Erklärung über die Richtigkeit der Angaben wird elektronisch vom Krankenhaus standortbezogen auf der Basis einer vom G-BA beschlossenen Spezifikation übermittelt. Die genauen Fristen regelt Absatz 2.

Zu Absatz 3:

Bei Nichterfüllung der quartalsbezogenen Mindestvorgabe für die einzelne Berufsgruppe ist die Einrichtung verpflichtet, dies unverzüglich, spätestens aber 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals, den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie den Landesaufsichtsbehörden zu melden – und zwar in Form des betreffenden Quartalsnachweises gemäß Teil A des Nachweises in Anlage 3.

Zu Absatz 4:

Es gilt zu berücksichtigen, dass gemäß der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V zusätzlich Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erfolgen können.

Zu Absatz 5 bis 7:

Zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Grundlage für die Entwicklung der Erfassungsoftware legt der G-BA eine Spezifikation fest. Hierfür beauftragt er das IQTIG, die EDV-technische Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung (hierzu gehört auch die Spezifikation der Auslösung einer Dokumentationsverpflichtung analog dem Verfahren in der

datenbasierten Qualitätssicherung wie QSKH-RL, DeQS-RL), die Prozesse zum Datenfehlermanagement sowie die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und ein Datenprüfprogramm für die Daten des Nachweisverfahrens, insbesondere zur Überprüfung von Vollständigkeit und Plausibilität zu entwickeln. Änderungen an der Spezifikation werden vom G-BA beschlossen und veröffentlicht, so dass die jeweils gültige anzuwendende Spezifikation öffentlich zugänglich zur Verfügung steht.

Das IQTIG prüft die eingehenden Daten hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit und fordert ggf. Korrekturen ein. Damit soll sichergestellt werden, dass nur vollständige und geprüfte Daten ausgewertet werden. Ferner muss das IQTIG auch sicherstellen können, dass alle Standorte die Leistungen nach dieser Richtlinie erbringen, sich an der Strukturabfrage beteiligen. Hierzu ist neben einer Registrierung, Authentifizierung oder Anmeldung auch die Information zur Auslösung der Dokumentationsverpflichtung aus der unter Absatz 5 beschriebenen Spezifikation („QS-Auslöser“) zu nutzen, so dass eine Liste der dokumentationspflichtigen Einrichtungen geführt werden kann.

Damit die zu veröffentlichenden Ergebnisse der Strukturabfragen auch tatsächlich verlässlich die Realität in den Krankenhausstandorten abbilden, ist es notwendig, sich der Richtigkeit der Daten bzw. der Datengrundlage zu vergewissern. Hierzu entwickelt das IQTIG ein Datenvalidierungsverfahren.

Zu Absatz 8:

Es wird klargestellt, dass das IQTIG die Daten der Nachweise (Teil A und B der Nachweise) im Auftrag des G-BA auswertet.

Zu Absatz 9:

Es werden Vorgaben zur Auswertung der Daten und zur Erstellung und Übermittlung eines jährlichen Berichts gemacht.

Zu Absatz 10:

Gegenüber den Patientinnen und Patienten und der Öffentlichkeit ist Transparenz darüber herzustellen, welche Standorte in welchem Umfang die Mindestanforderungen erfüllen bzw. nicht erfüllen. Wenn die Transparenz über Qualitätsergebnisse der datenbasierten Qualitätssicherung im strukturierten Qualitätsbericht die Patientinnen und Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses unterstützen soll (§ 136b Absatz 7 SGB V), so muss dies für die Erfüllung von Mindestanforderungen erst recht gelten. Daher ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse der Nachweise vorgesehen. Damit in den Krankenhäusern keine doppelten Dokumentations- und Übermittlungspflichten zu diesen Daten entstehen, wird hier festgelegt, dass das IQTIG die Daten zur Nutzung in den Qb-R aufbereitet und zur Verfügung stellt.

Zu Absatz 11:

Das Verfahren bei nicht fristgerechter Lieferung wird festgelegt, sowie die Korrekturfrist. Die Folgen bei nicht vollständiger oder nicht erfolgter Lieferung nach der Korrekturfrist werden festgelegt. Kommt ein Krankenhaus seinen Dokumentations- und Mitwirkungspflichten im Rahmen der Strukturabfragen nicht nach, werden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen entsprechend informiert.

Zu Absatz 12:

Um in der Übergangszeit einen möglichst kurzfristigen PDCA-Zyklus zu etablieren, die Folgen auf das Versorgungsgeschehen im Krankenhaus zeitnah zu untersuchen und schnelle Anpassungen vorzunehmen, ist in der Übergangszeit eine quartalsweise Übermittlung der Nachweise durch das Krankenhaus an das IQTIG erforderlich. Das IQTIG wird dann ebenfalls quartalsweise den G-BA über die Ergebnisse unterrichten und der G-BA kann auf dieser Basis ggf. seine Anpassungen vornehmen.

§ 12 Veröffentlichungspflichten für Krankenhäuser

Im § 136a Absatz 2 SGB V heißt es „Informationen über die Umsetzung der verbindlichen Mindestvorgaben zur Ausstattung mit therapeutischem Personal (...) sind in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen.“ Dazu ist die Erfüllung der Mindestvorgaben (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) für die einzelnen Berufsgruppen darzustellen.

Seit dem Jahr 2005 sind Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, in Qualitätsberichten über die Qualität ihrer Arbeit zu informieren. Damit sollen Patientinnen und Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses unterstützt werden. Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) sieht vor, dass besonders patientenrelevante Informationen zur Qualität der Versorgung im Krankenhaus in übersichtlicher Form veröffentlicht werden. Aufgrund dieses Gebots der Information und Transparenz werden die Ergebnisse zum Umsetzungsgrad der Mindestvorgaben auch in den Qualitätsberichten veröffentlicht, so dass sie von allen Interessierten abgerufen werden können. Andernfalls bestünde gerade für die besonders relevante Information, ob und in welchem Umfang die Mindestvorgaben für die Personalausstattung im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich erfüllt oder nicht erfüllt werden, eine Informationslücke.

§ 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Der Schutz und das Vertrauen der Patientinnen und Patienten erfordern es, dass vom G-BA festgelegte, verpflichtende Qualitätsanforderungen konsequent eingehalten werden. Es bedarf insbesondere im Zusammenhang mit der Erfüllung von Strukturvorgaben klarer Regelungen zur Durchsetzung für die Fälle, in denen Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen nicht einhalten. Die generelle Festlegung der Konsequenzen, die an Verstöße gegen diese wesentlichen Qualitätsanforderungen geknüpft werden können, stärkt die Verbindlichkeit der Qualitätssicherungsvorgaben.

Zu Absatz 1:

Gemäß § 6 Absatz 1 der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) werden in den jeweiligen themenspezifischen Richtlinien die für die Durchsetzung der Maßnahmen zuständigen Stellen festgelegt. Dementsprechend werden die Krankenhäuser und die Krankenkassen als beteiligte Stellen festgelegt.

Zu Absatz 2:

Gemäß § 2 Absatz 2 der QFD-RL umfassen die themenspezifischen Richtlinien auch weitere Anforderungen, wie Dokumentations- und Mitwirkungspflichten. Analog dazu wird festgelegt, dass die Krankenhäuser die Einhaltung der Mindestvorgaben feststellen und nachweisen müssen.

Zu Absatz 3:

Die Folge bei Nichterfüllung der Mindestanforderung ist nach den normativen Vorgaben des Bundesgesetzgebers in den §§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2, 136a Abs. 2 Satz 2, 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V i.V.m. der ausdrücklichen Festlegung des G-BA in § 5 Abs. 2 Nr. 1 der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) der Wegfall des Vergütungsanspruchs. Eine Nichterfüllung ist dann gegeben, wenn bei einer Berufsgruppe der Umsetzungsgrad unter 100 Prozent innerhalb der Einrichtung im Quartal liegt. Die Berechnung der konkreten Höhe des Wegfalls des Vergütungsanspruchs regelt der G-BA bis zum 30. Juni 2020.

§ 14 Anpassung der Richtlinie

Zu Absatz 1:

Der G-BA hat im Rahmen der ihm obliegenden Beobachtungspflicht die Erreichung der mit dieser Richtlinie intendierten Ziele nach § 1 zu bewerten. Dazu prüft der G-BA u. a. den Umsetzungsstand und ggf. erforderliche Anpassungen, anhand der Daten aus dem Nachweisverfahren und im Rahmen der Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Vorgaben. Der G-BA wird im Wege einer Beauftragung die Einzelheiten der Auswertung festlegen. Darüber hinaus sind, soweit möglich, etwaige zur Verfügung stehende Ergebnisse zum jeweiligen Ist-Zustand der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik, die Ergebnisse der durchgeführten Fachexpertengespräche, die Erkenntnisse aus der Umsetzung der Richtlinie ab 1. Januar 2020 und der Evaluationsbericht zu berücksichtigen.

Zu Absatz 2:

Bei der ersten Überprüfung und daraus ggf. folgenden Anpassungen der Richtlinie mit Wirkung zum 1. Januar 2022, sind insbesondere die in Absatz 2 aufgelisteten Bereiche zu überprüfen, ggf. anzupassen oder neu zu definieren. Neben den aufgelisteten Bereichen soll auch überprüft werden, ob die zusätzlich übermittelten Informationen in den Nachweisen zur stations- und monatsbezogenen tatsächlichen Personalausstattung zum Zwecke der Qualitätssicherung dem damit zusammenhängenden Aufwand und dem angestrebten Nutzen adäquat gegenübersteht.

Zu Absatz 3 und 4:

Neben den Daten aus dem Nachweisverfahren, die vom IQTIG oder sonst geeigneten Dritten auszuwerten sind, können auch die Auswertungen der Qualitätsindikatoren, wenn diese zur Verfügung stehen und implementiert wurden, als Grundlage für die schrittweise Weiterentwicklung dienen.

Zu Absatz 5:

Nachdem die erste Anpassung der Richtlinie mit Wirkung zum 1. Januar 2022 vorgenommen wurde, verpflichtet sich der G-BA, die Notwendigkeit einer weiteren Anpassung der Richtlinie alle zwei Jahre zu überprüfen. Auf diese Weise soll eine kontinuierliche Überprüfung der Notwendigkeit einer Weiterentwicklung der Richtlinie sichergestellt werden.

§ 15 Evaluation der Richtlinie

Die Analyse der Auswirkungen der Normierungen auf die Versorgungsqualität und folglich die Überprüfung, inwieweit die Zielsetzung der Richtlinie erfüllt wurde, sind wichtige Elemente der Qualitätssicherung. Die Auswirkungen dieser Richtlinie sollten aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet werden, zumindest jedoch aus Perspektive der Patientinnen und Patienten, der Krankenhäuser und der gesetzlichen Krankenversicherung. Regelmäßig notwendig gewordene Anpassungen der Richtlinie werden in § 14 geregelt.

Die konkrete Operationalisierung der Fragestellungen und Konzeptionierung einer wissenschaftlichen Evaluation erfolgt im Rahmen der Evaluation selbst. Die Daten aus den Nachweisen sind dabei als Datenquellen zu berücksichtigen. Mit der Festlegung, dass der Evaluationsbericht zum 31. Dezember 2024, also fünf Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie, vorliegen soll, unterzieht der G-BA sich unter Berücksichtigung eines ausreichend langen Evaluationszeitraums und ggf. auftretender Schwierigkeiten in der Datengenerierung einer zeitlichen Selbstverpflichtung.

§ 16 Übergangsregelungen

Zu Absatz 1:

Die angepassten durchschnittlichen Minutenwerte der Psych-PV pro Woche und Berufsgruppe für die Patientinnen und Patienten in den einzelnen Behandlungsbereichen werden zu den neuen Mindestvorgaben dieser Richtlinie. Sie müssen ab dem 1. Januar 2024 zu 100 Prozent erfüllt sein.

Ab dem 1. Januar 2020 müssen die Einrichtungen 85 Prozent der Mindestvorgabe erfüllen. Ab dem 1. Januar 2022 müssen 90 Prozent der Mindestvorgabe erfüllt sein.

Diese Übergangsregelung begründet sich aus der Anhörung zum Stellungnahmeverfahren und den Ergebnissen der ersten Auswertungen der Psych-PV-Nachweise nach § 18 Absatz 2 Satz 2 und 3 BPfIV für das Jahr 2017.

Darin zeigt sich, dass die Einrichtungen bei der Umsetzung der Psych-PV einen Durchschnittswert von 98 Prozent erreichen. Allerdings liegen 10 Prozent der Einrichtungen unter 90 Prozent Umsetzungsgrad, das sind in absoluten Zahlen 30 Einrichtungen. 22 Prozent der Einrichtungen liegen unter 95 Prozent Umsetzungsgrad, das sind in absoluten Zahlen 68 Häuser. Und 47 Prozent der Einrichtungen liegen unter 100 Prozent Umsetzungsgrad, das sind in absoluten Zahlen 147 Häuser. In Anbetracht dieser Zahlen ist die Mindestvorgabe, die zukünftig von allen Einrichtungen eingehalten werden muss, gestuft mit den obigen Übergangszeiten festzulegen. Damit soll den betroffenen Einrichtungen die erforderliche Zeit zur Personalbestandsanpassung gegeben werden. Außerdem soll mit dieser Regelung sichergestellt werden, dass diejenigen Einrichtungen, die derzeit die Personalvorgaben nach der Psych-PV unterschreiten, in der Übergangszeit weiter ihrer regionalen Pflichtversorgung nachkommen können.

Zu Absatz 2:

Die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben finden erst ab dem Jahr 2021 Anwendung, da die Spezifikation zur Erfassung der Daten frühestens zum Herbst 2020 vorliegen wird.

Zu Absatz 3:

Da im Jahr 2019 noch keine Einstufung der Patientinnen und Patienten gemäß der PPP-RL stattgefunden hat, leiten sich die Mindestvorgaben für jedes Quartal im Jahr 2020 aus dem Durchschnittswert der im Jahr 2019 nach Psych-PV vorgenommenen Patienteneinstufung ab.

Zu Absatz 4:

Für den Bereich der Psychosomatik wurde in dieser Richtlinie Behandlungsbereich P1 geöffnet und der Behandlungsbereich P2 neu aufgenommen. Im Jahr 2019 wurden somit die Patientinnen und Patienten noch nicht in diesen Bereich eingestuft. Eine entsprechende Einstufung kann erst im Jahr 2020 für die Ermittlung der Mindestvorgabe im Jahr 2021 durchgeführt werden.

Daher ist die Ermittlung der Mindestvorgaben und des Umsetzungsgrades bis zum 31. Dezember 2020 ausgesetzt. Davon unbenommen haben die Krankenhäuser aber die Einstufungen ihrer Patientinnen und Patienten ab dem 1. Januar 2020 vorzunehmen und die tatsächliche Personalausstattung nachzuweisen.

Zu Absatz 5:

Die Nachweise gemäß § 11 sind für das Jahr 2020 bis zum 30. April 2021 in elektronischer Form unter Verwendung eines vom G-BA bis spätestens zum 1. Juli 2020 zur Verfügung gestellten Servicedokuments an das IQTIG zu übersenden.

2.1.1 Anlagen

Anlage 1: Minutenwertetabellen

Die Minutenwerte für den Tagdienst sind aus der Psychiatrie-Personalverordnung abgeleitet worden. Damit werden die Anhaltszahlen der Psych-PV zur Grundlage der neuen Mindestvorgaben, die von den Einrichtungen im Quartalsdurchschnitt nicht unterschritten werden dürfen. Die Psych-PV sollte nach Begründung zum § 136a Absatz 2 SGB V an die fachliche Weiterentwicklung angepasst werden. Eine evidenzbasierte Ableitung neuer Mindestvorgaben ist zurzeit nicht möglich. Die Ableitung aus empirischen Daten ist aufgrund nicht vorliegender Ergebnisse zum Ist-Zustand der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik zurzeit ebenfalls nicht möglich. Zudem lassen die Ergebnisse der Fachexpertengespräche eine Ableitung einer konkreten quantifizierten Personalausstattung - wenn überhaupt - nur punktuell zu.

Es wurden in einer ersten Stufe die Minutenwerte dort erhöht oder angepasst, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf kurzfristigen Anpassungsbedarf gegeben hat:

Auflösung des Basiszeitwerts/Stationssockels für Pflegefachpersonen

Der Stationssockel beim Pflegepersonal wurde mit seiner bisherigen Funktion aufgehoben. Die Gesamtminutenwerte des Sockels wurden in den jeweiligen Gesamtminutenwerten der Pflege berücksichtigt. Damit erhöhen sich sämtliche Wochenminutenwerte in der Pflege über alle Behandlungsbereiche hinweg. Die Etablierung des Stationssockels (Basiszeitwert) in der Psych-PV hatte das Ziel, einen Anreiz für kleinere Stationen zu schaffen, was aus therapeutischer Sicht sinnvoll ist. Dies ist in der Praxis nicht durchgehend gelungen. Beim Stationssockel wurde für die Berufsgruppe Pflege ein Teil der Tätigkeiten (5.000 Minuten) pauschal über die Anzahl der Stationen verteilt. Größere Stationen (mehr als 18 Betten in der Erwachsenenpsychiatrie und mehr als zehn Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) erhielten somit weniger Personal. In der Praxis hat dies leider nicht immer zum gewünschten Ergebnis geführt. Konkret bedeutete dies bisher eine Verschlechterung des Personalschlüssels in der Pflege für Stationen mit mehr als 18 Patientinnen und Patienten. Diese Situation wird nun verbessert, indem der Stationssockel abgeschafft wird. Der Personalbedarf steigt nunmehr linear mit der Anzahl der Patientinnen und Patienten.

Weitere Minutenwertänderungen bei der psychotherapeutischen Behandlung und den Intensivpatienten in der Erwachsenenpsychiatrie

Die Recherchen und Befragungen des G-BA ergaben, dass eine evidenzbasierte Ableitung und Erarbeitung von Personalstandards für Psychiatrie und Psychosomatik auf dem derzeitigen Stand des Fachwissens nicht möglich ist. Die Ableitung aus empirischen Daten ist aufgrund der bisher noch nicht vorliegenden belastbaren Erkenntnisse zurzeit ebenfalls nicht möglich. Auch die vom G-BA durchgeführten Fachexpertengespräche ergaben keinen eindeutigen Expertenkonsens für konkrete Minutenwertänderungen. Allerdings ergaben sich hier Hinweise auf Änderungsbedarfe in bestimmten Bereichen. Von nahezu allen Expertinnen und Experten wurde berichtet, dass der Umfang der Psychotherapie in den Vorgaben der Psych-PV von 1991 nicht dem heutigen fachlich erforderlichen Umfang der Psychotherapie entspreche und dieser erhöht werden müsse. Zusätzlich wurde von nahezu allen Expertinnen und Experten sowohl für die Erwachsenenpsychiatrie als auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie darauf hingewiesen, dass die neuen gesetzlichen Bestimmungen den Umfang der Betreuungsanforderungen in ihrem Fachgebiet erhöht haben. Leider konnten aus den vorliegenden Publikationen zur leitliniengerechten stationären Behandlung bestimmter Störungen keine konkreten Minutenwerte zu diesen Bereichen abgeleitet werden.

Allerdings finden sich Hinweise zur Höhe der wöchentlichen stationären Einzelpsychotherapie für Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie sowohl in der neuen S3-Leitlinie Schizophrenie vom 15. März 2019 als auch im Abschlussbericht des IQTIG „Aktualisierung und

Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen“ vom 22. Dezember 2017. So lautet Empfehlung 152 der S3-Leitlinie Schizophrenie (Klinischer Konsenspunkt), dass den Patientinnen und Patienten 2x25-50 Minuten ärztliche oder psychologische Psychotherapie im Einzelsetting angeboten werden sollten. Das heißt mindestens 50 Minuten pro Woche. Im Indikatorenset des IQTIG zur Qualitätssicherung nach § 136a Abs. 2 SGB V gilt der Indikator „Systematische und evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei stationärem Aufenthalt“ als erfüllt, wenn 25 Minuten Psychotherapie pro Woche je Patientin/Patient erfolgen. Die 25 Minuten können zudem auf kleinere Gesprächseinheiten aufgeteilt erfolgen. Dies wurde in der dritten Sitzung des eigens vom IQTIG für die Entwicklung des Verfahrens einberufenen Expertengremiums so empfohlen (S. 42, „Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Indikatorenset 1.0“ vom 22.12.2017).

Bei derart unterschiedlichen Expertenempfehlungen hat der G-BA deshalb entschieden, die Einzelpsychotherapie zu erhöhen. Für alle Patientinnen und Patienten der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik wird 50 Minuten Einzelpsychotherapie (Anpassung siehe Tabelle 1) als Mindestvorgabe festgesetzt, diese kann auch in 2x 25 Minuten geleistet werden. Diese Psychotherapiedosis gilt für alle Behandlungsbereiche inklusive der Intensivbehandlungsbereiche und der Gerontopsychiatrie. Nach heutigem Wissensstand ist Psychotherapie bei den entsprechenden Erkrankungen auch im höheren und hohen Lebensalter indiziert. Zudem liegt es in der fachlichen Verantwortung der Klinik und der Behandelnden, die psychotherapeutische Behandlung so zu gestalten, dass sie auch den besonderen Bedürfnissen und Bedarfen der Patientinnen und Patienten, die als Intensivpatientinnen und -patienten in A2, S2 oder G2 eingestuft werden, gerecht wird. Darüber hinaus erfordert eine Behandlung, die auf die Prävention und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ausgerichtet ist, ausreichende psychotherapeutische Ressourcen, die im Rahmen des Beziehungsaufbaus und von Deeskalationsstrategien eingesetzt werden können.

Zudem wurden in allen Intensiv-Behandlungsbereichen der Erwachsenenpsychiatrie die Wochenminutenwerte für die Pflegefachpersonen um 10 Prozent erhöht. Die Erhöhung der Minutenwerte in den Intensivbereichen ergibt sich aus den Notwendigkeiten, eine menschenwürdige und der UN-Behindertenrechtskonvention angepasste Personalausstattung anzubieten. Bezüglich des erhöhten Betreuungsaufwandes aufgrund neuer gesetzlicher Bestimmungen für die Intensivpatientinnen und -patienten der Erwachsenenpsychiatrie, die von den Expertinnen und Experten der Fachgespräche leider nicht exakt quantifiziert werden konnten, hat sich der G-BA entschieden, die Wochenminutenwerte der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte für diese Bereiche (A2, S2, G2) um jeweils 10 Prozent zur erhöhen.

Tabelle 1: Wochenminuten Einzeltherapie pro Patient durch Psychologen

	A1			S1			G1			A2			S2			G2			A4		
Wochenminuten je Patient	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ
Ärzte/Psychologen (Summe)																					
Einzeltherapie	30	50	+20	32	50	+18	20	50	+30	27	50	+23	37	50	+13	13	50	+37	32	50	+18
Zusätzliche Minuten (gerundet) pro Woche und Patient			+20			+18			+30			+23			+13			+37			+18
	S4			G4			A5			A6			S6			G6					
Wochenminuten je Patient	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ			
Ärzte/Psychologen (Summe)																					
Einzeltherapie	10	50	+40	28	50	+22	68	68		26	50	+24	26	50	+24	26	50	+24			
Zusätzliche Minuten (gerundet) pro Woche und Patient			+40			+22						+24			+24			+24			

Die zusätzlichen Wochenminuten werden zu den Minutenwerten der Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychologen addiert. Dies entspricht umgerechnet einer Erhöhung der Stellen in dieser Berufsgruppe um 60 Prozent. Die Tätigkeit der Einzeltherapie ist dabei aber grundsätzlich auch von der ärztlichen Berufsgruppe leistbar. Die Austauschbarkeit und Anrechenbarkeit ist entsprechend der Regelungen nach § 8 normiert.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Psych-PV-Minutenwerte werden in dieser ersten Stufe bei den Kindern und Jugendlichen um jeweils 5 Prozent erhöht. Aus den Fachexpertengesprächen, den eingegangenen Stellungnahmen zur Richtlinie und der Anhörung der Stellungnehmenden ging in Anbetracht der steigenden Herausforderungen und Betreuungsbedarfen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein deutlicher Bedarf zur Erhöhung der Minutenwerte bei den Behandlungsbereichen der Kinder und Jugendlichen hervor. Zusätzlich wurde von nahezu allen Expertinnen und Experten der Kinder- und Jugendpsychiatrie darauf hingewiesen, dass die neuen gesetzlichen Bestimmungen den diesbezüglichen Umfang der damit zusammenhängenden Anforderungen in ihren Behandlungsbereichen erhöht habe. Da keine konkrete und detaillierte Quantifizierung für eine Anpassung in den Minutenwerte bei den Kindern und Jugendlichen vorliegt, legt der G-BA normativ eine grundständige Erhöhung von 5 Prozent über alle Berufsgruppen und Behandlungsbereiche hinweg fest. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie werden 100 Minuten Einzelspsychotherapie als Mindestvorgabe festgelegt.

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung

Die Minutenwerte der Personalanzahlzahlen von Heuft 1999 werden in einen neuen Behandlungsbereich P2 und A7 für psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlungen überführt. Um dies zu ermöglichen, waren bezüglich der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppen sowie bezüglich der Spezialtherapeutinnen und -therapeuten Umrechnungen der Minutenwerte erforderlich. Für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen wird bei Heuft 1999 ein gemeinsamer Wert aufgeführt, der zu einem Viertel dem psychologischen und drei Vierteln dem ärztlichen Personal zuzuordnen ist. Entsprechend diesen Verhältnisangaben, wurde der Minutenwert anteilig den Ärztinnen und Ärzten sowie den Psychologinnen und Psychologen zugerechnet. Ein ähnliches Vorgehen war hinsichtlich der Berufsgruppe der Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten erforderlich. Bei Heuft 1999 umfassen deren Aufgaben sowohl Spezialtherapien als auch Bewegungstherapien. Zwei Drittel der Minutenwerte entfallen bei Heuft 1999 auf spezialtherapeutische und ein Drittel auf bewegungstherapeutische Tätigkeiten. Im gleichen Verhältnis wurden die Minutenwerte den in dieser Richtlinie getrennt aufgeführten Berufsgruppen der Spezialtherapeutinnen und -therapeuten einerseits sowie der Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten/Physiotherapeutinnen und -therapeuten andererseits zugeordnet. Die hinterlegten Minutenwerte orientieren sich an den normativen Minutenwerten von Heuft und werden normativ mit einem Abschlag von 5 Prozent verankert.

Anlage 2: Eingruppierungsempfehlungen

Die Spalten 1 bis 4 wurden aus der Psych-PV Anlage 1 (zu § 4 Absatz 1) übernommen (vgl. S. 44-47 in: Kunze & Kaltenbach (Hrsg.) Psychiatrie-Personalverordnung, 5. Auflage 2005). Die Spalten 5 und 6 enthalten ergänzende Erläuterungen und Fallbeispiele der Selbstverwaltungspartner zu Anlage 2 Psych-PV (5. Auflage 2005, vgl. S. 203-211).

Die Eingruppierungsempfehlungen basieren auf den bis zum 1. Januar 2020 gültigen Eingruppierungsempfehlungen zu den Behandlungsbereichen der Psych-PV in der Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie gelten neu auch für Einrichtungen der Psychosomatik.

Die Behandlungsbereiche A3, S3, G3 wurden gestrichen.

Patientinnen und Patienten in einer psychosomatischen Einrichtung können nach den neuen Eingruppierungsregeln künftig in die Behandlungsbereiche P1 und P2 eingestuft werden. Behandlungsmittel ist hier die psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung unter Einsatz eines psychodynamisch oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) müssen mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen und den Voraussetzungen der OPS-Codes 9-62 oder 9-63 entsprechen. Bei weniger als drei Therapieeinheiten ist die Kategorie P1 zu verwenden.

Darüber hinaus wurde ein neuer Bereich A7 in der Allgemeinen Psychiatrie für psychisch oder somatoform erkrankte Menschen geschaffen, die einer stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen oder psychotherapeutischen Komplexbehandlung bedürfen und deren Behandlung die Mindestanforderungen des OPS-Code 9-62 oder des OPS-Code 9-63 erfüllt.

Behandlungsmittel ist auch hier - wie in der Kategorie P2 - die psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung unter Einsatz eines psychodynamisch oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektierter multiprofessioneller Mehrpersonen-Interaktionsprozess. Die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztliche und psychologische Einzel- und Gruppentherapie) müssen mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen und den Voraussetzungen der OPS-Codes 9-62 oder 9-63 entsprechen. Bei weniger als drei Therapieeinheiten ist die Kategorie A5 zu verwenden.

Zur Begründung für die neue Eingruppierungsregelung für Patientinnen und Patienten, die in der Fachabteilung Psychosomatik behandelt werden, wird auch auf die Tragenden Gründe § 3 verwiesen.

Die Behandlungsbereiche in den Eingruppierungsempfehlungen wurden erweitert um die StäB.

Mit dem PsychVVG wurde die StäB als neue Behandlungsform in der Psychiatrie eingeführt. Die StäB für Erwachsene wird als gänzlich eigene Behandlungsbereiche in der Allgemeinen Psychiatrie, bei den Abhängigkeitserkrankten und in der Gerontopsychiatrie (A9, S9, G9) aufgenommen. Hier können alle Kranken eingruppiert werden, die einer StäB im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen.

Zusätzlich wurde die StäB als Kategorie KJ9 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie neu aufgenommen.

Da keine Quantifizierung der zugrunde zu legenden Minutenwerte und ausreichende Erfahrungen in der Praxis vorliegen, werden hierfür noch keine Vorgaben in die Richtlinie aufgenommen. Dies folgt in einem späteren Anpassungsschritt. Die Patientinnen und Patienten sind jedoch ab dem 1. Januar 2020 entsprechend in die Kategorien A9, S9, G9 und KJ9 einzustufen. Eine gesonderte Berücksichtigung beim Personal ist nicht vorgesehen.

Anlage 3: Nachweis

Anlage 3 ist Grundlage des Nachweises gemäß § 11 an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, an das IQTIG und ggf. an die Landesaufsichtsbehörden.

Anlage 4: Regelaufgaben

Anlage 4 enthält die Regelaufgaben im Sinne von § 2 Absatz 3. Die Regelaufgaben orientieren sich im Wesentlichen an den bisherigen Regelaufgaben der Psych-PV. Diese Regelaufgaben beschreiben den Regeldienst. Dieser umfasst alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten, die einen Bezug zur Behandlung der Patientinnen und Patienten haben. Für diesen Regeldienst gelten die Mindestvorgaben gemäß § 6.

3 Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4 Verfahrensablauf

Am 4. November 2014 begann die zuständige AG PPP mit der Bearbeitung des mit dem Psych-Entgeltgesetz an den G-BA formulierten Auftrags, geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen und insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu beschließen (§ 137 Abs. 1c SGB V a.F., Inkrafttreten am 1. Januar 2013). Durch das PsychVVG vom 19. Dezember 2016 (Inkrafttreten 1. Januar 2017) wurde dieser gesetzliche Auftrag konkretisiert und die Vorarbeiten des G-BA beeinflusst. Die AG-Beratungen umfassten ferner auch die Planung, Durchführung und Teile der Auswertung von sieben themenbezogenen Fachexpertengesprächen. Abschließend wurde der Beschlussentwurf über eine PPP-RL erstellt. Die AG tagte insgesamt 82-mal und legte dem Unterausschuss Qualitätssicherung den Beschlussentwurf zur Beratung vor.

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 der Verfahrensordnung des G-BA (Verfo) wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung 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 8. Mai 2019 wurde das Stellungnahmeverfahren am 17. Mai 2019 eingeleitet. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 14. Juni 2019. Mit Beschluss des G-BA vom 20. Juni 2019 wurde der Kreis der nach 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Verfo stellungnahmeberechtigten Organisationen um die Bundesdirektorenkonferenz e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. ergänzt. Das Stellungnahmeverfahren mit diesen beiden Organisationen wurde am 20. Juni 2019 eingeleitet und endete am 18. Juli 2019. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**.

Es wurden 20 Stellungnahmen fristgerecht, drei Stellungnahmen nicht fristgerecht sowie zwei Stellungnahmen unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in sechs Arbeitsgruppensitzungen am 19., 26. und 27. Juni sowie am 2., 25. und 30. Juli 2019 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seinen Sitzungen am 8. August und 4. September 2019 durchgeführt (**Anlage 5**).

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 17. Mai / 18. Juli 2019 zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 5**).

5 Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. September 2019 eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie beschlossen.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

Die Länder gemäß § 92 Abs. 7f S. 1 SGB V tragen den Beschluss mit.

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

6 Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage I: Bürokratiekostenermittlung
- Anlage II: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage III: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf zu einer Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie sowie versandte Tragenden Gründe
- Anlage IV: Von 25 Organisationen eingereichte Stellungnahmen
- Anlage V: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen inklusive anonymisiertes Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 19. September 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage I Bürokratiekostenermittlung

über eine über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): Erstfassung

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

Der vorliegende Beschluss regelt Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung für Kinder, Jugendliche und Erwachsene und bestimmt insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal.

Die Erstfassung der PPP-RL sieht vor, dass die Einrichtungen gemäß § 11 die Einhaltung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung quartals- und einrichtungsbezogen und die tatsächliche Personalausstattung monats- und stationsbezogen anhand der standardisierten Nachweise in Anlage 3 darstellen. Das Nachweisverfahren ist untergliedert in einen Teil A und einen Teil B; Teil A wird jährlich oder bei Nichterfüllung quartalsweise an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die Landesaufsichtsbehörde übermittelt und Teil A und Teil B zusammen werden bis zum 1. Januar 2024 quartalsweise zum Zwecke der Auswertung an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) übersandt, danach erfolgt die Übermittlung jährlich. Diese Nachweise inklusive der Erklärung über die Richtigkeit der Angaben sind in elektronischer Form einmal jährlich bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen und die Landesaufsichtsbehörde (Teil A) und das IQTIG (Teil A und Teil B) zu übermitteln; die erste elektronische Übermittlung findet zum 15. Februar 2021 für alle vier Quartale des Jahres 2020 statt, ab dem 15. Februar 2021 bis zum 1. Januar 2024 erfolgt dann die quartalsweise Übermittlung.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die für die Erfüllung der Qualitätsanforderungen gemäß des Nachweisverfahrens Teil A erforderlichen Standardaktivitäten:

Standardaktivität	Min.	Qualifikationsniveau	Bürokratiekosten je Vorgang in € im Quartal	Bürokratiekosten je Vorgang in € im Jahr
Einarbeitung in die Informationspflicht	90	hoch	79,95	79,95
Beschaffung von Daten	90	hoch	79,95	319,80
Formulare ausfüllen (Ausfüllen der Checkliste, Anlage 3)	15	hoch	13,33	53,32
Überprüfung der Daten und Eingaben	30	hoch	26,65	106,60
Fehlerkorrektur (in 10% der Fälle)	10	hoch	8,88	35,52
Datenübermittlung (Übermittlung von Anlage 3)	2	mittel	0,93	3,72
Kopieren, Archivieren, Verteilen	5	mittel	2,32	9,28

Standardaktivität	Min.	Qualifikationsniveau	Bürokratiekosten je Vorgang in €im Quartal	Bürokratiekosten je Vorgang in €im Jahr
Weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	10	hoch	8,88	35,52
Gesamt	252		220,89	643,71

Es ist davon auszugehen, dass durch das Nachweisverfahren Teil A bis 2024 jährliche Bürokratiekosten je Einrichtung in Höhe von geschätzt rund 643,71 Euro entstehen. Bei einer Anzahl von etwa 600 stationären Einrichtungen entstehen für die Nachweiserbringung und Erklärung über die Richtigkeit der Angaben insgesamt jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 386.226 Euro (643,71 x 600). Ab dem Kalenderjahr 2024 fallen Datenübermittlung (Übermittlung von Anlage 3), Kopieren, Archivieren, Verteilen und weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen nur noch einmal im Jahr an; daher entstehen den Einrichtungen ab 2024 jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 364.392 Euro (607,32 x 600).

Unter Berücksichtigung des Standardkosten-Modells zur Ermittlung von Bürokratiekosten ist davon auszugehen, dass im Rahmen der Nichterfüllung von Qualitätsanforderungen keine Bürokratiekosten i.S. des Standardkosten-Modells entstehen, da innerhalb der Methodik des Standardkosten-Modells stets normkonformes Verhalten der Normadressaten unterstellt wird. Verstößt eine Einrichtung nachweislich gegen Qualitätsanforderungen können Aufwände, die sich aus der Nichterfüllung ergeben, nicht als Bürokratiekosten i.S. der hier zugrundeliegenden Methodik ausgewiesen werden.

Für den gemeinsamen Nachweis von Teil A und Teil B sind die folgenden Standardaktivitäten und zeitlichen Aufwände erforderlich:

Standardaktivität	Min.	Qualifikationsniveau	Bürokratiekosten je Vorgang in €im Quartal	Bürokratiekosten je Vorgang in €im Jahr
Einarbeitung in die Informationspflicht	120	hoch	106,60	106,60
Beschaffung von Daten	120	hoch	106,60	426,40
Formulare ausfüllen (Ausfüllen der Checkliste, Anlage 3)	30	hoch	26,65	106,60
Überprüfung der Daten und Eingaben	45	hoch	39,98	159,92
Fehlerkorrektur (in 10% der Fälle)	10	hoch	8,88	35,52
Datenübermittlung (Übermittlung von Anlage 3)	2	mittel	0,93	3,72
Kopieren, Archivieren, Verteilen	5	mittel	2,32	9,28
Weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen	15	hoch	13,33	53,32
Gesamt	347		305,29	901,36

Es ist davon auszugehen, dass mit dem gemeinsamen Nachweis Teil A und Teil B jährliche Bürokratiekosten je Einrichtung in Höhe von geschätzt rund 901,36 Euro entstehen. Bei einer

Anzahl von etwa 600 stationären Einrichtungen entstehen ab 15. Februar 2021 bis zum 1. Januar 2024 insgesamt jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 540.816 Euro (901,36 x 600). Ab dem Kalenderjahr 2024 fallen Datenübermittlung (Übermittlung von Anlage 3), Kopieren, Archivieren, Verteilen und weitere Informationsbeschaffung im Falle von Schwierigkeiten mit den zuständigen Stellen nur noch einmal im Jahr an; daher entstehen den Einrichtungen ab 2024 jährliche Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 510.972 Euro (851,62 x 600).

Zudem wird davon ausgegangen, dass die Einarbeitung in die Mindestvorgaben für die Personalausstattung mit einem einmaligen Zeitaufwand von 120 Minuten bei hohem Qualifikationsniveau einhergeht. Daraus ergibt sich für die jeweilige Einrichtung ein einmaliger Einarbeitungsaufwand von 106,60 Euro. Bezogen auf die vorliegende Anzahl der Einrichtungen wird von geschätzt 63.960 Euro einmalig entstehenden Bürokratiekosten ausgegangen (106,60 € x 600).

Gemäß § 11 Absatz 4 ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) berechtigt, in einzelnen Einrichtungen die Einhaltung der Mindestvorgaben im Rahmen einer Qualitätskontrolle gemäß der MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie (MDK-QK-RL) vor Ort zu überprüfen. Derartige Prüfungen finden anlassbezogen statt, sofern begründeter Zweifel an der Einhaltung der Mindestvorgaben besteht. Da das Standardkosten-Modell zur Ermittlung von Bürokratiekosten regelhaftes Verhalten der Normadressaten unterstellt, sind Aufwände, die im Zuge einer Vor-Ort-Prüfung des MDK entstehen, in solchen, d.h. anlassbezogenen Fällen, nicht Bestandteil der Bürokratiekostenermittlung.

Stellungnahmeberechtigt nach § 91 Abs. 5a SGB V:
<ul style="list-style-type: none"> • Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)
Stellungnahmeberechtigt nach § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V:
<p><i>In der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) organisierte betroffene medizinische Fachgesellschaften:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) • Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) • Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) • Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP) • Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde (DGGN) • Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö) • Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (dgkjp) • Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) • Deutsche Gesellschaft für Klinische Psychotherapie und Psychosomatische Rehabilitation (DGPPR) • Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) • Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie, Epidemiologie (gmds) • Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP) • Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie und Psychopathometrie (DGMPP) • Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) • Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) • Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) • Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFG) • Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) • Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) • Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) • Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG) • Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM) • Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) • Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) • Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) • Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) • Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) • Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) • Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung Suchttherapie (DG-Sucht) • Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) <p><i>Nicht in der AWMF organisierte betroffene medizinische Fachgesellschaften:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Psychosomatik (AGPPS) • Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP) • Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung (DGSGB) • Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft (DMtG)
Stellungnahmeberechtigt nach 1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO:

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

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

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

Entwurf, Stand: 08.05.2019 (nach Sitzung UA QS)

Hinweise:

- Grau hinterlegte Textpassagen müssen im Nachgang ggf. angepasst oder entfernt werden.
- Dissente Punkte sind **gelb markiert**.
- Geschlechtergerechte Formulierungen sowie ggf. die einheitliche Bezeichnung „Pflegefachpersonen“ oder weitere redaktionelle Änderungen werden nach Einleitung des Stellungnahmeverfahrens eingeführt.

Vom 19. September 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. September 2019 die Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL) beschlossen:

- I. „Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie/PPP-RL)

§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich

(1) Diese Richtlinie legt gemäß § 136a Absatz 2 SGB V geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen [DKG/GKV-SV/PatV: und psychosomatischen] Versorgung fest. Dazu werden insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische [DKG/GKV-SV/PatV: und psychosomatische] Versorgung bestimmt. [DKG: Die Mindestvorgaben sollen einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten.]

(2) Diese Richtlinie gilt für Krankenhäuser im Sinne von § 108 SGB V mit psychiatrischen [DKG/GKV-SV/PatV: oder psychosomatischen] Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche, soweit darin Patienten behandelt werden, die einer vollstationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen und nach Art und Schwere der Krankheit den Behandlungsbereichen gemäß §3/§4 in Verbindung mit Anlage 1 zugeordnet werden können.

(3) Weiterhin

DKG/DPR/BPtK/LV	GKV-SV/PatV
wird mit dieser Richtlinie das Ziel verfolgt, eine erste Stufe in der Ausgestaltung von Personalvorgaben zu etablieren, welche während der Entwicklung eines zukunftsorientierten Modells Geltung findet. Das zu entwickelnde Modell ist gemäß § 13 Absatz 3 in einer zweiten Stufe vorgesehen. Die aus dieser Richtlinie resultierenden Personalvorgaben gestalten somit den Übergang in die zweite Stufe bis zum 31. Dezember 2024.	verpflichtet sich der G-BA zur Weiterentwicklung dieser Richtlinie. Ziel ist die Entwicklung eines zukunftsorientierten Modells zur Ausgestaltung der Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal.

§ 2 Grundsätze

DKG	GKV-SV/PatV/DPR/BPtK/LV
(1) Die Mindestvorgaben sollen gemäß § 136a Absatz 2 Satz 3 SGB V einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung kann unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein.	(1) Über die Vorgaben in § 107 Absatz 1 SGB V hinaus haben die Krankenhäuser im Sinne von § 1 Absatz 2 jederzeit das für die Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung der Patienten erforderliche Personal vorzuhalten.

(2) [GKV-SV/PatV: Die Behandlung der den Behandlungsbereichen gemäß §3/§4 in Verbindung mit Anlage 1 zugeordneten Patienten ist nur zulässig, wenn die in §6/§7 geregelten verbindlichen Mindestvorgaben erfüllt werden.]

(3) Die verbindlichen Mindestvorgaben gelten für den Regeldienst am Tag (Tagdienst) [GKV-SV/PatV: und in der Nacht (Nachtdienst)]. Dieser umfasst alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten, die einen Bezug zur Behandlung der Patienten haben. Nicht zum Regeldienst im Sinne dieser Richtlinie zählen Bereitschaftsdienst, ärztliche Rufbereitschaft und ärztlicher Konsiliardienst sowie Tätigkeiten in Nachtkliniken.

(4) Die Patienten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche, die einer voll-, teilstationären sowie stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung bedürfen, werden nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln den Behandlungsbereichen gemäß Anlage 1 zugeordnet.

(5) Die Mindestvorgaben für den Tagdienst werden gemäß §8/§9 festgelegt. Für jeden Behandlungsbereich gemäß §3/§4 in Verbindung mit Anlage 1 und jede Berufsgruppe gemäß §5/§6 werden Minutenwerte je Patient und Woche gemäß Anlage 2 vorgegeben. Die Mindestvorgaben sind

DKG	GKV-SV/PatV/DPR
jahresdurchschnittlich auf Einrichtungsebene, differenziert nach Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik	kalendermonatlich auf den Stationen

einzuhalten.

[Vorsitzende des UA QS: In den Minutenwerten sind die Zeiten für die Ausbildung und die Fort- und Weiterbildung, Urlaub sowie sonstige Ausfallzeiten, wie etwa krankheitsbedingter Ausfall des Personals, nicht berücksichtigt. Im Rahmen seiner eigenverantwortlichen Personalplanung hat das Krankenhaus demnach sicherzustellen, dass über die vorgegebenen Minutenwerte hinaus auch entsprechendes Personal zur Abdeckung dieser Zeiten vorgehalten wird.]

(6) Das therapeutische Personal wird differenziert in die Berufsgruppen nach §5/§6. [PatV/DPR: Ersetzungen regelt Anlage 4.]

(7) Die Krankenhäuser haben einen Nachweis über die Einhaltung der Mindestvorgaben differenziert nach Berufsgruppe zu führen. [GKV-SV/PatV/DPR: Die Nachweise sind stations- und monatsbezogen zu führen.]

(8) Die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) jährlich für alle Krankenhausstandorte getrennt nach deren Fachabteilungen für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik [GKV-SV/PatV: im Rahmen einer Strukturabfrage] ermittelt.

GKV-SV	DPR
(9) Die Krankenhäuser stellen die Einhaltung der Mindestvorgaben stationsbezogen anhand der auf einer Station tätigen Fachkräfte der	(9) Die Anzahl der Patienten einer Station (Stationsgröße) hat einen erheblichen Einfluss auf das Stationsmilieu und die Qualität der

Berufsgruppen fest. Eine Station im Sinne von Absatz 7 ist eine eigenständige bauliche und organisatorische Einheit, die alle für einen Stationsbetrieb erforderlichen Funktionen umfasst.	Behandlung. Ziel ist deshalb, auf den Stationen der Erwachsenenpsychiatrie 18 Behandlungsplätze, der Kinder- und Jugendpsychiatrie zehn Behandlungsplätze und der Psychosomatik 22 Behandlungsplätze nicht zu überschreiten.
--	--

DKG	GKV-SV/PatV/BPtK/LV	DPR
<i>[keine Übernahme]</i>	<p>§ 3 Definition der Tag- und Nachtdienste</p> <p>(1) Die Minutenwerte gelten beim Krankenpflegepersonal für Tagdienste von täglich 14 Stunden [GKV-SV/PatV/BPtK/LV: im Zeitraum von 6.00 bis 20.00 Uhr] zuzüglich einer halben Stunde Übergabezeit mit dem Personal des Nachtdienstes sowie bei einer gleichbleibenden Personalbesetzung im Pflegedienst an Wochenenden und Feiertagen. Bei Tageskliniken gelten die Minutenwerte in der Erwachsenenpsychiatrie für einen Tagdienst von acht Stunden, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von zehn Stunden; die Minutenwerte gelten für fünf Wochentage.</p> <p>(2) Beim Krankenpflegepersonal umfasst der Nachtdienst zehn Stunden</p>	
	im Zeitraum von 20.00 bis 6.00 Uhr. Bei abweichenden Schichtzeiten eines Krankenhauses kann das Personal anteilig den Tag- und Nachtdiensten im Sinne dieser Richtlinie zugeordnet werden.	sowie 30 Minuten Übergabezeit mit dem Tagdienst. Anfangs- und Endzeiten können variieren.

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

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

A Allgemeine Psychiatrie **[GKV-SV: und Psychosomatik]**

A1 Regelbehandlung

A2 Intensivbehandlung

[DKG: A4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker]

A5 Psychotherapie [GKV-SV: Psychotherapeutisch-psychosomatische Komplexbehandlung]

A6 Tagesklinische Behandlung

A9 Stationsäquivalente Behandlung

S Abhängigkeitskranke

S1 Regelbehandlung

S2 Intensivbehandlung

[DKG: S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker

S5 Psychotherapie]

S6 Tagesklinische Behandlung

G Gerontopsychiatrie

G1 Regelbehandlung

G2 Intensivbehandlung

[DKG: G4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker

G5 Psychotherapie]

G6 Tagesklinische Behandlung

[DKG: P Psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung]

(2) Die Patienten der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, werden nach Art und Schwere der Krankheit sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln den Behandlungsbereichen gemäß Anlage 1 zugeordnet:

KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie

KJ1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung

KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung

KJ3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung

[DKG: KJ5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker]

KJ6 Eltern-Kind-Behandlung

KJ7 Tagesklinische Behandlung

KJ9 Stationsäquivalente Behandlung

§ 4 (DKG)/§ 5 (GKV-SV/PatV) Definition der Tätigkeiten

Die Definition der im Krankenhaus geleisteten diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten nach § 2 Absatz 3 der o.g. Berufsgruppen erfolgt gemäß Anlage 4.

§ 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen

Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert:

- a) Ärzte
- b) Krankenpflegepersonen, Erzieher (nur KJP)
- c) Diplom-Psychologen, Master-Psychologen [GKV-SV/PatV: Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten (nur KJP)]
- d) Spezialtherapeuten [GKV-SV/PatV: (Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten)]
- e) Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten
- f) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP)
- g) Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)

§ 6 (DKG)/§ 7 (GKV-SV/PatV) Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

DKG	GKV-SV	PatV
<p>(1) Für die Berechnung der Mindestpersonalausstattung hat die Einrichtung die durchschnittliche prozentuale Bettenauslastung mit der Anzahl an Betten und 365 Tagen zu multiplizieren. Aus dieser Berechnung ergibt sich die Anzahl an Behandlungstagen und Wochen.</p> <p>(2) Die voraussichtliche, durchschnittliche Zahl der Patienten in den einzelnen Behandlungsbereichen ergibt sich aus mindestens sechs Stichtagserhebungen im vergangenen Kalenderjahr. Die Stichtagserhebungen sind jeweils am dritten</p>	<p>(1) Die Einrichtung ermittelt die verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung für den Tagdienst bezogen auf den Kalendermonat in Vollkraftstunden (VKS) je Berufsgruppe und Station. Diese Mindestvorgaben werden auf Basis der Belegung nach den in § 4 sowie Anlage 1 aufgelisteten Behandlungsbereichen und der in Anlage 2 enthaltenen Zeitwerte festgelegt. Die Belegung ergibt sich aus den auf der Station behandelten Patienten und deren tagesbezogener Einstufung in die jeweiligen in § 4 sowie Anlage 1 aufgelisteten Behandlungsbereiche des jeweils gleichen Kalendermonats des Vorjahres. Diese tagesbezogene Einstufung der behandelten Patienten ergibt dann die jeweiligen Behandlungstage.</p>	

<p>Mittwoch der Monate Januar, März, Mai, Juli, September und November durchzuführen. Die sich daraus ergebende prozentuale Patientenverteilung ist mit der gemäß Absatz 1 ermittelten Anzahl an Behandlungswochen pro Jahr zu verrechnen. Die daraus folgende durchschnittliche Anzahl an Behandlungswochen je Behandlungsbereich ist mit den Minutenwerten gemäß Anlage 2 je Berufsgruppe und Woche zu multiplizieren.</p> <p>(3) Beim Krankenpflegepersonal ist je Station und Behandlungswoche ein Wert von 5000 Minuten hinzuzurechnen. Eine Station ist eine eigenständige bauliche und organisatorische Einheit, die alle für einen Stationsbetrieb erforderlichen Funktionen umfasst.</p>	<p>(2) Zunächst wird für den Kalendermonat die Summe der Behandlungstage je Behandlungsbereich in Behandlungswochen umgerechnet, d.h. durch sieben geteilt. Diese werden je Berufsgruppe mit den Minutenwerten nach Anlage 2 multipliziert und in Stunden umgerechnet (VKS-Mind). So ermittelt die Einrichtung die auf den Kalendermonat bezogene Mindestvorgabe in VKS je Berufsgruppe (VKS-Mind).</p> <p>(3) Liegt im laufenden Kalendermonat die tatsächliche Belegung mit Patienten in den jeweiligen Behandlungsbereichen um mehr als 2,5 Prozent über oder mehr als 2,5 Prozent unter der nach Absatz 1 Satz 3 ermittelten Belegung des jeweiligen gleichen Kalendermonats des Vorjahres, wird abweichend von Absatz 1 die Berechnung der vorzuhaltenden Mindestpersonalausstattung auf Basis der tatsächlichen Belegung des laufenden Kalendermonats vorgenommen.</p>	
<p>(4) Die Minutenwerte sind um 10 Prozent zu verringern, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat.</p> <p>(5) Die sich ergebende Gesamtstundenzahl je Berufsgruppe ist in Personalstellen umzurechnen, indem sie durch die Zahl der Arbeitsstunden geteilt wird. Die Anzahl an Personalstellen ist mit dem Faktor 0,8 zu multiplizieren. Hieraus folgt dann die gemäß dieser Richtlinie zu erfüllende Mindestvorgabe bezüglich der Personalausstattung, welche nicht unterschritten werden darf.</p>	<p>(4) Der G-BA legt bis zum 31. Dezember 2021 die Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste fest. Für die zukünftige Festlegung ist die tatsächliche diesbezügliche Personalausstattung zu erheben.</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>
<p>(6) Die Personalstellen für eine Berufsgruppe gemäß § 5 können gemäß § 7 entsprechend dem Konzept der psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtung auch mit Fachkräften der anderen Berufsgruppen oder anderer, in § 5 nicht genannter Berufe besetzt werden. Es muss sich hierbei stets um Tätigkeiten im Rahmen therapeutischer Aufgaben handeln.</p> <p>(7) Innerhalb der Vereinbarungen auf Ortsebene ist das Personal gemäß Absatz 5 um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die entsprechend der strukturellen und organisatorischen Situation der Einrichtung erforderlich sind um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen. Unter anderem sind hierbei Nachtwachenplätze Pflege, Leitungskräfte, Bereitschaftsdienste außerhalb des Regeldienstes, ärztliche</p>	<p>(5) Der G-BA legt bis zum 31. Dezember 2021 fest, welcher Anteil der Minutenwerte für die regionale Pflichtversorgung und bei Fachabteilungen ohne regionale Pflichtversorgung vorzusehen ist. Für die zukünftige Festlegung ist die tatsächliche regionale Pflichtversorgung zu erheben.</p> <p>(6) Der G-BA legt bis zum 31. Dezember 2021 die Qualifikation und die fachlichen Anforderungen an das Personal fest. Für die zukünftige Festlegung ist die tatsächliche diesbezügliche Personalausstattung zu erheben.</p> <p>(7) Diese Richtlinie regelt nicht die Höhe des Personals, das entsprechend der strukturellen und organisatorischen Situation der Einrichtung erforderlich ist. Dies ist in der Budgetfindung vor Ort zu regeln.</p> <p>(8) Diese Richtlinie regelt nicht Bereitschaftsdienste und Leitungskräfte außerhalb des Regeldienstes, ärztliche Rufbereitschaft, ärztlicher Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken. Dies ist in der Budgetfindung vor Ort zu regeln.</p>	

<p>Rufbereitschaft, ärztlicher Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken und auch Genesungsbegleiter zu berücksichtigen. (8) Ausfallzeiten</p>	<p>(9) Diese Richtlinie regelt nicht die Ausfallzeiten.</p>
<p>(Urlaub, Arbeitsunfähigkeit, Kur- und Heilverfahren, Externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Tätigkeiten als Personalrat/Betriebsrat/Angehöriger der Mitarbeitervertretung/ Sicherheitsbeauftragter/ Beauftragter für Arbeitssicherheit/ Suchthelfer für eigene Mitarbeiter/ Vertrauensmann für Schwerbehinderte/ Vertreter der ausländischen Beschäftigten, Wochenfeiertage, Schutzfristen, Wehrübungen und weitere relevante Ausfallzeiten)</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>
<p>sind bei der Vereinbarung von Personalstellen zwischen den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu berücksichtigen. Die gemäß Absatz 1 bis 6 ermittelten Personalstellen sind bei der Vereinbarung auf Ortsebene um die den Ausfallzeiten entsprechende Anzahl an Personalstellen zu erhöhen.</p>	<p>. Dies ist in der Budgetfindung vor Ort zu regeln.</p>

DKG	GKV-SV/PatV
<p><i>[keine Übernahme]</i></p>	<p>§ 8 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad</p> <p>(1) Die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach dieser Richtlinie wird vom Krankenhaus nachgewiesen.</p> <p>(2) Der Nachweis erfolgt getrennt für Tag- und Nachtdienste gemäß § 3.</p> <p>(3) Der Nachweis der tatsächlichen Personalausstattung für den Tagdienst erfolgt stationsbezogen gegliedert nach den Berufsgruppen gemäß § 6 in VKS für die von Fachkräften des Krankenhauses erbrachten Tätigkeiten gemäß § 2 Absatz 3. Das Nähere (nicht umfasste Tätigkeiten und Ersetzungen sowie Anrechnungen) regelt Anlage 4.</p> <p>(4) Der Umsetzungsgrad für den Tagdienst je Kalendermonat ergibt sich pro Berufsgruppe aus dem Quotient der tatsächlichen</p>

Vollkraftstunden je Berufsgruppe und Station (VKS-Ist) zu den Mindestvorgaben (VKS-Mind).

(5) Für die Anforderungen zur Mindestpersonalausstattung für den Tagdienst nach § 9 ermittelt das Krankenhaus monatlich innerhalb von 15 Kalendertagen nach Monatsende den Umsetzungsgrad für jede Station gemäß § 4 Absatz 9 und jeden Standort gemäß § 2a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) getrennt nach psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie solchen für Kinder und Jugendliche. Der Umsetzungsgrad der Mindestpersonalausstattung einer Station ergibt sich aus dem Mittelwert der Umsetzungsgrade aller Berufsgruppen gemäß § 7 Absatz 5 gewichtet mit Mindestpersonalausstattung (VKS-Mind) der Berufsgruppen gemäß § 7 Absatz 2 bis 4. Ist die Mindestpersonalausstattung mindestens einer Berufsgruppe nicht erfüllt (Umsetzungsgrad unter 100 Prozent) ergibt sich der Umsetzungsgrad einer Station abweichend von Satz 2 ohne Berücksichtigung einer berufsgruppenspezifischen Übererfüllung aus dem Mittelwert der Umsetzungsgrade der Berufsgruppen, bei denen die Mindestpersonalausstattung nicht erfüllt wurde, und dem Wert 100 Prozent für die anderen Berufsgruppen, für die die Mindestpersonalausstattung erfüllt oder übererfüllt wurde, sowie der Gewichtung entsprechend der Mindestpersonalausstattung (VKS-Mind) der Berufsgruppen gemäß § 7 Absatz 2 bis 4. Der Umsetzungsgrad der Mindestpersonalausstattung eines Standortes ergibt sich aus dem Mittelwert aller Stationen gewichtet mit der Summe der Mindestpersonalausstattung (VKS-Mind) aller Berufsgruppen.

(6) Für die tatsächliche Besetzung des Nachtdienstes ermittelt das Krankenhaus die durchschnittliche Pflegepersonalausstattung und die durchschnittliche Patientenbelegung im Nachtdienst gemäß § 3 für jede Station in jedem Kalendermonat eines Jahres.

(7) Für die durchschnittliche Pflegepersonalausstattung werden alle Pflegekräfte berücksichtigt, die im Nachtdienst einer Station tätig waren. Die durchschnittliche Personalausstattung ermittelt sich aus der Summe der geleisteten Arbeitsstunden eines Kalendermonats geteilt durch die Anzahl der Stunden des Nachtdienstes (Kalendertage mal 10 Stunden) des jeweiligen Kalendermonats. Dabei sind Pflegekräfte, die an einem

	<p>Arbeitstag im Tagdienst und im Nachdienst gemäß § 3 tätig waren, anteilig zuzuordnen.</p> <p>(8) Für die Ermittlung der durchschnittlichen Patientenbelegung des Nachtdienstes ist die Summe der um 24.00 Uhr auf einer Station untergebrachten Patienten für die laufende Nachtschicht maßgeblich. Der monatliche Durchschnitt entspricht dem Quotienten aus der Summe der Mitternachtsbestände einer Station in einem Kalendermonat und der Anzahl der Tage des jeweiligen Kalendermonats.</p> <p>(9) Das Krankenhaus hat zusätzlich die Anzahl der Nächte zu ermitteln, in denen weniger als 1,6 Pflegekräfte je Nachtschicht und in denen weniger als 1,4 Pflegekräfte je Nachtschicht tätig waren.</p>
--	--

DKG	GKV-SV/PatV
<p>§ 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen</p>	<p><i>[in Anlage 4 verortet]</i></p>
<p>(1) Bei der tatsächlichen Personalausstattung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege oder in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, entsprechend dem in § 17a KHG genannten Schlüssel anzurechnen. Psychotherapeuten in Ausbildung sind zu berücksichtigen, wenn diese vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufes erhalten.</p> <p>(2) Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräfte aus den Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen b, d, e, f und g. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern.</p> <p>(3) Gemäß § 6 Absatz 6 können für den Nachweis der tatsächlichen Personalausstattung Fachkräfte anderer, in § 5 nicht genannter</p>	

<p>Berufsgruppen im begrenzten Umfang auf die Berufsgruppen gemäß § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern. Eine Anrechnung anderer, in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe des ärztlichen Dienstes ist ausgeschlossen.</p> <p>(4) Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräften der Berufsgruppen gemäß § 5 ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern.</p>	
---	--

§ 8 (DKG)/§ 9 (GKV-SV/PatV) Minutenwerte Tagdienst

Für die Berechnung der verbindlichen Mindestvorgabe für die Personalausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche sind für die in der Anlage 2 aufgelisteten Berufsgruppen die jeweils konkret je Patient und Woche zugeordneten Minutenwerte nach Anlage 2 zugrunde zu legen. [DKG: In Abgrenzung zu den anderen in Anlage 2 aufgeführten Behandlungsbereichen, werden für die Behandlungsbereiche der stationsäquivalenten Behandlung keine Minutenwerte quantifiziert.]

DKG/GKV-SV	PatV/DPR/BPtK
[keine Übernahme]	<p>§ 10 Leitungskräfte</p> <p>(1) Die Personalbemessung für leitende Ärzte oder ggf. leitende Psychotherapeuten richtet sich nach der Zahl der nach § 8 ermittelten Stellen für Ärzte und Psychologen; diese sollen im Verhältnis 8 zu 1 in ganze oder anteilige Stellen für leitende Ärzte umgerechnet werden.</p> <p>(2) Die Zahl der leitenden Krankenpflegekräfte entspricht der errechneten Zahl der leitenden Ärzte nach Absatz 1.</p>

DKG/GKV-SV	PatV	DPR
[keine Übernahme]	§ 11 Nachtdienste	
	<p>In der vollstationären Versorgung ist im Nachtdienst der Pflege eine Mindestpersonalausstattung je Station in den Bereichen A und S von 1,4 Pflegefachpersonen und in dem Bereich G von 1,6 Pflegefachpersonen zugrunde zu legen. Auf Stationen mit mehr als 18 Patienten erhöht sich die Mindestpersonalausstattung um 5 Prozent je Patient.</p>	<p>(1) Für die Regelung des Nachtdienstes der Pflege ist Folgendes zu beachten:</p> <p>(2) Die Länge des Nachtdienstes beträgt 10 Stunden + 30 Minuten Übergabezeit. Der Beginn des Nachtdienstes kann variieren.</p> <p>(3) Die Pausenzeiten sind nach Arbeitszeitgesetz einzuhalten.</p> <p>(4) Um der individuellen Situation und Behandlungskonzepte der Abteilungen bzw. Kliniken gerecht zu werden ist vorzusehen, dass jede Station in den Bereichen A und S durchschnittlich eine Nachtdienstbesetzung von 1,4 Vollkräften und in dem Bereich G eine durchschnittliche Nachtdienstbesetzung von 1,6 Vollkräften anerkannt bekommen. Die konkrete Verteilung der Nachtdienste in der Klinik bzw. Abteilung obliegt der Hoheit der Leitung des Pflegedienstes (bei KJP: des Pflege- und Erziehungsdienstes). Die anerkannten Vollkräfte für den Nachtdienst müssen in ihrer Umsetzung nachgewiesen werden (vgl. § 10/14/16). Ein Abschlag für Kliniken bzw. Abteilungen, die keine Versorgungsverpflichtung haben, ist möglich.</p>

DKG	GKV-SV/PatV/BPtK
<i>[keine Übernahme]</i>	<p>§ 10 (GKV-SV)/§ 12 (PatV) Stationsgröße</p> <p>(1) Aus Qualitätsgründen sollte eine Station in der Erwachsenenpsychiatrie 18 Behandlungsplätze, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zwölf Behandlungsplätze und in der Psychosomatik 24 Behandlungsplätze nicht überschreiten.</p> <p>(2) Sofern die mittlere Anzahl der Patienten über die in Absatz 1 definierte Anzahl hinausgeht, sind die Minutenwerte für die über die Empfehlung hinausgehenden Patienten zu erhöhen. Das heißt, für die Berufsgruppen der Ärzte und Krankenpflegepersonen werden die je Patient und Woche festgelegten Minutenwerte um 20 Prozent erhöht.</p>
DKG	GKV-SV/PatV/BPtK/DPR
<i>[keine Übernahme]</i>	<p>§ 11 (GKV-SV)/§ 13 (PatV)/LV Genesungsbegleiter</p> <p>(1) Aus Qualitätsgründen sollen zusätzlich zu den in § 6 genannten Berufsgruppen Genesungsbegleiter auf den Stationen eingesetzt werden.</p> <p>(2) Der Umfang der Tätigkeiten der Genesungsbegleiter ist in der Strukturabfrage und in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser (in Vollzeitäquivalenten) darzustellen.</p>
DKG	GKV-SV/PatV
<i>[keine Übernahme]</i>	<p>§ 12 (GKV-SV)/§ 14 (PatV) Umsetzung in ein Behandlungsangebot</p>

	Die Mindestvorgaben für die Personalausstattung nach dieser Richtlinie müssen in ein Behandlungsangebot umgesetzt werden, das insbesondere folgenden Zielen entspricht: möglichst leistungssektorenübergreifende Behandlerkonstanz, indikationsbezogene Behandlungskonzepte, multiprofessionelles Team, Milieuthherapie, Gemeindenähe, Verzicht auf geschlossenen Stationen / Vermeidung geschlossener Türen, Verhinderung von Zwang und Prävention von aggressivem Verhalten, Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung, die Befähigung zu einem möglichst selbstständigen Leben außerhalb von Institutionen sowie zu Teilhabe.
--	---

§ 9 (DKG)/§13 (GKV-SV)/§ 15 (PatV) Ausnahmetatbestände

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

1. bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen, die in ihrem Ausmaß

DKG	GKV-SV
über das übliche Maß hinausgehen oder	über das übliche Maß (mehr als 20 Prozent des vorzuhaltenden Personals) hinausgehen

2. [DKG/PatV: bei starken Erhöhungen der Patientenzahlen]

3. [DKG/DPR: oder bei gravierenden strukturellen oder organisatorischen Veränderungen in der Einrichtung, wie zum Beispiel Stationsumstrukturierungen oder -schließungen].

(2) Die Einrichtung ist verpflichtet, das Vorliegen der Voraussetzungen eines Ausnahmetatbestandes nach Absatz 1

DKG/DPR	GKV-SV/PatV/BPtK
gemäß § 10/11 nachzuweisen.	unverzüglich den jeweiligen Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes nachzuweisen. Die Einrichtung hat die verbindlichen Mindestvorgaben schnellstmöglich, spätestens jedoch nach vier Wochen, wieder zu erfüllen.

DKG	GKV-SV/PatV
<p>§ 10 Nachweisverfahren und Strukturabfrage</p>	<p>§14 (GKV-SV)/§ 16 (PatV) Nachweisverfahren</p>
<p>(1) Die Einrichtungen weisen den jahresdurchschnittlichen Umsetzungsgrad der Mindestvorgaben nach. Hierzu sind die gemäß § 6 ermittelte Mindestpersonalausstattung, die tatsächliche Personalausstattung, strukturelle Informationen der Einrichtung sowie Gründe für ggf. auftretende Abweichungen standortbezogen anhand der standardisierten Checkliste in Anlage 3 abzubilden.</p> <p>(2) Die Nachweise der Einrichtung gemäß Anlage 3 sind standortbezogen jährlich zu übermitteln an:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Vertragspartner der Pflegesatzvereinbarung, - das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), - bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zusätzlich an die jeweilige Landesarbeitsgemeinschaft (LAG). <p>(3) Die Einhaltung der Mindestvorgaben ist von der Einrichtung gegenüber dem Vertragspartner der Pflegesatzvereinbarung in Form der Checkliste in Anlage 3 bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres nachzuweisen.</p> <p>(4) Die Einhaltung der Mindestvorgaben kann im Rahmen einer Qualitätskontrolle gemäß der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V (MDK-QK-RL) durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) kontrolliert werden.</p>	<p>(1) Die Einrichtungen weisen ab dem 1. Januar 2020 nach, inwieweit sie die Mindestpersonalvorgaben eingehalten haben. Dazu weisen die Einrichtungen insbesondere den Umsetzungsgrad, die nach § 7 ermittelte Mindestpersonalausstattung und die tatsächliche Personalausstattung sowie Ausnahmetatbestände standortbezogen nach.</p> <p>(2) Die Nachweise sind anhand der Checkliste in Anlage 3 stations- und monatsbezogen zu führen. Die zwölf Monatsnachweise des vorangegangenen Kalenderjahres ergeben den Jahresnachweis.</p> <p>(3) Die Krankenhäuser übermitteln den Jahresnachweis nach Absatz 2 standortbezogen zum 15. Februar des Folgejahres den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen.</p> <p>(4) Die Krankenhäuser melden eine Nichterfüllung der kalendermonatlichen Mindestvorgaben standortbezogen nach § 7 den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich, spätestens aber 14 Tage nach Ende des betreffenden Kalendermonats, mit der Übermittlung des betreffenden Monatsnachweises.</p> <p>(5) Die Checkliste in Anlage 3 für den jährlichen Nachweis nach Absatz 2 ist identisch mit der Strukturabfrage gemäß § 15.</p> <p>(6) Die Übermittlung der Checkliste erfolgt sowohl für die Jahresnachweise nach Absatz 2 als auch für die Meldungen bei Nichterfüllung mit dem Monatsnachweis nach Absatz 4 standortbezogen in elektronischer Form auf Basis einer vom G-BA beschlossenen Spezifikation nach § 15. Diese Spezifikation ist ebenso die Grundlage für die jährliche Strukturabfrage nach § 15.</p> <p>(7) Der Eingang der übermittelten Daten ist empfängerseitig zu bestätigen.</p>

	<p>(8) Die Einhaltung der Mindestvorgaben kann im Rahmen einer Qualitätskontrolle gemäß der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a SGB V (MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, MDK-QK-RL) durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) kontrolliert werden. Bis zum Inkrafttreten von Teil B der MDK-QK-RL erfolgen Qualitätskontrollen des MDK gemäß den Vorgaben dieser Richtlinie i.V.m. § 275 Absatz 4 SGB V.</p> <p>(9) Um die Richtigkeit der Angaben im Rahmen des Nachweisverfahrens beurteilen zu können, sind alle notwendigen Unterlagen für Prüfungen des MDK vorzuhalten.</p>
	<p>§15 (GKV-SV)/§ 17 (PatV) Strukturabfrage</p> <p>(1) Die Erfüllung der Mindestanforderungen nach dieser Richtlinie wird vom G-BA jährlich für alle Krankenhausstandorte getrennt nach deren Fachabteilungen für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychosomatik im Rahmen einer Strukturabfrage ermittelt. Hierzu übermitteln die Krankenhäuser standortbezogen die von Ihnen gemachten Angaben in der Checkliste gemäß Anlage 3 und die von ihnen gemäß § 15 Absatz 3 erhobenen Daten über die Zeiten der Nichterfüllung einzelner Anforderungen jeweils für das gesamte vorangegangene Kalenderjahr (Erfassungsjahr) in elektronischer Form an den G-BA.</p> <p>(2) Die Übermittlung erfolgt einmal jährlich bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres standortbezogen an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) als zuständige Datenannahmestelle zusammen mit einer Erklärung über die Richtigkeit der Angaben, die von dem Geschäftsführer oder einer vertretungsberechtigten Person der Einrichtung unterzeichnet ist. Hierzu ist die Übermittlung eines Formulars gemäß Anlage 3 zu nutzen. Alternativ kann das Formular auf elektronischen Weg und unter Nutzung einer fortgeschrittenen Signatur übermittelt werden.</p> <p>(3) Die von den Einrichtungen übermittelten Daten sind zur Überprüfung ihrer Richtigkeit gemäß einem Datenvalidierungsverfahren</p>

	<p>auf ihre Validität zu prüfen. Spezifische Vorgaben zu dem Datenvalidierungsverfahren, insbesondere zum Umfang und zur Grundlage einer Stichprobenprüfung, erfolgen auf Grundlage eines Konzeptes des IQTIG und in gesonderten Beschlüssen. Die Einrichtungen sind verpflichtet, sich hinsichtlich der übermittelten Daten an dem Datenvalidierungsverfahren zu beteiligen.</p> <p>(4) <i>[nicht besetzt]</i></p>
--	---

- (5) **[DKG: Die Nachweise sind zusätzlich durch die Einrichtung an den G-BA zu übermitteln. Die Datenannahmestelle ist das IQTIG.]** Der G-BA beauftragt hierfür das IQTIG, die EDV-technische Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung, die Prozesse zum Datenfehlermanagement sowie die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und ein Datenprüfprogramm für die Daten der Nachweise, insbesondere zur Überprüfung von Vollständigkeit und Plausibilität, zu entwickeln. Die Übermittlung durch die Einrichtung an das IQTIG erfolgt standortbezogen einmal jährlich elektronisch bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres.
- (6) Der G-BA beschließt die Erstfassung der Spezifikation **[GKV-SV: Teil A und B der Checkliste nach Anlage 3]** und alle Änderungen für die Erhebung der Daten. Die vom G-BA beschlossene Spezifikation wird in der jeweils aktuellen Fassung öffentlich zugänglich gemacht und durch das IQTIG im Internet veröffentlicht.
- (7) Das IQTIG prüft die übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert die Einrichtung bei Korrekturbedarf. Eine Übersendung der korrigierten Daten durch die Einrichtung an das IQTIG ist bis zum 1. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres möglich.
- (8) Die Daten der Nachweise gemäß Anlage 3 werden im Auftrag des G-BA vom IQTIG ausgewertet. Auf Grundlage dieser Daten ermittelt der G-BA den Umsetzungsgrad der Richtlinie und überprüft im Rahmen der ihm obliegenden ständigen Überprüfungspflicht **[DKG: gemäß § 14 Absatz 1, 2 und 4]** die Anforderungen der Richtlinie und deren ggf. erforderliche Anpassung.
- (9) Das IQTIG übermittelt dem G-BA die Ergebnisse jährlich bis zum 15. Mai des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres in Form eines Jahresberichts. Der Jahresbericht hat die Mindestpersonalausstattung und die tatsächliche Personalausstattung sowie den Umsetzungsgrad differenziert nach Berufsgruppen **[DKG: sowie die für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben genannten Gründe]** zu umfassen.
- (10) Darüber hinaus bereitet das IQTIG die Daten zum Zwecke der Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Absatz 1 und 6 SGB V standortbezogen auf, so dass diese im Rahmen des Lieferverfahrens gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) direkt vom IQTIG an die Annahmestelle übermittelt werden können. Details zum Datenformat und den Liefermodalitäten regeln die Qb-R.
- (11) Übermittelt ein Krankenhaus die Strukturabfragedaten **[GKV-SV/PatV: oder die Erklärung der Richtigkeit der Angaben]** nicht fristgerecht bis zum 15. Februar des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Erinnerung durch das IQTIG. Krankenhäuser, die bis zum Ende der Korrekturfrist am 1. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres die Daten der Strukturabfrage **[GKV-SV/PatV: und die Erklärung der Richtigkeit der Angaben]** nicht oder nicht vollständig übermittelt haben, werden im Bericht nach Absatz 9 und im strukturierten Qualitätsbericht dargestellt und die Anforderungen der Richtlinie als „Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt“ kenntlich

gemacht. Zudem erfolgt nach Ende der Korrekturfrist eine Mitteilung des IQTIG über die Nichterfüllung der Dokumentationspflichten an den G-BA, der diese unverzüglich an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weiterleitet.

§ 11 (DKG)/§ 16 (GKV-SV)/§ 18 (PatV) Veröffentlichungspflichten für Einrichtungen

DKG	GKV-SV/PatV/BPtK/DPR
<p>Die Erfüllung der Mindestvorgaben gemäß § 6 Absatz 5 ist im strukturierten Qualitätsbericht darzustellen.</p> <p>Die Darstellung regelt der G-BA auf Grundlage des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V in den Qb-R.</p>	<p>(1) Die Erfüllung der Mindestvorgaben (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) ist für die einzelnen Berufsgruppen differenziert nach Fachabteilungen und Stationen im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen.</p> <p>Die Darstellung regelt der G-BA auf Grundlage des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V in den Qb-R.</p> <p>(2) In den Qualitätsberichten sind die Quoten für Fachärzte, Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie fachweitergebildete Gesundheits- und Krankenpfleger gemäß § 8 Absatz 5 zu veröffentlichen.</p>

DKG	GKV-SV/PatV
<p>§ 12 Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</p>	<p>§ 17 (GKV-SV)/§ 19 (PatV) Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</p>
<p>(1) Bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben kommt gemäß der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie des G-BA ein gestuftes System an Folgen der Nichteinhaltung zum Tragen.</p> <p>(2) Sofern eine Einrichtung die Mindestvorgaben im Jahresdurchschnitt nicht eingehalten hat, ist dies unter Angabe von Gründen dem G-BA über das IQTIG im Rahmen des Nachweisverfahrens gemäß § 10 sowie der jeweiligen LAG bis zum 15. Februar des dem Erfassungsjahr folgenden Jahres anzuzeigen.</p> <p>(3) Auf Grundlage der Erkenntnisse aus den Daten aus dem Nachweisverfahren analysiert die LAG im Rahmen eines klärenden</p>	<p>(1) Beteiligte Stellen für die Feststellung der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen und die Durchsetzung der Maßnahmen bei Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. das Krankenhaus, 2. die Krankenkassen, die als Vertragspartei nach § 18 Absatz 2 KHG an der Budgetvereinbarung gemäß § 18 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) des Krankenhauses beteiligt sind,

Dialogs gemeinsam mit der Einrichtung die Gründe für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben. Der klärende Dialog mit einer Einrichtung, die die Mindestvorgaben nicht erfüllt und dies unter Angabe von Gründen dem G-BA und der jeweiligen LAG mitgeteilt hat, dient der Ursachenanalyse und der Unterstützung der schnellstmöglichen Erfüllung der Mindestvorgaben durch den Abschluss einer Zielvereinbarung. Hierbei ist die einzelne Einrichtung im Kontext der Versorgungsstruktur der jeweiligen Region zu betrachten.

(4) Als verantwortliche Stelle für die Durchführung des klärenden Dialogs sind entsprechende Fachkommissionen in den LAG gemäß § 5 Absatz 5 der Richtlinie des G-BA zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu bilden. Hierbei ist eine ausreichende psychiatrische bzw. psychosomatische Fachkompetenz innerhalb der Fachkommissionen sicherzustellen. Weiterhin müssen Angehörige der Pflegeberufe und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten maßgeblichen Organisationen angemessen beteiligt werden.

(5) In der im Rahmen des klärenden Dialogs zu treffenden Zielvereinbarung gilt es die zur Zielerreichung geeigneten Maßnahmen, die Zielerreichung und eine individuelle Frist bis zur Erfüllung der Mindestvorgaben sowie konkrete Zwischenziele festzulegen. Die Frist zur Zielerreichung soll möglichst ein Jahr nicht übersteigen und darf maximal zwei Jahre umfassen. Die Einhaltung der Zielvereinbarung wird überprüft, und ggf. ist eine Anpassung der Zielvereinbarung möglich.

(6) Die Einrichtung ist verpflichtet bis zum 15. Februar im Jahr nach Ablauf der Frist zur Zielerreichung den G-BA im Rahmen des Nachweisverfahrens nach § 10 und die jeweilige LAG darüber zu informieren, ob die Mindestvorgaben eingehalten werden oder nicht. Meldet in diesem Rahmen eine Einrichtung, dass sie die Mindestvorgaben nicht einhält, wird der klärende Dialog fortgeführt.

(7) Ergibt sich bei der Einleitung des klärenden Dialogs, dass eine Einrichtung zum zweiten Mal die Mindestvorgaben nicht einhält, wird die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde in den klärenden Dialog miteinbezogen.

3. die Krankenkassen, bei denen das Krankenhaus einen Vergütungsanspruch gemäß dem pauschalierenden Entgeltsystem nach § 17d KHG i.V.m. der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik hat,

4. der G-BA.

(2) Die Einhaltung der Mindestvorgaben nach dieser Richtlinie wird vom Krankenhaus gemäß § 8 festgestellt.

(3) Bei einem monatsdurchschnittlichen Umsetzungsgrad der Mindestpersonalausstattung eines Standortes von weniger als 105 Prozent informiert das Krankenhaus bis zum 15. Kalendertag des Folgemonats die Krankenkassen gemäß Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 sowie die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde und übermittelt den Nachweis gemäß § 14 dieser Richtlinie. Das Krankenhaus ist verpflichtet geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um eine Unterschreitung der Mindestpersonalvorgaben auszuschließen. Es hat dazu mit den Krankenkassen gemäß Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 eine Zielvereinbarung über die Umsetzung konkreter Maßnahmen abzuschließen, die über eine Erhöhung der personellen Ausstattung und, soweit dies nicht ausreichend ist, über die Reduzierung der Menge der Leistungen eine Einhaltung der Mindestpersonalvorgaben nach dieser Richtlinie sicherstellen.

(4) Bei einem monatsdurchschnittlichen Umsetzungsgrad der Mindestpersonalausstattung einer Station von weniger als 100 Prozent ist das Krankenhaus verpflichtet festzustellen, bei welchen Patienten eine Behandlung wegen zu geringer Personalausstattung gemäß § 2 Absatz 2 nicht zulässig gewesen wäre. Die Nichterfüllung der Mindestanforderungen an die Personalausstattung liegt bei den auf einer Station behandelten Patienten in den Kalenderwochen vor, bei denen die tatsächliche Personalausstattung (VKS-Ist) geringer ist als die Mindestpersonalausstattung (VKS-Mind), die unter Berücksichtigung der tatsächlichen behandelten Patienten und deren tagesbezogener Einstufung in die jeweiligen Behandlungsbereiche nach § 4 für die Behandlung der Patienten mindestens notwendig gewesen wäre.

(8) Kommt es bis zum 15. Februar im Jahr nach Ablauf der Frist zur Zielerreichung im Rahmen des zweiten klärenden Dialogs unter Einbezug der für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde zu einer erneuten Information des Krankenhauses über die Nichteinhaltung an den G-BA und die LAG, erfolgt eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung der Nichteinhaltung auf dem Qualitätsportal des G-BA mit der Möglichkeit einer Angabe von Gründen durch das Krankenhaus.

(9) Diese Richtlinie regelt keine Durchsetzungsmaßnahmen gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 1 und 2 SGB V, insbesondere da bereits entsprechende Maßnahmen in § 3 Absatz 3 Satz 8 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) geregelt sind.

(10) Gemäß § 13 Absatz 1 überprüft der G-BA anhand der Daten aus den klärenden Dialogen und Nachweisen gemäß § 10 und § 12 sowie der Evaluation gemäß § 14 eine ggf. erforderliche Anpassung der Durchsetzungsmaßnahmen.

(5) Bei einer Nichterfüllung der Mindestanforderungen an die Personalausstattung gemäß Absatz 4 entfällt der Vergütungsanspruches des Krankenhauses wegen Nichterfüllung von Mindestanforderungen gemäß § 136 Absatz 1 Nr. 2 i.V.m. § 137 Absatz 1 SGB V. Das Krankenhaus ist verpflichtet, bei der Rechnungsstellung im Rahmen der Datenübermittlung nach § 301 SGB V Angaben die Krankenkassen gemäß Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 über die Nichterfüllung mit Benennung der betreffenden Stationen und Behandlungstage zu übermitteln. Eine Berücksichtigung von Behandlungstagen gemäß Absatz 5 Satz 2 als Berechnungstage ist ausgeschlossen. In der Abrechnung ist ein einzelfallbezogener Qualitätssicherungsabschlag gemäß § 8 Absatz 3 BpflV i.V.m. § 137 Absatz 1 Satz 2 SGB V auszuweisen.

(6) Das Krankenhaus kann auf Antrag von Durchsetzungsmaßnahmen nach Absatz 4 freigestellt werden, wenn besondere Ausnahmetatbestände gemäß § 13 vorliegen. Die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 KHG prüfen, ob ein Ausnahmetatbestand gemäß § 13 vorliegt und ob dieser geeignet und glaubhaft nachgewiesen wurde

(7) Erfüllt ein Krankenhaus seine Mitwirkungspflichten nach dieser Richtlinie nicht fristgerecht, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Erinnerung durch den Empfänger. Wird in einem Kalenderjahr die Frist in mindestens einer Mitwirkungspflicht um mehr als 90 Tage überschritten, wird ein Abschlag in Höhe von 20 Euro je Behandlungstag des Kalenderjahres festgelegt. Die Umsetzung der Durchsetzungsmaßnahme erfolgt durch das Krankenhaus und die Krankenkassen über einen Qualitätssicherungsabschlag gemäß § 8 Absatz 3 BpflV i.V.m. § 137 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Der ermittelte Abschlagsbetrag ist im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum der Budgetvereinbarung gemäß § 11 BpflV zu berücksichtigen.

§ 13 (DKG)/§ 18 (GKV-SV)/§ 20 (PatV) Anpassung der Richtlinie

(1) Der G-BA ist verpflichtet, die Erreichung der Ziele nach § 1 zu überprüfen, [GKV-SV/PatV: die tatsächliche Personalausstattung,] den Umsetzungsgrad der Richtlinie sowie ggf. vorliegende Umsetzungshindernisse zu bewerten und ggf. eine Anpassung der Richtlinie vorzunehmen. Grundlage für diese Bewertungen stellen die Nachweise

DKG/DPR/BPtk	GKV-SV/PatV
<p>gemäß § 10 sowie die Ergebnisse des klärenden Dialogs gemäß § 12 dar. Nach Vorliegen des Evaluationsberichts gemäß § 14 ist dieser ergänzend in die Bewertung einzubeziehen. Zu diesem Zweck beschließt der G-BA bis zum 31. Juni 2020 ein Berichtsformat für die Zusammenführung der Daten aus den Nachweisen sowie aus dem klärenden Dialog.</p> <p>(2) Eine entsprechende Überprüfung hat zum ersten Mal auf Grundlage des Erfassungsjahres 2020 stattzufinden. Sollte der G-BA feststellen, dass eine Anpassung der Richtlinie notwendig ist, hat diese möglichst bis zum 31. Dezember 2021 stattzufinden.</p>	<p>gemäß § 14 und die Strukturabfragen nach § 15 dar. Die Ergebnisse der Studie zur Erfassung des Ist-Zustandes der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik und die Ergebnisse der zu dieser Thematik vom G-BA durchgeführten Fachgespräche sind bei Anpassung der Richtlinie zu berücksichtigen. Nach Vorliegen des Evaluationsberichts gemäß § 19 ist dieser ergänzend in die Bewertung einzubeziehen.</p> <p>(2) Der G-BA hat entsprechend Absatz 1 alle zwei Jahre zu überprüfen, ob eine Anpassung der Richtlinie erforderlich ist. Eine entsprechende Überprüfung hat 2021 zum ersten Mal auf Grundlage des Erfassungsjahres 2020 stattzufinden.</p>
	<p>Vorsitzende des UA QS</p> <p>(1) Die Daten des Nachweisverfahrens nach § 10/14/16 sowie der Strukturabfrage nach § 10/15/17 sollen im Auftrag des G-BA vom IQTIG oder sonst geeigneten Dritten ausgewertet werden. Auf Grundlage dieser Daten ermittelt der G-BA den Umsetzungsstand und überprüft im Rahmen der ihm obliegenden Beobachtungspflicht die Personalvorgaben und deren gegebenenfalls erforderliche Anpassung.</p> <p>(2) Die vom IQTIG oder sonst geeigneten Dritten vorzunehmenden Auswertungen der im Rahmen des Nachweisverfahrens nach § 10/14/16 und der Strukturabfrage nach § 10/15/17 erhobenen Daten sollen auch die Grundlage für die schrittweise Weiterentwicklung der Richtlinie bilden. Neben den Daten zur Erfüllung der jeweiligen Personalvorgaben sind auch Daten zur konkreten Aufschlüsselung der durch das Personal ausgeübten Tätigkeiten sowie für die fachlich begründete Zuordnung der</p>

	<p>Patienten zu den Behandlungsbereichen auf der Basis der Indikationsstellung und Diagnose erforderlich.</p> <p>(3) Der G-BA wird das IQTIG oder sonst geeignete Dritte mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren beauftragen, die für die Beurteilung einer leitliniengerechten Behandlung der Patienten in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung geeignet sind. Sobald diese Qualitätsindikatoren zur Verfügung stehen, erfolgt die normative Implementierung und falls notwendig eine Anpassung der Strukturabfrage. Auch die im Wege der Implementierung und Auswertung dieser Qualitätsindikatoren gewonnenen Erkenntnisse sollen die schrittweise Weiterentwicklung der Richtlinie ermöglichen.</p>	
DKG/DPR	BPtK	GKV-SV/PatV
<p>(3) Darüber hinaus beschließt der G-BA bis zum 30. September 2024 ein neues Modell zur Ausgestaltung der Personalvorgaben, welches die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung gemäß § 6 Absatz 1 bis 5 ersetzt. Das Modell ermöglicht eine Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Patientenbedarfen und verschiedenen Settings. Das Modell resultiert aus einer umfassenden und zukunftsorientierten Überarbeitung der Systematik der Psych-PV.</p>	<p>(3) Darüber hinaus vereinbart der G-BA bis zum 30. September 2024 ein neues Modell zur Ausgestaltung der Personalvorgaben. Das Modell ermöglicht eine am Patientenbedarf orientierte Ableitung des Personalbedarfs ergänzt um settingbezogene Aspekte. Für die Bestimmung des patientenbezogenen Personalbedarfs erfolgt eine Bildung von personalaufwandshomogenen Patientengruppen anhand empirisch ermittelter und überprüfbarer Kriterien. Das neue Modell ermöglicht eine differenzierte Überprüfung der Einhaltung der Mindestanforderungen sowie der Umsetzung in eine leitliniengerechte Patientenversorgung.</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>
<p>Bei der inhaltlichen Ausgestaltung hat das Modell u. a. folgende Aspekte zu berücksichtigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Ergebnisse der Studie zur Erfassung des Ist-Zustandes der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik, 2. die Ergebnisse der zu dieser Thematik vom G-BA durchgeführten Fachgespräche, 3. die Erkenntnisse aus der Umsetzung der Richtlinie ab 1. Januar 2020, 		

<p>4. die Berufsbilder des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.</p>	<p>4. eine Anpassung der Regelaufgaben an die Kompetenzprofile der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Sowie an veränderte Rahmenbedingungen dieser Berufsgruppen,</p> <p>5. die Abbildung der Psychosomatik,</p> <p>6. die Abbildung von Genesungsbegleitern in den Mindestanforderungen.</p>	
<p>DKG/DPR/BPtk</p>	<p>GKV-SV/PatV</p>	
<p>(4) Nach Einführung des neuen Modells zur Ausgestaltung der Personalvorgaben gemäß Absatz 3 hat der G-BA entsprechend Absatz 1 und 2 alle zwei Jahre zu überprüfen, ob eine Anpassung der Richtlinie erforderlich ist.</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>	

§ 14 (DKG)/§ 19 (GKV-SV)/§ 21 (PatV) Evaluation der Richtlinie

(1) Der G-BA lässt die Auswirkungen der [DKG/DPR: Vorgaben] [GKV-SV/PatV: Anforderungen] dieser Richtlinie auf die Versorgungsqualität in Deutschland evaluieren.

<p>DKG/DPR</p>	<p>GKV-SV/PatV</p>
<p>In der Evaluation ist zu untersuchen, ob die in § 1 formulierten Ziele erreicht wurden und ob die Vorgaben der Richtlinie geeignet sind, den angestrebten Zweck zu erfüllen.</p> <p>(2) Der G-BA wird die Evaluation so beauftragen, dass der schriftliche Evaluationsbericht bis zum 31. Dezember 2023 vorliegt.</p> <p>(3) Darüber hinaus beauftragt der G-BA zwei Jahre nach Beschluss des neuen Modells zur Ausgestaltung der Personalvorgaben gemäß § 13 Absatz 3 eine weitere Evaluation.</p>	<p>(2) Der G-BA wird die Evaluation so beauftragen, dass der schriftliche Evaluationsbericht spätestens fünf Jahre nach Beschluss der neuen Richtlinie zur Ausgestaltung der Personalvorgaben vorliegt.</p> <p>(3) Bei der Evaluation sind die Daten aus den Nachweisen und den Strukturabfragen zu berücksichtigen.</p>

(4) Bei den Evaluationen sind die gemäß § 13 Absatz 1 zusammengeführten Daten aus den Nachweisen und den klärenden Dialogen zu berücksichtigen.

§ 15 (DKG)/§ 20 (GKV-SV)/§ 22 (PatV) Übergangsregelungen

DKG	GKV-SV	PatV	
<p>(1) Abweichend von § 6 Absatz 2 wird für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung für das Jahr 2020 die vorgenommene Einstufung der Patienten in die Behandlungsbereiche an den vier Stichtagen im Jahr 2019 zugrunde gelegt. Abweichend von § 4 kann auch eine Einstufung in die Behandlungsbereiche A3, S3, G3, KJ4 „Rehabilitative Behandlung“ erfolgt sein, die nicht bei der Ermittlung der Mindestpersonalausstattung zu berücksichtigen sind.</p> <p>(2) Abweichend von § 1 Absatz 2 gelten die Mindestvorgaben nach § 6 Absatz 1 bis 5 für Einrichtungen der Psychosomatik ab dem Jahr 2021.</p> <p>(3) Abweichend von § 10 Absatz 5 sind die Nachweise für das Jahr 2020 bis zum 30. April 2021 in Papierform an das IQTIG zu übermitteln.</p>	<p>(1) Die Mindestvorgaben nach § 7 müssen ab dem 1. Januar 2024 erfüllt werden. Für die Übergangszeit gilt folgendes gestuftes Verfahren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Mindestvorgaben nach § 7 müssen ab dem 1. Januar 2020 zu 90 Prozent erfüllt sein. 2. Die Mindestvorgaben nach § 7 müssen ab dem 1. Januar 2022 zu 95 Prozent erfüllt sein. 	<p>(1) Die neuen Minutenwerte für alle Berufsgruppen (vgl. Minutenwertetabellen in Anlage 2) gelten ab 1. Januar 2022. Für die Übergangszeit gilt folgendes gestuftes Verfahren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die neuen Minutenwerte müssen ab 1. Januar 2020 zu 80% erfüllt sein 2. Die neuen Minutenwerte müssen ab 1. Januar 2021 zu 90 % erfüllt sein. 	
	<p>(2) Abweichend von § 14/§ 16 Absatz 6 ist der Nachweis und die Strukturabfrage bei Nichterfüllung für das Jahr 2020 bis zum 15. Februar 2021 in Papierform an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie den G-BA zu senden.</p> <p>(3) Die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gemäß § 17/§ 19 finden erst ab dem Jahr 2021 Anwendung.</p>		
		<p>(4) Abweichend von § 18/§ 20 Absatz 2 erfolgt zum 31. Dezember 2021 in jedem Fall eine Anpassung der Richtlinie nach der ersten Überprüfung im Jahr 2021. Dabei sind insbesondere folgende Bereiche anzupassen:</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Mindestvorgaben für die Psychosomatik, 2. die Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste, 3. der Anteil der Minutenwerte für die regionale Pflichtversorgung, 4. die Qualifikation und die fachlichen Anforderungen an das Personal, 5. eine Anpassung der Minutenwerte an die Kompetenzprofile der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie an veränderte Rahmenbedingungen dieser Berufsgruppen, 6. eine Festlegung der Eingruppierung der Patienten nach Art und Schwere der Krankheit sowie den Behandlungszielen und -mitteln auf Basis von Routinedaten für die Einstufung von Patienten in die Behandlungsbereiche der Regelbehandlung, der Intensivbehandlung und der Komplexbehandlung nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel des DIMDI. 	
Vorsitzende des UA QS		
<p>(1) Für die verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung gemäß § 6/7 gelten die folgenden gestuften Übergangsregelungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In den Jahren 2020 und 2021 müssen die in § 6/7 geregelten Mindestvorgaben lediglich in Höhe von 80 Prozent von den Krankenhäusern erfüllt werden. 		

2. In den Jahren 2022 und 2023 müssen die in § 6/7 geregelten Mindestvorgaben lediglich in Höhe von 90 Prozent von den Krankenhäusern erfüllt werden.
 3. Ab dem 1. Januar 2024 müssen die in § 6/7 geregelten Mindestvorgaben zu 100 Prozent von den Krankenhäusern erfüllt werden.
- (2) Die in § 17/19 geregelten Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben gelten ab dem 1. Januar 2020.

Anlage 1: Eingruppierungsempfehlungen

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

Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte (inklusive Erläuterungen)

A. Allgemeine Psychiatrie [GKV-SV: und Psychosomatik]

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<p>A1 Regelhandlung</p>	<p>Akut psychisch Kranke</p>	<p>Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung</p>	<p>Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie¹, Ergotherapie</p>	<p>In den Behandlungsbereich A1 sind stationär behandelte Patienten mit Erkrankungen aus dem Teilgebiet Allgemeine Psychiatrie einzugruppieren, sofern keine Intensivbehandlung (A2), rehabilitative Behandlungsziele und -mittel (A3), eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (A4) oder psychotherapeutische Behandlungsmittel (A5) dominieren.</p> <p>[GKV-SV: In den Behandlungsbereich A1 sind stationär behandelte Patienten mit Erkrankungen aus dem Teilgebiet Psychosomatik</p>	<p>[GKV-SV: Beispiel zu 1.] Patient, Alter 50 Jahre, mit mittelschwerer Depression verbunden mit Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug und gelegentlichen Lebensüberdrußgedanken ist nicht dazu in der Lage, seine Medikamente selbständig einzunehmen. Eine ausreichende Selbstversorgung und Tagesstrukturierung sind im Alltag nicht mehr gewährleistet.</p> <p>[GKV-SV: Beispiel zu 2.] Patientin, Alter 20 Jahre, alleinlebend, ist erstmals mit einer Anorexia nervosa (bulimischer Typ) in</p>

¹ Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussmaßnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden.

Anlage III der Tragenden Gründe

				einzuordnen, sofern eine intensive Eingangsdiagnostik und Behandlungsplanung erforderlich ist. Diese diagnostisch intensive Phase ist in der Regel nach einer, maximal nach zwei Wochen abgeschlossen.]	stationärer Behandlung wegen zunehmender Ess-/Brechanfälle, die sich im Rahmen der ambulanten Psychotherapie nicht stabilisieren ließ; BMI 16 kg/m ² , Elektrolyte im unteren Grenzbereich. In der ersten Woche ist eine differenzierte Eingangsdiagnostik und Behandlungsplanung über mehrere Tage erforderlich.]
A2 Intensivbehandlung	Psychisch Kranke, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet	Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung. Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen	Diagnostik, Erst- und Notfallbehandlung, einzelbezogene Intensivbehandlung einschließlich Psychopharmakotherapie	Beim Behandlungsbereich A2 (ebenso S2 und G2) ist in der Spalte „Kranke“ das Wort „manifest“ zu beachten. Z. B. ist bei Suizidgefahr gemeint, dass der Patient krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, auch nur über kurze Zeit für sich die Verantwortung zu übernehmen, er also eine sehr dichte Betreuung benötigt. Manifeste Selbst- oder Fremdgefährdung ist zu bejahen, wenn der Patient nicht absprachefähig oder sein Verhalten nicht vorhersehbar ist. Die unter psychisch Kranken weit verbreitete latente Suizidgefahr ist für den Behandlungsbereich A2 nicht ausreichend. Die Patienten im Behandlungsbereich A2 sind so schwer krank, dass sie zumeist einzelfallbezogen behandelt werden müssen.	Patient, Alter 22 Jahre, mit akutem Schub einer schizophrenen Psychose ist affektiv gespannt, kann die Nähe anderer nicht ertragen, wird aggressiv/tätlich gegenüber anderen. Täglich sind, auch unvorhersehbar, mehrfach ärztliche Behandlungsmaßnahmen (Einschätzung des Gefährdungspotentials, Kriseninterventionsgespräche, Adaption der Bedarfsmedikation, Festlegung der Beaufsichtigungsintensität) erforderlich. Der pflegerische Beobachtungs-, Überwachungs- und Interventionsbedarf ist hoch, der Patient wird engmaschig beaufsichtigt.

Anlage III der Tragenden Gründe

				<p>Für den „Intensiv“-Charakter von Behandlungsbereich A2 ist der quantitative pflegerische Betreuungsaufwand für sich kein ausreichendes Kriterium, entscheidend ist - wegen der unmittelbaren Gefährdung - der hohe und häufige ärztliche Abstimmungsaufwand in Bezug auf Behandlungsziele und -mittel. Der diagnostische und therapeutische Aufwand muss dann auch aus der Dokumentation erkennbar sein, z.B. bei somatischer Vitalgefährdung: Vitalzeichenkontrolle. Ein Hinweis für</p> <p>Behandlungsbereich A2 ist die unfreiwillige Behandlung bzw. der Patient müsste untergebracht werden, wenn er nicht in die Behandlung einwilligen würde (weil eine Entlassung gegen ärztlichen Rat nicht zu verantworten wäre).</p> <p>Die Intensivbehandlung ist in der Regel eine relativ kurze Durchgangsphase, meist in Richtung Behandlungsbereich A1. Sie kann aber auch als Kriseninterventionsphase von jeder anderen Ebene aus notwendig werden.</p> <p>Die Einstufung in die Intensivbehandlung ist nicht mit Beurlaubung oder</p>	
--	--	--	--	---	--

Anlage III der Tragenden Gründe

				<p>unbegleitetem Ausgang von der Station vereinbar. Zur Entaktualisierung können kurze begleitete Ausgänge durchgeführt werden. Der Behandlungsbereich A2 kann auch noch für wenige Tage vorliegen, wenn sich der Patient nach einer hochakuten Symptomatik bessert, die Gefährdungsaspekte aber noch nicht sicher abgeklungen sind (z. B. bei abklingender manifester Suizidalität). [GKV-SV: In die Intensivbehandlung können nur psychiatrische Patienten eingestuft werden.]</p>	
[DKG:					
<p>A4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfach- kranker</p>	<p>Psychisch Kranke mit anhaltend akuten Symptomen und/oder erheblichen psychischen und sozialen Krankheitsfolgen</p>	<p>Bessern, Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen</p>	<p>Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, mehr- dimensionale Einzelbehandlung, Gestaltung des therapeutischen Milieus in Kleingruppen</p>	<p>Diese Kranken haben einen anhaltend akuten Krankheitsverlauf, so ähnlich wie bei Behandlungsbereich A1, jedoch länger andauernd. Der hohe ärztliche und pflegerische Aufwand kann z. B. erforderlich werden, wenn neben der Psychose eine hirnorganische Schädigung verschlimmernd hinzukommt oder wenn neben der psychischen Erkrankung erheblich körperliche Erkrankungen (Diabetes mellitus, häufige Asthmaanfälle usw.) vorliegen. Patienten im Behandlungsbereich A4 können in der Regel nicht selbständig zu ihren</p>	<p>Patientin, Alter 47 Jahre, mit chronisch-rezidivierender Schizophrenie mit akuter paranoid-halluzinatorischer Symptomatik, ist übergewichtig, hat einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus mit diabetischen Folgeschädigungen und unzureichender Stoffwechsellage. Insbesondere die medikamentöse Behandlung kann wegen der Multimorbidität nur langsam einschleichend und unter ständiger ärztlicher Kontrolle unter Bezug auf die Komorbidität vorgenommen werden.]</p>

				therapeutischen Aktivitäten oder zu ihren diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen und bedürfen daher pflegerischer Begleitung. Der hohe therapeutische Aufwand muss aus der Dokumentation erkennbar sein.	
<p>A5 Psychotherapie [GKV-SV: Psychotherapeutisch- psychosomatische Komplexbehandlung]</p>	<p>[DKG/PatV: Kranke mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, die stationär psychotherapeutisch behandelt werden müssen] [GKV-SV: Psychisch oder psychosomatisch Erkrankte, die stationär psychotherapeutisch oder psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden müssen. Bspw. Kranke mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen]</p>	<p>Erkennen und Heilen, Krisen-bewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p>	<p>[DKG/PatV: Komplexe psychotherapeutische Behandlung] [GKV-SV: Psychotherapeutische oder psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung]</p>	<p>1. Dies ist eine spezielle Phase psychiatrischer Behandlung, bei der Psychotherapie im Vordergrund steht. Die Patienten sind schon soweit stabilisiert, dass sie weniger therapeutische Unterstützung in der Bewältigung des Alltags benötigen als in Behandlungsbereich A1. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen. Psychotherapie kann nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft nicht nur bei „schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen“ sondern bei allen psychischen Erkrankungen wirksam angewendet werden.</p> <p>2. [GKV-SV: Dies ist eine spezielle Phase</p>	<p>Beispiel 1 [GKV-SV: zu Nr. 1 und Nr. 2] Patientin, Alter 20 Jahre, alleinlebend, ist erstmalig mit einer Anorexia nervosa (bulimischer Typ) in stationärer Behandlung wegen zunehmender Ess-/Brechanfälle, die sich im Rahmen der ambulanten Psychotherapie nicht stabilisieren ließ; BMI 16 kg/m², Elektrolyte im unteren Grenzbereich. [GKV-SV: Nach erfolgter differenzierter Eingangsdagnostik und Behandlungsplanung ist eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung erforderlich.]</p> <p>Beispiel 2 [GKV-SV: zu Nr. 1 und Nr. 2] Patient, Alter 45 Jahre, beruflich erfolgreich, ist nach einem Autounfall ohne somatische Folgeerkrankungen aufgrund</p>

Anlage III der Tragenden Gründe

				<p>psychosomatischer Behandlung, bei der Psychotherapie im Vordergrund steht. Die Patienten sind schon soweit stabilisiert, dass sie weniger therapeutische Unterstützung in der Bewältigung des Alltags benötigen als in Behandlungsbereich A1. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen. Psychotherapie kann nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft nicht nur bei „schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen“ sondern bei allen psychischen Erkrankungen wirksam angewendet werden.]</p>	<p>einer ausgeprägten Symptomatik in Form von Herzrasen und Schwindelattacken nicht mehr in der Lage, das Haus ohne Begleitperson zu verlassen. Aktuell ist die Ausübung seines Berufes nicht möglich. Jegliche sozialen Kontakte sind auf die häusliche Umgebung eingeschränkt. [GKV-SV: Nach erfolgter Eingangsdagnostik ist eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung erforderlich.]</p>
<p>A6 Tagesklinische Behandlung²</p>	<p>Psychisch Kranke, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig</p>	<p>Erkennen und Heilen, psychische und soziale Stabilisierung, Wiedereingliederung, Krisenbewältigung</p>	<p>Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie</p>	<p>Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung - entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung -</p>	<p>Patient, Alter 35 Jahre, mit einer initial schweren depressiven Episode mit Herabgestimmtheit und erheblicher Antriebsminderung, wird nach einer vollstationären Behandlung tagesklinisch weiterbehandelt, nachdem sich die Depression etwas</p>

² Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die ihn auch vollstationär behandeln würde

Anlage III der Tragenden Gründe

				<p>sind eine ausreichende Absprachefähigkeit des Patienten, ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit, ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand.</p>	<p>aufgehellt hat und der Patient den Weg zu und von der Tagesklinik gut bewältigen kann.</p>
<p>A9 Stationsäquivalente Behandlung</p>	<p>Kranke, die eine stationsäquivalente Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen.</p>				

S. Abhängigkeitskranke

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<p>S1 Regelbehandlung</p>	<p>Alkohol- und Medikamentenabhängige</p>	<p>Erkennen der Abhängigkeit, Entgiftung, Befähigung zur ambulanten Behandlung oder zur Entwöhnung, soziale Stabilisierung</p>	<p>Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik und Behandlung, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen</p>	<p>Diesem Behandlungsbereich sind alle stationär aufgenommenen Patienten mit Abhängigkeitssyndrom oder schädlichem Gebrauch von Alkohol und/oder Medikamenten zuzuordnen, sofern keine besondere Gefährdung vorliegt</p>	<p>Patient, Alter 36 Jahre, mit seit vier Jahren bekannter Alkoholabhängigkeit und mehrmonatiger Abstinenz nach Langzeittherapie, kommt nach zweiwöchigem Rückfall mit 1,4 Promille Atemalkohol zur qualifizierten Entzugsbehandlung.</p>

				<p>(Drogenabhängige siehe Behandlungsbereich S2). Auch bei unkomplizierten Entzugsbehandlungen sind in den ersten zwei bis drei Tagen regelmäßige Überwachungsmaßnahmen (Patientenbeobachtung, Vigilanz, Blutdruck und Puls) erforderlich. Dies allein begründet nicht, ebenso wenig wie eine Medikation, die Eingruppierung in die Intensivbehandlung S2. Die Behandlungsziele sind der Entzug (im Suchtmittel freien Raum), körperliche und psychische Stabilisierung, Fähigkeit und Bereitschaft, sich auf die Bearbeitung der Sucht und ihrer Folgen einzulassen als Voraussetzung für die Inanspruchnahme weiterer sucht- spezifischer Hilfen (Motivationsbehandlung).</p>	
<p>S2 Intensivbehandlung</p>	<p>Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vital-gefährdet</p>	<p>Erkennen und Heilen, Risikoabschätzung, Krisenbewältigung, Entgiftung, Delirbehandlung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen</p>	<p>Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Diagnostik, intensive medikamentöse Behandlung, Motivation zur Inanspruchnahme sucht-spezifischer Hilfen</p>	<p>Diese Phase ist für die meisten Patienten kurz. Hier geht es neben der Delirbehandlung z. B. um die Überwachung von intoxikierten, bewusstseinsgetrübten Patienten (Kontrolle von Vigilanz, Blutdruck und Herzfrequenz rund um die Uhr, z. B. Überwachung anamnestisch bekannter Krampfanfälle oder bei Verdacht auf Krampfanfälle). Der unkomplizierte Entzug fällt</p>	<p>Beispiel 1 für S2 Patient, Alter 50 Jahre, mit Alkoholabhängigkeit entwickelt kurz nach der Aufnahme ein Entzugsdelir und muss intensiv ärztlich und pflegerisch überwacht und behandelt werden. Das Pflegepersonal hat engmaschig Sichtkontakt zum Patienten, Blutdruck und Puls werden regelmäßig gemessen. Es erfolgt eine an die Symptomatik angepasste</p>

Anlage III der Tragenden Gründe

				<p>nicht unter Behandlungsbereich S2. Drogenkranke sind in den Behandlungsbereich S2 einzugruppiert. Bei bestehender Alkoholabhängigkeit und gleichzeitigem Gebrauch illegaler Drogen ist der Behandlungsschwerpunkt maßgeblich für die Eingruppierung in S1 oder S2. Bei im Vordergrund stehendem Drogenentzug ist der Patient in S2 einzugruppiert. Erfolgt eine Alkoholentzugsbehandlung, z. B. bei einer Drogen-Substitutionsbehandlung, ohne sonstigen Beigebrauch, und ist die Behandlung unkompliziert, erfolgt die Eingruppierung in den Behandlungsbereich S1. Auch bei Drogenabhängigkeit in der Anamnese und derzeitiger Abstinenz bzgl. Drogen ist für den unkomplizierten Alkoholentzug der Behandlungsbereich S1 maßgeblich.</p>	<p>Medikation mit einem entzugslindernden Medikament.</p> <p>Beispiel 2 für S 2</p> <p>Patientin, Alter 32 Jahre, mit Heroinabhängigkeit kommt erstmalig zu einer qualifizierten Entzugsbehandlung.</p>
[DKG:					
<p>S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</p>	<p>Alkohol- und Medikamentenabhängige mit anhaltenden psychiatrischen neurologischen und internistischen Begleit- und Folgeerkrankungen, erhebliche Rückfallgefahr</p>	<p>Bessern, Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Befähigung zur rehabilitativen Behandlung, Eingliederung in komplementäre Ein-</p>	<p>Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, sucht-spezifische soziotherapeutisch</p>	<p>In diesem Behandlungsbereich sind chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke mit langdauernden körperlichen und/oder kognitiven Symptomen und/oder anderen</p>	<p>Patient, Alter 58 Jahre, langjährig alkoholkrank, bei dem nach Abschluss der Entzugsbehandlung anhaltende und schwere kognitive Störungen, u.a. Kurzzeitgedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen auf</p>

Anlage III der Tragenden Gründe

	rehabilitative Behandlung oder Entlassung in komplementäre Einrichtungen nicht möglich	richtungen und ambulante Behandlung	mehrdimensionale Behandlung	psychischen Erkrankungen einzugruppieren. Der hohe pflegerische und therapeutische Aufwand kann z. B. erforderlich werden, wenn neben der Abhängigkeitserkrankung andere Erkrankungen (z. B. Korsakow-Syndrom), andere hirnorganische Schädigungen oder andere psychische Erkrankungen (z. B. Psychose, schwere affektive Erkrankung) oder somatische Komorbiditäten (z. B. Leberzirrhose, Polyneuropathie) erschwerend hinzukommen.	der Station, Konfabulationen, fehlende Krankheitseinsicht und erhebliche Überschätzung des eigenen Leistungsvermögens im Sinne eines amnestischen Syndroms auffallen. Der Patient braucht regelmäßige multiprofessionelle therapeutische Behandlung, neuropsychologische Therapie und bezugspflegerische Anleitung.
S5 Psychotherapie	Alkohol- und Medikamentenabhängige mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, erhebliche Rückfallgefahr	Erkennen der Abhängigkeit, Abstinenz, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung, Krisenbewältigung	Psychotherapeutische Behandlung unter Berücksichtigung suchtspezifischer Gesichtspunkte	In diesen Behandlungsbereich sind Suchtpatienten einzugruppieren, bei denen die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund steht, die aber aufgrund der schweren oder der Komplexität der Erkrankung nicht in einer Rehabilitationseinrichtung behandelt werden können.	Patientin, Alter 35 Jahre, mit langjähriger Alkoholabhängigkeit und Angststörung. Nach Abschluss der Entzugsbehandlung steht die Angsterkrankung mit sozialer Phobie im Vordergrund. Die Patientin ist deswegen nur eingeschränkt gruppenfähig, bedarf häufiger therapeutischer Kurzkontakte. Als Behandlungsmittel kommen vor allem verhaltenstherapeutische Interventionen zum Einsatz.]
S6 Tagesklinische Behandlung	Alkohol- und Medikamentenabhängige, entgiftet, nicht oder nicht mehr vollstationär behandlungsbedürftig	Erkennen der Abhängigkeit, Abstinenz, Befähigung zur amb. Behandlung, Integration in	Diagnostik, Psychotherapie,	Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische	Patientin, Alter 28 Jahre, alkoholabhängig, kommt zur Entzugsbehandlung. Seit ca. einem Jahr Kontrollverlust, morgendliches Trinken seit ca.

		Selbsthilfegruppe, Krisenbewältigung, Vermeidung/Verkürzung vollstationärer Behandlung	Soziotherapie ³ , Ergotherapie, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen	Behandlung - entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung - sind eine ausreichende Absprachefähigkeit des Patienten, ausreichende körperliche und psychische Belastbarkeit, ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Dies ist eine geeignete Behandlungsphase für Suchtkranke, die so stabil sind, dass sie therapiefreie Zeiten (abends und am Wochenende) ohne Rückfall bewältigen. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand.	drei Monaten. Sie hat ein vierjähriges Kind. Der Ehemann droht mit Scheidung, wenn sie sich nicht behandeln lasse. Die Patientin hat sich schon bei der Suchtberatungsstelle vorgestellt. Sie will eine Entzugsbehandlung durchführen, aber wegen des Kindes keine stationäre Behandlung.
--	--	--	--	--	---

G. Gerontopsychiatrie

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
-------------------------------	------------------	----------------------------	-----------------------------	---	---------------------

³ Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussmaßnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden.

Anlage III der Tragenden Gründe

<p>G1 Regelbehandlung</p>	<p>Akut psychisch Kranke im höheren Lebensalter (meist Multimorbidität)</p>	<p>Erkennen und Heilen, Bessern, psychische, somatische und soziale Stabilisierung, vorwiegend Entlassung nach Hause</p>	<p>Psychiatrische, neurologische, allgemein-medizinische und soziale Diagnostik und Therapie. Medizinische Grundversorgung; gegebenenfalls Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen</p>	<p>Hier sind stationär aufgenommene Patienten einzugruppieren, bei denen die Besonderheiten des höheren Lebensalters und/oder Multimorbidität zu berücksichtigen sind, sofern nicht unmittelbare Gefährdungen vorliegen. Besonderheiten des höheren Lebensalters sind zum Beispiel: Vereinsamung nach Verlust von Bezugspersonen, verminderte körperliche Belastbarkeit, Verlust des gewohnten Wohnumfeldes, zunehmender Hilfebedarf.</p> <p>Unter Multimorbidität ist zu verstehen: Psychische Erkrankung und/oder zusätzlich relevante somatische Erkrankung(en).</p>	<p>Patientin, Alter 75 Jahre, mit einer depressiven Episode. Sie war nach dem Tod des Ehemanns vereinsamt, lag in der letzten Zeit fast nur noch im Bett, hat die Medikamente nicht zuverlässig genommen, sich nicht ausreichend ernährt. Auf Station ist sie absprachefähig, kann mit Gehstock noch sicher gehen. Braucht sehr lange für die täglichen Verrichtungen, benötigt aber keine Hilfe mehr. Sie zeigt lediglich leichte zeitliche Orientierungs- und Merkfähigkeitsstörungen.</p>
<p>G2 Intensivbehandlung</p>	<p>Psychisch Kranke im höheren Lebensalter, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend und somatisch vitalgefährdet</p>	<p>Erkennen und Heilen, Risiko-abschätzung, Krisenbewältigung, Bessern der vital bedrohlichen Störungen, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen</p>	<p>Psychiatrische und somatische Diagnostik. Erst- und Notfallbehandlung, einzelbezogene Intensivbehandlung einschließlich medikamentöser Therapie</p>	<p>In den Behandlungsbereich G2 sind Patienten einzugruppieren, die zwar körperlich rüstig, aber anhaltend sehr unruhig und verwirrt sind. Diese Patienten gefährden schwache, hilflose Mitpatienten, und sie gefährden sich selbst. Die unmittelbare Gefährdung kann auch von somatischen Erkrankungen ausgehen (Vitalgefährdung), die eine kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter erfordern. Manifeste Selbst- oder Fremdgefährdung ist zu</p>	<p>Patientin, Alter 81 Jahre, mehrjährig bekannte Demenz vom Alzheimer-Typ, lebt in einem spezialisierten Pflegeheim. Sie ist anhaltend motorisch unruhig, irrt zeitweise auf der Station umher, geht in fremde Zimmer, ruft und klagt ständig, wirft mit Gegenständen nach anderen Patienten und Personal und drängt an der Stationstür nach draußen, so dass sie beaufsichtigt werden muss. Auch beim Essen ist wegen einer Schluckstörung Beaufsichtigung erforderlich.</p>

				bejahen, wenn der Patient nicht absprachefähig oder sein Verhalten nicht vorhersehbar ist.	
[DKG:					
G4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	Psychisch Kranke im höheren Lebensalter mit anhaltenden akuten Symptomen und erheblichen psychischen, somatischen und sozialen Einbußen	Bessern und Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen oder Entlassung in häusliche oder Heimpflege	Medizinische Grundversorgung mit kontinuierlich hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, gegebenenfalls ergänzt durch Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen, Gestaltung des therapeutischen Milieus	<p>Diesem Behandlungsbereich sind die Patienten zuzuordnen, bei denen die Krankenhausbehandlung neben der schweren psychischen Erkrankung durch die Mehrfacherkrankung im Sinne mindestens einer psychischen oder einer relevanten somatischen Begleiterkrankung mitbegründet ist.</p> <p>Diese Kranken haben einen anhaltenden akuten Krankheitsverlauf. Hoher pflegerischer und therapeutischer Aufwand können beispielsweise erforderlich werden, wenn neben einer Depression eine beginnende Demenz erschwerend hinzukommt oder wenn neben der psychischen Erkrankung relevante somatische Erkrankungen (Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz, M. Parkinson) vorliegen.</p> <p>Patienten im Behandlungsbereich G4 können in der Regel nicht selbständig zu ihren</p>	<p>Beispiel 1 für G 4</p> <p>Patientin, Alter 73 Jahre, es besteht seit Jahren eine rezidivierende depressive Störung. Aus somatischer Sicht liegen ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II und eine mittlerweile gut kompensierte Herzinsuffizienz vor. Der Diabetes mellitus weist ständig wechselnde Blutzuckerwerte auf, da die Patientin nur unregelmäßig isst. Aufgrund der erheblichen kognitiven Defizite sowie des schweren depressiven Syndroms benötigt die Patientin pflegerische Hilfe bei der Ernährung und Körperpflege.</p> <p>Beispiel 2 für G 4</p> <p>Patient, Alter 55 Jahre, mit seit Jahren bekannter Chorea Huntington, ist dement, schwer hirnorganisch geschädigt und wesensverändert. Er hat einen erheblichen therapeutischen und pflegerischen Aufwand und ist anhaltend beaufsichtigungspflichtig. Er</p>

Anlage III der Tragenden Gründe

				<p>therapeutischen Aktivitäten oder zu ihren diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen und bedürfen daher der Begleitung durch Pflegekräfte. In der Regel besteht Hilfebedarf im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL).</p>	<p>benötigt regelmäßige strukturierende Begleitung, um zu verhindern, dass nicht tragbare Verhaltensweisen, wie z. B. auf den Flur urinieren oder sich in fremde Betten zu legen, auftreten. Eine Fixierung oder 1:1-Betreuung ist nicht notwendig.</p>
<p>G5 Psychotherapie</p>	<p>Kranke im höheren Lebensalter mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, die stationär psychotherapeutisch behandelt werden müssen</p>	<p>Erkennen von Krankheit, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p>	<p>Komplexe psychotherapeutische Behandlung</p>	<p>Hierbei handelt es sich um eine typische stationäre psychotherapeutische Behandlung bei Patienten des höheren Alters, wobei zumeist altersspezifische Themen (Partnerverlust, Rollenverlust des alternden Menschen, Vereinsamung, Krankheitsbewältigung etc.) im Vordergrund stehen. Die psychotherapeutische Behandlungseinheit muss an die Belastbarkeit des älteren Menschen angepasst werden. Auf beginnende kognitive Einschränkungen wird eingegangen. Es steht die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund. Ergänzend können eine Psychopharmakotherapie sowie Maßnahmen zur Verbesserung des sozialen Lebenskontextes durchgeführt werden.</p>	<p>Patient, Alter 70 Jahre, mit einer initial schweren depressiven Episode nach ausbehandelter Karzinom-Erkrankung und leichten Merkfähigkeitsstörungen, wird überwiegend psychotherapeutisch behandelt. Zusätzlich benötigt er aufgrund einer allgemeinen körperlichen Schwäche pflegerische Unterstützung bei der Körperpflege (Hilfe beim Anziehen von Strümpfen und Schuhen).]</p>
<p>G6</p>	<p>Psychisch Kranke im höheren Lebensalter, nicht oder nicht mehr</p>	<p>Erkennen von Krankheit, Bessern, psychische,</p>	<p>Psychiatrische, neurologische und allgemein-</p>	<p>Tagesklinische Behandlung ist in einer Tagesklinik oder integriert auf einer Station</p>	<p>Patientin, Alter 75 Jahre, mit einer generalisierten Angsterkrankung sowie</p>

Anlage III der Tragenden Gründe

<p>Tagesklinische Behandlung⁴</p>	<p>vollstationär behandlungsbedürftig</p>	<p>somatische und soziale Stabilisierung, Krisenbewältigung, Wiedereingliederung, Vermeidung oder Verkürzung vollstationärer Behandlung</p>	<p>medizinische Diagnostik und Therapie einschließlich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Soziotherapie, Psychotherapie</p>	<p>möglich. Voraussetzungen für eine tagesklinische Behandlung, entweder bei Direktaufnahme aus dem ambulanten Bereich oder im Anschluss an die vollstationäre Behandlung, sind eine ausreichende Absprachefähigkeit des Patienten, ausreichende körperliche Belastbarkeit/Mobilität und ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden und die Fähigkeit den täglichen Weg in die Tagesklinik bewältigen zu können. Direktaufnahmen in die Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich begründen in der Regel einen höheren diagnostischen und therapeutischen Aufwand.</p>	<p>Koronaren Herzkrankheit und Herzinsuffizienz wird nach vollstationärer Behandlung integriert tagesklinisch multiprofessionell weiterbehandelt. Die Patientin erhält neben der Behandlung mit Psychopharmaka ein eingehendes Expositionstraining sowie psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie. Sie lebt im betreuten Wohnen und nutzt den Fahrdienst.</p>
<p>[DKG:</p>					
<p>P Psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung</p>	<p>Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen, die stationär psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden müssen</p>	<p>Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p>	<p>Komplexe psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung unter Einsatz eines psychodynamischen oder kognitiv-behavioralen Grundverfahrens als reflektiertem</p>	<p>-</p>	<p>-]</p>

⁴ Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die ihn auch vollstationär behandeln würde.

			<p>multiprofessionellen Mehrpersonen- Interaktionsprozess unter der Leitung eines Facharztes für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</p>		
--	--	--	--	--	--

KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. Behandlungsbereiche	2. Kranke	3. Behandlungsziele	4. Behandlungsmittel	5. Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)	6. Beispiele
<p>KJ1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung (bis 14. Lebensjahr)</p>	<p>Vorschul- und Schulkinder mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u. a. selbst- und fremdgefährdendem Verhalten, schweren Verhaltensstörungen, Teilleistungsstörungen sowie Entwicklungs- störungen, der kognitiven, emotionalen, psychosozialen Kompetenz</p>	<p>Psychosoziale Integration in Familie, Heim, Kindergarten, Schule u. a.; Ausgleich von Entwicklungs- und Funktionsdefiziten; Befähigung zur ambulanten Behandlung</p>	<p>Diagnostik und medizinische Grundversorgung, heilpädagogische Behandlung, Elternberatung, Familientherapie, Einzel- und Gruppenpsycho- therapie, funktionelle Therapien, und Entwicklungstherapie</p>	<p>In den Behandlungsbereich KJ1 sind stationär behandelte Kinder bis unter 14 Jahren einzugruppieren, sofern nicht rehabilitative Behandlungsziele und –mittel (KJ4), eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (KJ5) oder eine Eltern-Kind-Behandlung (KJ6) zutreffen. Patienten des Behandlungsbereiches KJ 1 benötigen allein schon wegen ihres Alters eine intensive Betreuung und Behandlung, so dass eine Differenzierung zwischen kinder- psychiatrischer Regel- und Intensivbehandlung nicht vorgenommen worden ist. Es erfolgen entwicklungs-niveau- adäquate Anleitung und Behandlung.</p>	<p>Patientin, Alter zehn Jahre, kommt zur diagnostischen Abklärung, weil sie sich in Anforderungssituationen zunehmend passiv- vermeidend verhält, kein altersentsprechendes Verhalten zeigt und die an sie gestellten Erwartungen nicht erfüllt. In der Schule ist sie versetzungsgefährdet. In der Freizeit wirkt sie lustlos, zieht sich in ihr Zimmer zurück. Innerhalb der letzten drei Monate vor Aufnahme ist ein Gewichtsverlust von drei kg zu verzeichnen. Somit sind mehrere Lebensbereiche durch die Symptomatik stark beeinträchtigt. Das Kind lebt seit seinem 4. Lebensjahr in einer Adoptivfamilie. Über die leiblichen Eltern ist eine</p>

Anlage III der Tragenden Gründe

					<p>Alkoholproblematik bekannt. Die engagierten Adoptiveltern erleben die Defizite des Kindes als persönliches Versagen. Das Kind gerät zunehmend unter Druck. Krisenhafte familiäre Zuspitzungen resultieren. Damit besteht eine Belastung durch mehrere abnorme psychosoziale Umstände. Im Stationsalltag benötigt die Patientin in einigen Alltagsbereichen Fremdmotivation, Fremdstrukturierung und Anleitung. Sie sucht die ständige Nähe zu Erwachsenen. Aktivitäten in der Gruppe gleichaltriger Patienten meidet sie; sie nimmt zunehmend eine Außenseiterrolle ein.</p>
<p>KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung</p>	<p>Jugendliche und Heranwachsende mit akuten psychischen, psychosomatischen und/oder neuropsychiatrischen Erkrankungen, mit u.a. schweren Verhaltensstörungen und Entwicklungsstörungen der kognitiven, emotionalen, psychosozialen Kompetenz</p>	<p>Psychosoziale Integration; Bewältigung der gestörten alters-typischen Ablösungs- und Verselbständigungsprozesse; Befähigung zur ambulanten Behandlung</p>	<p>Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Milieuthherapie; Elternberatung; Familietherapie; Einzel- und Gruppen-psychotherapie; Beschäftigungstherapie; Arbeitstherapie</p>	<p>In den Behandlungsbereich sind Jugendliche ab 14 Jahren bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter <Lebensalter) auch bis 21 Jahren, einzugruppieren, sofern nicht Intensivbehandlung (KJ3), rehabilitative Behandlungsziele und –mittel (KJ4) oder eine langdauernde Behandlung bei komplexer Symptomatik (KJ5) zutreffen. In der Regel planbare Behandlung aller psychischen Störungsbilder; auch Krisenintervention ohne Vorliegen manifester Selbst- oder Fremdgefährdung sind</p>	<p>Patientin, Alter 14 Jahre, Schülerin an einer Schule für Lernbehinderte, wird stationär aufgenommen, nachdem die Situation zu Hause eskaliert war. Die Patientin war wiederholt der Schule und von zu Hause ferngeblieben, hatte Ladendiebstähle begangen und zusammen mit Gleichaltrigen Alkoholmissbrauch praktiziert. Die Patientin zeigt ein stark oppositionelles Verhalten, erkennt soziale Regeln nicht an und verweigert sich bei Anforderungen. Ihrer Körperhygiene kommt sie nur mäßig nach. Eltern und Lehrer fühlen sich überfordert, eine</p>

Anlage III der Tragenden Gründe

				hier einzugruppierten.	Heimunterbringung ist in Diskussion. Die Patientin wohnt mit ihrer Mutter in der Wohngemeinschaft des drogenabhängigen Vaters. Es besteht der Verdacht einer beginnenden dissozialen Persönlichkeitsentwicklung.
KJ3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung	Psychisch kranke Jugendliche und psychosozial retardierte Heranwachsende, manifest selbstgefährdet, vital gefährdet, fremdgefährdend, hochgradig erregt	Krisenbewältigung; Befähigung zur jugendpsychiatrischen Regelbehandlung (KJ2) oder zur ambulanten Behandlung	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Krisenbewältigung; Elternberatung; Familientherapie; Pharmakotherapie; Einzeltherapie; überwiegend stationsgebundene Therapieangebote	In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppierten. Intensivbehandlung nach Behandlungsbereich KJ3 ist bei Jugendlichen und psychosozial retardierten Heranwachsenden erforderlich, wenn sie beispielsweise „manifest selbstgefährdet“ sind. Das bedeutet: Die Patienten sind nicht absprachefähig oder ihr Verhalten ist nicht vorhersehbar; sie sind krankheitsbedingt nicht in der Lage auch nur für kurze Zeit für sich Verantwortung zu übernehmen, so dass sie eine intensive Betreuung benötigen. Die Patienten von Behandlungsbereich KJ3 sind so schwer krank, dass sie in der Regel nur einzelfallbezogen behandelt werden können. Auch bei somatischer Vitalgefährdung (z.B. Herzrhythmusstörungen oder Elektrolytentgleisungen durch unzureichende	Beispiel 1 für KJ3 Patient, Alter 16 Jahre, wird stationär aufgenommen, nach dem er sich neben dem Lernen für Klassenarbeiten und Prüfungen zum Schuljahresende, auch zeitintensiv für ein schulisches Projekt engagiert hatte und, nun trotz Schulferien und trotz Beendigung des Projektes, eine planlose Umtriebbarkeit zeigt, ständig nach Beschäftigung sucht, kaum schläft, in gehobener Stimmung einen Wechsel an eine amerikanische Eliteuniversität plant, trotz nur mäßiger Schulleistungen und ohne Abitur. Unaufhörlich redet er darüber, dass er das Geheimnis des Fliegens gelöst habe und es in Kürze selbst vom Dach eines Hochhauses aus testen werde. Aus diesem Grund habe er auch nicht die Absicht, auf Station zu bleiben. Spricht man ihn auf den Realitätsgehalt seiner Ideen an, kann die Stimmung auch in eine aggressive Gereiztheit umschlagen. Alkohol- und Drogenanamnese sind,

Anlage III der Tragenden Gründe

				<p>Nahrungsaufnahme bei Anorexia nervosa) ist der diagnostische und therapeutische Aufwand sehr hoch. Patienten des Behandlungsbereichs KJ3, die ihrer Behandlung nicht zustimmen, müssen zumeist vormundschaftsgerichtlich oder nach den Unterbringungsgesetzen der Bundesländer untergebracht werden. Die Intensität der Behandlung muss aus der Dokumentation ersichtlich sein.</p> <p>Die Behandlung im Behandlungsbereich KJ3 ist in der Regel eine Durchgangsphase, meist in Richtung auf Behandlungsbereich KJ2. Sie kann aber auch als Kriseninterventionsphase von jeder anderen Ebene oder aus dem außerstationären Bereich heraus notwendig werden. Die Jugendlichen bedürfen in ihrer akuten Krisensituation mehrmals täglich ärztlicher Interventionen und einer intensiven Betreuung/Überwachung durch den Pflege-/Erziehungsdienst (störungsspezifische Einzelbetreuung oder in der Kleinstgruppe, bis zu 3 Patienten).</p> <p>Auch die Akutphase der Behandlung jugendlicher Suchtpatienten ist hier</p>	<p>ebenso wie das Screening auf Drogen, negativ. Beispiel 2 für KJ3 Jugendliche, Alter 14 Jahre, mit seit drei Jahren bestehender Magersucht, ausgeprägter Gewichtsphobie, fast kompletter Nahrungsverweigerung bis auf einige wenige Nahrungsmittel und völlig fehlender Krankheitseinsicht, multiplen und stark ausgeprägten Strategien der Gewichtsreduktion; BMI 12 kg/m². Dieses ist der vierte vollstationäre Aufenthalt der Patientin, die zwischen Pädiatrie und KJPP pendelt. Die Eltern haben der Tochter über den größten Teil des Krankheitsverlaufs nachgegeben und stationäre Behandlungen immer wieder beendet. Die vital gefährdete, stets hypotone und bradykarde Jugendliche bedarf einer regelmäßigen Vitalzeichenkontrolle. Die Überwachung der Nahrungsaufnahme sowie der zunehmend notwendigen Sondierung nimmt jeden Tag zeitintensive Betreuung durch das Pflegepersonal in Anspruch. Ausgang ins Freie kann nur in enger Begleitung erfolgen, da sie sonst in einen starken Bewegungsdrang verfällt. Kreative Angebote</p>
--	--	--	--	--	--

				einzugruppieren.	kann sie kaum ausfüllen oder umsetzen, Musiktherapie wird verweigert.
[DKG:					
KJ5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	Langfristig schwer psychisch kranke und mehrfach behinderte Kinder, Jugendliche und Heranwachsende, selbstgefährdet, fremdgefährdend, erregt, desorientiert	Verhaltenskorrektur und Vermittlung grundlegender lebenspraktischer und sozialer Fertigkeiten als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen (evtl. Aufgabenbereich KJ 4)	Medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Verlaufsdagnostik; heilpädagogische Gruppenbehandlung; Elternberatung; Familientherapie; funktionelle Therapie	In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppieren, die eine anhaltend akute psychische Erkrankung und häufig eine Mehrfachbehinderung (geistige und körperliche Behinderung) aufweisen. Diese Patienten können in der Regel nicht selbständig zu therapeutischen Aktivitäten oder diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen. Sie benötigen eine hohe Pflege- und Betreuungsintensität. Therapie ist überwiegend nur im Einzelkontakt oder in Kleinstgruppen möglich. Die pflegerischen, betreuerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden ergänzt durch adjuvante Therapieformen (z.B. wahrnehmungs- und bewegungsaktivierende Maßnahmen und krankengymnastische Behandlungen). Um an den therapeutischen Interventionen teilnehmen zu können, benötigen die Patienten ein hohes Maß an	Patient, Alter 12 Jahre, mit frühkindlichem Autismus und mittelgradiger Intelligenzminderung, einem Sprachniveau auf der Ebene von Drei-Wort-Sätzen, fortbestehender Enuresis und behandlungsbedürftiger Epilepsie. Er kann sich für ca. zehn Minuten einer Beschäftigung widmen, zeigt gelegentlich aggressive Durchbrüche vor allem in unberechenbaren neuen Situationen; er muss dann in einen reizarmen Raum verbracht werden. Der Besuch der Geistigbehinderten-Schule wird nun in der beginnenden Pubertät dadurch erschwert, dass er unter Reizüberflutung Mitschüler angreift, Rollstühle umwirft etc. Eine Betreuung im Elternhaus ist nach dem unerwarteten Tod der bislang verwöhnenden und nachgiebigen Mutter nicht mehr möglich. Eine psychotherapeutische Unterstützung der Trauer kann nur punktuell erfolgen. Derzeit steht die Behandlung und das Auffangen häufiger raptusähnlicher Zustände mit Schreien im Vordergrund. Medikamentöse Einstellungsversuche benötigen lange Zeiträume.

Anlage III der Tragenden Gründe

				Fremdstrukturierung und Fremdmotivation.	Die Überleitung in eine Behinderteneinrichtung kann erfolgen, sobald er auf der Langzeitbehandlungsstation der Klinik ausreichend führbar erscheint und hinreichend Erfahrungen mit Sicherheit gebenden und begrenzenden Ritualen gesammelt worden sind.]
KJ6 Eltern- Kind- Behandlung (gemeinsame Aufnahme von Kind und Bezugspersonen)	Kinder mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, Kommunikations- und Interaktionsstörungen, selbstverletzendem Verhalten	Stärkung der elterlichen Erziehungs- und Betreuungskompetenz auf der Basis der Entwicklungsdiagnostik; Einleitung ambulanter Behandlung	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Frühtherapie; Elternberatung; Familientherapie; spezielle Therapieprogramme für Kind und Eltern (Erzieher) als kurzfristige Intensivmaßnahme	In diesen Behandlungsbereich sind psychisch kranke Kinder (auch psychisch kranke Jugendliche bei Vorliegen tiefgreifender Entwicklungsstörungen, wie z.B. Autismus, oder mittelgradiger bis schwerer Intelligenzminderung) einzugruppieren, bei denen die Mitaufnahme der Bezugsperson therapeutisch erforderlich ist, weil die Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson ein zentraler Fokus der Behandlung ist. Überwiegender Bestandteil der Eltern-Kind-Behandlung ist die gemeinsame Therapie des Kindes und der Bezugsperson(en) sowie die Anleitung/ Beratung/ Psychoedukation der in der Regel hoch belasteten Bezugsperson(en). Eine Eltern-Kind-Behandlung hilft Familien, mit der psychischen Erkrankung, den Verhaltensauffälligkeiten bzw. mit der Behinderung	Patient, Alter sieben Jahre, hat bisher keinen Kindergarten besucht und fiel bei der Einschulungsuntersuchung dadurch auf, dass er sich überwiegend krabbelnd fortbewegt, andererseits sehr bedürfnisorientiert ist und die Mutter schlägt. Die Mutter scheint das Kind vor der Umwelt beschützen zu wollen, kann ihm keine Grenzen setzen und gibt wenig Entwicklungsanreize. Mutter und Kind werden aufgenommen, um eine Entwicklungsdiagnostik beim Kind vorzunehmen und die Ressourcen der Mutter einzuschätzen. Vater und Großmutter sollen dabei einbezogen werden.

				ihres Kindes einen angemessenen Umgang zu finden.	
KJ7 Tagesklinische Behandlung¹	Kinder und Jugendliche mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen	Wahrung der Integration in Familie oder Heim; Verbesserung der psychosozialen Kompetenz; Befähigung zu Schulbesuch bzw. Fortsetzung der beruflichen Ausbildung	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische Behandlung; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; funktionelle Therapien; Entwicklungstherapie	In diesen Behandlungsbereich sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren, bei deutlichen Entwicklungsdefiziten (Entwicklungsalter < Lebensalter) auch bis 21 Jahren einzugruppieren. Voraussetzungen für teilstationäre, im Folgenden „tagesklinische“ Behandlung genannt, sind: <ul style="list-style-type: none"> • Fähigkeit des Kindes oder Jugendlichen zur Mitwirkung in der Behandlung • ein ausreichend belastbares soziales Umfeld • die vorhandene Bereitschaft und Fähigkeit der Erziehungsberechtigten zur aktiven Mitwirkung bei der Behandlung • ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden. Tagesklinische Behandlung kann integriert im vollstationären Bereich oder in einer Tagesklinik erfolgen. Tagesklinische Behandlung ermöglicht einen schnellen Transfer von Therapieerfolgen ins psychosoziale Umfeld, vor allem durch den engen Kontakt und regelmäßigen	Patientin, Alter zwölf Jahre, hat bereits seit drei Monaten die Schule nicht mehr besucht. Das auslösende Ereignis sei die kritische Äußerung einer Lehrerin zu einem sorgsam vorbereiteten Vortrag gewesen, von der Patientin „mehr erwartet“ zu haben. Die Patientin sei vor Scham errötet und habe am ganzen Körper gezittert. Seither verspüre sie ein wachsendes Unbehagen bereits bei dem Gedanken, in die Schule zu müssen, erwarte schon im Vorhinein Kritik an ihrem Handeln und erröte leicht. Sie habe das Gefühl, alle in der Klasse würden sie prüfend betrachten, was wiederum Schamesröte hervorrufe und sie zittern lasse. Seit einer morgendlichen Panikattacke mit Kreislaufsensationen und Übelkeit verweigert sie endgültig den Schulbesuch. Ein durch die besorgten Eltern initiiertes Schulwechsel auf die Nachbarschule habe nicht den erhofften Erfolg gebracht. Das teilstationäre Setting wird gewählt, um die gefürchtete Trennung der Patientin von den Eltern auf ein Minimum zu reduzieren. Im Rahmen einer kognitiv-verhaltensorientierten

Anlage III der Tragenden Gründe

				Austausch zwischen Therapeuten und Bezugspersonen.	Therapie wird das tagesklinische Setting einschließlich der Klinikschule im Sinne einer Exposition genutzt, um eine systematische Desensibilisierung und Reaktionsverhinderung durchzuführen. Des Weiteren sollen verfestigte, störungsunterstützende Faktoren im Familiensystem verändert werden.
KJ9 Stationsäquivalente Behandlung	Kranke, die eine stationsäquivalente Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen.				

¹ Integrierte tages- oder nachtklinische Behandlung soll im Einzelfall von jeder Station aus möglich sein. Der Patient erhält einen teilstationären Status auf der Station, die ihn auch vollstationär behandeln würde.

Anlage 2: Minutenwertetabellen

1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene

[DKG: Zeitwerte in Minuten je Woche und Behandlungsbereich]

Behandlungsbereiche	DKG						GKV-SV						PatV/DPR/BPtK			PatV		
	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplom- Psychologen	Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten	Bewegungs-therapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplom- Psychologen	Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten	Bewegungs-therapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	Ärzte	Pflegefachpersonen	Diplom- Psychologen	Bewegungs-therapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten ⁵	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen ⁶	Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten ⁷
A1	207	578	29	122	28	76	207	856	29	122	28	76	242	896	64	39	99	139
A2	257	1.118	12	117	29	74	257	1396	12	117	29	74	300	1564	55	42	99	133
A4	132	734	57	113	27	59												
A5	154	198	107	103	31	14	154	476	107	103	31	14	172	476	125	84	105	74
A6	114	51	83	176	17	67	114	329	83	176	17	67	148	505	117	31	101	159
A9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S1	226	557	43	72	35	109	226	835	43	72	35	109	260	875	77	52	109	107
S2	256	1.142	55	51	34	153	256	1.420	55	51	34	153	298	1532	97	49	162	56
S4	106	683	80	112	38	77												
S5	131	199	100	101	31	48												
S6	115	40	81	154	16	101	115	318	81	154	16	101	149	497	115	31	134	139
G1	183	992	26	102	35	75	183	1270	26	102	35	75	225	1310	68	52	75	
G2	211	1.221	0	78	40	51	211	1495	0	78	40	51	265	1947	54	56	75	134
G4	100	909	43	72	44	42												92
G5	119	241	81	76	31	13												
G6	115	94	83	167	26	68	115	372	83	167	26	68	149	609	117	40	90	149
P	279	257	139	107	53	52												

⁵ Schussenrieder Tabelle

⁶ Ebd.

⁷ Schussenrieder Tabelle

2. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

Behandlungsbereiche	DKG							GKV-SV							PatV/DPR/BPtK			PatV			
	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplom- Psychologen	Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten.	Bewegungs-therapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	Sprachheiltherapeuten, Logopäden	Ärzte	Krankenpflegepersonal	Diplom- Psychologen	Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten.	Bewegungs-therapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	Sprachheiltherapeuten, Logopäden	Ärzte	Pflegefachpersonen	Diplom- Psychologen	Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten ⁸	Bewegungs-therapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	Sozialarbeit/ Sozialpädagogik/ Heilpädagogik	Sprachheiltherapeuten, Logopäden
KJ1	257	1.419	183	137	82	157	33	257	1.919	183	137	82	157	33	273	1.986	199	156	97	174	22
KJ2	251	1.285	180	166	74	122	8	251	1.785	180	166	74	122	8	267	1.825	196	187	94	139	40
KJ3	321	1.876	163	59	21	73	0	321	2.376	163	59	21	73	0	340	2.578	182	67	27	83	0
KJ5	144	1.541	104	211	96	92	21														
KJ6	264	305	179	110	76	148	25	264	805	179	110	76	148	25	280	922	126	110	76	148	25
KJ7	247	261	182	128	63	133	26	247	761	182	128	63	133	26	267	801	148	146	84	150	19
KJ9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

⁸ Schussenrieder Tabelle

[DKG:] **Anlage 3: Checkliste**
für das Nachweisverfahren und Strukturabfrage gemäß der PPP-RL

Administrative Datenfelder – je Einrichtung

Datenfeld	Antwortmöglichkeit	Ausfüllhinweis / Anmerkung / Filterfrage
Jahr der Leistungserbringung	Freitextfeld	vierstellig
Name der medizinischen Einrichtung	Freitextfeld	
Postleitzahl der medizinischen Einrichtung	Freitextfeld	5-stellig
Straße der medizinischen Einrichtung	Freitextfeld	
Institutionskennzeichen	Freitextfeld	9-stellig
Standortnummern	Freitextfeld	maximal 2-stellig
Art der Einrichtung 1 (Klinik oder Abteilungspsychiatrie)	<input type="checkbox"/> Abteilungspsychiatrie <input type="checkbox"/> Abteilungspsychosomatik <input type="checkbox"/> Psychiatrische Klinik <input type="checkbox"/> Psychosomatische Klinik	
Art der Einrichtung 2 (Erwachsenen- und/oder Kinder und Jugendpsychiatrie)	<input type="checkbox"/> Nur Erwachsenenpsychiatrie Psychosomatik <input type="checkbox"/> Nur Kinder- und Jugendpsychiatrie <input type="checkbox"/> Erwachsenenpsychiatrie Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie	

Datenfelder zur Abbildung von Ausnahmetatbeständen – je Einrichtung

Datenfeld Ausnahmetatbestand	Antwortmöglichkeit	Antwortmöglichkeit Bei Ja-Angabe, Begründung/Erörterung der Einrichtung
kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfällen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Freitextfeld
starke Erhöhungen der Patientenzahlen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Freitextfeld
gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen in der Einrichtung, wie zum Beispiel Stationsumstrukturierungen oder -schließungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Freitextfeld

Datenfelder zur Darstellung der Eingruppierung der Patienten – je Standort

	Datenfeld		Antwortmöglichkeit Freitextfeld					
	Behandlungsbereich		Anzahl jeweils eingruppierter Patienten – je Stichtag					
Allgemeine Psychiatrie	A1	Regelbehandlung						
	A2	Intensivbehandlung						
	A4	Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker						
	A5	Psychotherapie						
	A6	Tagesklinische Behandlung						
	A 9	Stationsäquivalente Behandlung						
Abhängigkeitskranke	S1	Regelbehandlung						
	S2	Intensivbehandlung						
	S4	Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker						
	S6	Tagesklinische Behandlung						
Gerontopsychiatrie	G1	Regelbehandlung						
	G2	Intensivbehandlung						
	G4	Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker						

	G6	Tagesklinische Behandlung						
Psychosomatisch- psychotherapeutische Behandlung	P	Psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung						
Kinder- und Jugend- psychiatrie	KJ1	Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung						
	KJ2	Jugendpsychiatrische Regelbehandlung						
	KJ3	Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung						
	KJ5	Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker						
	KJ6	Eltern-Kind-Behandlung						
	KJ7	Tagesklinische Behandlung						
	KJ9	Stationsäquivalente Behandlung						

Datenfelder zur Darstellung der Personalausstattung – je Standort

Datenfeld	Antwortmöglichkeit	Antwortmöglichkeit	Antwortmöglichkeit			Antwort- möglichkeit
	Freitextfeld	Freitextfeld	Davon			
Berufsgruppen	Berechnete Mindestpersonal- ausstattung in VKS (VKS-Mind)	Tatsächliche Personal- ausstattung in VKS (VKS-Ist)	Anrechnung anderer Berufsgruppe n nach PPP- RL in VKS	Anrechnung Fachkräfte Nicht-PPP-RL- Berufsgruppen in VKS	Anrechnung Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsv erhältnis in VKS	Umsetzungsgrad der PPP-RL (VKS- Ist/VKS-Mind) in Prozent
Ärzte						___,___%
Pflegepersonen (in KJP: Pflege- und Erziehungsdienst)						___,___%
Diplom-, Masterpsychologen, Kinder- und Jugendlichen- psychotherapeuten						___,___%
Spezialtherapeuten						___,___%
Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten						___,___%
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, (in KJP: zusätzlich Heilpädagogen)						___,___%
Nur in KJP: Sprachheiltherapeuten, Logopäden						___,___%

Begründung, falls das VKS-Ist unterhalb des VKS-Mind liegt (Freitextfeld):

Datenfelder zur Darstellung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung – je Einrichtung

Datenfeld	Antwortmöglichkeit	Ausfüllhinweis / Anmerkung / Filterfrage
Versorgungsverpflichtung für eine bestimmte Region	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Stationsintegrierte Tagesklinikplätze	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Tagesklinik im direkten Standortverbund mit vollstationärer Klinik	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Akut- und Notfallversorgung	___%	Hier ist die prozentuale Anzahl an Patienten zu dokumentieren, die gemäß KHG untergebracht werden.
Vernetzungsaufgaben	Freitextfeld	Hier können gegebenenfalls wahrgenommene Vernetzungsaufgaben im Rahmen der Pflichtversorgung aufgeführt werden (z. Bsp. Vernetzung für eine fließende Transition der Patienten in die medizinpsychiatrische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung)
Baulich-strukturelle Besonderheiten	Freitextfeld	Hier können gegebenenfalls vorliegende baulich-strukturelle Besonderheiten beschrieben werden.
Innovative Versorgungskonzepte und Behandlungsmethoden	Freitextfeld	Hier können gegebenenfalls vorliegende innovative Versorgungskonzepte und Behandlungsmethoden beschrieben werden.
Darstellung der Verwendung besonderer Arbeitszeitmodelle	Freitextfeld	Hier können gegebenenfalls verwendete besondere Arbeitszeitmodelle beschrieben werden.
Beschäftigung von Genesungsbegleitern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Filterfrage, wenn ja, dann die nächste Frage bitte ausfüllen.
Anzahl beschäftigter Genesungsbegleiter in VKS	_____	
Durchschnittliche Ausfallzeiten	____, ____%	

[GKV-SV:] Anlage 3: Checkliste

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

Name der Klinik / Abteilung

Postleitzahl

Ort

Straße

Ansprechpartner für Rückfragen

Tel.:

Mail:

Institutionskennzeichen

Standort-ID ersetzen

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist berechtigt, die Richtigkeit der Angaben der Einrichtungen vor Ort zu überprüfen. Sämtliche Unterlagen, die notwendig sind, um die Richtigkeit der Angaben in der Checkliste beurteilen zu können, sind im Falle einer Prüfung dem MDK vor Ort auf Verlangen vorzulegen (§ 14 Absatz 9).

PPP-RL FÜR DEN STANDORT JÄHRLICH AUSFÜLLEN

1. Regionale Pflichtversorgung

Standort: _____

Jahr: _____

1. Hat Ihre Einrichtung im Bereich PPP eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung? Ja / Nein
2. Wenn ja, für welche Fachabteilung⁹ gilt die regionale Pflichtversorgung? _____
3. Verfügt die Fachabteilung mit regionaler Pflichtversorgung über geschlossene Bereiche? Ja / Nein
4. Verfügt die Fachabteilung mit regionaler Pflichtversorgung über 24 Std. Präsenzdienste? Ja / Nein
5. Angabe gesetzlicher Unterbringungsfälle je Fachabteilung nach entsprechender gesetzlicher Grundlage
 - Erwachsenenpsychiatrie _____ Patienten
 - Psychosomatik _____ Patienten
 - Kinder- und Jugendpsychiatrie _____ Patienten
6. Verfügt die Fachabteilung mit regionaler Pflichtversorgung über fachärztliche Rufbereitschaft? Ja / Nein

⁹ Fachabteilung „29 – Psychiatrie (Erwachsene)“, Fachabteilung „30 - Kinder- und Jugendpsychiatrie“, Fachabteilung „31 – Psychosomatik“

PPP-RL FÜR DEN STANDORT JÄHRLICH AUSFÜLLEN**2. Organisationsstruktur des Standorts**

Standort: _____ Jahr: _____

Bitte listen Sie nachfolgend alle Stationen auf, die aktuell zu Ihrer Fachabteilung „29 – Psychiatrie (Erwachsene)“, zu Ihrer Fachabteilung 30 (Kinder- und Jugendpsychiatrie“ oder / und 31 (Psychosomatik) gehören. Bitte nennen Sie die genaue klinikinterne Bezeichnung, die Anzahl der Planbetten (stationär) und Planplätze (teilstationär) (sowie die nach der PPP-RL tangierten Teilgebiete / Behandlungsbereiche (siehe Legende)).

Lfd. Stationsnr.	Station	Fachabteilung (29, 30, 31)	Planbetten	Planplätze	Teilgebiet/ Behandlungsbereich*
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
Summe:					

Legende:*Zum Beispiel****KJP** = überwiegend und konzeptionell Kinder- und Jugendpsychiatrie**A** = überwiegend und konzeptionell Allgemeinpsychiatrie**A5** = überwiegend und konzeptionell elektive Station für psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung**S** = überwiegend und konzeptionell Suchterkrankungen**G** = überwiegend und konzeptionell Gerontopsychiatrie**A,S; A,G; S,G; A,A5;** = überwiegend spezifische Therapieangebote für zwei Patientengruppen**S** = überwiegend und konzeptionell Suchterkrankungen**G** = überwiegend und Konzeptionell Gerontopsychiatrie**A2** =**A,S; A,G; S,G** = überwiegend spezifische Therapieangebote für zwei Patientengruppen**A,S,G** = konzeptionell durchmischte Stationen**KJP**

PPP-RL FÜR JEDE STATION JÄHRLICH AUSFÜLLEN

3. Stationsbezogene Behandlungskonzepte pro Station. Dieses Blatt ist für jede Station gesondert auszufüllen!

Standort: _____ Fachabteilung: _____ Station: _____ Lfd. Nr.: _____ Jahr: _____

Schwerpunkt z.B. Sucht, Depression, Psychose, Psychotherapie oder Demenz	
Geschlossen (Bitte ankreuzen)	
Fakultativ geschlossen (Bitte ankreuzen)	
Mit geschlossenen Bereichen (Bitte ankreuzen)	
Offen (Bitte ankreuzen)	

Konzept des Pflegedienstes (Bitte ankreuzen)	
Grundpflege	
Bezugspflege	
Funktionspflege	

Behandlungsangebot	Stationsbezogene Gruppenangebote, z.B. Psychoedukation*	Stationsübergreifende Gruppenangebote, z.B. störungsspezifische Gruppenpsychotherapie*	Stationsversammlungen, Morgen-/Abendrunden*	Angehörigen-gruppe auf der Station*	Gruppenangebot am Wochenende*	Andere Gruppen-Angebote*
Berufsgruppe						
Arzt in Weiterbildung						
Facharzt						
Psychologe						
Approbierter psych. PT						
Kinder- und Jugendlichen-PT						
Erziehungsdienst						
Ergo-, Kunst-, Musik-, Kreativth.						
Bewegungsth., Physioth.						
Pflegemitarbeiter						

***Erläuterung:**

In den Spalten dieser Tabelle sollten die aus Sicht des Krankenhauses qualitätsrelevanten Gruppen-Behandlungsangebote der Station mit der genauen Bezeichnung und jeweils Anzahl pro Woche und Stundenumfang aufgeführt werden (z.B.. Arzt in Weiterbildung: Psychoedukation. 1 x 1 ½ Std.) – und zwar spezifiziert nach der Berufsgruppe, die sie in der Sitzung durchführt. Die in der Tabelle genannten gruppentherapeutischen Maßnahmen wurden gewählt, weil ein Mindestangebot an Gruppentherapien durch jede therapeutische Berufsgruppe als ein wichtiges Qualitätsmerkmal stationärer Behandlung anzusehen ist.

PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT MONATLICH AUSFÜLLEN

4. Behandlungsbereiche, OPS-Merkmale und PEPP der Patienten - Erwachsene

Kalendermonat: _____ Jahr: _____

Standort: _____ Lfd.Nr. der Station: _____ Bezeichnung der Station: _____

Behandlungsbereich	BT
A1	
A2	
A5	
A6	
A9	
S1	
S2	
S6	
G1	
G2	
G6	

OPS-Merkmal	BT	
	vs	ts
Behandlungssetting		
9-607 Regelbehandlung		
9-617 Intensivbeh. mit 1 Merkmal		
9-618 ... mit 2 Merkmal		
9-619 ... mit 3 Merkmal		
9-61a ... mit 4 Merkmal		
9-61b ... mit 5 und mehr Merkmalen		
9-626 Psychotherapeutische Komplexbeh.		
9-634 Psychoth.-psychosom.Komplexbeh.		
Zusatzcodes		
9-640.* Erhöhter Betreuungsaufwand		
9-641.* Krisenintervention		
9-642 psychosom.-psychoth. Komplexbeh.		
9-643.* Eltern-Kind-Setting		
9-645.* besonderer Entlassungsaufwand		
9-647.* Entzugsbehandlung		
9-649.1* TE Einzeltherapie Ärzte		
9-649.2* TE Gruppentherapie Ärzte		
9-649.3* TE Einzeltherapie Psychologen		
9-649.4* TE Gruppentherapie Psychologen		
9-649.5* TE Einzeltherapie Spezialtherap.		
Stationsäquivalente Behandlung		
9-701.* Stationsäquivalente Behandlung		

PEPP-Entgelte	BT
P002Z	
P003A	
...	
TP98Z	
TP99Z	
ET01	
...	
ET05	

BT= Belegungstage/ Berechnungstage, vs=vollstationär, ts=teilstationär, stäb=stationsäquivalente Behandlung

PPP-RL FÜR JEDEN STANDORT MONATLICH AUSFÜLLEN

5. Behandlungsbereiche, OPS-Merkmale und PEPP der Patienten – Kinder und Jugendliche

Kalendermonat: _____

Jahr: _____

Standort: _____

Lfd.Nr. der Station: _____

Bezeichnung der Station: _____

Behandlungsbereich	Belegungstage
KJ1	
KJ2	
KJ3	
KJ6	
KJ7	
KJ9	

OPS-Merkmal	Belegungstage	
	vs	ts
Behandlungssetting		
9-656 Regelbehandlung Kinder und Jugendliche		
9-672 Intensivbehandlung Kinder Jugendliche		
9-686 Eltern-Kind-Setting		
Zusatzcodes		
9-693.0* Intensive Betreuung		
9-693.1* Einzelbetreuung		
9-694.* Entzugsbehandlung		
9-696.1* TE Einzeltherapie Ärzte		
9-696.2* TE Gruppentherapie Ärzte		
9-696.3* TE Einzeltherapie Psychologen		
9-696.4* TE Gruppentherapie Psychologen		
9-696.5* TE Einzeltherapie Spezialtherap.		
Stationsäquivalente Behandlung		
9-801.* Stationsäquivalente Behandlung		

PEPP-Entgelte	Berechnungstage
P002Z	
P003A	
...	
TP98Z	
TP99Z	
ET01	
...	
ET05	

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

PPP-RL FÜR JEDE STATION DER ERWACHSENENPSYCHIATRIE UND -PSYCHOSOMATIK MONATLICH AUSFÜLLEN

6. Vollkräftestunden für eine vollständige Umsetzung der PPP-RL im Tagdienst Erwachsenenpsychiatrie und -psychosomatik

Standort: _____ Station: _____ Lfd. Nr.: _____ Kalendermonat: _____ Jahr: _____

Berufsgruppen	Erforderliche VKS-Mind (Vollkräftestunden) für eine vollständige Umsetzung der PPP-RL	VKS-IST Tatsächliche Besetzung in VKS	Davon Anrechnung aus anderen Berufsgruppen in VKS	Davon externes Personal in VKS	Umsetzungsgrad der PPP-RL (VKS-IST / VKS-Mind)	Mindestanforderung erfüllt: Ja / Nein
Ärzte gesamt						
Davon Fachärzte						
Davon Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie						
Davon Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Psychosomatik						
Davon Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie						
Pflegepersonal						
Davon Pflegefachkräfte						
Davon psychiatrische Fachpfleger						
Davon Altenpfleger						
Diplom und Master- Psychologen gesamt						
Davon approbierte psycholog. Psychotherapeuten						
Davon in Ausbildung zum PT						
Davon psycholog. PT im Praktikum						
Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten						
Physiotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten						
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen						

PPP-RL FÜR JEDE STATION DER ERWACHSENENPSYCHIATRIE UND -PSYCHOSOMATIK MONATLICH AUSFÜLLEN

7. Vollkräftestunden für eine vollständige Umsetzung der PPP-RL im Tagdienst Erwachsenenpsychiatrie und –psychosomatik - Anrechnungen

Standort: _____ Station: _____ Lfd. Nr.: _____ Kalendermonat: _____ Jahr: _____

Bei der Anrechnung von Personal in Tabelle 6 (Eintrag in Spalten 4 bis 5) sind diese Vollkräftestunden in der folgenden Tabelle zu erläutern.

Anrechnungstatbestand (siehe Tabelle 6 Spalten 4 bis 5)	Tatsächliche Berufsgruppe der angerechneten Fachkraft	Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgt	Angerechnete Tätigkeiten in VKS	Erläuterung ¹⁰

¹⁰ In den Erläuterungen sind die betroffenen Regelaufgaben nach Anlage 5 aufzuführen.

PPP-RL FÜR JEDE STATION DER KJP MONATLICH AUSFÜLLEN

8. Vollkräftestunden für eine vollständige Umsetzung der RL PPP im Tagdienst Kinder- und Jugendpsychiatrie

Standort: _____ Station: _____ Lfd. Nr. _____ Kalendermonat: _____ Jahr _____

Berufsgruppen	Erforderliche VKS-Mind (Vollkräftestunden) für eine vollständige Umsetzung der PPP-RL	VKS-IST Tatsächliche Besetzung in VKS	Davon Anrechnung aus anderen Berufsgruppen in VKS	Davon externes Personal in VKS	Umsetzungsgrad der PPP-RL (VKS-IST / VKS-Mind)	Mindestanforderung erfüllt: Ja / Nein
Ärzte gesamt						
Davon Fachärzte						
Davon Fachärzte mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie						
Pflegepersonal und Erziehungsdienst						
Davon Pflegefachkräfte						
Davon psychiatrische Fachpfleger						
Davon Erziehungsdienst						
Diplom und Master- Psychologen gesamt						
Davon approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten						
Davon in Ausbildung zum PT						
Davon psycholog. PT im Praktikum						
Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten						
Davon Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten						
Physiotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten						
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen						
Davon Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten						
Sprachheiltherapeuten, Logopäden						

PPP-RL FÜR JEDE STATION DER KJP MONATLICH AUSFÜLLEN**9. Vollkräftestunden für eine vollständige Umsetzung der PPP-RL im Tagdienst Kinder- und Jugendpsychiatrie - Anrechnungen**

Standort: _____ Station: _____ Lfd. Nr. _____ Kalendermonat: _____ Jahr _____

Bei der Anrechnung von Personal in Tabelle 7 (Eintrag in Spalten 4 bis 5) sind diese Vollkräftestunden in der folgenden Tabelle zu erläutern.

Anrechnungstatbestand (siehe Tabelle 7 Spalten 4 bis 5)	Tatsächliche Berufsgruppe der angerechneten Fachkraft	Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgt	Angerechnete Tätigkeiten in VKS	Erläuterung ¹¹

¹¹ In den Erläuterungen sind die betroffenen Regelaufgaben nach Anlage 5 aufzuführen.

PPP-RL FÜR JEDE MELDUNG / NACHWEIS / STRUKTURABFRAGE GESONDERT AUSFÜLLEN

Unterschriften

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt.

Name

Datum

Unterschrift

Ärztliche Leitung

Ärztliche Leitung

Pflegedirektion

Geschäftsführung/
Verwaltungsdirektion

[GKV-SV/PatV:] **Anlage 4: Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung**

Nicht umfasste Tätigkeiten

Beim Nachweis der tatsächlichen Personalausstattung nach § 14/§ 16 sind die von Fachkräften des Krankenhauses erbrachten Tätigkeiten gemäß § 4 umfasst. Nicht umfasst sind Tätigkeiten in der vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V, im psychiatrischen Konsiliardienst für andere nicht-psychiatrische Fachabteilungen, in der ambulanten Versorgung einer psychiatrischen Institutsambulanz oder einem Medizinischen Versorgungszentrum, in der Forensik, in der medizinischen Rehabilitation, in Forschung und Lehre, in Krankenpflegeschulen, in der ambulanten Soziotherapie gemäß § 37a SGB V oder in anderen, nicht der vollstationären teilstationären und stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung unterliegenden Leistungsbereichen des Krankenhauses.

Ersetzungen und Anrechnungen

- (1) Sind Fachkräfte des Krankenhauses auch in anderen Bereichen gemäß Absatz 2 tätig oder erbringen andere nicht von § 4 umfasste Tätigkeiten kann eine Berücksichtigung nur dann erfolgen, wenn eine sachgerechte und nachprüfbare Abgrenzung der Arbeitszeit vorgenommen wird.
- (2) Bei der tatsächlichen Personalausstattung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, entsprechend dem in § 17 Absatz 2 BfIPG für Krankenhäuser vorgegebenen Verhältnis anzurechnen. Psychotherapeuten in Ausbildung sind zu berücksichtigen, wenn diese vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufes erhalten.
- (3) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 8 können bei den in § 6 genannten Berufsgruppen Tätigkeiten von Fachkräften aus anderen Berufsgruppen berücksichtigt werden, soweit deren Tätigkeiten den Regelaufgaben im Sinne der in der Anlage 5 dargestellten Tätigkeiten entsprechen, bei der die Anrechnung erfolgen soll. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen, die in § 6 genannt werden, möglich: zwischen a und c und zwischen b, d, e, f und g. Die Umfänge der angerechneten VKS sind im Nachweis gesondert auszuweisen und zu begründen.
- (4) Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 8 können Tätigkeiten von Fachkräften der in § 6 genannten Berufsgruppen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus berücksichtigt werden, soweit deren Tätigkeiten den Regelaufgaben in der Anlage 5 entsprechen. Die Umfänge der angerechneten VKS sind im Nachweis gesondert auszuweisen.

[DKG/GKV-SV:] Anlage 4/5: Regelaufgaben

1. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) - Erwachsenenpsychiatrie

Regelaufgaben Ärzte und Oberärzte

a) Regelaufgaben Ärzte im Stationsdienst

1. Medizinisch-psychiatrische Grundversorgung

- Psychiatrische Anamnese und Befunderhebung, körperliche Untersuchung, Fremdanamnese, Therapieplan, Dokumentation der Erstaufnahme
- Visiten, Verlaufsuntersuchungen, Befundauswertung, Medikationskontrolle und medizinische Behandlung
- Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Arztbrief
- Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team
- Teilnahme an Oberarztvisite/Kurvervisite

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppentherapie

- Gruppentherapie
- Teilnahme an Stationsversammlungen
- Angehörigengruppen auf der Station

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Ärzte-/Psychologenkonferenzen
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen
- Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung, Supervision, Balintgruppen
- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)

b) Regelaufgaben Oberärzte

1. Stationsbezogene Tätigkeiten

- Nachexploration
- Oberarztvisiten/Kurvervisiten
- Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team
- Akten- und Dokumentationskontrolle
- Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)

2. Stationsübergreifende Tätigkeiten

- Teilnahme an Ärzte-/Psychologiekonferenzen

- Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordinierung
- Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Weiterbildung
- Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden
- Verwaltungsaufgaben

3. Außenkontakte

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

c) Regelaufgaben Pflegepersonal

1. Allgemeine Pflege

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

2. Spezielle Pflege

2.1 Somatische Pflege

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

2.2 Psychiatrische Pflege

2.2.1 Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung

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

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

2.2.2 Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

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

2.3 Visiten des Arztes

- Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung

3. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

3.1 Therapie- und Arbeitsbesprechungen

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

3.2. Stationsorganisation

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

d) Regelaufgaben Diplom-Psychologen [GKV-SV: , Master-Psychologen, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (nur KJP)]

1. Klinisch-psychologische Grundversorgung

- Mitwirkung bei Anamnese und Befunderhebung (insbesondere Testdiagnostik und handlungsorientierte Diagnostik) sowie bei der Therapieplanung
- Verlaufskontrolle, Teilnahme an Visiten
- Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Berichte
- Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team
- Teilnahme Oberarztvisite/Kurvenvisite

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Einzelgespräche, Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme
- Krisenintervention
- Familiengespräche/Familientherapie
- Patientenbezogene Zusammenarbeit mit Stellen außerhalb des Krankenhauses, Rehabilitations- und Nachsorgeplanung

3. Gruppentherapie

- Gruppentherapie, einschließlich spezieller Therapie- und Trainingsprogramme
- Teilnahme an Stationsversammlungen
- Angehörigengruppen auf der Station

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Ärzte-/Psychologenkonferenzen
- Teilnahme an Therapiekonferenzen
- Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen
- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)

e) Regelaufgaben Ergotherapeuten [GKV-SV: , Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten]

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

f) Regelaufgaben Bewegungstherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- individuelle Krankengymnastik und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen
- Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Gruppengymnastik und Sporttherapie
- Bewegungstherapie
- Entspannungsübungen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

g) Regelaufgaben Sozialarbeiter und Sozialpädagogen

1. Sozialpädagogische Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung und sozialpädagogische Behandlung

- Sozialtherapeutisches Kompetenztraining
- Sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung im Wohnbereich sowie im familiären und gesellschaftlichen Leben einschließlich Haus- und Nachbarschaftsbesuche
- Hilfe zur Wiedereingliederung im Arbeitsbereich einschließlich der notwendigen Außenaktivitäten
- Familienberatung und Mitwirkung an Familientherapien

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

2. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Kinder- und Jugendpsychiatrie

Regelaufgaben Ärzte und Oberärzte

a) Regelaufgaben Ärzte im Stationsdienst

1. Kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung

- Kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung und Befunderhebung unter Einschaltung der Bezugspersonen (Familien-, Entwicklungs- und Erkrankungsanamnese), körperlich-neurologische Untersuchung, funktionelle Entwicklungsdiagnostik, Therapieplan, Dokumentation der Erstaufnahme
- Durchführung von orientierenden Leistungstests, Bewertung weiterer testpsychologischer Untersuchungsbefunde (Entwicklungstests, Persönlichkeitstests, projektive Tests)

- Visiten, Verlaufsuntersuchungen, Befundauswertung, Medikationskontrolle und medizinische Behandlung
- Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Arztbrief
- Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team, Beratung bei der Pflegeplanung
- Teilnahme an Oberarztvisite/Kurvervisite

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Einzelgespräche / Einzelpsychotherapie
- Krisenintervention
- Anleitung der Bezugspersonen des Kindes/ Jugendlichen, Familientherapie
- Zusammenarbeit mit außerklinischen Einrichtungen wie Kindergarten, externer Schule, Arbeitsamt, Jugendamt, Erziehungsberatungsstelle, schulpсихологическом Dienst, Sozialamt, Gesundheitsamt, niedergelassenem Therapeuten, Heim etc., Nachsorgeplanung
- Maßnahmen im Zusammenhang mit Unterbringungsverfahren einschließlich gutachterliche Stellungnahmen

3. Gruppentherapie

- Gruppentherapie
- Teilnahme an Stationsversammlungen
- Eltern- bzw. Angehörigengruppen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Ärzte-/Psychologenkonferenzen
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen
- Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung, Supervision, Balintgruppen
- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfegruppen)

b) Regelaufgaben der Oberärzte

1. Stationsbezogene Tätigkeiten

- Nachexploration
- Oberarztvisiten / Kurvervisiten
- Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechung im Team
- Akten- und Dokumentationskontrolle
- Beteiligung an Therapien (Einzel, Familie, Gruppe)

2. Stationsübergreifende Tätigkeiten

- Teilnahme an Ärzte- / Psychologenkonferenzen
- Teilnahme an Leitungsbesprechungen, interne Koordinierung
- Teilnahme an Fortbildung und Durchführung von Weiterbildung
- Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden
- Verwaltungsaufgaben

3. Außenkontakte

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

c) Regelaufgaben des Pflege- und Erziehungsdienstes

1. Allgemeine Pflege und Betreuung

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

2. Spezielle Pflege

2.1 Somatische Pflege

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

2.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Pflege

2.2.1 Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung

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

2.2.2 Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung

- Durchführung von Stations- / Gruppenversammlungen, themenzentrierte Gespräche
- Training lebenspraktischer Fähigkeiten, Gesundheitserziehung und Selbständigkeitstraining; gruppenpädagogische Aktivitäten inner- und außerhalb der Station, Projektarbeit, Belastbarkeitstraining

- Anleitung, Mitwirkung und Aufsicht bei kreativen Freizeitaktivitäten; Beobachtung gruppenspezifischer Prozesse
- Mitwirkung in speziellen Therapiegruppen (z.B. Rollenspiele, Sicherheitstraining, Problemlösegruppen, Bewegungs- und Beschäftigungstherapie)
- Mitwirkung bei Elterngruppen

2.3. Visiten des Arztes

- Vorbereitung, Teilnahme, Ausarbeitung, Kurvenvisite, Dokumentation

3. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

3.1. Therapie- und Arbeitsbesprechungen

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

3.2. Stationsorganisation

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

d) Regelaufgaben der Psychologen [GKV-SV: , Master-Psychologen, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten]

1. Klinisch-psychologische Grundversorgung

- Mitwirkung bei Anamnese und Befunderhebung (insbesondere Testdiagnostik und handlungsorientierte Diagnostik) unter Berücksichtigung familienpsychologischer und entwicklungspsychologischer Zusammenhänge sowie bei der Therapieplanung
- Verlaufskontrolle, Teilnahme an Visiten
- Dokumentation des Verlaufs, Aktenführung, Berichte
- Teilnahme an täglichen Verlaufsbesprechungen im Team
- Teilnahme Oberarztvisite/Kurvenvisite

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Einzelgespräche, Einzelpsychotherapie, neuropsychologische Behandlung, einschließlich therapiebegleitende Diagnostik und Modifikation der Therapiemaßnahmen
- Krisenintervention
- Anleitung der Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen, Familientherapie
- Patientenbezogene Zusammenarbeit mit Stellen außerhalb des Krankenhauses, Rehabilitations- und Nachsorgeplanung

3. Gruppentherapie

- Gruppentherapie, einschließlich spezieller Therapie- und Trainingsprogramme
- Teilnahme an Stationsversammlungen
- Eltern- bzw. Angehörigengruppe

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Teilnahme an den Ärzte-/Psychologenkongressen

- Teilnahme an Therapiekonferenzen
- Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an hausinternen Maßnahmen zur Fort- und Weiterbildung einschließlich Supervision, Balintgruppen
- Teilnahme an Außenkontakten (ambulante und komplementäre Dienste, Selbsthilfe- und Angehörigengruppen)

e) Regelaufgaben der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Ergotherapeuten) [GKV-SV: Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten]

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Beeinflussung emotionaler Probleme mittels kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie
- Funktionelle Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training neurophysiologisch orientierte Behandlung von Leistungsdefiziten
- Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

f) Regelaufgaben der Bewegungstherapeuten

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

g) Regelaufgaben der Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Heilpädagogen

1. Grundversorgung

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

2. Einzelfallbezogene Beratung und Behandlung

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

3. Gruppenbezogene Behandlung

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

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

h) Regelaufgaben Sprachtherapeuten und Logopäden

1. Grundversorgung

- Fachspezifische Ergänzung der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik, Planung von Behandlungsmaßnahmen
- Dokumentation

2. Einzelfallbezogene und kleingruppenbezogene Behandlung

- Akute Wahrnehmungsförderung
- Förderung der Sprechmotorik, Lautanbahnung und Artikulationstraining
- Begriffsbildung, Aufbau von aktivem und passivem Wortschatz sowie grammatikalischer und syntaktischer Modelle

3. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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

[DKG: 3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

a) Regelaufgaben von Ärzten und Psychologen

Aufgaben innerhalb der stationären Einheit

- Somatische Aufnahmeuntersuchung
- Anamnese/Erstgespräch (u.U. in 2 bis 3 Terminen)
- somatische Verlaufs- und Abschlussuntersuchung
- Gruppentherapie
- Gruppennachbesprechung
- Einzeltherapie (berechnet werden je Pat. 2 Einzelgespräche/Woche, die sich auf 3 oder mehrere kürzere Termine verteilen können)
- Dokumentation der Einzel- und Gruppentherapie, Bearbeitung von Berichten, Kassenanfragen, Telefonate etc.
- Patientenbezogene Teamkonferenzen
- Supervision
- Stationsvisite
- Paar- und Familiengespräche
- Krisenintervention
- Stationsversammlung
- Organisationskonferenzen bzw. institutionalisierte Veranstaltungen mit vergleichbaren Funktionen
- Fort- und Weiterbildung (Psychotherapie)
- Unvorhergesehenes, informelle Kontakte etc.
- Organisationskonferenzen bzw. institutionalisierte Veranstaltungen mit vergleichbaren Funktionen
- Teamkonferenzen
- Stationsvisite
- Weiterbildung „Psychotherapie“

b) Regelaufgaben der Pflegekräfte

Aufgaben innerhalb der stationären Einheit

A Allgemeine Pflege:

- Pflegedokumentation
- Somatische Kontrolle (= somatische Grundversorgung; s.u.)
- Anleitung zur Eigenhygiene/Körperpflege
- Sicherung der Nahrungsaufnahme
- Zimmerhygiene (Anleitung)

B 1 Spezielle Pflege in der Somatik

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

- Mitwirkung bei Notfallversorgung

B 2 Spezielle Pflege in der Psychotherapie:

bezogen auf den einzeltherapeutischen Prozess:

- Einzelgespräche (Schwestern-Visiten)
- Aufnahmegespräch
- Tagesplanung
- Therapieabgabe/Tagesrückmeldung
- Sozialanamnese
- Krisenintervention
- Angehörigengespräche

bezogen auf den gruppentherapeutischen Prozess:

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

C mittelbare, patientenbezogene Tätigkeiten:

- Stationsorganisation

Dienstplangestaltung

Koordination der Arbeitsabläufe

Bevorratung von Medikamenten, Verbandsmaterial, etc.

- Besprechungen:

Patientenbezogene Teambesprechungen

Hausinterne Fort- und Weiterbildung

Balintgruppe

Visitennachbesprechungen/Übergaben

(2 Schwestern jeweils 3x/Tag 30 Min.)

Anleitung - Unterweisungs- und Beratungsaufgaben bei Mitarbeitern

Administration/Verwaltung

Koordination mit Küchenangestellten auf der Station

c) Regelaufgaben der Sozialarbeiter

Aufgaben auf der stationären Einheit

- Sozialanamnese bei Aufnahme
- Planung der Entlassung
- Einzelgespräche (angenommen werden für die Hälfte der Pat. 6 Gespräche bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 12 Wochen)
- Exkursionen (angenommen werden 4 halbtägige Exkursionen mit Patienten in 12 Wochen)
- Gespräche mit Angehörigen/Ämtern etc.
- Patientenbezogene Teamkonferenzen
- Organisationskonferenzen o.ä.
- Unvorhergesehenes, informelle Kontakte
- Dokumentation/Briefe etc.

d) Regelaufgaben der Spezialtherapeuten

- Gestaltungstherapie
- Konzentrierte Bewegungstherapie
- Musiktherapie/oder Möglichkeiten zur zusätzlichen Einzeltherapie in einer der genannten Spezialtherapien]

“

II. Die Richtlinie tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

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

Berlin, den 19. September 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

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

Entwurf, Stand: 16.05.2019 (nach AG-Sitzung)

Hinweise:

- Grau hinterlegte Textpassagen müssen im Nachgang zur Sitzung ggf. angepasst oder entfernt werden.
- Dissente Punkte sind **gelb markiert**.
- Redaktionelle Anpassungen (auch interner Querverweise) erfolgen nach Einleitung des Stel-
lungnahmeverfahrens.

Vom 19. September 2019

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Zu den Regelungen im Einzelnen	5
2.1.1	Anlagen	51
3.	Bürokratiekostenermittlung	65
4.	Verfahrensablauf	65
5.	Fazit	65
6.	Ggf. Literaturverzeichnis.....	66
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	66

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) und ist vom G-BA erstmals bis zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 1. Januar 2020 zu beschließen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der Gesetzgeber hat in § 136a Absatz 2 SGB V den G-BA damit beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal festzulegen. Diese Mindestvorgaben sind erforderlich, da ab dem 1. Januar 2020 die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) außer Kraft treten.

Der Gesetzgeber hat dem G-BA für die neue Richtlinie zur Personalausstattung klare Rahmenbedingungen gesetzt:

Laut Gesetzesbegründung stellt die therapeutische Behandlung einen besonders personalintensiven Bereich dar; die Versorgungsqualität hinge hier in besonderem Maße von der Anzahl und der Qualifikation des Personals ab. Insofern „wird mit der Einführung von verbindlichen Mindestvorgaben der Umfang des Personals beschrieben, der nicht unterschritten werden darf. Diese Mindestvorgaben werden daher als Mindestanforderungen der Strukturqualität für die gesamte psychiatrische und psychosomatische Versorgung eingeführt“ (Quelle: SGB V Handbuch – Sozialgesetzbuch V Krankenversicherung, S. 325, 22. Auflage Hrsg. und Verlag: KKF Verlag Altötting).

Damit ist das Ziel dieser Richtlinie, Mindestanforderungen der Strukturqualität – hier die Personalausstattung - im G-BA-Kontext zum Zwecke der Qualitätssicherung festzulegen, nicht aber Personalanzahlzahlen zum Zwecke der Budgetfindung auf Ortsebene.

GKV-SV/PatV:

Dieser unterschiedliche Regelungskontext erklärt die Unterschiede in der Art und der Höhe der Personalvorgaben, bei den Nachweisen und den Konsequenzen zwischen der Psychiatrie-Personalverordnung und den Vorgaben dieser Richtlinie. So ist nach § 137 Absatz 1 SGB V und QFD-RL des G-BA die Folge der Nichterfüllung von G-BA-Mindestanforderungen der Vergütungsausschluss – im Unterschied zu einer Rückzahlungsverpflichtung für vereinbarte aber nicht besetzte Stellen. Die Erfüllung von Mindestanforderungen ist im Sinne der Patientensicherheit die Voraussetzung dafür, Patienten behandeln zu können und folglich dafür eine Vergütung beanspruchen zu können.

GKV-SV/PatV/DKG/DPR:

Der Gesetzgeber hat außerdem vorgegeben, dass die Mindestvorgaben möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen sollen. Auch nach § 5 Absatz 2 der Verfahrensordnung des G-BA ist der G-BA gehalten, in seinen Beratungsverfahren den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin zu ermitteln.

Die diesbezüglichen Recherchen und Befragungen des G-BA ergaben, dass eine evidenzbasierte Ableitung und Erarbeitung von Personalstandards für Psychiatrie und Psychosomatik auf dem derzeitigen Stand des Fachwissens nicht möglich ist. Auch international wurden keine evidenzbasierten oder national umgesetzten Vorgaben, Standards oder Empfehlungen zur

Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik gefunden, die für eine Anwendung im deutschen Gesundheitssystem geeignet sind.

Zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie gab der G-BA daraufhin erstens eine empirische Studie zur Personalausstattung in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik in Deutschland in Auftrag. Zweitens führte der G-BA acht Fachexpertengespräche durch. Sieben davon zu den in Psychiatrie und Psychosomatik geltenden S3-Leitlinien und ein weiteres übergeordnetes Fachgespräch unter der übergeordneten Fragestellung welche Personalausstattung für deren Umsetzung erforderlich ist. Parallel dazu wurden aus allen betroffenen S 3-Leitlinien die personalbezogenen Inhalte extrahiert, d. h. nach Empfehlungen zu Umfang, Intensität sowie notwendigem Personal für die Umsetzung von empfohlenen Maßnahmen gesucht.

Die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik stehen derzeit nicht zur Verfügung.

Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienextraktionen und Fachexpertengespräche zu den Aufwänden einer leitliniengerechten Behandlung ergaben [in weiten Teilen PatV: teilweise] unspezifische und heterogene Ergebnisse, [GKV-SV/DKG: die keine evidenzbasierte Ableitung von konkreten Personalzahlen ermöglichen, aber Hinweise auf die Bereiche geben, in denen es Änderungsbedarf gibt].

Der G-BA ist deshalb zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt und sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat. Deshalb orientiert sich diese Richtlinie an den Vorgaben der Psych-PV und sieht sich damit im Einklang mit dem Gesetzgeber, der in der Gesetzesbegründung zum § 136a Absatz 2 SGB V schreibt, dass „der G-BA die bisherigen Vorgaben der Psych-PV zur Orientierung heranzuziehen hat“ (SGB V Handbuch – Sozialgesetzbuch V Krankenversicherung, S. 326, 22. Auflage, KKF Verlag Altötting). Dabei ist zu beachten, dass es sich bei den Vorgaben der Psych-PV um Anhaltszahlen zum Zwecke der Budgetfindung handelt, die PPP-RL des G-BA jedoch Mindestvorgaben vorschreiben muss, deren Einhaltung zu gewährleisten ist. [GKV-SV/PatV: Diese Mindestvorgaben dürfen nicht unterschritten werden.]

[GKV-SV:

Die angepassten Minutenwerte der Psych-PV pro Woche und Berufsgruppe für den Patienten in den einzelnen Behandlungsbereichen werden zu den neuen Mindestvorgaben dieser Richtlinie. Damit erhöht sich über alle Berufsgruppen hinweg gleichermaßen die notwendige Personalausstattung zur Sicherstellung der Mindestvorgaben. Die bisherigen Psych-PV-Nachweise haben allerdings gezeigt, dass 47 Prozent der Krankenhäuser zurzeit die Anhaltszahlen der Psych-PV nicht erfüllen. Damit dies in der Praxis nicht möglicherweise dazu führt, dass die Mindestvorgaben nicht eingehalten werden, die Leistungen nicht vergütet und Patienten nicht behandelt werden, wird eine Übergangszeit von vier Jahren vorgesehen, in der die Krankenhäuser zunächst 90 und dann 95 Prozent der Psych erfüllen müssen, um den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, ihre Personalmenge an die verbindliche Mindestpersonalausstattung von 100 Prozent Psych-PV anzupassen. Eine Mindestpersonalausstattung dagegen, die sich in den nächsten fünf Jahren weit unterhalb der Psych-PV-Werte bewegt, ist 30 Jahre nach der Einführung der verbindlichen Psych-PV-Werte weder der Öffentlichkeit noch der Fachwelt vermittelbar.

Die Herstellung von Transparenz über die Personalausstattung ist darüber hinaus eine notwendige Bedingung für die Sicherung der Strukturqualität. Deshalb müssen die Einrichtungen insbesondere ihre tatsächliche Personalausstattung und die Erfüllung die Mindestvorgaben jährlich gegenüber dem G-BA und den Krankenkassen nachweisen. Die Nachweise sind von der Einrichtung stations- und monatsbezogen zu führen.

Die Richtlinie kann künftig - um auf die jeweils aktuelle Versorgungssituation zu reagieren - schrittweise alle zwei Jahre angepasst werden, u. a. auf der Basis empirischer Daten, wie sie die Nachweise liefern, oder aktueller evidenzbasierter Studien.]

Andere Modelle (u. a. Plattform-Modell, Setting-Modell, PEPP-basiertes Modell) zur Ermittlung von Personalvorgaben oder Mindestpersonalvorgaben in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik wurden ebenfalls vom G-BA geprüft. Keines der geprüften Modelle hatte hinreichenden Reifegrad erlangt. Keines der Modelle war in der Praxis erprobt – Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen lagen nicht vor – so dass eine jetzige Einführung nicht in Frage kommt.

Der Gesetzgeber hat darüber hinaus den G-BA beauftragt, Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen zu bestimmen und den medizinischen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Das Plenum hat entsprechend am 18. April 2019 den Kreis der stellungnahmeberechtigten Organisationen festgelegt und der Unterausschuss Qualitätssicherung am 8. Mai 2019 das Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

2.1 Zu den Regelungen im Einzelnen

§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich

DKG	GKV-SV/PatV	BPtK
<p>Zu Absatz 1 und 2:</p> <p>Auf der Grundlage des § 136a Absatz 2 Satz 2 SGB V regelt die vorliegende Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) verbindliche Mindestvorgaben für die Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik. Mit dieser Richtlinie wird das Ziel verfolgt, die Strukturqualität bei Wegfall der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zu sichern und darüber hinaus gemäß § 136a Absatz 2 Satz 3 zu einer leitliniengerechten Behandlung beizutragen. Die Richtlinie verfolgt zudem das Ziel, Mindestvorgaben für die Personalausstattung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen festzulegen, die den Besonderheiten, die sich aus den altersabhängigen Anforderungen, die sich bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben, Rechnung trägt.</p> <p>Zudem soll mit dieser Richtlinie Transparenz über die gemäß dieser Richtlinie erforderliche und die tatsächliche Personalausstattung gewährleistet werden.</p>	<p>Zu Absatz 1 und 2:</p> <p>Gemäß § 137 Absatz 1 SGB V ist der G-BA beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal festzulegen. Zu den Einrichtungen der Psychiatrie gehören die Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie.</p> <p>Mit der Festlegung verbindlicher Mindestvorgaben wird das Ziel verfolgt, die Strukturqualität bei Wegfall der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) ab dem Jahr 2020 zu sichern und Transparenz über die erforderliche und die tatsächlich vorhandene Personalausstattung differenziert nach Berufsgruppen herzustellen.</p> <p>Die Herstellung von Transparenz über die Personalausstattung ist eine notwendige Bedingung für die Sicherung der Strukturqualität. Die in den Richtlinien und Beschlüssen des G-BA verpflichtend vorgesehenen Strukturabfragen und Nachweispflichten sollen im Sinne der Patientensicherheit Transparenz und Klarheit herstellen. Die Richtlinie verfolgt zudem das Ziel, Mindestvorgaben für die Personalausstattung der Kinder- und</p>	<p>Zu Absatz 1:</p> <p>Die Entwicklung von fachlich angemessenen Personalanforderungen für psychosomatische Einrichtungen unter Einbezug der Ergebnisse der Fachexpertengespräche und der Studie PPP erfordert eine ausführliche Beschäftigung mit diesem Gegenstandsbereich, die nicht mehr fristgerecht erfolgen kann. Die Festlegung von Mindestanforderungen für die Psychosomatik wird deshalb erst in Stufe 2 (siehe § 13 der Richtlinie) erfolgen. Die Versorgungsqualität in den psychosomatischen Einrichtungen ist – auch unter Einbezug der vorläufigen Ergebnisse der Studie PPP (Projektleitung: Prof. H.-U. Wittchen) – als besser hinsichtlich der Realisierung einer leitliniengerechten Versorgung zu bewerten als in den psychiatrischen Einrichtungen, so dass auch aus Patientensicht eine Verschiebung in Stufe 2 gerechtfertigt werden kann.</p> <p>Zu Absatz 2:</p> <p>Die Nennung von Patienten und Einweisern als eine Gruppe von Personen für die Transparenz herzustellen ist, soll deutlich machen, dass die Darstellung in den Qualitätsberichten so auszugestaltet ist, dass insbesondere auch Patienten</p>

	<p>Jugendpsychiatrischen Einrichtungen festzulegen, und dabei die besonderen, die sich aus den altersabhängigen Anforderungen, die sich bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben, zu berücksichtigen.</p>	<p>und Einweiser für sie aussagekräftige Informationen zur Personalausstattung durch die Qualitätsberichte erhalten</p>
--	--	---

Zu Absatz 3:

DKG/DPR/BPtK/LV	GKV-SV
<p>Diese Richtlinie verfolgt das Ziel, einen Übergang von dem Außerkrafttreten der Psychiatrie Personalverordnung von 1990 zu dem Inkrafttreten eines zukunftsorientierten Modells zur Ausgestaltung von Personalvorgaben, welches in einer zweiten Stufe vorgesehen ist, zu gestalten. Da ein solches Modell noch zu entwickeln und auf seine Auswirkungen zu bewerten ist, werden vorerst für die psychiatrischen Einrichtungen die Psych-PV von 1990 und für die psychosomatischen Einrichtungen die Personalanhaltszahlen von Heuft von 1999 für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung zugrunde gelegt.</p> <p>Die Psych-PV wurde bis zum 31. Dezember 2019 von den Einrichtungen der Psychiatrie als Personalbemessungsinstrument verwendet. Die Personalanhaltszahlen von Heuft waren zwar nicht verbindlich. Dennoch wurden sie häufig als Grundlage zur Personalbemessung in Einrichtungen der Psychosomatik angewendet.</p> <p>Knapp 30 Jahre nach der Entwicklung dieser Personalvorgaben, liegen deutliche Hinweise auf höhere Personalbedarfe im Sinne einer Personalbemessung vor. Die Minutenwerte der einzelnen Tätigkeiten, die Aufgabenprofile der einzelnen Berufsgruppen, wie auch die aufgeführten Berufsgruppen selbst und die Behandlungsbereiche stimmen nicht mehr mit der aktuellen Versorgungssituation in Deutschland überein, so dass dringender Überarbeitungsbedarf der Psych-PV besteht.</p>	<p>Darüber hinaus verpflichtet sich der G-BA Beratungen über die Entwicklung eines zukunftsorientierten Modells zur Ausgestaltung der Mindestpersonalvorgaben aufzunehmen.</p> <p>Der vorliegende Richtlinienentwurf orientiert sich an der Psych-PV. Die angepassten Minutenwerte der Psych-PV pro Woche und Berufsgruppe für den Patienten in den einzelnen Behandlungsbereichen werden zu den neuen Mindestvorgaben dieser Richtlinie. Damit erhöht sich über alle Berufsgruppen hinweg gleichermaßen die notwendige Personalausstattung zur Sicherstellung der Mindestvorgaben. Die bisherigen Psych-PV-Nachweise haben allerdings gezeigt, dass 47 Prozent der Krankenhäuser zurzeit die Anhaltszahlen der Psych-PV nicht erfüllen. Damit dies in der Praxis nicht möglicherweise dazu führt, dass die Mindestvorgaben nicht eingehalten werden, die Leistungen nicht vergütet und Patienten nicht behandelt werden, wird eine Übergangszeit von vier Jahren vorgesehen, in der die Krankenhäuser zunächst 90 und dann 95 Prozent der Mindestvorgabe erfüllen müssen, um den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, ihre Personalmenge an die verbindliche Mindestpersonalausstattung von 100 Prozent Psych-PV anzupassen. Eine Mindestpersonalausstattung dagegen, die sich in den nächsten fünf Jahren weit unterhalb der Psych-PV-Werte bewegt, ist 30 Jahre nach der Einführung der verbindlichen Psych-PV-Werte weder der Öffentlichkeit noch der Fachwelt vermittelbar.</p> <p>Zur Weiterentwicklung der Richtlinie und zur Sicherung der Strukturqualität ist die Herstellung von Transparenz über die Personalausstattung eine notwendige Bedingung. Deshalb müssen die Einrichtungen insbesondere ihre</p>

Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Fachexpertengespräche zu den konkreten Aufwänden einer leitliniengerechten Behandlung ergaben Ergebnisse, die eine Ableitung einer konkreten quantifizierten Personalausstattung - wenn überhaupt - nur punktuell zulassen.

Zusätzlich sind die Ergebnisse der vom G-BA zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht verwendbar.

Da die Entwicklung eines neuen Modells bis zum Inkrafttreten dieser Richtlinie nicht erreicht werden konnte, verfolgt diese Richtlinie zunächst das Ziel, den Übergang in eine neue Systematik für die Ausgestaltung von Personalvorgaben zu gestalten.

Die Psychiatrie-Personalverordnung ist der einzige existierende Standard, der empirisch hergeleitete konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt und sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat. Deshalb hat sich diese Richtlinie in einem ersten Schritt pragmatisch an der Psych-PV orientiert, so wie es auch der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung zum § 136a Absatz 2 SGB V vorgegeben hat. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der Psych-PV um ein Budgetfindungsinstrument auf Basis von Personalanzahlzahlen handelte. Diese Richtlinie jedoch hat Mindestpersonalvorgaben zu definieren, die nicht unterschritten werden dürfen. Bei Nichteinhaltung drohen den Einrichtungen gravierende Durchsetzungsmaßnahmen.

Die Erkenntnisse aus Evidenzrecherchen, Fachgesprächen und ersten Ergebnissen aus der Studie PPP lassen den Bedarf einer umfassenden und zukunftsorientierten Überarbeitung der Systematik der Psych-PV erkennen. Die erste Stufe mit einer Orientierung an der Psych-PV stellt dementsprechend nur eine Übergangslösung von 2020 bis 2024 dar.

Ein neues Modell sollte zukünftig eine Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Patientenaufwänden und ggf. den verschiedenen Settings ermöglichen und sowohl für ein Personalbemessungsinstrument als auch für die vom Gesetzgeber geforderte Definition von Mindestpersonalvorgaben geeignet sein. Dieses Modell muss in der Praxis auf seine Machbarkeit und

tatsächliche Personalausstattung und die Erfüllung der Mindestvorgaben jährlich gegenüber dem G-BA und den Krankenkassen nachweisen. Die Nachweise sind von der Einrichtung stations- und monatsbezogen zu führen.

Die Richtlinie kann künftig – um auf die jeweils aktuelle Versorgungssituation zu reagieren – schrittweise alle zwei Jahre angepasst werden, u. a. auf der Basis empirischer Daten, wie sie die Nachweise liefern, oder aktueller evidenzbasierter Studien.

Der vorliegende Richtlinien-Entwurf schließt nicht aus, dass sich aus fachlichen Gründen künftig ein neues Modell aus einer umfassenden und zukunftsorientierten Überarbeitung der Systematik der Psych-PV ergeben könnte. Ein solches neues Modell sollte eine Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Patientenaufwänden und ggf. den verschiedenen Settings ermöglichen.

seine Folgen untersucht werden, bevor es bundesweit Anwendung finden kann.

§ 2 Grundsätze

DKG	GKV-SV/PatV/DPR	DPR
<p>Zu Absatz 1:</p> <p>In dieser Richtlinie werden Mindestvorgaben festgelegt, die sowohl von einem Personalbemessungsstandard, als auch von Personaluntergrenzen abzugrenzen sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personaluntergrenzen sollen Patientensicherheit gewährleisten und liegen damit unterhalb der Mindestvorgaben. 2. Ein Personalbemessungsstandard stellt in einer durchschnittlichen Betrachtung der Einrichtungen leitliniengerechte Versorgung sicher und liegt damit oberhalb einer Mindestvorgabe. 3. Mindestvorgaben leisten gemäß § 2 Absatz 1 einen Beitrag zur leitliniengerechten Behandlung. Da die Mindestvorgaben nicht nur im Durchschnitt aller Einrichtungen, sondern von jeder einzelnen Einrichtung zu erfüllen sind, liegen die Mindestvorgaben zwar über Personaluntergrenzen jedoch auch deutlich unterhalb eines Personalbemessungsstandards. 	<p>Die Grundsätze sind das Rückgrat der Richtlinie. In ihnen wird kurz benannt, was für die Einrichtungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik in dieser Richtlinie geregelt wird.</p> <p>Zu Absatz 1:</p> <p>In Absatz 1 wird zunächst ein höheres Anspruchsniveau als die Mindestvorgabe sichergestellt. Diese Feststellung ist wichtig für die Budgetfindung vor Ort. Wie in den Eckpunkten ausgeführt, handelt es sich bei dieser Richtlinie eben nicht um eine Personalbemessungsgrundlage zur Festlegung einer Anhaltszahl zum Zweck der Budgetfindung, sondern um eine Mindestvorgabe für die Personalausstattung. Diese Mindestvorgabe orientiert sich an den Anhaltswerten der Psychiatrie-Personalverordnung. Sie macht aus den Anhaltswerten der bisherigen Psych-PV (Minutenwerte pro Woche, Behandlungsbereich, Berufsgruppe und Patient) neue Mindestvorgaben, die nicht unterschritten werden dürfen. Damit wird das Personal, das in den Einrichtungen therapeutisch tätig ist, konsequent abgesichert.</p> <p>Zu Absatz 2:</p>	<p>Das Milieu und die Größe psychiatrischer Stationen haben eine Auswirkung auf die Behandlungsqualität. Auch können große Stationen im Bereich der Akutpsychiatrie dazu führen, dass ein Anstieg von Konflikten und daraus resultierenden Eindämmungsmaßnahmen für die Patienten entstehen. Die Behandlung im stationären psychiatrischen / psychosomatischen Setting ist ohne die Berücksichtigung von Milieufaktoren kaum denkbar. Dazu gehören auch sachgerechte Stationsgrößen. Die unterschiedlichen Stationsgrößen berücksichtigen das spezifische Setting. So sollten in der Erwachsenenpsychiatrie 18 Behandlungsplätze pro Station nicht überschritten werden. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind dies zehn Behandlungsplätze und für die Psychosomatik 22 Behandlungsplätze. Die Unterschiede entstehen durch unterschiedliche Patientenbedarfe. In der Erwachsenenpsychiatrie sind crowding Phänomene bekannt. Bei großen Stationen kommt es zu Unruhe und eventuell schwierigen Situationen, die Patienten in schweren psychischen Krisen nur bedingt aushalten können. Bei großen Stationseinheiten kann von signifikant mehr Konflikten ausgegangen werden, die durch kleine Stationseinheiten zu redu-</p>

Diese Differenzierung und die daraus folgende Festlegung der Mindestvorgabe oberhalb einer Personaluntergrenze, aber unterhalb eines Personalbemessungsstandards, ist notwendig um Ineffizienzen in der Personalausstattung von Einrichtungen zu vermeiden. Ohne die klare Trennung der Mindestvorgabe von einem Personalbemessungsstandard würden manche Einrichtungen mehr Personal vorhalten müssen, als für die Umsetzung des therapeutischen Konzepts der Einrichtung erforderlich ist. Zugleich hätten andere Einrichtungen weniger Personal als sie für eine leitliniengerechte Versorgung benötigen.

Die Richtlinie nutzt die Systematik der Psych-PV. Eingedenk der Tatsache, dass die Psych-PV als Personalbemessungsinstrument und gleichzeitig Grundlage zur Budgetfindung war, ist es folgerichtig, die Festlegung einer neuen Mindestvorgabe deutlich unter 100 Prozent Psych-PV-Umsetzung zu setzen. Davon ist unbenommen, dass für eine Sicherstellung leitliniengerechter Behandlung im Sinne einer Personalbemessungsgrundlage die Minutenwerte oder die Anforderungen an den Umsetzungsgrad der Psych-PV höher anzusetzen wären. Eine „veraltete“ Personalbemessung als neue Mindestvorgabe normativ festzulegen, entbehrt jeglicher empirischen Grundlage.

Mit § 2 Absatz 1 wird klargestellt, dass zur Vermeidung von letzterem und zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann.

Absatz 2 stellt klar, dass die Mindestanforderungen an die Personalausstattung von der Einrichtung nicht unterschritten werden dürfen. Um den Schutz und die Sicherheit der Patienten zu gewährleisten, darf ein Krankenhaus nur so viel Patienten behandeln, für die eine Einhaltung der Mindestpersonalvorgaben mit dem tatsächlich zur Verfügung stehenden Personal gewährleistet ist. Damit ist auch eine Behandlung von Patienten der Pflichtversorgung bzw. der gesetzlichen Unterbringung gewährleistet, da diese nur einen Teil der Patienten, die in einer Einrichtung behandelt werden, ausmachen. Zudem ist zuzufügen, dass gerade diese Patienten einer ausreichenden Personalausstattung bedürfen.

Zu Absatz 3:

Die Mindestpersonalausstattung gilt für den Tag- und den Nachtdienst. **[PatV/DPR: keine Übernahme:** Wobei der Nachtdienst in dieser Richtlinie schon definiert ist, die diesbezügliche Personalausstattung aber erst zum 1. Januar 2022 vom G-BA festgelegt wird (siehe Begründung zu § 22 Absatz 4).] Des Weiteren wird hier der Regeldienst mit seinen Tätigkeiten definiert.

Zu Absatz 4:

Grundsätzlich werden die Patienten je nach Art und Schwere ihrer Erkrankung täglich den Behandlungsbereichen zugeordnet, die sich an den Psych-PV-Behandlungsbereichen anlehnen.

zieren sind. Dasselbe gilt für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zehn Behandlungsplätze sollten hier nicht überschritten werden. Gerade Kinder- und Jugendliche benötigen ein besonderes Milieu, in dem Genesung möglich ist und eine Überforderung durch crowding Phänomene vermieden wird. In der Psychosomatik sollten 22 Behandlungsplätze nicht überschritten werden, damit auch hier therapeutische Milieufaktoren wirksam werden können. Die Differenz zwischen Psychiatrie und Psychosomatik entsteht daher, dass Patienten im Kontext der Psychosomatik vielfach eine größere Steuerungsfähigkeit in Stresssituationen zeigen. Personalbemessung braucht einen Kontext, an dem sie festgemacht wird. Personalmindestanforderung zu definieren ohne den Kontext zu bestimmen, wird nicht möglich sein. Die Stationsgrößen sind ein Kontextfaktor, auf die eine Personalbemessung fokussieren kann. Die dargestellten Stationsgrößen entsprechen den Angaben der Fachexperten sowie der aktuellen Studienlage. Auch werden Aspekte der UN Behindertenrechtskonvention und der partizipativen Psychiatrie mit entsprechenden Stationsgrößen unterstützt.

Zu Absatz 2:

Ein Behandlungsausschluss von Patienten ist eine unangemessene und nicht umsetzbare Folge bei Unterschreitung der Mindestvorgabe. In Abgrenzung zu Personaluntergrenzen, deren Unterschreitung die Patientensicherheit gefährdet, leistet die Mindestvorgabe darüber hinaus einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung. Ein Behandlungsausschluss im Rahmen der Versorgungs- und somit Aufnahmeverpflichtung entbehrt jeglicher gesetzlichen Grundlage. Eine dementsprechende Umsetzung ist nicht operationalisierbar.

Zu Absatz 3:

Innerhalb dieser Übergangslösung und im Hinblick auf eine pragmatische Orientierung an der Psych-PV wird die grundsätzliche Systematik der Psych-PV beibehalten und damit Mindestvorgaben für den Tagdienst ausgestaltet. Bereitschaftsdienst, ärztliche Rufbereitschaft und ärztlicher Konsiliardienst sowie Tätigkeiten in Nachtkliniken werden nicht zu den Regelaufgaben gezählt. Diese Tätigkeiten fallen somit nicht in den Regelungsbereich der Mindestvorgabe, sondern sind darüber hinaus innerhalb der Vereinbarungen auf der Ortsebene zu berücksichtigen.

Zu Absatz 4:

Auch die Eingruppierung der Patienten nach Art und Schwere der Erkrankung sowie nach den Behandlungszielen und -mitteln in verschiedene Be-

<p>handlungsbereiche erfolgt in dieser Übergangslösung von 2020 bis 2024 in der Systematik der Psych-PV.</p> <p>Zu Absatz 5:</p> <p>Da mit dieser Richtlinie nur die Übergangsphase in ein neues Modell zur Ausgestaltung der Personalvorgaben gestaltet wird, basieren die Vorgaben zur Mindestpersonalausstattung auf der Personalbedarfsermittlung gemäß Psych-PV. In Anlage 2 werden die Minutenwerte je Patient und Woche aufgeführt. Auch die Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 1 resultieren aus der Psych-PV und sollen weiterhin dem Anwender in der geübten Praxis die Eingruppierung der Patienten erleichtern.</p> <p>Gemäß der Systematik der Psych-PV sind die Mindestvorgaben jahresdurchschnittlich und auf Einrichtungsebene einzuhalten. Der Gesetzgeber hat in § 136a Absatz 2 Satz 2 SGB V verdeutlicht, dass Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen festzulegen sind. Der Einrichtungsbezug ist erforderlich, um den Einrichtungen zu ermöglichen, dass Personal bei gestiegenen Patientenzahlen, einer Veränderung der Patientenbedarfe oder auch Personalausfällen auf bestimmten Stationen, das vorhandene Personal flexibel innerhalb der Einrichtung in Abhängigkeit von dem aktuellen Bedarf der einzelnen Stationen einsetzen zu können. Ebenfalls müssen Einrichtungen die Möglichkeit haben, Schwankungen in der Personalbesetzung, die innerhalb eines Jahres auftreten, und so zu einer zeitweisen Unterwie auch Überschreitung der Mindestpersonalausstattung führen können, auszugleichen.</p>	<p>Zu Absatz 5:</p> <p>Für den Tagdienst werden den Behandlungsbereichen je Berufsgruppe analog der Psych-PV Minutenwerte je Patient und Woche zugeordnet, die kalendermonatlich auf den Stationen einzuhalten sind.</p> <p>Zu Absatz 6:</p> <p>Die Differenzierung des therapeutischen Personals in bestimmte Berufsgruppen z. B. Ärzte, Psychologen, Pflegedienst werden geregelt sowie deren mögliche Ersetzungen untereinander beim zu führenden Nachweis.</p> <p>Zu Absatz 7:</p> <p>Die Einrichtungen müssen die Erfüllung der Mindestvorgaben jährlich gegenüber den Krankenkassen nachweisen. Sie müssen insbesondere die tatsächliche Belegung, d. h. wie viele Patienten an wie vielen Tagen welchen Behandlungsbereichen zugeordnet waren und die sich daraus ergebende Mindestpersonalausstattung pro Station und Berufsgruppe nachweisen. Zusätzlich müssen sie die tatsächliche Personalausstattung pro Station und Berufsgruppe nachweisen. Daraus errechnet sich dann der Umsetzungsgrad. Alle Zahlen beziehen sich auf die einzelnen Kalendermonate.</p> <p>Der Stations- und Monatsbezug gegenüber dem bisher praktizierten Jahres- und Einrichtungsbezug ist aus folgenden Gründen notwendig:</p>	<p style="background-color: yellow; text-align: center;">Vorsitzende des UA QS</p> <p>Zu Absatz 5:</p> <p>Mit der Regelung in Absatz 5 wird klargestellt, dass Ausfallzeiten nicht in den für die Ermittlung des von den Krankenhäusern mindestens vorzuhaltenden Personal entscheidenden Minutenwerten enthalten sind. Demnach hat das Krankenhaus selbst im Rahmen seiner Personalplanung die Zeiten für Aus- und Weiterbildung, Urlaub und krankheitsbedingten Ausfall mit einzu beziehen und eine entsprechende zusätzliche Personalausstattung sicherzustellen. Ohne diese Einbeziehung der Ausfallzeiten und die sich daraus ergebende Personalplanung der Krankenhäuser kann die Mindestvorgabe für die Personalausstattung in der Praxis nicht sichergestellt werden. Die Einstellung von Personal zur Abdeckung der Ausfallzeiten liegt jedoch im Verantwortungsbereich des Krankenhauses. Dies gilt dann aber auch für die entsprechende Geltendmachung der dadurch verursachten Kosten im Rahmen der Verhandlungen mit den Vertragspartner.</p>
--	--	---

Zudem würde eine Abweichung von dieser grundsätzlichen Psych-PV-Systematik (Einrichtungs- und Jahresbezug) eine Auswirkungsanalyse in der Praxis erfordern, da die Folgen und Aufwände für die Kliniken derzeit nicht abschätzbar sind und nicht unerheblich sein dürften.

Zu Absatz 6:

Die Differenzierung des therapeutischen Personals in bestimmte Berufsgruppen wird in § 6 geregelt. Anrechnungsmöglichkeiten untereinander, sowie weiterer Berufsgruppen beim zu führenden Nachweis werden in § 6 Absatz 6 und in § 7 geregelt.

Zu Absatz 7:

Die Einrichtungen müssen die Erfüllung der Mindestvorgaben jährlich gegenüber den Krankenkassen nachweisen. Die Nachweise orientieren sich an der Systematik Psych-PV-Nachweise. Die Nachweise entsprechen dem räumlichen (Einrichtung) und zeitlichen Bezug (Jahresdurchschnitt) der Mindestvorgabe. Eine Abweichung ist aus den in Absatz 5 genannten Gründen und in den Tragenden Gründen zu § 6 Absatz 1 bis 3 sowie im Hinblick auf eine Vermeidung unangemessener Dokumentationsaufwände nicht angezeigt.

Zu Absatz 8:

Die Erfüllung der Anforderungen dieser Richtlinie wird jährlich durch den G-BA erhoben. Basis hierfür stellt eine jährliche Strukturabfrage dar, die den Jahresnachweis beinhaltet.

1. Aus Qualitätsgesichtspunkten ist es relevant, dass das Personal auch dort ankommt, wo es benötigt wird: am Patienten. Dies muss insbesondere bei den besonders vulnerablen Patientengruppen sichergestellt werden. Zu den besonders vulnerablen Patientengruppen zählen Gruppen von Patienten, die erstens gemäß § 1906 BGB wegen Eigen – oder Fremdgefährdung untergebracht sind oder zweitens ihre Angelegenheiten nicht ganz oder teilweise nicht besorgen können, da sie a) aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nach § 1896 BGB unter Betreuung stehen oder b) noch nicht volljährig sind. Solche Gruppen von Patienten sind häufig auf bestimmten Stationen untergebracht: Akutstation, Demenzstation, Kinder- und Jugendstation. Es liegen Hinweise vor, dass gerade hier die Personalausstattung in der Vergangenheit besonders mangelhaft war bzw. nicht eingehalten wurde. So kann ein Haus zwar einrichtungsbezogen eine Personalausstattung über 100 Prozent nachweisen, auf den Akutstationen kann aber trotzdem nur 90 Prozent des erforderlichen Personals anwesend sein. Deshalb ist künftig das Personal auf der jeweiligen Station vorzuhalten und nachzuweisen.
2. Wirksame und verhältnismäßige Konsequenzen setzen außerdem voraus, dass Nichterfüllung örtlich und zeitlich abgegrenzt ist. Wenn die Nichterfüllung auf Station 1 im

	<p>Monat Mai bedeuten würde, dass die Einrichtung dadurch diese Mindestanforderung insgesamt auf das ganze Jahr nicht erfüllt, wäre diese Annahme unverhältnismäßig. Stattdessen muss die Nichterfüllung für einen möglichst kleinen, örtlich begrenzten Raum und eine möglichst kleine Zeiteinheit nachgewiesen werden. Nur daran knüpfen sich dann die Konsequenzen. Praktikabel und sinnvoll erweist sich hier die Station als kleinste organisatorische Einheit und der Kalendermonat als zeitliche Einheit.</p> <p>Zu Absatz 8:</p> <p>Der G-BA erhebt jährlich durch eine Strukturabfrage, in welchem Maße die Anforderungen dieser Richtlinie erfüllt werden. Die Strukturabfrage ist identisch mit dem Nachweis der Einrichtungen.</p> <p>Zu Absatz 9:</p> <p>Die Einrichtungen stellen die Erfüllung der Mindestvorgaben stationsbezogen fest. Dafür wird hier die Definition einer Station vorgegeben.</p>	
--	--	--

[GKV-SV/PatV/BPtK/LV/DPR:] § 3 Definition der Tag- und Nachtdienste

GKV-SV/PatV	DPR
<p>Für den Pflegedienst und die Tageskliniken werden die Behandlungszeiten im Tag- und im Nachtdienst des Krankenhauses angegeben, die grundsätzlich mit der durch die Richtlinie vorgegebenen Personalausstattung abgedeckt werden müssen. Dabei entspricht die Definition der Tagdienste der Regelung aus der Psychiatrie-Personalverordnung (§ 3 Absatz 3 Psych-PV).</p>	<p>Der Tagdienst des Pflegedienstes umfasst 14 Stunden und der Nachtdienst zehn Stunden. An dieser Stelle ist es wichtig, dass Übergabezeiten berücksichtigt werden. Mangelhafte Zeiten für Dienstbesprechungen können zu Gefährdungssituationen führen, die mit einer Berücksichtigung der Übergabezeiten vermieden werden können.</p>

<p>In der Psych-PV wurde die Personalausstattung nur für den Tagdienst geregelt. Die PPP-RL geht hier einen Schritt weiter und wird ab dem 1. Januar 2022 [PatV: 1. Januar 2020] auch Mindestvorgaben für den Nachtdienst treffen. Dafür ist eine Definition der Nachtdienste erforderlich. Die Nachtdienste beziehen sich allein auf das Krankenpflegepersonal. Der Nachtdienst für das Krankenpflegepersonal umfasst zehn Stunden im Zeitraum von 20.00 bis 6:00 Uhr. Bei abweichenden Schichtzeiten, die in bestimmten Einrichtungen vorkommen können, kann das Personal anteilig den Tag- und Nachtdiensten im Sinne dieser Richtlinie zugeordnet werden.</p> <p>Bei Tageskliniken wird von einem Therapieangebot von acht Stunden in der Erwachsenenpsychiatrie und von zehn Stunden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an fünf Wochentagen ausgegangen.</p>	<p>Die Anfangs- und Endzeiten der Tag- und Nachtdienste können aus konzeptionellen Gründen variieren.</p> <p>Für Akutstationen z. B. sind Tagdienstzeiten bis 22 Uhr sinnvoll, weil die Spätdienstbesetzung in der Regel deutlich besser ist als die zu den Nachtdienstzeiten.</p>
---	--

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

DKG	GKV-SV/PatV	BPtK
<p>Die Behandlungsbereiche werden aus der Psych-PV übernommen. Eine vorgenommene Änderung betrifft den Behandlungsbereich der Rehabilitativen Behandlung (A3, S3, G3 und KJ3). Dieser Behandlungsbereich wird in dieser Richtlinie nicht abgebildet, da er in der Praxis der Psych-PV kaum zur Anwendung kommt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass entsprechende Behandlungen heute nicht mehr in Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik stattfinden, sondern in rehabilitativen Einrichtungen.</p> <p>Auch der Bereich Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker wird nur noch wenig zur Einstufung der Patienten genutzt. Nach wie vor besteht das Versorgungsziel, Patienten</p>	<p>Die Richtlinie gründet sich auf die in der Psych-PV erstmals eingeführten Behandlungsbereiche. Dabei handelt es sich wie in den Erläuterungen zu § 4 der Psych-PV beschrieben, „gedanklich um Gruppen von Patienten, die unabhängig von der Diagnose ihrer Erkrankung, etwa einen gleichen Behandlungsbedarf haben“. Die Patienten, die einem Behandlungsbereich zugeordnet werden, werden in Anlage 1 durch ihre wichtigsten Krankheitserscheinungen, die Ziele der Behandlung und die dafür erforderlichen Behandlungsmittel beschrieben.</p> <p>Die Behandlungsbereiche entsprechen also einer Typologie stationär zu behandelnder psychisch Kranker – nach Art und Schwere der Erkrankung. Sie sind keine Stationstypologie und entsprechen</p>	<p>Es werden die Behandlungsbereiche der Psych-PV übernommen, die nach den vorläufigen Ergebnissen der Studie PPP nach wie vor regelhaft für die Einstufung der Patienten in den psychiatrischen Einrichtungen genutzt werden. Als „regelhafte“ Nutzung des Behandlungsbereichs wird definiert, wenn nach den Ergebnissen der Studie PPP mehr als 1 Prozent der Patienten in diesen Behandlungsbereich eingestuft wurden.</p>

<p>nicht mehr langandauernd in stationären Einrichtungen zu behandeln. Dennoch ist dies nicht durchgängig zu vermeiden. Dass diese Einstufung heute nicht mehr häufig zur Anwendung kommt, liegt jedoch nicht an dem Nichtvorhandensein dieser Patienten in der stationären Versorgung, sondern an den nicht adäquaten Minutenwerten (im Sinne der Psych-PV als Budgetfindungs- und Personalbemessungsinstrument) in diesem Behandlungsbereich. Die Patienten, die aufgrund der Dauer und Schwere ihrer Erkrankung in diesen Bereich einzustufen wären, gilt es jedoch weiterhin abzubilden, weshalb dieser Behandlungsbereich in der Richtlinie ebenso wie in der Psych-PV Anwendung findet.</p> <p>Mit dem PsychVVG wurde die Stationsäquivalente Behandlung (StäB) als neue Behandlungsform in der Psychiatrie eingeführt. Deshalb wird die StäB als Behandlungsbereich in der Allgemeine Psychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie neu aufgenommen. Da keine Quantifizierung der zugrunde zu legenden Minutenwerte und ausreichende Erfahrungen in der Praxis vorliegen, werden hierfür keine Vorgaben in die Richtlinie aufgenommen. Die Patienten sind jedoch ab dem 1. Januar 2020 entsprechend in die Kategorien A9 und KJ9 einzustufen. Durch die in der Minutenwertetabelle in Anlage 2 aufgenommenen Minutenwerte in Höhe von Null, ist die Höhe der Mindestvorgabe pro Einrichtung innerhalb der ersten Stufe ab 1. Januar 2020 unabhängig von der Anzahl der in die Kategorien A9 und KJ9 eingestuften Patienten.</p> <p>Um die Besonderheiten bei der Behandlung von Patienten in psychosomatischen Einrichtungen</p>	<p>damit keinem Stationsraster. Stattdessen können Einrichtungen auch nach dem Prinzip der Durchmischung arbeiten und Patienten verschiedener Behandlungsbereiche in einer Station betreuen.</p> <p>Bereits heute werden die Patienten in den psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in den Routinedaten tagesbezogen über OPS-Codes in die Psych-PV-Behandlungsbereiche eingestuft. Als Basis für die Ermittlung des Personalbedarfs in der Budgetverhandlung finden gleichzeitig Stichtageinstufungen gemäß Psych-PV statt.</p> <p>Es zeigt sich, dass einzelne Behandlungsbereiche von den Einrichtungen nicht mehr oder nur in sehr geringem Umfang genutzt werden. Entsprechend werden aus der Psych-PV nur die Behandlungsbereiche in die PPP-RL übernommen, die bisher regelmäßig für die Einstufung der Patienten in den psychiatrischen Einrichtungen genutzt werden.</p> <p>Folgende Behandlungsbereiche der Psych-PV werden deshalb nicht übernommen, da sie nicht mehr die heutige Versorgung abbilden bzw. nicht mehr in der akutstationären Versorgung erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> A3 Allgemeine Psychiatrie Rehabilitative Behandlung S3 Abhängigkeitskranke Rehabilitative Behandlung G3 Gerontopsychiatrie Rehabilitative Behandlung A4 Allgemeine Psychiatrie Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker 	
---	---	--

<p>abbilden zu können, wird ein neuer Behandlungsbereich P neu aufgenommen. Die Psych-PV galt bisher nur für Einrichtungen der Psychiatrie. Mit den Behandlungsbereichen der Psych-PV kann den Besonderheiten psychosomatischer Behandlung mit einer differenzierten multimodalen und multiprofessionellen stationären Psychotherapie nicht ausreichend Rechnung getragen werden.</p> <p>Es ist unbestritten, dass es in den Bereichen „Psychosomatik“ und „Psychotherapie in der Psychiatrie“ sowohl hinsichtlich der behandelten Diagnosen als auch in Bezug auf die Behandlungsmittel (stationäre Einzel- und Gruppenpsychotherapie durch verschiedene therapeutische Berufsgruppen) viele Übereinstimmungen gibt. Dennoch gibt es bei den Behandlungen auch erhebliche Unterschiede, die sich u. a. durch andere Konzeptionen und leitliniengerechte Settings (z. B. bei Essstörungen) eine aktuell vorhandene Abgrenzung zur psychiatrischen Versorgung darstellen. Auch wird hochfrequente Psychotherapie immer in Kombination mit somatischen Behandlungselementen bereitgestellt. Schlussendlich sei noch das Vorhandensein der eigenen Facharzttrichtung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ aufgeführt. Diesen vielen Besonderheiten ist mit einer eigenen Kategorie „P“ angemessen Rechnung zu tragen.</p> <p>Auch der Gesetzgeber bestätigt die Besonderheiten psychosomatischer Versorgung, indem mit dem PsychEntgG die Möglichkeit von Institutsambulanzen für die psychosomatische Versorgung in Abgrenzung zu den psychiatrischen Institutsambulanzen verankert wurde.</p>	<p>S4 Abhängigkeitskranke Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</p> <p>G4 Gerontopsychiatrie Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</p> <p>S5 Psychotherapie</p> <p>G5 Psychotherapie</p> <p>KJ4 Kinder- und Jugendpsychiatrie Rehabilitative Behandlung</p> <p>KJ5 Kinder- und Jugendpsychiatrie Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</p> <p>Der Behandlungsbereich der Rehabilitativen Behandlung (A3, S3, G3 und KJ4) wird in den Teilbereichen Allgemeine Psychiatrie (AP), Abhängigkeitskranke (S), Gerontopsychiatrie (G) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) praktisch nicht benutzt: In 2016 wurden nur 0,1 Prozent der Patienten der AP, in den Behandlungsbereich A3 rehabilitative Behandlung eingestuft, in den Teilgebieten Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie jeweils nur 0,4 Prozent und im Teilgebiet der KJ wurden keine Patienten entsprechend eingestuft.</p> <p>Der Behandlungsbereich Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker (A4, S4, G4 und KJ5) wurde ebenfalls kaum mehr benutzt: In 2016 wurden in der AP nur 0,9 Prozent der Patienten in den Behandlungsbereich langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker eingestuft, in S wurden nur 2,7 Prozent, in G ledig-</p>	
---	--	--

<p>In Deutschland und anderen Ländern gibt es keine verbindlichen Personalanhaltszahlen oder Mindestpersonalanforderungen für die Psychosomatik. Bisher wurden jedoch in der Praxis häufig die Personalanhaltszahlen von Heuft 1999 als Grundlage verwendet und von den Krankenkassen auf der Ortsebene als Personalbemessungsinstrument zur Budgetfindung anerkannt. Die Personalanhaltszahlen von Heuft 1999 wurden – ebenso wie die Psych-PV – normativ entwickelt. Ebenso bewegen sie sich in der gleichen Systematik der Psych-PV, was ein Überführen in die Richtlinie niedrigschwellig ermöglicht.</p> <p>Wenn in der Praxis vereinzelt andere Lösungen zur Personalbemessung angewendet wurden, lag das häufig an Besonderheiten auf der Landesebene (Hessen) und auch strukturellen Besonderheiten verschiedener psychosomatischer Einrichtungen (z. B. gemischte Einrichtungen Psychiatrie/Psychosomatik). Dies kann keinesfalls zu der Schlussfolgerung führen, dass eine Eins-zu-eins-Übernahme der Psych-PV auf alle psychosomatischen Einrichtungen angezeigt wäre. Vor diesem Hintergrund ist es naheliegend, in der Logik der Nutzung der Psych-PV für die psychiatrische Versorgung die Nutzung der Heuft-Kennzahlen für die psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung vorzusehen.</p>	<p>lich 1,9 Prozent und in der KJP sogar nur 0,4 Prozent entsprechend eingestuft (jeweils bezogen auf das Teilgebiet).</p> <p>Der Behandlungsbereich Psychotherapie (S5 und G5) wird in den Teilbereichen Abhängigkeitskranke (S) und Gerontopsychiatrie (G) ebenfalls kaum mehr benutzt: In S wurden nur 0,4 Prozent der Patienten und in G nur 0,3 Prozent der Patienten in den Behandlungsbereich Psychotherapie eingestuft.</p> <p>In der Allgemeinpsychiatrie wurde der Bereich Psychotherapie im Jahr 2016 mit 6,2 Prozent jedoch weiter genutzt und bleibt deshalb erhalten Quelle: GKV-interne Auswertung der Krankenhausfalldaten Datenjahr 2016. Tagesbezogene Auswertung OPS9-98.</p> <p>Für die PPP-RL wurden die folgenden Bereiche hinzugefügt:</p> <ul style="list-style-type: none"> A9 Allgemeine Psychiatrie Stationsäquivalente Behandlung KJ9 Kinder- und Jugendpsychiatrie Stationsäquivalente Behandlung <p>Mit dem PsychVVG wurde die stationsäquivalente Behandlung (StäB) als neue Behandlungsform in der Psychiatrie eingeführt. Deshalb wird die StäB als Behandlungsbereich in der Allgemeinen Psychiatrie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie neu aufgenommen. [PatV: keine Übernahme: Da keine Quantifizierung der zugrunde zu legenden Minutenwerte und ausreichende Erfahrungen in der Praxis vorliegen, werden hierfür noch keine Vorgaben in die Richtlinie aufgenommen. Dies</p>	
---	--	--

folgt in einem späteren Anpassungsschritt. Die Patienten sind jedoch ab dem 1. Januar 2020 entsprechend in die Kategorien A9 und KJ 9 einzustufen. Eine gesonderte Berücksichtigung beim Personal ist nicht vorgesehen.]

Aufnahme der psychosomatischen Behandlung in die Behandlungsbereiche:

Um die Behandlung von psychosomatisch erkrankten Patienten abzubilden, wurden mehrere Festlegungen getroffen:

Der bisherige Bereich der Psych-PV A5 Psychotherapie wurde für die PPP-RL umbenannt in Psychotherapeutische-psychosomatische Komplexbehandlung.

Damit wird klargestellt, dass der Bereich A5, der bisher in der Psych-PV als spezielle Phase psychiatrischer Behandlung definiert ist, bei der die Psychotherapie im Vordergrund steht, künftig auch für die psychosomatische Behandlung anzuwenden ist, bei der ebenfalls die Psychotherapie im Vordergrund steht. Hier sind also sowohl die psychotherapeutische als auch die psychotherapeutische-psychosomatische Komplexbehandlung zu verorten.

Diese Neudefinition von A5 im Hinblick auf die Psychosomatik begründet sich folgendermaßen:
Für die Psychosomatik existieren, anders als für die Psychiatrie, keine verbindlichen und konsentierten Personalanhaltszahlen. Auch eine evidenzbasierte Ableitung solcher Zahlen ist nach den Recherchen der Fachberatung Medizin des G-BA und der zuständigen AG des G-BA nicht möglich. Allerdings enthält die Psych-PV Anhaltszahlen für die

	<p>stationäre Psychotherapie in der Psychiatrie, insbesondere in Form des Behandlungsbereiches A5 Psychotherapie. Die Schiedsstelle in Baden-Württemberg hat in zwei Entscheidungen 2001 und 2004 eine Orientierung des Personalbedarfs der Psychosomatik am Behandlungsbereich Psychotherapie A5 der Psych-PV festgelegt. In ähnlicher Weise hat sich das BMG in einem Schreiben vom 24. Januar 2011 geäußert.</p> <p>In den Bereichen „Psychosomatik“ und „Psychotherapie in der Psychiatrie“ gibt es sowohl hinsichtlich der behandelten Diagnosen als auch in Bezug auf die Behandlungsmittel (stationäre Einzel- und Gruppenpsychotherapie durch verschiedene therapeutische Berufsgruppen) weitgehende Übereinstimmungen.</p> <p>Werden die Eingruppierungsempfehlungen genau geprüft, so ist der Behandlungsbereich A5 in der Psych-PV definiert für Kranke mit schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, die stationär psychotherapeutisch behandelt werden müssen. Behandlungsziele sind hier Erkennen und Heilen, Krisenbewältigung und Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung. Als Behandlungsmittel steht die komplexe psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund (siehe auch Anlage 1 zur Psych-PV: Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte; in: Kunze, Kaltenbach, Psych-PV, Kohlhammer-Verlag, 6. Auflage, S.46). In der Kommentierung (a.a.O. S. 200) wird zum Behandlungsbereich A5 u. a. ausgeführt: „Dies ist eine spezielle Phase psychiatrischer Behandlung, bei der Psychotherapie im Vordergrund steht.“</p>	
--	--	--

	<p>Bei weitgehend gleichen Diagnosen und gleichen Behandlungsmitteln ist der Behandlungsbereich A5 Psychotherapie der Psych-PV primär zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs in der Psychosomatik zu verwenden. Allerdings wird im Behandlungsbereich A5 insbesondere der zu Beginn der Behandlung erforderliche Aufwand für Anamnese, Diagnostik und Behandlungsplanung nicht ausreichend berücksichtigt. Deshalb gibt es die Möglichkeit, die Patienten in den ersten zwei Wochen in den Behandlungsbereich A1 einzugruppieren.</p> <p>Dieses im vorherigen Abschnitt beschriebene Vorgehen ist empirisch abgeleitet. Es basiert auf umfassenden und langjährigen Erfahrungen: Das Verfahren wird im Bundesland Hessen seit Einführung der Psych-PV praktiziert und hat sich bewährt. Die in Hessen zwischen den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik und dem MDK Hessen vereinbarten Strukturprüfungen zur Umsetzung der Vorgaben der Psych-PV (Rahmenvereinbarung zur Psych-PV (Hessen 1991/2000)) haben ergeben, dass für die stationäre Behandlung in psychotherapeutisch-psychosomatischen Stationen, Abteilungen und Fachkliniken ein Personalbedarf erforderlich ist, der sich zu einem Drittel aus Eingruppierungen in den Behandlungsbereich A1 Regelbehandlung und zu zwei Dritteln aus Eingruppierungen in den Behandlungsbereich A5 Psychotherapie zusammensetzt.</p> <p>Eine andere Ableitung der Minutenwerte in der Psychosomatik ist derzeit nicht möglich. Erstens existieren in Deutschland und anderen Ländern keine für diesen Bereich verbindlichen und kon-</p>	
--	---	--

	<p>sentieren Personalanzahlzahlen oder Mindestvorgaben für alle in der Behandlung tätigen Berufsgruppen. Zweitens ergab die Literaturrecherche des G-BA, dass eine evidenzbasierte Ableitung und Erarbeitung von Personalstandards für Psychiatrie und Psychosomatik gegenwärtig nicht möglich ist. Drittens sind auch nach 2015 erschienene Publikationen zum Thema Personalstandards in der Psychosomatik aus unterschiedlichen Gründen nicht geeignet, um als Grundlage für Mindestvorgaben im Bereich Psychosomatik herangezogen zu werden. Überwiegend handelt es sich um „normativ“ entwickelte Minutenwerte, die nicht evidenzbasiert sind (z. B. Schnell et al. 2016, Heuft et al. 2015). Weitere Publikationen betrachten entweder nur spezielle Subgruppen von Patienten (Bandelow et al. 2016), berücksichtigen also nur einen Teil der Patienten, die in der Psychosomatik behandelt werden.</p> <p><u>Literatur/Quellen:</u></p> <p>Bandelow et al. (2016) Leitliniengerechte stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische/psychosomatische Behandlung von Angsterkrankungen. Nervenarzt 87:302-310</p> <p>Ernst (2015) Quo vadis? 17 Jahre Strukturprüfungen und –gespräche mit den psychiatrischen Einrichtungen in Hessen. Vortrag auf der 7. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses am 01.10.2015 in Berlin</p> <p>Heuft et al. (2015) Normativ-empirische Bestimmung des Personalbedarfs in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 61:384-398</p>	
--	--	--

	<p>Schiedsstelle zur Festsetzung der Krankenhauspflegegesetze für Baden - Württemberg 1. Beschluss vom 11.10.2001 Az.: 11/01 2. Beschluss vom 29.09.2004 Az.:03/04</p> <p>Schnell et al. (2016) Leitlinienentsprechende stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der chronischen Depression. Nervenarzt 87: 278-285</p>	
--	---	--

§ 4 (DKG)/§ 5 (GKV-SV/PatV) Definition der Tätigkeiten

GKV-SV/PatV: In § 2 Absatz 3 der RL wurde geregelt, dass Tag- und Nachtdienst alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten für den stationären Bereich mit Ausnahme von Bereitschaftsdienst außerhalb des Regeldienst, ärztlicher Rufbereitschaft, ärztlichem Konsiliardienst sowie von Tätigkeiten in Nachtkliniken umfasst. Für diese Tätigkeiten gilt, dass sie auf der Basis der in der Psych-PV festgelegten Regelaufgaben definiert werden (siehe Anlage 5) und damit von anderen Tätigkeiten, die von den von dieser Richtlinie umfassten Berufsgruppen und zwischen den Berufsgruppen in den Einrichtungen geleistet werden, abgegrenzt werden.

DKG: In § 2 Absatz 3 der Richtlinie wurde geregelt, dass Tagdienste alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten für den stationären Bereich mit Ausnahme von Bereitschaftsdienst außerhalb des Regeldiensts, ärztlicher Rufbereitschaft, ärztlichem Konsiliardienst umfassen. Für diese Tätigkeiten gilt, dass sie auf der Basis der in der Psych-PV und den Personalanhaltszahlen von Heuft (1999) festgelegten Regelaufgaben definiert werden (siehe Anlage 5) und damit von anderen Tätigkeiten, die von den von dieser Richtlinie umfassten Berufsgruppen und zwischen den Berufsgruppen in den Einrichtungen geleistet werden, abgegrenzt werden.

§ 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen

DKG	GKV-SV	BPtK
<p>Der Systematik der Psych-PV folgend, werden innerhalb der ersten Stufe diejenigen Berufsgruppen innerhalb dieser Richtlinie abgebildet, für die bereits mit der Psych-PV die jeweiligen Regelaufgaben und damit verbundene Minutenwerte aufgeführt wurden. Die damals angeführte Berufsgruppe der Ergotherapeuten wird jedoch in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten überführt,</p>	<p>Der Systematik der Psych-PV folgend werden diejenigen Berufsgruppen innerhalb dieser Richtlinie abgebildet, die bereits bei den jeweiligen Regelaufgaben und Minutenwerten der Psych-PV aufgeführt wurden.</p> <p>Die Aufzählung der Berufsgruppen ist abschließend. Ersetzungen regelt Anlage 4.</p>	<p>Für jede Berufsgruppe, die in der Psych-PV berücksichtigt wird, sind Regelaufgaben definiert, die dann jeweils mit Minutenwerten zur Ableitung des notwendigen Personals in dieser Berufsgruppe hinterlegt sind. Die Aufnahme neuer Berufsgruppen erfordert deshalb ebenfalls eine Definition von Regelaufgaben, die im Weiteren mit</p>

<p>in die auch Musik-, Kunst- und Kreativtherapeuten zu verorten sind. Es handelt sich bei den in § 5 aufgeführten und den hier beispielhaft genannten Berufsgruppen, welche unter den Spezialtherapeuten zu verorten sind, nicht um eine abschließende Aufzählung. Insbesondere im Bereich der Spezialtherapeuten gibt es weitere Berufsgruppen, die es zu berücksichtigen gilt – wie zum Beispiel Tanztherapeuten.</p> <p>Da die verbleibende Zeit bis zur Beschlussfassung der Richtlinie nicht ausreicht, wird im Sinne einer Übergangslösung auf eine (notwendige) Erweiterung der Berufsgruppen in der ersten Stufe verzichtet. Insbesondere für die Psychologischen Psychotherapeuten müssten konsequenterweise die Regelaufgaben und Tätigkeiten grundständig neu aufgenommen werden. Die Einführung neuer Berufsgruppen und die Festlegung der Regelaufgaben erfolgt in der zweiten Stufe gemäß § 13 Absatz 3.</p>	<p>Die in der Psych-PV angeführte Berufsgruppe der Diplom-Psychologen in der Erwachsenenpsychiatrie heißt neu Diplom-Psychologen, Bachelor-Psychologen, Master-Psychologen, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Bei entsprechender Weiterbildung zu Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten können also in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch andere Berufsgruppen (z. B. Heil- und Sonderpädagogen) zur Berufsgruppe der Psychologen gezählt werden. Damit berücksichtigt die neue Richtlinie an die Behandlungsrealität in den Einrichtungen. Das Studium der Psychologie kann mit einem Diplom, Bachelor oder Master abgeschlossen werden. Psychologische Psychotherapeuten haben mindestens einen Diplom- oder Masterabschluss als Voraussetzung für eine entsprechende Weiterbildung. Psychologische Psychotherapeuten sind ebenfalls im Krankenhaus angestellt. Und für den Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, der in der KJP arbeitet, ist das Psychologie-Studium keine zwingende Voraussetzung (stattdessen z. B. Studium der Heil- und Sonderpädagogik).</p> <p>Die alte Berufsgruppe Ergotherapeuten der Psych-PV heißt neu d) Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten. Die Regelaufgaben der Ergotherapeuten werden in der heutigen Praxis auch von anderen Therapeuten, wie etwa Musik-, Kunst- oder Kreativtherapeuten übernommen. Deshalb wurde die Berufsgruppe der Ergotherapeuten um diese</p>	<p>entsprechenden Minutenwerten hinterlegt werden müssen. Die Einführung der Berufsgruppe Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), die sich in ihrer Qualifikation und ihrem Kompetenzprofil von der Berufsgruppe der Psychologen unterscheiden, würde deshalb ebenfalls die Definition von Regelaufgaben für diese neue Berufsgruppe erfordern. Eine Gleichsetzung der Regelaufgaben / Tätigkeitsprofile mit dem der Psychologen ist nicht sachgerecht. Da die verbleibende Zeit für eine fristgerechte Verabschiedung der Richtlinie nicht ausreicht, um neue Berufsgruppen mit neuen Regelaufgaben zu definieren, wird auf eine Erweiterung der Berufsgruppen um die Berufsgruppe der PP/KJP verzichtet. Die Einführung dieser Berufsgruppen einschließlich der Festlegung der Regelaufgaben erfolgt verbindlich in Stufe 2.</p>
---	---	---

	Therapeuten ergänzt. Die Begrifflichkeit der Spezialtherapeuten findet bereits im OPS Anwendung und ist dort umfassender festgelegt.	
--	--	--

§ 6 (DKG)/§ 7 (GKV-SV/PatV) Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung

DKG	GKV-SV	DPR
<p>Zu Absatz 1 bis 3:</p> <p>In der ersten Stufe zur Ausgestaltung der Mindestvorgaben orientiert sich die Berechnungssystematik der Mindestpersonalausstattung, wie in den Tragenden Gründen zu § 2 Absatz 3 erörtert, stark an der Ermittlung des Personalbedarfs nach der Psych-PV. So ergibt sich die Mindestvorgabe aus der an den Stichtagen des Vorjahres ermittelten Patientenbelegung. Es liegen keine Hinweise vor, dass mit einer täglichen Patienteneinstufung genauere Ergebnisse hinsichtlich des Patientenmixes nach Art und Schwere der Erkrankung ermittelt werden können, als dies sich aus Stichtagserhebungen ergibt. Im Sinne der Aufwandsarmut im Kontext der Dokumentation und Sachgerechtigkeit gilt es daher, die Einstufung der Patienten an einer bestimmten Anzahl von Stichtagen beizubehalten. Von der Systematik der Psych-PV jedoch abweichend wird die Anzahl der Stichtage von vier in der Psych-PV auf sechs in der PPP-RL erhöht.</p> <p>Dieses Vorgehen ist nicht nur im Hinblick auf die Ausgestaltung der Übergangslösung der sinnvollste Ansatz, er bietet den Einrichtungen darüber hinaus die unbedingt erforderliche Planungssicherheit.</p>	<p>Zu Absatz 1 und 2:</p> <p>Die Mindestpersonalausstattung wird getrennt für den Tag- und den Nachtdienst ermittelt. Die Bezugsgröße ist jeweils die Station, wie sie in § 2 Absatz 9 definiert ist.</p> <p>(Absätze 1 und 2 legen das Verfahren für die Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung für den Tagdienst fest. Die Mindestpersonalausstattung wird für jede Berufsgruppe und Station gesondert und bezogen auf den Kalendermonat in Vollkräftestunden ermittelt. Grundlage der Ermittlung ist die Belegung der Stationen mit den dort behandelten Patienten, die je nach Art und Schwere ihrer Erkrankung taggenau in die Behandlungsbereiche nach § 6 eingestuft werden. Die Vorgaben für die Mindestvorgaben für die Personalausstattung werden grundsätzlich auf der Basis der Belegung des jeweiligen Kalendermonats des Vorjahres ermittelt. Also ist für die Mindestvorgabe im Januar 2021 die Belegung von Januar 2020 maßgeblich. Dieses Vorgehen dient dazu, eine Planungssicherheit für das Krankenhaus sicherzustellen.</p>	<p>Die Streichung des Basiszeitwertes wird vollzogen, da dieser in der Vergangenheit ausschließlich für den Pflegedienst galt. Die Protektion von kleinen Stationen, die mit dem Basiszeitwert gedacht war, hat aufgrund der Fokussierung auf nur eine Berufsgruppe nur bedingt funktioniert. Bei Stationseinheiten über 18 Patienten fehlten im Pflegedienst durch den Basiszeitwert ab einem Patienten mehr als 250 Minuten pro Woche pro Patient. Dieser Malus galt nur für diese Berufsgruppe. Um die Ungerechtigkeit aus dem System zu eliminieren, wird der Basiszeitwert gestrichen und die Minuten der Psych-PV gelten in ihrer ursprünglichen Weise ohne den Abzug der 5000 Minuten.</p> <p>Die nachgewiesenen Ausfallzeiten auf Ortsebene sind von den Vertragsparteien vollständig anzuerkennen. Eine Nichtanerkennung der Ausfallzeiten auf Ortsebene würde zu einer Unterdeckung an Personal führen. Damit ist anzuerkennen, dass die Ausfallzeiten je nach Krankenhaus different sein können. Dies kann auf Ortsebene unterschiedliche Gründe haben. So ist zu berücksichtigen, dass auch geförderte Aus- und Weiterbildungszeiten in die Gesamt-</p>

<p>Eine monatsbezogene Mindestvorgabe die zum einen auf der durchschnittlichen Patientenbelegung des jeweiligen Monats des Vorjahres beruht, aber bei Belegungsschwankungen zugleich von der aktuellen Patientenbelegung abhängig ist, reduziert die Planungssicherheit der Einrichtung auf Null und steht nicht im Verhältnis zu den Zielen und dem Zweck dieser Richtlinie.</p> <p>Zudem ist auch im Sinne der Anwenderfreundlichkeit darauf zu achten, dass die Vorgaben dieser Richtlinie und der Weg der Ermittlung der Mindestvorgabe für die Einrichtungen nachvollziehbar und verständlich gestaltet sein müssen. Da die Einrichtungen mit der Psych-PV bereits bestens vertraut sind, gilt es, sich innerhalb der Übergangslösung möglichst weit an dieser zu orientieren.</p> <p>Konkret ist ebenso wie bei der Psych-PV die Bettenauslastung, sowie die Anzahl an Patienten in den einzelnen Behandlungsbereichen gemäß § 3 zu ermitteln. Aus der Verrechnung dieser Werte mit den ebenfalls in Anlage 2 aufgeführten Minutenwerten je Berufsgruppe und Behandlungsbereich ergibt sich die Gesamtstundenzahl je Berufsgruppe und daraus folgend die Anzahl an Personalstellen.</p> <p>Zu Absatz 4:</p> <p>Die Reduktion der Minutenwerte um 10 Prozent bei Einrichtungen, die keine Versorgungsverpflichtung haben, soll dem höheren Personalbedarf von Einrichtungen mit Versorgungsverpflichtung Rechnung tragen.</p>	<p>Die Mindestvorgaben für die Personalausstattung ermitteln sich weiter aus den normativen Minutenwerten nach § 10, die den Behandlungsbereichen je Berufsgruppe und pro Woche zugeordnet werden. Sie bilden den unterschiedlichen Behandlungs- und Krankenpflegebedarf der Patientengruppen ab. In den Minutenwerte ist die regionale Pflichtversorgung berücksichtigt.</p> <p>Zu Absatz 3:</p> <p>Um auch bei kurzfristigen Belegungsschwankungen eine ausreichende Personalausstattung sicherzustellen, wurde in Absatz 3 ein Belegungskorridor definiert. Erst außerhalb dieser Werte muss das Krankenhaus die tatsächliche Belegung für die Berechnung der Mindestvorgabe heranziehen.</p> <p>Konkret heißt dies, dass für eine Station bezogen auf einen bestimmten Kalendermonat die Behandlungstage je Behandlungsbereich summiert werden. Diese werden dann durch sieben geteilt. Somit erhält man die Behandlungswochen je Behandlungsbereich. Diese Behandlungswochen je Behandlungsbereich werden dann mit den Wochenminutenwerten nach § 10 multipliziert. Diese werden dann durch 60 geteilt. Somit erhält man die Stunden, die je Berufsgruppe in dem entsprechenden Monat auf der Station mindestens erbracht werden müssen. Diese Stunden sind die Mindestvorgabe in Vollkräftestunden (VKS-Mind). Ein Beispiel zur Berechnung (vereinfacht mit zwei Berufsgruppen) findet sich am Ende dieses Paragraphen.</p> <p>Zu Absatz 4, 5 und 6:</p>	<p>summe einfließen. Häuser mit höheren Ausfallzeiten unterliegen nicht zwangsläufig einem schlechten Management, sondern investieren eventuell in mehr Weiterbildung.</p>
--	--	--

<p>Eine bundeseinheitliche Definition für Versorgungsverpflichtung steht nicht zur Verfügung. Das Konzept einer regionalen Versorgungsverpflichtung resultiert aus Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete (1975) und den "Empfehlungen der Expertenkommission" (1988) zu strukturellen Qualitätsverbesserungen in der psychiatrischen Versorgung. Dementsprechend sind in einem definierten regionalen Einzugsbereich psychiatrische Krankenhäuser/Fachabteilungen verpflichtet, Patientinnen und Patienten aufzunehmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die nach den Unterbringungsgesetzen der Länder sowie nach dem BGB (Vormundschaft, Pflegschaft bzw. nach dem Betreuungsgesetz) eingewiesen werden, • die stationär behandlungsbedürftig sind und sich freiwillig aufnehmen lassen wollen. <p>Bei Einrichtungen mit Versorgungsverpflichtung liegen die Anzahl von ungeplanten Aufnahmen höher als bei elektiven Einrichtungen. Damit ist auch der Bedarf beispielsweise an deeskalierenden Maßnahmen und 1:1 Betreuungen höher. Hinzu kommen administrative Aufgaben in Zusammenhang mit der Unterbringung und Aufnahmefrequenz, welche den Personalbedarf ebenfalls erhöhen.</p> <p>Zu Absatz 5:</p> <p>In der Vergangenheit galt die Psych-PV als Personalbemessungsstandard zur Budgetfindung. Inzwischen wird dies jedoch vor dem Hintergrund, dass der Personalbedarf deutlich höher zu liegen</p>	<p>In den vom G-BA durchgeführten Fachgesprächen wurde von den Experten darauf hingewiesen, dass für eine Personalausstattungsrichtlinie auch die Nachdienste der Pflege, die Aufwände für die regionale Pflichtversorgung und die Qualifikationsanforderungen für das Personal zu regeln sind. Eine evidenzbasierte Ableitung konkreter Regelungsinhalte war aber jedoch nicht möglich</p> <p>Da aber prinzipiell Einigkeit in Bezug auf den Regelungsbedarf bestand, legt der G-BA, bis zum 31. Dezember 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Mindestpersonalausstattung für den Nachdienst, • den Anteil für die regionale Pflichtversorgung, der den Einrichtungen abgezogen werden muss, die nicht an der regionalen Pflichtversorgung teilnehmen und • die Qualifikationsanforderungen – auch im Sinne von Fachquoten – fest (siehe auch Ausführungen § 22 Absatz 4). <p>Unterstützt wird dieser Prozess durch die empirischen Daten in den Nachweisen dieser Richtlinie von 2020, die erstmals im Frühjahr 2021 vorliegen werden.</p> <p>Die Folgewirkungen der Festlegungen sind abzuschätzen.</p> <p>Gesondert soll hier noch einmal darauf hingewiesen werden, dass der Gesetzgeber in der Begründung von § 136a Absatz 2 festgestellt hat, dass die therapeutische Behandlung einen besonders</p>	
--	--	--

<p>scheint, hinterfragt. Erste Auswertungen der Nachweise nach § 18 Absatz 2 Satz 2 und 3 BPfIV für das Jahr 2017 zeigen, dass die Umsetzung der Psych-PV in den Einrichtungen einen Durchschnittswert von 98 Prozent erreichen. Es zeigt sich allerdings, dass 97 Prozent der Einrichtungen die Vorgaben der Psych-PV zu 80 bis 120 Prozent umsetzen. Von diesen 97 Prozent setzen 48 Prozent der Einrichtungen die Vorgaben zu 80 bis 100 Prozent und 52 Prozent zu 100 bis 120 Prozent um. Der Personalbedarf der Einrichtungen streut damit um einen Personalbemessungsstandard, welcher im Hinblick auf die veraltete Psych-PV in vielen Einrichtungen deutlich über den Vorgaben der Psych-PV liegt. Andererseits zeigt sich, dass in fast ebenso vielen Einrichtungen die Vorgaben der Psych-PV nicht vollständig umgesetzt sind. In Anbetracht dieser Streuung ist die Mindestvorgabe, die zukünftig von allen Einrichtungen verbindlich eingehalten werden muss, deutlich unterhalb des Personalbemessungsstandards festzulegen. Deshalb wird normativ eine Mindestvorgabe von 80 Prozent der Personalstellen angesetzt, die sich nach den Absätzen 1 bis 4 ergibt.</p> <p>Mit dieser Mindestvorgabe soll sichergestellt werden, dass auch diejenigen Einrichtungen, die derzeit mit einer Unterschreitung der Personalvorgaben nach Psych-PV ihren Personalbedarf decken können, mit Inkrafttreten dieser Richtlinie nicht ineffizient viel Personal vorhalten müssen. Zugleich besteht für diejenigen Einrichtungen mit höherem Personalbedarf weiterhin die Möglichkeit diesen auf der Ortsebene budgetwirksam geltend zu machen.</p>	<p>personalintensiven Bereich darstellt und die Versorgungsqualität hier in besonderem Maße von der Anzahl und der Qualifikation des Personals abhängt.</p> <p>Zu Absatz 7, 8 und 9:</p> <p>Diese Richtlinie regelt nicht die Anhaltszahl für eine gesamte Einrichtung wie die Psych-PV. Für die Personalbemessung vor Ort sind zusätzliche Faktoren hinzuzuziehen. Dies sind u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturelle und organisatorische Besonderheiten • Bereitschaftsdienste • Leitungskräfte außerhalb des Regeldienstes • Ärztliche Rufbereitschaft • Ärztlicher Konsiliardienst • Tätigkeiten in Nachtkliniken • Ausfallzeiten <p>Zu den Ausfallzeiten gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erholungsurlaub • Sonderurlaub, Arbeitsbefreiung, Freistellungstage, Zusatzurlaub, Zusatzurlaub für Schwerbehinderte, Bildungsurlaub • Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit - ist der Lohnfortzahlungsanspruch erloschen, liegen keine Ausfallzeiten vor • Kur- und Heilmittelverfahren 	
---	---	--

<p>Für eine Einrichtung der Erwachsenenpsychiatrie mit Versorgungsverpflichtung ergibt sich folgendes Berechnungsbeispiel für die Berufsgruppe der Ärzte (Stationsärzte und Oberärzte zusammen):</p> <p><u>1. Berechnung der Behandlungswochen im Vorjahr</u></p> <p>Durchschnittliche Bettenauslastung Vorjahr: 110%</p> <p>Anzahl an Betten: 300</p> <p>$1,1 * 300 * 365 = 120.450$ Behandlungstage bzw. (geteilt durch 7)</p> <p>17.207 Behandlungswochen</p> <p><u>2. Durchschnittliche Zahl der Patienten in den Behandlungsbereichen</u></p> <p>Aus den Stichtagserhebungen folgte folgende prozentuale Patientenverteilung:</p> <p>A1: 20 %, A2: 20 %, A6: 10 %, S1: 20 %, S2: 15%, G2: 15 %</p> <p>Verrechnung mit der Anzahl an Behandlungswochen aus Schritt 1, daraus folgt die durchschnittliche Anzahl an Behandlungswochen je Behandlungsbereich:</p> <p>A1: $20 \% * 17.207 = 3.441,4$</p> <p>A2: $20 \% * 17.207 = 3.441,4$</p> <p>A6: $10 \% * 17.207 = 1.702,7$</p> <p>S1: $20 \% * 17.207 = 3.441,4$</p> <p>S2: $15 \% * 17.207 = 2.581,1$</p> <p>G2: $15 \% * 17.207 = 2.581,1$</p> <p>Multiplikation der Behandlungswochen je Behandlungsbereich mit den Minutenwerten je Berufsgruppe und Woche (in diesem Beispiel Verwendung der Minutenwerte der Psych-PV für Ärzte insgesamt):</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (interne Maßnahmen sind in den Minutenwerten bereits enthalten) • Tätigkeiten als Personalrat/Betriebsrat/Angehöriger der Mitarbeitervertretung/Sicherheitsbeauftragter/Beauftragter für Arbeitssicherheit/Suchthelfer für eigene Mitarbeiter/Vertrauensmann für Schwerbehinderte/Vertreter der ausländischen Beschäftigten • Wochenfeiertage • Schutzfristen, Wehrübungen <p>Diese Ausfallzeiten entsprechen den Regeln der Psychiatrie-Personalverordnung. Sie entsprechen der Rechtsprechung und haben sich in der Praxis bewährt.</p> <p>Ausfallzeiten sind auch Ausdruck einer funktionierenden Betriebsorganisation und werden u.a. durch moderne Führungsstile und gutes Personalmanagement beeinflusst. Nicht jede Höhe von Ausfallzeiten ist akzeptabel: Ausfallzeiten unterliegen dem allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebot und sind durch geeignete Maßnahmen auf einem möglichst niedrigen Niveau zu halten. Auf Nachfrage sollten Ausfallzeiten nachgewiesen werden; bei auffällig hohen Ausfallzeiten sollten Maßnahmen zur Reduzierung offengelegt werden.</p>	
---	---	--

A1: $3.441,4 * 207 = 712.369,8$

A2: $3.441,4 * 257 = 884.439,8$

A6: $1.702,7 * 114 = 194.107,8$

S1: $3.441,4 * 226 = 777.756,4$

S2: $2.581,1 * 256 = 660.761,6$

G2: $2.581,1 * 211 = 544.612,1$

⇒ In Summe ergibt dies: 3.774.047,5 Minuten für
17.207 Behandlungswochen

3. Ableitung der Personalstellen aus den errechneten Minutenwerten je Berufsgruppe

$3.774.047,5 \text{ Minuten} / 60 \text{ Minuten} = 62.900,79 \text{ Stunden}$

Bei einer angenommenen Arbeitszeit von 38,5 Stunden
die Woche:

$62.900,79 \text{ Stunden} / 38,5 \text{ Stunden} = 1.633,79 \text{ Arbeits-}$
wochen

$1.633,79 \text{ Arbeitswochen} / 54 \text{ Wochen im Jahr} = 30,25$
VKS

Mindestvorgabe für ärztliches Personal für die Einrich-
tung: $30,25 * 0,8 = \underline{24,2}$

Zu Absatz 6:

Auch in der Psych-PV bestand die Möglichkeit,
Fachkräfte anderer Berufsgruppen der Psych-PV
und anderer nicht in der Psych-PV genannter Be-
rufsgruppen auf die Personalstellen anzurechnen.
Nach den Psych-PV-Nachweisen, liegt die pro-
zentuale Anrechnung im Bereich der Erwach-
senenpsychiatrie zwischen 4 und 8 Prozent – in
der Kinder- und Jugendpsychiatrie zwischen 4
und 17 Prozent. Da mit dieser Richtlinie eine Min-

destvorgabe vorgegeben wird, die von allen Einrichtungen einzuhalten ist, ist diese Möglichkeit der Anrechnung weiter beizubehalten. Auch der Bundesrat führte in seiner Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf des PsychVVG aus, dass in Anbetracht des herrschenden Fachkräftemangels die Einrichtungen die Möglichkeit haben müssen, Personalengpässe mit Hilfe anderer Berufsgruppen auszugleichen und diese dementsprechend weiterhin angerechnet werden können.

Zu Absatz 7:

Um leitliniengerechte Versorgung sicherstellen zu können, benötigt die Einrichtung entsprechend ihrer strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten, wie zum Beispiel auch in Abhängigkeit von dem therapeutischen Konzept der Einrichtung zusätzliches Personal, welches in seiner Höhe in dieser Richtlinie nicht quantifiziert werden kann. Bei der Ermittlung des Personalbedarfs der jeweiligen Einrichtung gilt es, die Nachwachenplätze Pflege, Leitungskräfte, Bereitschaftsdienste außerhalb des Regeldienstes, ärztliche Rufbereitschaft, ärztlicher Konsiliardienst, Tätigkeiten in Nachtkliniken und auch Genesungsbegleiter zu berücksichtigen. Genesungsbegleiter übernehmen bereits in vielen Einrichtungen eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten, es gibt derzeit jedoch noch keine einheitliche Ausbildungsform dieser Berufsgruppe. Vor diesem Hintergrund wird der Einsatz von Genesungsbegleitern nicht unter den Mindestvorgaben dieser Richtlinie verortet. Eine konkrete Quantifizierung als Mindestvorgabe könnte im Hinblick auf die fehlenden Vorgaben zur Ausbildung zu Fehlanreizen führen.

<p>Zu Absatz 8:</p> <p>Nach der Ermittlung der Mindestpersonalausstattung sowie dem darüber hinaus erforderlichen Personal für eine leitliniengerechte Versorgung sind die Ausfallzeiten dieses insgesamt notwendigen Personals zu berücksichtigen und die Personalstellen um die entsprechende Anzahl zusätzlicher Stellen zu erhöhen. Bei den zu berücksichtigenden Ausfallzeiten handelt es sich um Urlaub, Arbeitsunfähigkeit, Kur- und Heilverfahren, Externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Tätigkeiten als Personalrat/Betriebsrat/Angehöriger der Mitarbeitervertretung/Sicherheitsbeauftragter/Beauftragter für Arbeitssicherheit/Suchthelfer für eigene Mitarbeiter/Vertrauensmann für Schwerbehinderte/Vertreter der ausländischen Beschäftigten, Wochenfeiertage, Schutzfristen, Wehrübungen und weitere relevante Ausfallzeiten.</p> <p>Die Berücksichtigung ist in Anbetracht der derzeit bekannten Ausfallzeiten von durchschnittlich 20 bis 30 Prozent von großer Bedeutung – nicht nur um den Personalbemessungsstandard zu ermöglichen, sondern auch um die Einhaltung der Mindestvorgaben zu gewährleisten. Die aufgeführten Ausfallzeiten entsprechen den Ausführungen in der Psych-PV und haben sich – bis auf die konkrete Festlegung einer Höhe – in der Praxis bewährt.</p>		
---	--	--

[GKV-SV zu Absatz 2 und 3:] Beispiel zur Berechnung (vereinfacht mit zwei Berufsgruppen):

Das folgende Beispiel soll die grundsätzliche Berechnungsmethodik der Mindestpersonalvorgaben darstellen. Die Berechnung erfolgt im Beispiel vereinfachend für zwei zwei Berufsgruppen (Ärzte, Pflege) und eine Station mit 18 Betten. Der Bezugszeitraum ist ein Monat mit 30 Kalendertagen. Die Einstufung der Patienten

erfolgt kontinuierlich (tagesbezogen) in zwei Schweregradstufen A1 und A2. Bei einer Auslastung der Station von 80 Prozent ergeben sich 432 Behandlungstage. Die Einstufung der Patienten ergibt eine Verteilung von 70 % A1 (=302 Tage) und 30 % A3 (=130 Tage).

Die folgende Minutenwerttabelle legt den wöchentlichen Mindestpersonalbedarf in Abhängigkeit von der Berufsgruppe und der Einstufung fest:

	Ärzte	Pflege
A1	207 min	856 min
A2	257 min	1396 min

Berechnung der Mindestpersonalausstattung VKS_{SOLL} :

$VKS_{SOLL} = \text{Behandlungswochen} * \text{Minutenwerttabelle}$

$$VKS_{SOLL} = \begin{pmatrix} 302 (A1) \\ 130 (A2) \end{pmatrix} / 7 * \begin{pmatrix} \text{Ärzte} & \text{Pflege} \\ A1 & 207 \text{ min} & 856 \text{ min} \\ A2 & 257 \text{ min} & 1396 \text{ min} \end{pmatrix} / 60 = \begin{matrix} \text{Ärzte} & \text{Pflege} \\ 153 \text{ h} & 639 \text{ h} \end{matrix}$$

Die tatsächliche Personalausstattung (Netto-Arbeitszeit ohne Ausfallzeiten) der Station umfasste im entsprechenden Monat bei den Ärzten 20 Schichtdienste mit 8 Stunden (= 160 Stunden) und bei der Pflege 78 Schichtdienste mit 8 Stunden (= 624 Stunden).

Berechnung der Mindestpersonalausstattung VKS_{IST} :

$VKS_{IST} = \text{tatsächliche Vollkraftstunden je Berufsgruppe und Station}$

$$VKS_{IST} = 160 \text{ h (Ärzte)} + 624 \text{ h (Pflege)}$$

Der Umsetzungsgrad (siehe § 8 Absatz 4) wird aus dem Quotienten der tatsächlichen Personalausstattung bezogen auf die Mindestpersonalausstattung berechnet.

$$\text{Umsetzungsgrad} = \text{Personalquotient} = \frac{VKS_{IST}}{VKS_{SOLL}} =$$

$$\text{Umsetzungsgrad}_{\text{Ärzte}} = \frac{160 \text{ h}}{153 \text{ h}} = 104,3 \%$$

$$\text{Umsetzungsgrad}_{\text{Pflege}} = \frac{624 \text{ h}}{639 \text{ h}} = 97,6 \%$$

Im Beispiel ergibt sich für die Ärzte ein Umsetzungsgrad von 104,3 Prozent und bei der Pflege ein Umsetzungsgrad von 97,6 Prozent.

[GKV-SV/PatV:] § 8 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

Zu Absatz 1, 2 und 3:

Absatz 1 legt fest, dass das Krankenhaus verpflichtet ist, die Einhaltung der Mindestpersonalausstattung nachzuweisen. Absatz 2 stellt klar, dass dies für Tag- und Nachtdienste getrennt erfolgt. Absatz 3 regelt, dass der Nachweis für die tatsächliche Personalausstattung für den Tagdienst stations- und berufsgruppenbezogen erfolgt.

Zu Absatz 4:

Der Umsetzungsgrad für den Tagdienst wird für die einzelnen Berufsgruppen über den Quotienten aus der tatsächlichen Personalausstattung um der Mindestpersonalausstattung nach § 7 berechnet.

Zu Absatz 5:

Die Berechnung des Umsetzungsgrades der Mindestpersonalausstattung einer Station ergibt sich aus den berufsgruppenspezifischen Umsetzungsgraden nach Absatz 4. Da sich die Vorgaben für die einzelnen Berufsgruppen in ihrem Umfang unterscheiden, wird bei der Berechnung des mittleren Umsetzungsgrades einer Station nach dem Umfang der Mindestpersonalausstattung je Berufsgruppe (VKS-Mind) gewichtet. So fließt bei einer Übererfüllung einer Berufsgruppe auch die Größe der Berufsgruppe in der Anrechnung des Umsetzungsgrades der Station ein. Ist die Mindestpersonalausstattung einer oder mehrerer Berufsgruppen nicht erfüllt, wird der Umsetzungsgrad einer Station abweichend berechnet – und zwar ohne Berücksichtigung von Übererfüllungen. Das heißt, wenn eine Berufsgruppe untererfüllt, kann sie nicht mit einer Übererfüllung in anderen Berufsgruppen ausgeglichen werden. Konkret werden dann alle übererfüllten Berufsgruppen auf 100 Prozent gekappt, um den Umsetzungsgrad der Station zu berechnen. Mit dieser Regelung wird verhindert, dass bei einer Stationsbetrachtung unzulässige Ersetzungen Berücksichtigung finden. So ist es nicht möglich, fehlende Vollkräftestunden im Ärztlichen Bereich durch zusätzliche Vollkräftestunden im Pflegebereich auszugleichen. Ersetzungen zwischen den Fachkräften der unterschiedlichen Berufsgruppen sind damit nicht grundsätzlich ausgeschlossen, aber nur im Rahmen der in Absatz 3 bzw. Anlage 4 festgelegten Bedingungen möglich.

Zu Absatz 6, 7, 8 und 9:

In den Absätzen werden die Regelungen für den Nachtdienst festgelegt. **[PatV: keine Übernahme: Die Festlegung von Mindestpersonalvorgaben soll erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.]** Im Rahmen der Nachweise und der Strukturabfrage erfolgt jedoch eine Erhebung der tatsächlichen Personalausstattung der Pflegekräfte im Nachtdienst. Die Ermittlung erfolgt für einen Kalendermonat auf Basis der geleisteten Arbeitsstunden. Bei Fachkräften, die an einem Arbeitstag im Zeitraum des Tagdienstes und des Nachtdienstes im Sinne dieser Richtlinie tätig waren, erfolgt eine anteilige Zuordnung. Die Belegung der Station wird für den Nachtdienst auf Basis der um Mitternacht untergebrachten Patienten bestimmt. Zusätzlich zu den monatsbezogenen Durchschnittswerten ist nach Absatz 9 zu ermitteln, ob an einzelnen Nächten die Personalausstattung unterhalb von zwei festgelegten Schwellenwerten war. Dazu ist anzugeben, an wie vielen Nächten weniger als 2,0 Pflegekräfte bzw. weniger als 1,4 Pflegekräfte tätig waren.

[DKG:] § 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen

Die mit § 6 Absatz 6 geschaffene Möglichkeit der Anrechnung anderer Berufsgruppen hinsichtlich der Ermittlung der Einhaltung der Mindestvorgabe wird mit § 7 konkretisiert. Sich pragmatisch an der Systematik der Psych-PV orientierend, wurden hier die innerhalb der Vereinbarung nach § 9

Absatz 1 Nr. 8 BPfIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Absatz 2 S. 2 und 3 BPfIV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) definierten Möglichkeiten der Anrechnung inhaltlich übernommen und nur hinsichtlich formaler Aspekte (der jeweiligen Verweise auf die Berufsgruppen und Tätigkeiten) an die Richtlinie angepasst.

§ 8 (DKG)/§ 9 (GKV-SV/PatV) Minutenwerte Tagdienst

Die Minutenwerte für den Tagdienst sind mit bestimmten Modifikationen aus der Psychiatrie-Personalverordnung übernommen oder basierend auf der Psych-PV neu festgelegt worden. Die verschiedenen Positionen sind in der Anlage 2 ausgeführt.

[PatV/DPR/BPtK:] § 10 Leitungskräfte

Die Berechnung erfolgt auf Basis der Psych-PV.

[PatV/DPR:] § 11 Nachtdienste

PatV	DPR
<p>Da die Minutenwerte der Anlage 2 beim Krankenpflegepersonal für den Tagdienst gelten, muss für diese Berufsgruppe sichergestellt werden, dass die erforderliche Mindestbesetzung nicht zu Lasten des Nachtdienstes erfolgt. Es bedarf daher gerade auch für die Zeit zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr einer Mindestvorgabe, die zu einer leitliniengerechten Behandlung beiträgt.</p> <p>In der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Psych-PV wurden Vorgaben zur Nachtsituation nicht gemacht. In den durchgeführten Fachgesprächen wurden allerdings mehrfach definierte Nachtdienststrukturen gefordert. Dabei wurde von einer 18 Betten-Station ausgegangen. Die Erhöhung der Mindestpersonalausstattung bei größeren Stationen (> 18 Plätze) ist erforderlich, um Anreize für therapeutisch und qualitativ nicht sinnvolle große Stationen zu vermeiden.</p>	<p>Nachtdienst (Pflege):</p> <p>Die Besetzung des Nachtdienstes im Pflegedienst ist in der Psych-PV nicht vorgegeben und wird von den Vertragspartnern vor Ort verhandelt.</p> <p>Bei einer Personalmindestvorgabe allerdings muss auch für den Nachtdienst eine solche Vorgabe bestehen, weil sonst Verschiebungen in den Diensten zu erwarten sind.</p> <p>Der Vorschlag des Deutschen Pflegerates zielt darauf ab je nach Anzahl der Stationen ein festgelegtes Kontingent pro Klinik festzulegen (1,4/1,6 VK x Station – diese Pflegemitarbeiter*innen müssen nachts für die Stationen der Klinik mindestens und tatsächlich zur Verfügung stehen.)</p> <p>Das zur Verfügung stehende Kontingent muss dann von der Leitung des Pflegedienstes auf die Stationen nach entsprechenden Notwendigkeiten und Sicherheitsaspekten aufgeteilt werden.</p>

	Diese Notwendigkeiten und Sicherheitsaspekte ergeben sich z. B. aus der Verteilung der Patienten in die Behandlungsbereiche, der Anzahl der Patientenaufnahmen pro Nacht oder den Notwendigkeiten von deeskalierenden Maßnahmen und angeordneten 1:1-Betreuungen.
--	---

[GKV-SV/PatV/BPtK:] § 10 (GKV-SV)/§ 12 (PatV) Stationsgröße

Zu Absatz 1:

Die Anzahl der Patienten auf einer Station hat einen erheblichen Einfluss auf das Stationsmilieu und die Qualität der Behandlung.

Nach eindeutiger Meinung der Experten in den Befragungen durch die zuständige AG des G-BA sollten die Stationen in der Erwachsenenpsychiatrie nicht mehr als 18 Patienten und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 10-12 Patienten umfassen. U. a. tragen größerer Stationen zu einem höheren Vorkommen von Aggression und Gewalt auf den Stationen bei.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 regelt, wie der Personalbedarf angepasst werden muss, wenn die Stationsgröße die Vorgaben nach Absatz 1 überschreitet. Der Personalbedarf steigt damit überproportional mit der Anzahl der Patienten an. Damit soll dem überproportional höheren Personalbedarf bei besonders großen Stationen Rechnung getragen werden.

[GKV-SV/PatV/BPtK/DPR:] § 11 (GKV-SV)/§ 13 (PatV)/LV Genesungsbegleiter

Zu Absatz 1:

GKV-SV/PatV:

Zusätzlich zu den in § 6 genannten Berufsgruppen sollen Genesungsbegleiter eingesetzt werden. [PatV: Die Tätigkeit der Genesungsbegleiter gehört zum Leistungsumfang der Krankenhausbehandlung.]

Genesungsbegleiter sollen Menschen in tiefen und akuten seelischen Krisen schneller und nachhaltiger einen entlastenden Zugang zu Menschen mit eigener Krankheitserfahrung ermöglichen. Ziel der Tätigkeit von Genesungsbegleitern ist es, die Qualität und das Behandlungsergebnis für akut erkrankte Patienten positiv zu beeinflussen.

Genesungsbegleiter verfügen über eigene Psychiatrie- und Therapieerfahrung. Sie arbeiten nach Abschluss einer modularen Ausbildung als Fürsprecher und „Dolmetscher“ zwischen Patienten, Behandlern und Angehörigen. Sie vertreten die subjektive Perspektive des Patienten, arbeiten Recovery-orientiert und begleiten diese bei relevanten Entscheidungen. Ihre Arbeit wirkt sich qualitativ positiv auf den Behandlungserfolg aus und erfüllt die Qualitätsvorgaben der Richtlinie. Im Projekt „psychnet“ konnte nachgewiesen werden, dass ambulante Genesungsbegleitung die Selbstwirksamkeitserwartung der Nutzer im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant steigerte – auch noch ein Jahr nach der Begleitung (Mahlke et al.

2017). Dieses Ergebnis deckt sich mit zahlreichen internationalen Studien zum wissenschaftlichen Nachweis ihres positiven Nutzens. [PatV: Genesungsbegleiter sind nicht mit anderen Berufsgruppen austauschbar oder aufzurechnen und an jedem Behandlungsort einsetzbar. Sie bilden eine eigene Beschäftigtengruppe, die einer eigenen Regelung bedarf. Die empfohlene Mindestvorgabe beträgt 90 Minuten/je Patient und Woche. Ihre Vergütung ist noch tarifvertraglich zu regeln. Bei der Ausgestaltung ist zu berücksichtigen, dass ihr flächendeckender Einsatz in allen Einrichtungen erst nach und nach zu realisieren ist. Empfohlen wird der zeitgleiche Einsatz von mindestens zwei Genesungsbegleitern je Einrichtung. Diese Regelung ist daher bis zu einer Folgeregelung der Richtlinie als Übergangsregelung zu ermöglichen.]

Zu Absatz 2:

Die Zahl der Genesungsbegleiter ist sowohl in der Strukturabfrage als auch im Qualitätsbericht des Krankenhauses in Vollzeitäquivalenten darzustellen.]

Literatur:

Mahlke C, Priebe S, Heumann K, Daubmann A, Wegscheider K, Bock T (2017) Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. *European Psychiatry* 42:103–110. Siehe auch: Mahlke C., Krämer, U., Kilian, R., Becker T.: Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. *Übersicht des internationalen Forschungsstandes. Nervenheilkunde* 2015; 34: 235-239

DKG:

Genesungsbegleiter können als ehemalige Patienten mit eigener Psychiatrie- und Therapieerfahrung eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten übernehmen, in dem sie als Fürsprecher und „Dolmetscher“ zwischen Patienten, Behandlern und Angehörigen fungieren. Da es derzeit keine einheitliche und geordnete Ausbildung für Genesungsbegleiter gibt und eine qualifizierte Ausbildung für eine Sicherung der Behandlungsqualität unabdingbar ist, wird diese Berufsgruppe nicht unter § 5 als eine der therapeutischen Berufsgruppen im Rahmen der verbindlichen Mindestvorgaben aufgeführt. Bei der Vereinbarung der Personalstellen, welche erforderlich, sind um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen, sind jedoch gemäß § 6 Absatz 7 neben u. a. Leitungskräften und Bereitschaftsdiensten auch Genesungsbegleiter zu berücksichtigen.

Um eine Erfassung der Anzahl der bereits in Krankenhäusern angestellten Genesungsbegleiter zu ermöglichen, werden entsprechende Daten über die Strukturabfrage an den G-BA übermittelt. Die Ergebnisse sollen bei der zukünftigen Überprüfung der Notwendigkeit einer Anpassung der Richtlinie berücksichtigt werden.

[GKV-SV/PatV:] § 12 (GKV-SV)/§ 14 (PatV) Umsetzung in ein Behandlungsangebot

Die Mindestvorgaben dieser Richtlinie sollen ein Behandlungsangebot auf den einzelnen Stationen oder in stationsäquivalenter Behandlung ermöglichen, das folgende Ziele verfolgt:

- möglichst leistungssektorenübergreifende Behandlerkonstanz
- indikationsbezogene Behandlungskonzepte
- Behandlung im multiprofessionellen Team

- Milieuthherapie
- Gemeindenähe
- Verzicht auf geschlossene Stationen/Vermeidung geschlossener Türen
- Teilnahme an der regionalen Versorgungsverpflichtung und
- die Befähigung zu einem möglichst selbstständigen Leben außerhalb von Institutionen sowie zur Teilhabe

Die Regelaufgaben sollen die Umsetzung eines an diesen Zielen ausgerichteten Behandlungskonzeptes ermöglichen. Wesentliche Behandlungsmittel sind Einzel- und Gruppenpsychotherapie, angeboten durch die unterschiedlichen Berufsgruppen als Team. In den Checklisten wird die Umsetzung von bestimmten gruppenpsychotherapeutischen Angeboten entsprechend als ein Strukturqualitätsmerkmal erhoben.

§ 9 (DKG)/§13 (GKV-SV)/§ 15 (PatV) Ausnahmetatbestände

DKG	GKV-SV/PatV
<p>Das Vorliegen eines Ausnahmetatbestandes nach Absatz 1 ist von der Einrichtung in den Nachweisen gemäß § 10 anzuzeigen, so dass diese Daten ebenfalls bei der Auswertung des Umsetzungsgrads der Richtlinie berücksichtigt werden können. Je nach den Ergebnissen der Nachweise und den über die Ausnahmetatbestände hinaus erbrachten Begründungen für Abweichungen der Ist-Personalausstattung zu der Mindestpersonalausstattung gilt es, die Ausnahmetatbestände gemäß § 13 Absatz 1 und 2 in der Richtlinie anzupassen.</p> <p>Zu Absatz 1:</p> <p>Die Definition der Ausnahmetatbestände unter 1. und 2. orientiert sich an der „Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung“.</p> <p>Da das „übliche Maß krankheitsbedingter Personalausfälle“ nur individuell festzustellen ist, ist eine konkrete prozentuale Vorgabe für dieses Maß nicht zu verankern.</p> <p>Auf unerwartete Erhöhungen von Patientenzahlen – auch wenn dieses in der Psychiatrie/Psychosomatik eher unwahrscheinlich erscheint – sollte nicht verzichtet werden. Auch und insbesondere, da diese Einrichtungen</p>	<p>Zu Absatz 1:</p> <p>Bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen können die Krankenhäuser von den verbindlichen Mindestpersonalvorgaben abweichen. Ein Ausnahmetatbestand liegt dann vor, wenn mehr als 20 Prozent des vorzuhaltenden Personals nach § 7 krankheitsbedingt ausfällt.</p> <p>Zu Absatz 2:</p> <p>Die Einrichtung ist verpflichtet, das Vorliegen eines Ausnahmetatbestandes den Vertragsparteien anzuzeigen und die Mindestvorgaben schnellstmöglich, mindestens aber nach vier Wochen wieder zu erfüllen.</p>

<p>trotzdem Krankenhäuser sind und somit als Ort der Hilfe und Behandlung bei unerwartet hohen Patientenzahlen nicht benachteiligt werden dürfen.</p> <p>Krankenhäuser sind in ihren Strukturen einem stetigen Wandel unterworfen. Dem muss mit einem separaten Ausnahmetatbestand begegnet werden, der Zum Beispiel Umstrukturierungen oder Schließungen von Stationen berücksichtigt.</p> <p>Zu Absatz 2:</p> <p>Die Einrichtung ist verpflichtet, das Vorliegen eines Ausnahmetatbestandes nachzuweisen. Wenn überhaupt eine Frist für die Wiedererfüllung vorzusehen sein sollte, hat diese einen adäquaten organisatorisch möglichen Zeitrahmen vorzusehen.</p>	
--	--

DKG	GKV-SV
<p>§ 10 Nachweisverfahren und Strukturabfrage</p>	<p>§14 (GKV-SV)/§ 16 (PatV) Nachweisverfahren</p>
<p>Zu Absatz 1 bis 3:</p> <p>Um Transparenz über den Umsetzungsgrad der Mindestvorgaben herzustellen, ist selbiger von der Einrichtung sowohl den Vertragspartnern der Pflegesatzvereinbarung als auch dem G-BA in Form der Dokumentationsvorlage gemäß Anlage 3 zu übermitteln. Dies umfasst gemäß Anlage X die Soll- und Ist-Personalausstattung auf Einrichtungsebene, ggf. Begründungen für Abweichungen sowie besondere strukturelle und organisatorische Gegebenheiten der Einrichtungen. Die Übermittlung hat jährlich bis zum 15. Februar unabhängig von der Einhaltung oder Nichteinhaltung der Vorgaben an die beiden genannten Adressaten zu erfolgen. Bei Nichteinhaltung der Vorgaben sind die Nachweise zusätzlich an die jeweilige LAG zu übermitteln. Um die Schaffung von Transparenz mit einem angemessenen Aufwand in Verbindung zu bringen, ist an alle Adressaten der gleiche Nachweis zu erbringen. Darüber hinaus hat der Nachweis unabhängig vom Adressaten immer im gleichen Zeitraum (bis zum 15. Februar des Folgejah-</p>	<p>Zu Absatz 1 bis 9:</p> <p>Absätze 1 bis 9 regeln das Vorgehen für das Nachweisverfahren.</p> <p>Um Transparenz über den Umsetzungsgrad der Mindestvorgaben herzustellen, ist selbiger von der Einrichtung sowohl Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen als auch dem G-BA in Form der Checkliste gemäß Anlage 3 zu übermitteln. Diese Checkliste wird elektronisch übermittelt. Die Spezifikation beschließt der G-BA.</p> <p>Die Checkliste umfasst unter anderem die Mindest- und Ist-Personalausstattung, sowie weitere Strukturabfragen die für die Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie erforderlich sind.</p> <p>Die Nachweise sind monats- und stationsbezogen zu führen (siehe Begründung zu § 2 Absatz 7), insbesondere um Transparenz darüber zu schaffen, ob das vorgeschriebene Personal auch tatsächlich auf der Station und beim Patienten ankommt, und um zügig Abhilfe zu schaffen, falls dies nicht der Fall sein sollte.</p>

<p>res) zu erfolgen. Es sind somit unabhängig von der Einhaltung oder Nichteinhaltung der Mindestvorgabe in jedem Jahr der Nachweis gemäß Anlage 3, der Nachweiszeitraum, der Zeitpunkt der Nachweisübermittlung und der Kreis der Empfänger gleich. Die einzige Abweichung bei Nichteinhaltung der Vorgaben stellt die zusätzliche Übermittlung der Nachweise an die jeweilige LAG dar.</p> <p>Zu Absatz 4:</p> <p>Es gilt zu berücksichtigen, dass gemäß der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V zusätzlich Qualitätskontrollen erfolgen können, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) aufgrund von Anhaltspunkten für die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zu einer Kontrolle selbiger beauftragt wird.</p>	<p>Die Übermittlung hat jährlich bis zum 15. Februar unabhängig von der Einhaltung oder Nichteinhaltung der Vorgaben sowohl an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen als auch an den G-BA (siehe auch § 15 Absatz 2) zu erfolgen.</p> <p>Bei Nichterfüllung der Kalendermonatlichen Mindestvorgabe ist die Einrichtung verpflichtet, dies unverzüglich, spätestens aber 14 Tage nach Ende des betreffenden Kalendermonats, den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen zu melden – und zwar in Form des betreffenden Monatsnachweises gemäß Checkliste in Anlage 3.</p> <p>Es gilt zu berücksichtigen, dass gemäß der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V zusätzlich Qualitätskontrollen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erfolgen können. Alle dafür notwendigen Unterlagen sind vom Krankenhaus vorzuhalten.</p>
	<p>GKV-SV/PatV</p>
<p>Zu Absatz 5 und 6:</p> <p>Der G-BA hat Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten (§ 136d SGB V) und hat bei seinen Festlegungen eine Beobachtungspflicht im Hinblick auf das intendierte Ziel und den damit verbundenen, vom G-BA normierten Qualitätssicherungsmaßnahmen einerseits und den Auswirkungen dieser Maßnahmen andererseits. Vor diesem Hintergrund erhebt der G-BA standortbezogen, inwiefern die Anforderungen nach dieser Richtlinie jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr erfüllt wurden.</p> <p>In dem Datenfluss von dem Krankenhaus zur auswertenden Stelle des G-BA ist eine Datenannahmestelle vorgesehen. Die Datenannahmestelle ist das IQTIG, das die eingehenden Daten hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit prüft und ggf. Korrekturen einfordert. Damit soll sichergestellt werden, dass nur vollständige und geprüfte Daten ausgewertet werden.</p> <p>Zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Grundlage für die Entwicklung der Erfassungssoftware legt der G-BA eine Spezifikation fest. Hierfür beauftragt er das IQTIG, die EDV-technische Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung (hierzu gehört auch die Spezifikation der</p>	<p>§15 (GKV-SV)/§ 17 (PatV) Strukturabfrage</p> <p>Zu Absatz 1:</p> <p>Der G-BA hat Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten (§ 136d SGB V) und hat bei seinen Festlegungen eine Beobachtungspflicht im Hinblick auf das intendierte Ziel und den damit verbundenen, vom G-BA normierten Qualitätssicherungsmaßnahmen einerseits und den Auswirkungen dieser Maßnahmen andererseits. Vor diesem Hintergrund erhebt der G-BA standortbezogen, inwiefern die Anforderungen nach dieser Richtlinie jeweils bezogen auf ein Kalenderjahr erfüllt wurden.</p> <p>Die Abfrage hinsichtlich der Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Mindestanforderungen erfolgt standortbezogen auf ein ganzes Kalenderjahr. Grundlage dafür sind die Angaben der Krankenhäuser, die bereits im Rahmen der Nachweispflichten gemacht worden sind. Die Erhebung erfolgt softwarebasiert und die Übermittlung der Daten erfolgt auf elektronischem Weg.</p> <p>Zu Absatz 2:</p>

Auslösung einer Dokumentationsverpflichtung analog dem Verfahren in der datenbasierten Qualitätssicherung wie QSKH-RL, DeQS-RL), die Prozesse zum Datenfehlermanagement sowie die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und ein Datenprüfprogramm für die Daten der Strukturabfrage, insbesondere zur Überprüfung von Vollständigkeit und Plausibilität zu entwickeln. Änderungen an der Spezifikation werden vom G-BA beschlossen und veröffentlicht, so dass die jeweils gültige anzuwendende Spezifikation öffentlich zugänglich zur Verfügung steht.

Zu Absatz 7:

Ein Datenvalidierungsverfahren zusätzlich zu dem Verfahren nach Absatz 6 zur Überprüfung der Plausibilität und Vollständigkeit sowie zu möglichen Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist an dieser Stelle nicht erforderlich.

Eine Kontrolle der Richtigkeit der Daten kann bei Anhaltspunkten durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gemäß der Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK-QK-RL) erfolgen.

Zu Absatz 8:

Es wird geregelt, welche Überprüfungen der G-BA auf Grundlage der Daten der Nachweise vorzunehmen hat. Anhand der übermittelten Daten überprüft der G-BA den Umsetzungsgrad der Richtlinie, die Anforderungen der Richtlinie und deren ggf. erforderliche Anpassung.

Zu Absatz 9:

Es werden Vorgaben zur Auswertung der Daten und zur Erstellung und Übermittlung eines jährlichen Berichts gemacht.

Zu Absatz 10:

Um gegenüber den Patienten und der Öffentlichkeit Transparenz darüber herzustellen, welche Einrichtung in welchem Umfang die Mindestanforderungen erfüllen bzw. nicht erfüllen, ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse der Strukturabfragen im strukturierten Qualitätsbericht vorgesehen.

Zu Absatz 11:

Es werden Fristen für die Datenübermittlung festgelegt und in welcher Form die Richtigkeit der Angaben zu bestätigen ist. In dem Datenfluss von dem Krankenhaus zur auswertenden Stelle des G-BA ist das IQTIG die Datenannahmestelle, die die eingehenden Daten vor eine Weiterleitung an die Auswertestelle hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit prüft und ggf. Korrekturen einfordert. Damit soll sichergestellt werden, dass nur vollständige und geprüfte Daten zur Auswertung weitergeleitet werden. Ferner muss die Datenannahmestelle auch sicherstellen können, dass alle Standorte die Leistungen nach dieser Richtlinie erbringen, sich an der Strukturabfrage beteiligen. Hierzu ist neben einer Registrierung, Authentifizierung oder Anmeldung auch die Informationen zur Auslösung der Dokumentationsverpflichtung aus der unter Absatz 5 beschriebenen Spezifikation („QS-Auslöser“) zu nutzen, so dass eine Liste der Dokumentationspflichtigen Einrichtungen geführt werden kann.

Zu Absatz 3:

Damit die zu veröffentlichenden Ergebnisse der Strukturabfragen auch tatsächlich verlässlich die Realität in den Krankenhausstandorten abbilden, ist es notwendig, sich der Richtigkeit der Daten bzw. der Datengrundlage zu vergewissern. Hierzu entwickelt das IQTIG ein Datenvalidierungsverfahren.

Zu Absatz 5, 6 und 7:

Zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Grundlage für die Entwicklung der Erfassungssoftware legt der G-BA eine Spezifikation fest. Hierfür beauftragt er das IQTIG, die EDV-technische Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung (hierzu gehört auch die Spezifikation der Auslösung einer Dokumentationsverpflichtung analog dem Verfahren in der datenbasierten Qualitätssicherung wie QSKH-RL, DeQS-RL), die Prozesse zum Datenfehlermanagement sowie die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und ein Datenprüfprogramm für die Daten der Strukturabfrage, insbesondere zur Überprüfung von Vollständigkeit und Plausibilität zu entwickeln. Änderungen an der Spezifikation werden vom G-BA beschlossen und veröffentlicht, so dass die jeweils gültige anzuwendende Spezifikation öffentlich zugänglich zur Verfügung steht.

Kommt ein Krankenhaus seinen Dokumentations- und Mitwirkungspflichten im Rahmen der Strukturabfragen auch nach schriftlicher Erinnerung nicht nach, wird dies im strukturierten Qualitätsbericht durch die Angabe „Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt“ dargestellt und somit veröffentlicht. Darüber hinaus kann der G-BA selbst keine weiteren durchsetzenden Maßnahmen umsetzen. Daher ist es notwendig, dass die Stellen – hier die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen – welchen die Durchsetzung obliegt, entsprechend informiert werden.

Zu Absatz 8:

Es wird klargestellt, dass das IQTIG die Daten der Strukturabfrage im Auftrag des G-BA auswertet.

Zu Absatz 9:

Es werden Vorgaben zur Auswertung der Daten und zur Erstellung und Veröffentlichung der Ergebnisse in einem jährlichen Bericht gemacht.

Zu Absatz 10:

Gegenüber den Patienten und der Öffentlichkeit ist Transparenz darüber herzustellen, welche Standorte in welchem Umfang die Mindestanforderungen erfüllen bzw. nicht erfüllen. Wenn die Transparenz über Qualitätsergebnisse der datenbasierten Qualitätssicherung im strukturierten Qualitätsbericht die Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses unterstützen soll (§ 136b Absatz 7 SGB V), so muss dies für die Erfüllung von Mindestanforderungen erst recht gelten. Daher ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse der Strukturabfragen vorgesehen. Damit in den Krankenhäusern keine doppelten Dokumentations- und Übermittlungspflichten zu diesen Daten entstehen, wird hier festgelegt, dass das IQTIG die Daten zur Nutzung im Qb-R aufbereitet und zur Verfügung stellt.

Zu Absatz 11:

Das Verfahren bei nicht firstgerechter Lieferung wird festgelegt, sowie die Korrekturfrist. Die Folgen bei nicht vollständiger oder nicht erfolgter Lieferung nach der Korrekturfrist werden festgelegt. Dabei ist zu beachten: Kommt ein Krankenhaus seinen Dokumentations- und Mitwirkungspflichten im Rahmen der Strukturabfragen nicht nach, kann der G-BA selbst keine durchsetzenden Maßnahmen wie Vergütungsabschläge oder den Wegfall des Vergütungsanspruchs anwenden. Daher ist es notwendig, dass die Stellen – hier die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen – welchen die Durchsetzung obliegt, entsprechend informiert werden.

§ 11 (DKG)/§ 16 (GKV-SV)/§ 18 (PatV) Veröffentlichungspflichten für Einrichtungen

DKG	GKV-SV/PatV/BPtK/DPR
<p>Die Erfüllung der Mindestvorgaben wird im Strukturierten Qualitätsbericht dargestellt. Wie die Darstellung zu erfolgen hat, gehört nicht zum Regelungsbereich dieser Richtlinie. Entsprechende Vorgaben regelt der G-BA auf Grundlage des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser.</p>	<p>Zu Absatz 1 und Absatz 2:</p> <p>Im § 136a Absatz 2 SGB V heißt es „Informationen über die Umsetzung der verbindlichen Mindestvorgaben zur Ausstattung mit therapeutischem Personal (...) sind in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 darzustellen.“</p> <p>Seit 2005 sind Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, in Qualitätsberichten über die Qualität ihrer Arbeit zu informieren. Damit sollen Patientinnen und Patienten bei der Wahl eines Krankenhauses unterstützt werden. Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) sieht vor, dass besonders patientenrelevante Informationen zur Qualität der Versorgung im Krankenhaus in übersichtlicher Form veröffentlicht werden. Aufgrund dieses Gebots der Information und Transparenz werden die Ergebnisse der Strukturabfrage gemäß § 17 Absatz 6 auch in den Qualitätsberichten veröffentlicht, so dass sie von allen Interessierten abgerufen werden können. Andernfalls bestünde gerade für die besonders relevanten Informationen, ob und in welchem Umfang die Mindestvorgaben für die Personalausstattung im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich erfüllt oder nicht erfüllt werden, eine Informationslücke.</p>

DKG	GKV-SV
<p>§ 12 Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</p>	<p>§ 17 (GKV-SV)/§ 19 (PatV) Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</p>
<p>Zu Absatz 1 bis 8:</p> <p>Gemäß § 137 Absatz 1 SGB V sind Maßnahmen bei der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben vorzusehen, bei denen die Beratung und Unterstützung der Einrichtungen im Vordergrund stehen soll. Aus diesem Grund wird</p>	<p>Der Schutz und das Vertrauen der Patienten erfordern es, dass vom G-BA festgelegte, verpflichtende Qualitätsanforderungen konsequent eingehalten werden. Es bedarf insbesondere im Zusammenhang mit der Erfüllung von Strukturvorgaben klarer Regelungen zur Durchsetzung für die Fälle, in denen Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen nicht einhalten. Die</p>

bei einer Unterschreitung der Mindestvorgabe immer ein klärender Dialog zwischen der Einrichtung und der jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) eingeleitet, um die Gründe für die Nichteinhaltung zu ermitteln und eine entsprechende Zielvereinbarung zu beschließen. 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 und zudem Erfahrung in der Durchführung kollegialer Beratung, von Kolloquien und Peer-Review-Verfahren verfügen.

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 von Qualitätsanforderungen weitere angemessene Durchsetzungsmaßnahmen vorgesehen werden. Diese Maßnahmen können gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 und 4 SGB V die Information Dritter und die einrichtungsbezogene Veröffentlichung der Nichteinhaltung der Qualitätsanforderungen sein. Sich an diesen Maßnahmen orientierend, wird bei der zweimaligen Nichteinhaltung der Mindestvorgaben die Krankenhausplanungsbehörde in den klärenden Dialog miteinbezogen (Information Dritter). Darüber hinaus folgt bei drittmaliger Nichteinhaltung die einrichtungsbezogene Veröffentlichung der Nichteinhaltung auf dem Qualitätsportal des G-BA mit der Möglichkeit einer Angabe von Gründen durch das Krankenhaus.

Zu Absatz 9 und 10:

Weitere Maßnahmen können gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 und 2 SGB V Vergütungsabschläge und der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen die Mindestanforderungen nicht erfüllt sind, sein. Diese Sanktionen können in dieser Richtlinie nicht zum Tragen kommen. Da hier keine leistungsbezogenen Mindestanforderungen, sondern die Mindestpersonalausstattung der gesamten Einrichtung geregelt wird, ist es nicht möglich zu ermitteln, bei welchen Leistungen die Mindestanforderungen unterschritten wurden. Somit ist der Wegfall des Vergütungsanspruchs ausgeschlossen. Auch von Vergütungsabschlägen gilt es abzusehen. Wie

generelle Festlegung der Konsequenzen, die an Verstöße gegen diese wesentlichen Qualitätsanforderungen geknüpft werden können, stärkt die Transparenz und Rechtssicherheit der Durchsetzung von Qualitätssicherungsvorgaben.

Zu Absatz 1:

Gemäß § 6 Absatz 1 der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) werden in den jeweiligen themenspezifischen Richtlinien die für die Durchsetzung der Maßnahmen zuständigen Stellen festgelegt. Dementsprechend werden die Krankenhäuser, die Krankenkassen sowie der G-BA als beteiligte Stellen festgelegt.

Zu Absatz 2:

Gemäß § 2 Absatz 2 der QFD-RL umfassen die themenspezifischen Richtlinien auch weitere Anforderungen, wie Dokumentations- und Mitwirkungspflichten. Analog dazu wird festgelegt, dass die Krankenhäuser die Einhaltung der Mindestvorgaben feststellen und nachweisen müssen. Die Verantwortung für eine angemessene Personalausstattung liegt grundsätzlich in der Hand des Krankenhauses.

Zu Absatz 3, 4, und 5:

Der Gesetzgeber hat in § 137 Absatz 1 SGB V einen ersten, nicht abschließenden Katalog von Durchsetzungsmaßnahmen aufgeführt und in der Gesetzesbegründung darauf hingewiesen, dass der G-BA zusätzliche Folgen bestimmen kann, um ein breites Spektrum an Konsequenzen zu ermöglichen.

Zu den vom Gesetzgeber und in § 19 Absatz 3 bis 7 aufgeführten Durchsetzungsmaßnahmen gehören

1. Vergütungsabschläge
2. der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 nicht erfüllt sind und

der Bundesrat in seiner Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf des Psych-VVG (Drucksache 18/9837) ausführte, ist „das Fehlen von Personal [...] ein temporärer und kein gewollter Zustand“ und „darf deshalb keine dauerhafte budgetabsenkende Wirkung haben (Gefahr einer Abwärtsspirale)“. Vergütungsabschläge würden zu einer Reduktion der finanziellen Mittel der Einrichtung und damit zu einer Reduktion der Möglichkeit der Einhaltung der Mindestvorgaben führen. Wie vom Bundesrat bereits ausgeführt, würde sich somit eine Abwärtsspirale bezüglich der finanziellen Ressourcen der betreffenden Einrichtung ergeben und so letztendlich zu einer Schließung der Einrichtung führen.

Trotz der Problematik einer möglichen Abwärtsspirale wurden finanzielle Konsequenzen der Nichteinhaltung der Mindestvorgabe bereits in § 3 Absatz 3 Satz 8 BPfIV geregelt. Gemäß dieser Regelung haben die Vertragsparteien auf Ortsebene zu vereinbaren, in wie weit der Gesamtbetrag abzusenken ist, wenn die vereinbarte Stellenzahl unterschritten wird. Da die vereinbarte Stellenzahl gemäß § 6 Absatz 7 und 8 immer oberhalb der Mindestpersonalausstattung liegt, kann diese Maßnahme bereits vor Unterschreiten selbiger zur Geltung kommen.

Um eine flächendeckende Versorgung der Patienten nicht zu gefährden, können in dieser Richtlinie keine darüber hinausgehenden finanziellen Konsequenzen geregelt werden.

3. die Information Dritter über die Verstöße. Dritte in diesem Sinne sind insbesondere Stellen, die nur in Kenntnis dieser Information ihre gesetzlichen oder untergesetzlichen Aufgaben sachgerecht erfüllen können. Dies sind neben weiteren insbesondere die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden

Der G-BA hat in seiner Richtlinie zur Förderung der Qualität sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen nach § 137 Absatz 1 explizit festgelegt, dass bei Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, der Wegfall des Vergütungsanspruchs für die Leistungen die Folge ist.

Die Regelungen in Absatz 3 legen fest, welche Schritte durch das Krankenhaus zu unternehmen sind, wenn es einen monatsdurchschnittlichen Umsetzungsgrad der Mindestpersonalausstattung von 105 Prozent unterschreitet. In diesen Fällen sind kurzfristig Maßnahmen zu ergreifen, um eine Unterschreitung der Mindestpersonalausstattung zu vermeiden. Das Krankenhaus ist verpflichtet kurzfristig die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde sowie die anderen Vertragsparteien der Budgetvereinbarung zu informieren. Das Krankenhaus hat unmittelbar geeignete Maßnahmen zur Vermeidung einer Unterschreitung der Mindestvorgaben zu ergreifen. Dies kann grundsätzlich durch eine Erhöhung der personellen Ausstattung oder eine Reduzierung der Leistungsmenge erfolgen.

Die Regelungen in Absatz 4 legen fest, welche Schritte durch das Krankenhaus zu unternehmen sind, wenn es einen monatsdurchschnittlichen Umsetzungsgrad der Mindestpersonalausstattung von 100 Prozent unterschreitet. Das Krankenhaus wird verpflichtet festzustellen, bei welchen Patienten eine Behandlung mit zu wenig Personal erfolgte. Dies erfolgt durch einen differenzierten wochenbezogenen Nachweis.

Die Regelungen in Absatz 5 legen fest, dass der Vergütungsanspruch entfällt, wenn die Mindestanforderungen nicht erfüllt werden. Außerdem wird festgelegt, welche Schritte durch das Krankenhaus zu unternehmen sind und welche Informationen weitergegeben werden müssen.

Zu Absatz 6:

	<p>Die Regelungen in Absatz 6 sehen vor, dass Ausnahmetatbestände berücksichtigt und das Krankenhaus von Durchsetzungsmaßnahmen der Absätze 3 bis 5 befreit werden kann. Es wird geregelt, dass die Vertragsparteien nach § 18 Absatz 2 die vorgebrachten Ausnahmetatbestände prüfen.</p> <p>Zu Absatz 7:</p> <p>Absatz 7 regelt das Vorgehen und die Konsequenzen, wenn ein Krankenhaus seinen Mitwirkungspflichten nach dieser Richtlinie nicht nachkommt.</p>
--	--

§ 13 (DKG)/§ 18 (GKV-SV)/§ 20 (PatV) Anpassung der Richtlinie

DKG/DPR	BPtK	GKV-SV/PatV
<p>Zu Absatz 1 und 2:</p> <p>Neben der Überprüfung der Notwendigkeit einer Anpassung der Richtlinie auf Grundlage des Evaluationsberichts, wird eine regelmäßige Überprüfung der Umsetzung auf Basis der Daten aus den Nachweisen und den klärenden Dialogen vorgesehen. Eine derartige Überprüfung ist in Anbetracht der Tragweite dieser Richtlinie von essentieller Bedeutung. Auf Grund der derzeit mangelnden Evidenz sind insbesondere die prozentuale Höhe der Mindestvorgabe, als auch eine möglicherweise notwendige Überarbeitung des gestuften Systems an Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zu prüfen. Ebenso kann es erforderlich sein, auf bestimmte Probleme bei der Umsetzung der Mindestvorgaben durch eine Anpassung der Richtlinie zu rea-</p>	<p>Der gesetzliche Auftrag gemäß § 136 a SGB V erfordert eine Weiterentwicklung der Richtlinie um die mit dem gesetzlichen Auftrag verfolgten Ziele zu erreichen. Die Ausführungen in § 13 konkretisieren die Anforderungen, die an das neue Modell zur Ableitung des Personalbedarfs gestellt werden. Dabei wird darauf abgehoben, dass die Kriterien und Merkmale, nach denen die Patienten in personalaufwandshomogene Gruppen eingestuft werden empirisch fundiert und – auch für den Patienten – überprüfbar sein sollen</p>	<p>Zu Absatz 1:</p> <p>Der G-BA hat Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten (§ 136d SGB V) und hat bei seinen Festlegungen eine Beobachtungspflicht im Hinblick auf das intendierte Ziel nach § 1. Dazu prüft er u. a. den Umsetzungsstand und im Rahmen seiner Beobachtungspflicht ggf. erforderliche Anpassungen.</p> <p>Zu Absatz 2:</p> <p>Der G-BA prüft alle zwei Jahre, ob eine Anpassung der Richtlinie notwendig ist. Damit soll eine schrittweise Weiterentwicklung der Richtlinie gewährleistet werden.</p> <p>Da der G-BA die Nachweise für das Jahr 2020 zum 15. Februar 2021 erwartet, wird eine erste Anpassung der Richtlinie für den 1. Januar 2022 terminiert (siehe dazu § 20 Absatz 4 Übergangsregelungen).</p>

<p>gieren, z. B. durch eine Ergänzung oder Konkretisierung der Ausnahmetatbestände oder Anpassung der Nachweissystematik.</p> <p>Zu Absatz 3 und 4:</p> <p>Neben der regelhaften Überprüfung der Notwendigkeit einer Anpassung der Richtlinie, wird die Richtlinie hinsichtlich des in der zweiten Stufe vorgesehenen neuen Modells zur Ausgestaltung der Personalvorgaben bis zum 30. September 2024 überarbeitet. Das Modell resultiert aus einer umfassenden Überarbeitung der Systematik der Psych-PV und soll eine Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Patientenbedarfen und verschiedenen Settings ermöglichen, um auch bei sich ändernden Patientenbedarfen oder neuen Versorgungsstrukturen in der Zukunft, den Personalbedarf adäquat abbilden zu können.</p> <p>Bei der Entwicklung dieses Modells sind die Ergebnisse der bereits durchgeführten Studie zur Erfassung des Ist-Zustandes der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik, welche auf Grund von zeitlichen Verzögerungen bei der ersten Stufe nicht verwendet werden konnten, zu berücksichtigen. Ebenfalls sind die Ergebnisse der Fachgespräche und die Erkenntnisse aus der Umsetzung der ersten Stufe (Nachweise und klärende Dialoge) zu beachten.</p> <p>Auch nach der Implementierung der zweiten Stufe ist regelhaft nach zwei Jahren, die Notwendigkeit einer Anpassung der Richtlinie zu überprüfen. Dies ist insbesondere auf Grund der dann neuen Systematik der Ermittlung des Personalbedarfs von großer Bedeutung.</p>		<p style="background-color: yellow;">Vorsitzende des UA QS</p> <p>Zu Absatz 1:</p> <p>Mit Absatz 1 wird die Auswertung der im Wege des Nachweisverfahrens und der Strukturabfrage erhobenen Daten durch das IQTIG oder einen geeigneten Dritten geregelt. Der G-BA wird im Wege der Beauftragung die Einzelheiten der Auswertung festlegen. Ziel der Auswertung ist neben der Ermittlung des Umsetzungsstandes auch die Prüfung eines etwaigen Anpassungsbedarfs der Richtlinie. Dadurch kommt der G-BA seiner ihm obliegenden Beobachtungspflicht nach.</p> <p>Zu Absatz 2:</p> <p>Über Absatz 1 hinaus sollen nach den Vorgaben in Absatz 2 die Ergebnisse der Auswertungen auch die Grundlage für schrittweise Weiterentwicklung der Richtlinie bilden. Die für die dazu erforderlichen Daten werden in Absatz 2 abstrakt umschrieben. Neben den Daten zum Stand der Erfüllung der Personalvorgaben sind dies auch Daten zur konkreten Aufschlüsselung der durch das Personal ausgeübten Tätigkeiten sowie die auf Basis der Indikationsstellung und Diagnose fachlich begründeten Zuordnung der Patienten zu den jeweiligen Behandlungsbereichen.</p> <p>Zu Absatz 3:</p> <p>In Absatz 3 wird der Regelauftrag des G-BA aus § 136a Absatz 2 Satz 2 SGB V zur Bestimmung von Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess, und Ergebnisqualität aufgegriffen.</p>
--	--	--

<p>DPR:</p> <p>Die nun vorliegende Überarbeitung der Psych-PV kann nur ein erster Schritt auf dem Weg zu einer 2. Stufe im Richtlinienprozess sein, die vorgenommenen Anpassungen als Anpassung der dringenden Notwendigkeiten zu betrachten. Sie entsprechen noch nicht dem, was eine ganzheitliche Anpassung der Personalbemessung in Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik ausmachen würde. Neben einer neuen Systematik fehlen Regelungen für den Nachtdienst und Vorgaben für einen Grade und Skill Mix. Diese beiden Aspekte sind besonders wichtig, da sich eine Mindestpersonalbemessung nicht nur auf den Tag begrenzen sollte und die Frage von neuen Qualifikationen- und Qualifikationsabstufungen in einer modernen Personalbemessung berücksichtigt werden sollten.</p>		<p>Die nach Absatz 3 vom G-BA zu beauftragende Entwicklung von Qualitätsindikatoren soll aber auch für die Beurteilung einer leitliniengerechten Behandlung der Patienten geeignet sein. Sobald derartige Indikatoren zur Verfügung stehen, sollen auch die im Wege der Auswertung dieser Indikatoren gewonnenen Ergebnisse die schrittweise Weiterentwicklung der Richtlinie ermöglichen.</p>
---	--	--

§ 14 (DKG)/§ 19 (GKV-SV)/§ 21 (PatV) Evaluation der Richtlinie

DKG/DPR	GKV-SV/PatV
<p>Eine möglicherweise notwendige Anpassung der Richtlinie wird bereits gemäß § 13 auf Basis der Nachweise sowie der Daten aus den klärenden Dialogen untersucht. Eine wissenschaftliche Evaluation der Umsetzung und der Auswirkungen der Richtlinie muss sowohl innerhalb der ab 1. Januar 2020 zum Tragen kommenden ersten Stufe wie auch innerhalb der zweiten Stufe durchgeführt werden. Eine wissenschaftliche Evaluation der ersten Stufe kann bei der Entwicklung der zweiten Stufe und der Analyse in diesem Zusammenhang notwendiger Anpassungen der Richtlinie herangezogen werden. Da es sich bei der daraufhin zum Tragen kommenden</p>	<p>Gemäß § 137b SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Aufgabe, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten. Die Analyse der Auswirkungen der Normierungen auf die Versorgungsqualität und folglich die Überprüfung, inwieweit die Zielsetzung der Richtlinie erfüllt wurde, sind wichtige Elemente der Qualitätssicherung. Die Auswirkungen dieser Richtlinie sollten aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet werden, zumindest jedoch aus Perspektive der Patientinnen und Patienten, der Krankenhäuser und der gesetzlichen Krankenversicherung. Die konkrete Operationalisierung der Fragestellungen und Konzeptionierung der Evaluation erfolgt im Rahmen der Evaluation selbst. Die Daten aus</p>

<p>zweiten Stufe um ein neues Modell handelt, sind die Auswirkungen nach Implementation ebenfalls wissenschaftlich zu evaluieren.</p>	<p>den Nachweisen sowie der Strukturabfragen sind dabei als grundsätzliche Datenquellen zu berücksichtigen. Mit der Festlegung, dass der Evaluationsbericht spätestens fünf Jahre nach Beschluss der neuen Richtlinie vorliegen soll, unterzieht der G-BA sich unter Berücksichtigung eines ausreichend langen Evaluationszeitraums und ggf. auftretender Schwierigkeiten in der Datengenerierung einer zeitlichen Selbstverpflichtung.</p>
---	---

§ 15 (DKG)/§ 20 (GKV-SV)/§ 22 (PatV) Übergangsregelungen

DKG	GKV-SV	PatV
<p>Zu Absatz 1 und 2:</p> <p>Eine Einstufung der Patienten in die Behandlungsbereiche gemäß § 3 ist erst nach Inkrafttreten der Richtlinie und damit erst ab 2020 für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung im Jahr 2021 möglich. Im ersten Jahr nach Inkrafttreten der Richtlinie ergibt sich die Mindestpersonalausstattung daher aus den Stichtagserhebungen, die im Rahmen der bis 31. Dezember 2019 geltenden Psych-PV durchgeführt wurden. Da hier jedoch keine Bemessung des Personalbedarfs stattfindet, sondern die Festlegung der Mindestvorgabe, ist der ermittelte Minutenwert je Berufsgruppe, wie dann auch in den folgenden Jahren, mit dem Wert 0,8 zu multiplizieren.</p> <p>Für den Bereich der Psychosomatik wurde in dieser Richtlinie im Vergleich zur Psych-PV der Behandlungsbereich P neu mit aufgenommen. Im Jahr 2019 wurden somit die Patienten noch nicht in diesen Bereich eingestuft. Eine entsprechende Einstufung kann erst im Jahr 2020 für die Ermitt-</p>	<p>Zu Absatz 1:</p> <p>Die angepassten Minutenwerte der Psych-PV pro Woche und Berufsgruppe für den Patienten in den einzelnen Behandlungsbereichen werden zu den neuen Mindestvorgaben dieser Richtlinie. Sie müssen ab dem 1. Januar 2024 erfüllt sein.</p> <p>Ab dem 1. Januar 2020 müssen die Einrichtungen 90 Prozent der Mindestvorgabe erfüllen. Ab dem 1. Januar 2022 müssen 95 Prozent der Mindestvorgabe erfüllt sein.</p> <p>Diese Übergangsregelung begründet sich in den Ergebnissen der ersten Auswertungen der Psych-PV-Nachweise nach § 18 Absatz 2 Satz 2 und 3 BPfIV für das Jahr 2017.</p> <p>Darin zeigt sich, dass die Einrichtungen zwar bei der Umsetzung der Psych-PV in einen Durchschnittswert von 98 Prozent erreichen. Allerdings liegen 10 Prozent der Einrichtungen unter 90 Prozent Umsetzungsgrad, das sind in absoluten Zahlen 30 Einrichtungen, 22 Prozent der Einrichtungen liegen unter 95 Prozent Umsetzungsgrad, das</p>	<p>Da gemäß Anlage 2 von der Patientenvertretung eine deutliche Erhöhung der Minutenwerte der nach nahezu 30 Jahren nicht angepassten Werte der Psych-PV vorgesehen wird, ist eine Übergangsregelung erforderlich. Mit den vorgesehenen Anpassungsschritten wird ermöglicht, dass annähernd auf den Werten der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Psych-PV die erforderliche Anpassung der Minutenwertetabellen in zwei Schritten bis zum 1. Januar 2022 erreicht wird.</p>

<p>lung der Mindestvorgabe im Jahr 2021 durchgeführt werden. Daher gelten die Mindestvorgaben für die Einrichtungen der Psychosomatik erst ab dem Jahr 2021.</p> <p>Zu Absatz 3:</p> <p>Da innerhalb des ersten Jahres nach Inkrafttreten der Richtlinie noch keine Spezifikation für die elektronische Übermittlung der Nachweise gemäß Anlage 3 vorhanden sein wird, sind für das Leistungsjahr 2020 die Nachweise in Papierform an den G-BA zu übermitteln. So erhält der G-BA auch bei nicht vorliegender Spezifikation die Nachweise in einem auswertbaren Format und die Einrichtung ist mit Inkrafttreten der Richtlinie über die Übermittlung im ersten Jahr informiert und kann entsprechend planen.</p>	<p>sind in absoluten Zahlen 38 Häuser. Und 47 Prozent der Einrichtungen liegen unter 100 Prozent Umsetzungsgrad, das sind in absoluten Zahlen 147 Häuser. In Anbetracht dieser Zahlen ist die Mindestvorgabe, die zukünftig von allen Einrichtungen eingehalten werden muss, gestuft mit den obigen Übergangszeitenfestzulegen. Damit haben die betroffenen Einrichtungen die erforderliche Zeit ihren Personalbestandaufzustocken. Außerdem wird mit der Regelung sichergestellt, dass diejenigen Einrichtungen, die derzeit die Personalvorgaben nach Psych-PV unterschreiten, in der Übergangszeit weiter ihrer regionalen Pflichtversorgung nachkommen können.</p> <p>Zu Absatz 2:</p> <p>Da innerhalb des ersten Jahres nach Inkrafttreten der Richtlinie noch keine Spezifikation für die elektronische Übermittlung der Nachweise gemäß Anlage 3 vorhanden sein wird, sind für das Leistungsjahr 2020 die Nachweise in Papierform an den G-BA zu übermitteln. So erhält der G-BA auch bei nicht vorliegender Spezifikation die Nachweise in einem auswertbaren Format und die Einrichtung ist mit Inkrafttreten der Richtlinie über die Übermittlung im ersten Jahr informiert und kann entsprechend planen.</p> <p>Zu Absatz 3:</p> <p>Die Vorgaben bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben finden erst an 2021 Anwendung.</p> <p>Zu Absatz 4:</p>	
---	--	--

	<p>Der G-BA hat in seinen Beratungen u. a. im Rahmen der Fachgespräche festgestellt, dass es Hinweise auf weiteren Regelungs- und Anpassungsbedarf gibt. Insbesondere betrifft dies</p> <ul style="list-style-type: none">• die Überprüfung der Höhe der Festlegung der Mindestvorgaben für die Psychosomatik,• die Festlegung der Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste,• die Festlegung der Höhe bzw. des Anteils der Minutenwerte für die regionale Pflichtversorgung,• die Festlegung für die Qualifikation und den fachlichen Anforderungen für die Berufsgruppen,• die Berücksichtigung einer leitliniengerechten Psychotherapie sowie die Berücksichtigung von psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten,• die Eingruppierungssystematik der Patienten, die kurzfristig auf eine einheitliche routinedatenbasierte Systematik zusammengeführt werden sollte. <p>Hintergrund ist, dass die bestehende Klassifikation der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) des DIMDI ebenfalls Einstufungen in die Behandlungsbereiche der Regelbehandlung, Intensivbehandlung und Komplexbehandlungen vorsieht. Für die Weiterentwicklung der Qualitätsvorgaben benötigt der G-BA allerdings weitere empirische Daten, die mit den Nachweisen und Strukturabfragen der §§ 14 und 15 konkretisiert</p>	
--	--	--

	sind. Die Nachweise für das Jahr 2020 erwartet der G-BA zum 15. Februar 2021. Eine erste Anpassung der Richtlinie kann daher für den 1. Januar 2022 terminiert werden. Eine spätere Anpassung und Festlegung dieser Punkte ist aus QS-Gründen nicht akzeptabel.	
Vorsitzende des UA QS		
<p>Zu Absatz 1:</p> <p>Zur normativen Ausgestaltung eines Übergangs wird in Absatz 1 das gestufte Heranführen der Krankenhäuser an die Mindestvorgaben für die Personalausstattung geregelt. Danach sind von den Krankenhäusern in den Jahren 2020 und 2021 lediglich 80 Prozent und in den Jahren 2022 und 2023 lediglich 90 Prozent der Mindestvorgaben für die Personalausstattung zu erfüllen. Erst mit Beginn des Jahres 2024 haben die Krankenhäuser die Mindestvorgaben zu 100 Prozent zu erfüllen.</p> <p>Zu Absatz 2:</p> <p>Mit Absatz 2 wird klargestellt, dass die Folgen der Nichteinhaltung bereits für die Jahre 2020 bis 2023 gelten. Die gestufte Heranführung der Krankenhäuser über die Stufen gemäß Absatz 1 sind jedoch zu beachten. Demnach droht dem Krankenhaus bei der Erfüllung von 80 Prozent der Mindestvorgaben in den Jahren 2020 und 2021 bzw. von 90 Prozent der Mindestvorgaben in den Jahren 2022 und 2023 auch kein Wegfall des Vergütungsanspruchs. Hält das Krankenhaus jedoch weniger Personal als 80 bzw. 90 Prozent der Mindestvorgaben vor, greift der Vergütungsausschluss als Folge der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben bereits für die Jahre 2020 bis 2023.</p>		

2.1.1 Anlagen

Anlage 1: Eingruppierungsempfehlungen

Die Spalten 1 bis 4 wurden aus der Psych-PV Anlage 1 (zu § 4 Absatz 1) übernommen (vgl. S. 44 – 47 in: Kunze & Kaltenbach (Hrsg.) Psychiatrie-Personalverordnung, 5. Auflage 2005). Spalte 5 und 6 enthalten ergänzende Erläuterungen und Fallbeispiele der Selbstverwaltungspartner zu Anlage 2 Psych-PV (5. Auflage 2005, vgl. S.203 – 211).

GKV-SV:

Die Eingruppierungsempfehlungen basieren auf den bis zum 01.01.2020 gültigen Eingruppierungsempfehlungen zu den Behandlungsbereichen der Psych-PV in der Erwachsenenpsychiatrie. Sie gelten neu für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik.

Die Behandlungsbereiche in den Eingruppierungsempfehlungen wurden erweitert um die Stationsäquivalente Behandlung (A9 und KJ9)

Die Behandlungsbereiche A3, A4, S3, S4, S5, G3, G4, G5, KJ4, KJ5 wurden gestrichen. Siehe hierzu die Ausführungen zu § 6.

Patienten in der Psychosomatik können nach den neuen Eingruppierungsregeln künftig in die Behandlungsbereiche A1 und A5 der Allgemeinen Psychiatrie und Psychosomatik eingruppiert werden.

Dabei wird die A5 als spezielle Phase psychiatrischer oder psychosomatischer Behandlung definiert, „bei der Psychotherapie im Vordergrund steht. Die Patienten sind schon soweit stabilisiert, dass sie weniger therapeutische Unterstützung in der Bewältigung des Alltags benötigen als in Behandlungsbereich A1. Eine psychopharmakologische Mitbehandlung ist dabei nicht ausgeschlossen. Psychotherapie kann nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft nicht nur bei „schweren Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen“, sondern bei allen psychischen Erkrankungen wirksam angewendet werden“.

Um der Anfangsdiagnostik, der Anamnese und Therapieplanung zu Beginn eines Aufenthaltes in der Psychosomatik Rechnung zu tragen, die sich in den Regelaufgaben der A 5 nicht abbilden, ist es möglich die Patienten in den ersten ein bis zwei Wochen ihrer Behandlung in die A1 einzugruppieren: „In den Behandlungsbereich A1 sind stationär behandelte Patienten mit Erkrankungen aus dem Teilgebiet Psychosomatik einzuordnen, sofern eine intensive Eingangsdiagnostik und Behandlungsplanung erforderlich ist. Diese diagnostisch intensive Phase ist in der Regel nach einer, maximal nach zwei Wochen abgeschlossen.“

Die Minutenwerte der Behandlungsbereiche A1 und A5 bleiben die gleichen wie die in der Psych-PV.

Zur Begründung für die neue Eingruppierungsregelung für Patienten, die in der Fachabteilung Psychosomatik behandelt werden, wird auch auf die Tragenden Gründe zu § 11 (Minutenwerte) verwiesen.

[DKG: siehe Tragende Gründe zu § 2 Absatz 4 und 5]

Anlage 2: Minutenwertetabellen

DKG:

Die Minutenwerte für den Tagdienst sind aus der Psychiatrie-Personalverordnung übernommen worden. Damit werden die Anhaltzahlen der Psych-PV zur Grundlage der neuen Mindestvorgaben, die von den Einrichtungen im Jahresdurchschnitt nicht unterschritten werden dürfen. Die Psych-PV sollte nach Begründung zum § 136a Absatz 2 SGB V an die fachliche Weiterentwicklung angepasst werden. Eine evidenzbasierte Ableitung neuer Mindestvorgaben ist aber zurzeit nicht möglich. Die Ableitung aus empirischen Daten ist aufgrund der noch nicht vorliegenden Ergebnisse der Studie PPP zurzeit ebenfalls nicht möglich. Zudem lassen die Ergebnisse der Fachgespräche eine Ableitung einer konkreten quantifizierten Personalausstattung - wenn überhaupt - nur punktuell zu. Darüber hinaus wäre bei der Erhöhung der Minutenwerte eine Analyse zur Abschätzung der Auswirkungen in der Praxis erforderlich. Da dies aus zeitlichen Gründen vor der gesetzlichen Frist zur Beschlussfassung dieser Richtlinie nicht möglich ist, wird in der ersten Stufe ab 2020 keine Erhöhung vorgenommen.

Nichtdestotrotz wurde in den vom G-BA geführten acht Fachgesprächen zur Frage der Umsetzung einer leitliniengerechten Behandlung von vielen Experten darauf hingewiesen, dass z. B. die Psychotherapie nicht in ausreichendem Umfang angeboten wird. Dabei wurde Psychotherapie allerdings nicht per se als Richtlinienpsychotherapie verstanden. Die Empfehlungen dazu waren über die Fachgespräche hinweg zudem heterogen – von Umfang, Dauer, Häufigkeit bis hin zur Frage, welche Berufsgruppe Psychotherapie durchführt/durchführen sollte. Heute werden von allen Berufsgruppen, die in der Psych-PV genannt werden, auch vom Pflegepersonal, von den Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeuten und Sozialarbeitern, psychotherapeutische Behandlung angeboten. Dies sollte bei der Ausgestaltung des neuen Modells gemäß § 13 Absatz 3 beachtet werden.

Wie schwierig dagegen eine normative Festlegung von 100 Minuten Einzel- und 180 Minuten Gruppenpsychotherapie pro Woche - geleistet allein durch Ärzte und Psychologen - über alle Behandlungsbereiche hinweg ist, zeigt sich exemplarisch am Behandlungsbereich S2. In S2 werden laut Eingruppierungsempfehlungen in Anlage 1 der Richtlinie manifest selbstgefährdete, fremdgefährdende und somatisch vital-gefährdete Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige behandelt. Behandlungsziele sind u. a., Entgiftung, Delirbehandlung und Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen. Als Behandlungsmittel werden neben Diagnostik intensive medikamentöse Behandlung und Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen angegeben. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt hier nicht auf der Psychotherapie, sondern auf lebenserhaltenden Maßnahmen. Nichtdestotrotz werden Pflegende und andere Berufsgruppen bei der Behandlung dieser Patienten selbstverständlich ihre psychotherapeutische Expertise einfließen lassen.

Bei der Anpassung der normativen Wochenminutenwerte wäre zudem zu berücksichtigen, dass die den Wochenminutenwerten zugrunde liegenden Regelaufgaben kein normatives Regelwerk darstellen. Das heißt konkret, dass die einzelnen Minutenwerte der Regelaufgaben der alten Psych-PV nicht als normative Vorgabe zu verstehen sind. Sie sind an die jeweiligen Behandlungskonzepte der Stationen anpassbar – und ermöglichen damit den Einrichtungen inhaltliche Flexibilität zu. Dies trifft auch auf die Minutenwerte z. B. der Einzel- oder Gruppen-Psychotherapie oder der Angehörigengruppe angeboten durch Ärzte oder Psychologen zu. Die Psych-PV ist insofern bei konzeptuellen Änderungen flexibel gewesen, d. h. der Anteil an Einzel- oder Gruppenpsychotherapie konnte zulasten anderer Regelaufgaben erhöht werden. Ein Beispiel: Die in den Regelaufgaben vorgesehene Angehörigengruppe auf der Station, die mit 45 Minuten je Woche veranschlagt wird, findet, in der Praxis meist monatlich und nicht wöchentlich statt. Diese Zeit kann z. B. auch für Gruppentherapie genutzt werden.

Bei der Ausgestaltung des neuen Modells in der zweiten Stufe ist ebenfalls die Notwendigkeit einer Erhöhung der Minutenwerte in der Berufsgruppe der Pflegekräfte zu überprüfen. Die Aussagen in den Expertengesprächen diesbezüglich waren zu heterogen, um eine quantifizierte Veränderung der Minutenwerte innerhalb der ersten Stufe vornehmen zu können.

Wie bezüglich der Behandlungsbereiche unter § 3 bereits erläutert, werden die Minutenwerte der Personalanzahlzahlen von Heuft 1999 in einen neuen Behandlungsbereich für psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungen überführt. Um dies zu ermöglichen, waren bezüglich der Berufsgruppen der Ärzte und Psychologen sowie bezüglich der Spezialtherapeuten Umrechnungen der Minutenwerte erforderlich. Für Ärzte und Psychologen wird bei Heuft 1999 ein gemeinsamer Wert aufgeführt, der zu einem Viertel den Psychologen und drei Vierteln dem ärztlichen Personal zuzuordnen ist. Entsprechend dieser Verhältnisangaben, wurde der Minutenwert anteilig den Ärzten und den Psychologen zugerechnet. Ein ähnliches Vorgehen war hinsichtlich der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten erforderlich. Bei Heuft 1999 umfassen die Aufgaben der Spezialtherapeuten sowohl Spezialtherapien als auch Bewegungstherapien. Zwei Drittel der Minutenwerte entfallen bei Heuft 1999 auf spezialtherapeutische und

ein Drittel auf bewegungstherapeutische Tätigkeiten. Im gleichen Verhältnis wurden die Minutenwerte den in dieser Richtlinie getrennt aufgeführten Berufsgruppen der Spezialtherapeuten und der Bewegungstherapeuten/Physiotherapeuten zugeordnet.

Es bleibt unbenommen, dass im Hinblick auf einen Personalbemessungsstand, der mit der Psych-PV heutzutage nicht mehr abgebildet wird, ein eindeutiger Bedarf der Erhöhung der Minutenwerte und auch einer Anpassung der hinterlegten Tätigkeiten besteht. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass auf Basis dieser Minutenwerte nicht der Personalbemessungsstandard gemäß § 6 Absatz 7, sondern die Mindestpersonalausstattung ermittelt wird. Zur Erreichung des Personalbemessungsstandards werden die Einrichtungen teilweise somit einen höheren Personalbedarf haben, als dies anhand der Minutenwerte der Psych-PV ermittelt wurde.

GKV-SV:

Die Minutenwerte für den Tagdienst sind aus der Psychiatrie-Personalverordnung übernommen worden. Damit werden die bisherigen Anhaltszahlen der Psych-PV zur Grundlage der neuen Mindestvorgaben, die von der Einrichtung pro Station nicht unterschritten werden dürfen. Damit erhöht sich über alle Berufsgruppen hinweg gleichermaßen die notwendige Personalausstattung zur Sicherstellung der Mindestvorgaben.

Übernahme des Basiszeitwerts/Stationssockels für das Pflegepersonal

Bei der Übernahme der Minutenwerte aus der Psych-PV gibt es allerdings eine Ausnahme:

Der Stationssockel beim Pflegepersonal wurde mit seiner bisherigen Funktion zwar aufgehoben. Die Gesamtminutenwerte des Sockels wurden jedoch bei dem Gesamtminutenwert der Pflege berücksichtigt. Damit erhöhen sich in der Tabelle in Anlage 2 sämtlichen Wochenminutenwerte der Pflege für alle Behandlungsbereiche. Der Grund: Die Etablierung des Stationssockels (Basiszeitwert) in der Psych-PV hatte das Ziel, einen Anreiz für kleinere Stationen zu schaffen, was aus therapeutischer Sicht sinnvoll ist. Dies ist in der Praxis aber nicht durchgehend gelungen.

Zur Erläuterung: Beim Stationssockel wurde für die größte Berufsgruppe (Pflegedienst) ein Teil der Tätigkeiten (5.000 Minuten) pauschal über die Anzahl der Stationen verteilt. Größere Stationen (mehr als 18 Betten in der Erwachsenenpsychiatrie und mehr als zehn Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) erhielten weniger Personal. In der Praxis hat dies leider nicht immer zum gewünschten Ergebnis geführt. Konkret bedeutete dies bisher eine Verschlechterung des Personalschlüssels in der Pflege für Stationen mit mehr als 18 Patienten. Damit wurden diese Stationen qualitativ schlechter gestellt und letztendlich die Patienten nicht mit demselben Standard behandelt wie auf einer Station, die maximal 18 Patienten hat.

Dieser Mangel wird nun aufgehoben, indem der Stationssockel abgeschafft wird. Der Personalbedarf steigt nunmehr linear mit der Anzahl der Patienten. In § 10 wird darüber hinaus eine Stationsgröße definiert. Wird dieser Wert überschritten, steigt der Mindestpersonalbedarf überproportional (Verweis auf Begründung zu § 10). Damit soll dem überproportional höheren Personalbedarf bei besonders großen Stationen Rechnung getragen werden.

Fachlich fundierte, evidenzbasierte Ableitung von Minutenwerten derzeit noch nicht möglich – schrittweise Weiterentwicklung und Anpassung geplant.

Die Minutenwerte in der Anlage 2 wurden, wie oben ausgeführt, der Psych-PV entnommen und als Mindestanforderungen festgelegt. Damit erhöht sich über alle Berufsgruppen hinweg gleichermaßen die Personalausstattung. Eine darüberhinausgehende fachlich-spezifische Weiterentwicklung der Minutenwerte ist in diesem ersten Schritt noch nicht möglich:

Die Recherchen und Befragungen des G-BA ergaben, dass eine evidenzbasierte Ableitung und Erarbeitung von Personalstandards für Psychiatrie und Psychosomatik auf dem derzeitigen Stand des Fachwissens nicht möglich ist. Die Ableitung aus empirischen Daten ist aufgrund der noch nicht vorliegenden Ergebnisse der Studie PPP zurzeit ebenfalls nicht möglich. Die vom G-BA durchgeführten Fachexpertengespräche ergaben darüber hinaus keinen eindeutigen Expertenkonsens. Stattdessen ergaben sie in weiten Teilen unspezifische und heterogene Ergebnisse, die eine evidenzbasierte Ableitung von konkreten Minutenwerten nicht ermöglichen, aber Hinweise auf Änderungsbedarfe geben.

Die darüber hinaus vorliegenden Publikationen zur leitiniengerechten stationären Behandlung bestimmter Störungen bergen nach Prüfung des G-BA zahlreiche Limitationen und sind vom Evidenzniveau maximal als Expertenmeinung zu werten. Auf dieser Basis kann eine konkrete Neujustierung der Minutenwerte über die Störungsgruppen und Schweregrade hinweg ebenfalls nicht vorgenommen werden. Dabei wurde Psychotherapie allerdings nicht per se als Richtlinienpsychotherapie verstanden. Die Empfehlungen dazu waren über die Fachgespräche hinweg zudem sehr heterogen – vom wöchentlichen Umfang, der jeweiligen Dauer, der wöchentlichen Anzahl bis hin zur Frage, welche Berufsgruppe z. B. gruppenpsychotherapeutische Angebote anbieten sollte. Heute werden von allen Berufsgruppen, die in der Psych-PV genannt werden, auch vom Pflegepersonal, von den Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeuten und Sozialarbeitern, psychotherapeutische Behandlung angeboten. Dies sollte bei der Anpassung der Richtlinie künftig beachtet werden.

Wie schwierig dagegen eine normative Festlegung bspw. von 100 Minuten Einzel- und 180 Minuten Gruppenpsychotherapie pro Woche - geleistet allein durch Ärzte und Psychologen - über alle Behandlungsbereiche hinweg ist, zeigt sich exemplarisch am Behandlungsbereich S2. In S2 werden laut Eingruppierungsempfehlungen in Anlage 1 der RL manifest selbstgefährdete, fremdgefährdende und somatisch vital-gefährdete Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige behandelt. Behandlungsziele sind u, a, Entgiftung, Delirbehandlung und Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen. Als Behandlungsmittel werden neben Diagnostik intensive medikamentöse Behandlung und Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen angegeben. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt hier nicht auf der Psychotherapie, sondern auf lebenserhaltenden Maßnahmen. Nichtsdestotrotz werden Pflegenden und andere Berufsgruppen bei der Behandlung dieser Patienten selbstverständlich ihre psychotherapeutische Expertise einfließen lassen.

Bei der Ausgestaltung des neuen Modells in der zweiten Stufe ist ebenfalls die Notwendigkeit einer Erhöhung der Minutenwerte in der Berufsgruppe der Pflegekräfte zu überprüfen. Die Aussagen in den Expertengesprächen diesbezüglich waren zu heterogen, um eine quantifizierte Veränderung der Minutenwerte innerhalb der ersten Stufe vornehmen zu können.

Zu beachten ist bei der Anpassung der normativen Wochen-Minutenwerte zudem, dass die den Wochenminutenwerten zugrunde liegenden Regelaufgaben kein normatives Regelwerk darstellen. Das heißt konkret, die einzelnen Minutenwerte der Regelaufgaben der Psych-PV sind nicht als normative Vorgabe zu verstehen. Sie sind an die jeweiligen Behandlungskonzepte der Stationen anpassbar – und billigen damit den Stationen inhaltliche Flexibilität zu. Dies trifft auch auf die Minutenwerte z. B. der Einzel- oder Gruppen-Psychotherapie oder der Angehörigengruppe angeboten durch Ärzte oder Psychologen zu. Insofern ist bei konzeptuellen Änderungen die Psych-PV flexibel gewesen, d. h. der Anteil an Einzel- oder Gruppen-PT konnte zulasten anderer Regelaufgaben erhöht werden. Ein Beispiel: Die in den Regelaufgaben vorgesehene Angehörigengruppe auf der Station, die mit 45 Minuten je Woche veranschlagt wird, findet, in der Praxis meist monatlich und nicht wöchentlich statt. Diese Zeit kann z. B. auch für Gruppentherapie genutzt werden.

PatV:

Die Minutenwerte der Psych-PV wurden nahezu 30 Jahre nicht angepasst und sind mehrheitlich auf dem Stand von 1990 verblieben. Die Minutenwerte sind aus Gründen des hinlänglich nachgewiesenen Mehraufwandes wie verkürzte Verweildauern, Fallzahlenanstieg, Intensivierung der Arbeit mit den Angehörigen, veränderte Patientenstruktur, erhöhter Dokumentationsaufwand, rechtlich und therapeutisch begründeter erhöhter Personalbedarf bei Zwangsmaßnahmen sowie bislang unzureichende Umsetzung des Psychotherapiebedarfs anzupassen. Hinzu kommen die vielfältigen Veränderungen in den qualitativen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Die Erhöhung der Minutenwerte gilt für alle Berufsgruppen, sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Wie in den Tragenden Gründen von der Bundespsychotherapeutenkammer ausführlich begründet wird, konnten keine wissenschaftlichen Studien identifiziert werden, aus denen sich der Personalschlüssel für eine leitliniengerechte Behandlung empirisch ableiten lässt. Auch aus diesem Grund wurden mit Zustimmung aller Beteiligten sieben jeweils eintägige Fach- bzw. Expertengespräche zur Frage des Personalbedarfs für die leitlinienorientierte Behandlung durchgeführt. Die Fachgespräche wurden vom UKE Hamburg inhaltsanalytisch ausgewertet und zusammengefasst (Peth et al. 2019). Hierbei zeigt sich in zahlreichen Punkten trotz jeweils spezifischer Eigenheiten eine hohe Übereinstimmung in den Grundaussagen der Expertinnen und Experten zum jeweiligen Personalbedarf und seiner Bedeutung für die Qualität der Arbeit, sei es z. B. in der Gerontopsychiatrie, in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen oder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Grundaussagen der Experten und Expertinnen wurden von den ebenfalls als Experten geladenen betroffenen Patienten sowie den Angehörigen bestätigt. Die Patientenvertretung orientiert sich daher neben den „Schussenrieder Tabellen“ auch an den Grundaussagen der Expertengespräche.

Neben der Erhöhung der Minutenwerte für Ärzte, Psychotherapeuten und Pflegepersonen sind die Minutenwerte für die Berufsgruppe der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und für die Heilpädagogen in der KJP die Minutenwerte zu erhöhen. Die verpflichtende Einführung des Entlassmanagements, die komplexe Arbeit mit Angehörigen, (siehe hierzu die Auswertung der Expertengespräche an zahlreichen Stellen (Peth et al. 2019) sowie die Schussenrieder Tabellen 2018), die Mitarbeit in multiprofessionellen Teams (z. B. in der stationsäquivalenten Behandlung), die Beteiligung an der Umsetzung neuer Konzepte wie Empowerment, Dialog und Recovery, die Beteiligung an der Erstellung eines integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans, generell gestiegener administrativer Aufwand bei Anträgen des SGB XII u. a., Anträge nach Betreuungsrecht und an der Vernetzung mit Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie und Suchtkrankenhilfe insbesondere bei Personen in prekären Lebensverhältnissen mit Arbeits- und Wohnungslosigkeit (vgl. auch hier die Auswertung der im Rahmen der zuständigen AG des G-BA durchgeführten Fachgespräche), nimmt die Tätigkeit der Sozialarbeit eine bedeutsame Rolle bei der Ergebnisqualität der Behandlung und zur psychosozialen Stabilisierung der Patienten ein. Da aus den Fachgesprächen nur vereinzelte Angaben zu Minutenwerten hervorgehen, jedoch zahlreiche Empfehlungen auf der Basis der praktischen klinischen Tätigkeit ausgesprochen und dokumentiert vorliegen, empfehlen wir, für die Sozialarbeit die Werte aus den Schussenrieder Tabellen zu übernehmen.

Auch für die Berufsgruppen „Ergotherapeuten/-therapeutinnen u. a.“ sowie „Bewegungs-, Physiotherapeuten/-therapeutinnen“ empfehlen wir, die erhöhten Minutenwerte aus den Schussenrieder Tabellen zu übernehmen. Die Auswertungen der Fachgespräche weisen auch hier auf einen Mehrbedarf dieser Berufsgruppen in allen Bereichen der stationären psychiatrischen Versorgung hin. Aktuelle S3-Leitlinien belegen die Evidenz von Ergotherapie (S3-LL Unipolare Depression) und Bewegungsprogrammen (LL Unipolare Depression, S3-LL Schizophrenie).

Bei der Neuberechnung der Minutenwerte ist ebenfalls ein Mehrbedarf bei den Musik- und Kunsttherapeuten („Spezialtherapeuten“) zu berücksichtigen. Diese Berufsgruppen wurden seit der Verabschiedung der Psych-PV in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen vermehrt oder neu

etabliert. Der gesamte Bereich der Kreativtherapie und der Bewegungs- und Sporttherapie hat sich personell weiterentwickelt und wird wegen seiner gut nachgewiesenen therapeutischen Wirkung wesentlich umfangreicher als früher in der Therapie und Diagnostik eingesetzt.

Auch wenn die sog. „Schussenrieder Tabellen“ empirisch auf moderierten Konsensrunden beruhen und als Kalkulationshilfe für die Budgetverhandlungen 2018/19 gedacht sind, bieten sie einen umfassenden und detaillierten Beleg für den seit 1990 gestiegenen Personalbedarf in der stationären Psychiatrie und Psychosomatik, will man denn die Qualität der Behandlung bessern.

Bei der Neuberechnung der Minutenwerte ist auch die regelhafte Einbeziehung der Angehörigen zu berücksichtigen. Die Patientenvertretung empfiehlt, für die Einbeziehung der Angehörigen je Station (18 Plätze) bei mindestens der Hälfte der Patienten 9 x 30 Minuten = 270 Minuten je Woche vorzuhalten.

Bei der Mindestpersonalausstattung der Einrichtungen der Kinder und Jugendpsychiatrie mit Berufsgruppen sind je Patienten und Woche bereits Minutenwerte für die regelhafte Einbeziehung der Angehörigen der Patienten zugrunde gelegt worden. Die Expertengespräche sowie S3-Leitlinien (z. B. die S3-Leitlinie Schizophrenie) belegen, dass nicht nur für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, sondern auch für Gerontopsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen und Allgemeinpsychiatrie die Angehörigenarbeit essenzieller Teil der Qualitätssicherung ist und sie erhöht. Studien zur Evidenz des Angehörigeneinbezugs liegen seit Jahren vor. In der PPP-RL ist daher zu berücksichtigen, dass bei mindestens 50 Prozent der Patienten Angehörigenarbeit als zusätzlicher Zeitaufwand einbezogen wird (siehe z. B. Expertengespräche, Stellungnahme Prof. Andreas Heinz). Die entsprechenden Minutenwerte sind bei der Angehörigenarbeit für Ärzte, Pflegende, Sozialarbeit und Genesungsbegleiter zu hinterlegen.

Literatur:

DGPPN (2006) S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Siehe 5.4 Familieninterventionen und Zusammenarbeit mit Angehörigen. Einbezug von Angehörigen (75) Good Clinical Practice. www.dgppn.de/publikationen

Eassom E./ Giacco D./ Dirik A./ Priebe S. (2014): Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*. 2014 Oct 3;4(10): e006108. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006108

Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie (2012): „Qualitätsstandard Angehörigenarbeit Psychiatrie. Eine Empfehlung“. Abruf vom 25.04.2019 unter: www.angehoerige.ch/fileadmin/angehoerige/pdf/allgemeines/NAP_QS_2012.pdf

Trüg, E. et al. (2018): Medizinisch leistungsgerechte Personalbemessung. Abruf vom 14.5.2019 unter: www.zfp-web.de/fileadmin/Freigabe_ZfP_Suedwuerttemberg/Dokumente/Forschung/Erlaeuterungen_Schussenrieder_Tabelle.pdf

DPR:

Die Minutenwerte der Pflege werden für alle Behandlungsbereiche um 278 Minuten pro Patienten und Woche erhöht, weil der Basiszeitwert (sog. Sockel von 5.000 Minuten pro Station) wegfällt. Die Streichung des Basiszeitwertes wird vollzogen, da dieser in der Vergangenheit ausschließlich für den Pflegedienst galt. Die Protektion von kleinen Stationen, die mit dem Basiszeitwert gedacht war, hat aufgrund der Fokussierung auf nur eine Berufsgruppe nur bedingt funktioniert. Bei Stationseinheiten über 18 Patienten fehlten im Pflegedienst durch den Basiszeitwert ab einem Patienten mehr als 250 Minuten pro Woche pro Patient. Dieser Malus galt nur für diese Berufsgruppe. Um die Ungerechtigkeit aus dem System zu eliminieren, wird der Basiszeitwert gestrichen und die Minuten der Psych-PV gelten in ihrer ursprünglichen Weise ohne den Abzug der 5.000 Minuten.

Die Minutenwerte aller Behandlungsbereiche werden um 35 Min./Pat./Woche für den Mehraufwand der Pflegedokumentation und 5 Min./Pat./Woche für das Sicherstellen der vorgeschriebenen Hygienemaßnahmen erhöht.

Dokumentation

Die Anforderung an die Dokumentation hat sich in den letzten 30 Jahren massiv verändert. Ursprünglich galt die Dokumentation im therapeutischen Kontext dafür, Sachverhalte und Verläufe zu sichern, damit diese im kollegialen Austausch genutzt werden können, und über den Verlauf erkennbar wurde, wie sich Genesung entwickelt hat. Heute kommen weitere Anforderungen an die Dokumentation hinzu. So hat die Dokumentation heute nicht nur inhaltliche Erfordernisse, sondern auch rechtliche, abrechnungstechnische und qualitätssichernde Aspekte. In den Expertengesprächen beim Gemeinsamen Bundesausschuss wurde dies immer wieder deutlich gemacht. Auch führen viele Publikationen der jüngsten Vergangenheit dieses Phänomen auf. Aus diesem Grund werden die Minutenwerte für Dokumentation für alle Psych-PV-Stufen angepasst.

Hygiene

Die Anforderungen der letzten Jahre im Kontext der Infektionsprophylaxe haben deutlich zugenommen. Gesetzliche Anforderungen im Kontext der Hygiene führen zu höheren Personalanforderungen. Dies trifft vor allem im Kontext der Versorgungsbereiche zu, wo Menschen aus kognitiven und krankheitsbedingten Gründen nicht mit normalen Hygieneanforderungen umgehen können oder auf Grund von Infektionen mit MRSA die Hygienestandards nicht aus eigener Kraft erfüllen können. Auch haben wir es mit Situationen zu tun, wo Menschen sich, aufgrund ihrer Erkrankung, gegen die Anforderungen von Hygienemaßnahmen stellen und eventuell konträr zur Anforderung arbeiten. Neben den beschriebenen klinischen Aspekten sind heute auch Freistellungen für Hygienebeauftragte notwendig, die schlussendlich dem klinischen Bereich fehlen.

Um die notwendigsten Pflgetätigkeiten für die Intensivpatienten gewährleisten zu können, werden die Minutenwerte von A2 und S2 und insbesondere für die in G2 eingestuften Patienten erhöht.

Intensivbetreuung

Die Erhöhung der Minutenwerte in den Intensivbereichen ergibt sich aus den Notwendigkeiten, eine menschenwürdige, dem Rechtssystem entsprechende und der UN Behindertenrechtskonvention angepasste Personalausstattung anzubieten. Die aktuelle Erhöhung ist ein erster Schritt, um die genannten Aspekte zu bedienen. Intensivbehandlung heute braucht eine intensive personelle Begleitung. Dies deckt sich mit allen Expertengesprächen sowie der Untersuchung der BFLK. Auch zeigen aktuelle Publikationen, dass intensive Behandlung mit einem deutlichen Mehr an Personal einhergeht.

Deeskalation

Nach neuen Untersuchungen zu Folge ist das Thema Gewalt im Kontext jeder fünften Aufnahme in der Akutpsychiatrie präsent. Diese Situation anerkennend, braucht es ein Mehr an gut qualifizierten Mitarbeitenden auf den Stationen. Es ist für Patienten und Mitarbeitende gefährlich, wenn nur drei oder weniger Pflegefachpersonen pro Schicht im Dienst sind. Um deeskalieren und dafür individuelle Strategien erarbeiten zu können, muss viel Zeit mit dem Patienten im direkten Kontakt verbracht werden. Bei geringen Besetzungen fehlt diese Zeit wieder anderen Patientinnen und Patienten, was wiederum zu neuen Konflikten führen kann. Deeskalation braucht qualifizierte und in angemessener Anzahl Mitarbeitende vor Ort. Es ist vor allem auf den Stationen notwendig, wo eine hohe Anzahl von A2, G2 und S2 Patienten vorhanden ist.

Gerontopsychiatrie

Der Anstieg in der Gerontopsychiatrie begründet sich auf die Komplexität der Fälle, die heute im Kontext der Gerontopsychiatrie behandelt werden. Der demografische Wandel sowie die Multimorbidität der Patienten stellen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor eine enorme Herausforderung. Auch konnte in Forschungsarbeiten aufgezeigt werden, dass Menschen mit schon vorhandenen funktionellen Einbußen im Krankenhaus und im speziellen auch in der Gerontopsychiatrie weitere Einbußen in ihrer Alltagsfähigkeit erleiden können. Aus diesem Grund scheint es wichtig, die Minutenwerte für Mobilisation anzupassen. Neben Fachexpertise ist eine entsprechende Quantität an Personal sicherzustellen. Gerade im Bereich von Menschen mit Demenz kommt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine besondere Verantwortung zu. Hier handelt es sich um eine vulnerable Patientengruppe, die aufgrund von kognitiven Defiziten einen besonderen Schutz und Zuwendung benötigen. Hier kamen die Experten zu der einstimmigen Meinung, dass die Minutenwerte für diese Patientengruppe deutlich anzupassen seien. Neben dem Expertenvotum zeigen alle Publikationen der letzten Jahre auf, dass die Aufwendungen im Bereich der Gerontopsychiatrie deutlich zugenommen haben. Die Versorgung von Menschen im höheren Lebensalter mit psychischen Krisen sowie auch somatischen Erkrankungen benötigt ein multidisziplinäres Vorgehen und eine Qualität- und Quantität, die Besserung im Kontext von stationärer Krankenhausbehandlung möglich macht. Die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme hat in den letzten 30 Jahren eine neue Akzentuierung bekommen. Aus vielfachen Gründen sind heute kaum noch Ernährungs sonden im Einsatz. Vielmehr wird den Menschen, auch bei schweren kognitiven und weiteren gesundheitlichen Einschränkungen, bei der oralen Nahrungsaufnahme geholfen. Diese Unterstützung braucht viel Zeit, da eine gestresste Hilfestellung einen negativen Einfluss auf das Befinden der Patienten haben kann.

Die Minutenwerte der tagesklinischen Patienten entsprechen dem Niveau der Regelbehandlung.

Die Anpassung der Minutenwerte im Pflegedienst im Bereich der Tageskliniken ist notwendig, da diese im gleichen Maße therapeutische Arbeit leisten wie vollstationäre Behandlung. Tageskliniken unterscheiden sich von der vollstationären Behandlung nur darin, dass sie ein Angebot von morgens bis nachmittags generieren. Die inhaltlichen Notwendigkeiten müssen über die Minutenwerte abgebildet werden. Die bisherigen Minutenwerte lagen deutlich unterhalb dessen, was in Tageskliniken geleistet wird. Um Verschiebungen des Personals zu vermeiden, werden die Minutenwerte der Tageskliniken auf das Niveau des 1-Schichtsystems im Vergleich zu den „einsler“ Kategorien gehoben. Dies deckt sich mit den Aussagen der Fachexperten sowie der Studie der BFLK, die zu ähnlichen Ergebnissen gekommen ist.

Die o. g. Gründe gelten insbesondere für die Intensivbereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie entsprechend.

BPTK:

Die Mindestvorgaben legen das für die Behandlung erforderliche therapeutische Personal fest und sollen gemäß dem gesetzlichen Auftrag evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Eine leitliniengerechte Behandlung psychischer Erkrankungen umfasst insbesondere Pharmakotherapie und Psychotherapie sowie psychosoziale Therapien. Die Mindestvorgaben leisten einen Beitrag für eine leitliniengerechte Versorgung, in dem sie das für die Umsetzung der psychotherapeutischen Behandlung notwendige Personal festlegen. Die den Vorgaben der Psych-PV zugrunde liegenden Behandlungskonzepte aus dem Jahr 1991 berücksichtigen Psychotherapie, wie sie Stand heute von S3-Leitlinien für die am häufigsten in den Einrichtungen der Psychiatrie behandelten Erkrankungen empfohlen wird, nicht in ausreichendem Umfang.

Die durch die Fachberatung Medizin durchgeführte systematische Evidenzrecherche hat ergeben, dass eine evidenzbasierte Ableitung der Personalvorgaben nicht möglich ist, da keine Studien identifiziert werden konnten, aus denen der Personalschlüssel für eine leitliniengerechte Behandlung

abgeleitet werden kann. Aus diesem Grund sind die Personalvorgaben normativ unter Hinzuziehung der am besten verfügbaren Evidenz, in diesem Fall also Expertenmeinungen, festzulegen. Aus diesem Grund wurden im G-BA sieben Fachgespräche zur Frage der Umsetzung eines leitlinienorientierten Behandlungskonzepts bei den folgenden Indikationen bzw. in den aufgeführten Versorgungsbereichen durchgeführt: Unipolare Depression, Störungen bei Kindern und Jugendlichen, Suchtthemen mit Schwerpunkt Alkohol und metamphetaminbezogenen Störungen, Demenzen, Psychosomatik, Zwangsmaßnahmen und Schizophrenie. Die aufgeführten Diagnosegruppen gehören zu den am häufigsten behandelten Hauptdiagnosen in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik. Mehr als 80 Prozent der in den Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und der Psychosomatik behandelten Patienten fallen unter die aufgeführten Diagnosegruppen (Daten des Statistischen Bundesamtes). Die Fachgespräche wurden vom UKE Hamburg inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Anpassung der Minutenwerte für Psychotherapie erfolgt auf der Basis der Ergebnisse der Fachgespräche, die im UKE-Bericht nachzulesen sind. Hinzugezogen werden zudem weitere Expertenmeinungen, wie sie in einer Reihe von Artikeln im Nervenarzt veröffentlicht wurden (siehe Der Nervenarzt 3/2016, Der Nervenarzt 7/2016 sowie Der Nervenarzt 9/2017 zur Frage des Personalbedarfs für eine leitliniengerechte stationäre Versorgung von Patienten aus den folgenden Diagnosegruppen: „Alkoholabhängigkeit (Qualifizierte Entzugsbehandlung)“, „Schizophrenie“, „Chronische Depressionen“, „Angsterkrankungen“, „Zwangsstörungen“, „Borderline-Persönlichkeitsstörungen“ sowie „Psychotherapeutische Behandlung psychischer und Verhaltenssymptome bei Demenz“.

Für eine leitliniengerechte stationäre Versorgung in der Psychiatrie sollen nach Expertenmeinung durchschnittlich mindestens 100 Minuten Einzelpsychotherapie und mindestens 180 Minuten Gruppenpsychotherapie pro Woche und Patient angeboten werden.

Gestützt werden diese Empfehlungen auch durch § 39 SGB V „Krankenhausbehandlung“. Dort ist festgelegt, dass eine stationäre Aufnahme dann erfolgen kann, wenn die ambulanten Behandlungsmittel nicht ausreichen, um das Behandlungsziel zu erreichen. Ein Krankenhaus muss also Leistungen erbringen, die über die ambulanten Behandlungsleistungen hinausgehen. Dies gilt auch für psychiatrische Krankenhäuser. Neben den spezifischen Strukturen des Krankenhauses, das den Patienten Schutz und Entlastung bietet, gehört hierzu eine aufeinander abgestimmte multimodale und multiprofessionelle Behandlung, wie sie ambulant in der Regel nicht angeboten werden kann. An die stationäre Behandlung in der Psychiatrie wird damit der Anspruch gestellt, intensiver und umfangreicher als eine ambulante Behandlung zu sein. Dies sollte auch in Bezug auf die erbrachte Psychotherapie gelten. Um eine Krankenhausbehandlung psychisch kranker Menschen zu rechtfertigen, sollte deshalb die psychotherapeutische Behandlung über die durchschnittlich 50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der vertragspsychotherapeutischen/vertragsärztlichen Versorgung hinausgehen.

Festlegung der Minutenwerte „Psychotherapie“ für die Behandlungsbereiche der Erwachsenenpsychiatrie:

- A1, S1, G1: 100 Minuten Einzel und 180 Minuten Gruppe

Begründung: In allen drei Behandlungsbereichen werden psychische Erkrankungen behandelt, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Nach heutigem Wissensstand ist Psychotherapie bei den entsprechenden Erkrankungen auch im höheren und hohen Lebensalter indiziert. In S1 ist eine Erhöhung der Psychotherapieminuten auch deshalb erforderlich, um eine qualifizierte Entzugsbehandlung, wie sie von den Experten als Standardbehandlung empfohlen wird, realisieren zu können. Bei dementiellen Erkrankungen, die ebenfalls in G1 behandelt werden, werden psychotherapeutische Interventionen nach den Fachgesprächen als Verhaltenstherapie bei Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere auch unter Einbindung der Angehörigen und in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal empfohlen.

- A2, S2, G2: 100 Minuten Einzel und 180 Minuten Gruppe

Begründung: In den Intensivbehandlungsbereichen werden Patienten eingestuft, die manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend oder vital gefährdet sind. Diese Indikationen stellen keine Kontraindikationen für den Einsatz psychotherapeutischer Interventionen dar. Die Länge der psychotherapeutischen Gespräche und die Gruppengröße können an das Erkrankungsbild angepasst werden. Einzelgespräche müssen nicht in einer Länge von 50 Minuten durchgeführt werden, sondern können auch in 25 oder 15 Minuteneinheiten stattfinden. Gruppenpsychotherapie kann ebenfalls in kürzeren Zeiteinheiten und in kleineren Gruppen angeboten werden. Es liegt in der fachlichen Verantwortung der Klinik und der Behandelnden, die psychotherapeutische Behandlung so zu gestalten, dass sie auch den besonderen Bedürfnissen und Bedarfen der Patienten, die in A2, S2 oder G2 eingestuft werden, gerecht wird. Zudem erfordert eine Behandlung, die auf die Prävention und Vermeidung von Zwangsmaßnahmen ausgerichtet ist, ausreichende psychotherapeutische Ressourcen, die im Rahmen des Beziehungsaufbaus und von Deeskalationsstrategien eingesetzt werden können.

- A5 Komplexpsychotherapie: 100 Minuten Einzel und 270 Minuten Gruppentherapie

Begründung: Nach den Ergebnissen des Fachgesprächs Psychosomatik und den Expertenempfehlungen für eine leitliniengerechte Behandlung z. B. chronischen Depressionen, Angsterkrankungen, Zwangserkrankungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen, für die intensivpsychotherapeutische stationäre Versorgungsangebote in besonderem Maße angeboten werden, wird im Durchschnitt kein höherer Umfang an Einzeltherapie empfohlen, jedoch ein intensiveres gruppenpsychotherapeutisches Programm, bei dem die Basisgruppenpsychotherapie (2 x 90 Minuten) um weitere indikationsspezifische Gruppenpsychotherapie ergänzt wird. Die Minutenwerte werden deshalb in der Gruppentherapie auf 3 x 90 Minuten erhöht.

- A6, S6, G6: 100 Minuten Einzel und 180 Minuten Gruppe

Begründung: Das Behandlungskonzept in der Tagesklinik hat sich grundlegend geändert und entspricht heute einer tagesklinischen Regelbehandlung, weshalb die Minutenwerte für Psychotherapie aus A1, S1, S1 jeweils auf A6, S6, G6 übertragen werden.

- Übertragung in die Psych-PV Minutentabelle für die Erwachsenenpsychiatrie:

Psychotherapie ist in der Psych-PV in den Regelaufgaben „Einzelgespräche, Einzelpsychotherapie einschließlich spezieller Trainingsprogramme“ und „Gruppentherapie, einschließlich spezieller Therapie- und Trainingsprogramme“ der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppe beschrieben und mit entsprechenden Minutenwerten hinterlegt. Die Minutenwerte für diese Regelaufgaben werden deshalb angepasst. Psychotherapeutische Leistungen können nach den Vorgaben der Psych-PV sowohl von Ärzten als auch Psychologen erbracht werden und die beiden Berufsgruppen sind in Bezug auf diese Leistungen austauschbar. Das Delta (siehe Tabelle 1) in Bezug auf die Psychotherapieminuten wird deshalb jeweils zur Hälfte der ärztlichen und der psychologischen Berufsgruppe zugeteilt (siehe Tabelle 2). Die Austauschbarkeit der beiden Berufsgruppen, wie sie nach den Regelungen der Psych-PV möglich ist, bleibt davon unberührt.

Tabelle 1: Wochenminuten Einzel- und Gruppentherapie pro Patient durch Ärzte oder Psychologen

Wochen-minuten je Patient	A1			S1			G1			A2			S2			G2			A5			A6			S6			G6		
	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ
Ärzte/Psychologen (Summe)																														
Einzeltherapie	30	100	+70	32	100	+68	20	100	+80	27	100	+73	37	100	+63	13	100	+87	68	100	+32	26	100	+74	26	100	+74	26	100	+74
Gruppentherapie* (9 Patienten)	185	180	-5	185	180	-5	150	180	+30	60	180	+120	0	180	+180	0	180	+180	240	270	+30	240	180	-60	210	180	-60	240	180	-60
Zusätzliche Minuten (gerundet) pro Woche und Patient (Einzeltherapie Δ + Gruppentherapie Δ /9)			+70			+68			+83			+86			+83			+107			+35			+67			+67			+67

*Summe Ärzte+Psychologen/2 (entspricht dann Minuten pro 9 Patienten)

Tabelle 2: Zuwachs (Minutenwerte) in den Berufsgruppen „Ärzte“ und „Diplom-Psychologen“

Behandlungsbereich	Delta PT in Minuten*	Ärzte				Diplom-Psychologen			
		Minuten pro Patient und Woche alt	Minuten pro Patient und Woche neu	Delta Minuten in %	Delta in VK pro Patient (40h/ Woche)	Minuten pro Patient und Woche alt	Minuten pro Patient und Woche neu	Delta Minuten in %	Delta in VK pro Patient (40h/ Woche)
A1	35	207	242	14	0,01	29	64	55	0,01
A2	43	257	300	14	0,02	12	55	78	0,02
A5	18	154	172	10	0,01	107	125	14	0,01
A6	34	114	148	23	0,01	83	117	29	0,01
S1	34	226	260	13	0,01	43	77	44	0,01
S2	42	256	298	14	0,02	55	97	43	0,02
S6	34	115	149	23	0,01	81	115	30	0,01
G1	42	183	225	19	0,02	26	68	62	0,02
G2	54	211	265	20	0,02	0	54	100	0,02
G6	34	115	149	23	0,01	83	117	29	0,01

*Delta Psychotherapieminuten gesamt (siehe Tabelle 1) geteilt durch 2. Das Delta wird jeweils bei den Minutenwerten der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppe hinzuaddiert.

- Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Als Ergebnis des Fachgesprächs Kinder- und Jugendpsychiatrie werden ebenfalls 100 Minuten Einzeltherapie und 120 Minuten Gruppentherapie pro Woche und Patient empfohlen. Die Minutentabelle der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird dahingehend in Bezug auf die Psychotherapie – wie in der Erwachsenenpsychiatrie – angepasst (siehe Tabelle 3). Das Delta (siehe Tabelle 3) in Bezug auf die Psychotherapieminuten wird jeweils zur Hälfte der ärztlichen und der psychologischen Berufsgruppe zugeteilt (siehe Tabelle 4). Die Austauschbarkeit der beiden Berufsgruppen, wie sie nach den Regelungen der Psych-PV möglich ist, bleibt davon unberührt.

Tabelle 3: Wochenminuten Einzel- und Gruppentherapie pro Patient durch Ärzte oder Psychologen

	KJ1			KJ2			KJ3			KJ6			KJ7		
	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ	alt	neu	Δ
Wochenminuten je Patient															
Ärzte/Psychologen (Summe)															
Einzeltherapie	80	100	20	80	100	20	80	100	20	40	60	20	72	100	28
Gruppentherapie*	60	120	60	60	120	60	30	120	90	60	120	60	60	120	60
Zusätzliche Minuten (gerundet) pro Woche und Patient (Einzeltherapie: Δ / plus Gruppentherapie Δ / 5)			+32			+32			+38			+32			+40

*Gruppe mit 5 Patienten

Tabelle 4: Zuwachs (Minutenwerte) in den Berufsgruppen „Ärzte“ und „Diplom-Psychologen“

Behandlungsbereich	Delta PT in Minuten*	Ärzte				Diplom-Psychologen			
		Minuten pro Patient und Woche alt	Minuten pro Patient und Woche neu	Delta Minuten in %	Delta in VK pro Patient (40h/ Woche)	Minuten pro Patient und Woche alt	Minuten pro Patient und Woche neu	Delta Minuten in %	Delta in VK pro Patient (40h/ Woche)
KJ1	16	257	273	6	0,007	183	199	8	0,007
KJ2	16	251	267	6	0,007	180	196	8	0,007
KJ3	19	321	340	6	0,008	163	182	10	0,008
KJ6	16	264	280	6	0,007	110	126	13	0,007
KJ7	20	247	267	7	0,008	128	148	14	0,008

*Delta Psychotherapieminuten gesamt (siehe Tabelle 3) geteilt durch 2. Das Delta wird jeweils bei den Minutenwerten der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppe hinzuaddiert

Anlage 3: Checkliste

DKG: Die Checkliste ist Grundlage des Nachweises nach § X und der Strukturabfrage nach § Y.

GKV: Die Checkliste ist Grundlage des Nachweises nach § X und der Strukturabfrage nach § Y.

[GKV-SV/PatV:] Anlage 4: Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung

Die Anlage regelt, welche Tätigkeiten nicht vom Nachweis umfasst sind. Außerdem regelt die Anlage, welche Ersetzungen und Anrechnungen im Nachweis für die Umsetzung der Mindestanforderungen angerechnet werden können.

[DKG/GKV-SV:] Anlage 5: Regelaufgaben

[analog Psych-PV [DKG: und den Personalanhaltszahlen von Heuft (1999)] gemäß § 4 und 5.]

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 4. November 2014 begann die zuständige AG PPP mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 71 Sitzungen, die parallel zu einem Konkretisierungsprozess des gesetzlichen Auftrags an den G-BA durch das PsychVVG vom 19. Dezember 2016 (Inkrafttreten 1. Januar 2017) stattfanden und u. a. die Planung, Durchführung und Teile der Auswertung von sieben themenbezogenen Fachexpertengesprächen umfassten, wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V, § 136a Absatz 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Absatz 2 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage 2**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung 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 8. Mai 2019 wurde das Stellungnahmeverfahren am T. Monat JJJJ eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 3**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am T. Monat JJJJ.

Es wurden XX Stellungnahmen fristgerecht, YY Stellungnahmen nicht fristgerecht sowie ZZ Stellungnahmen unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in zwei Arbeitsgruppensitzungen am T. Monat JJJJ und T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ durchgeführt (**Anlage 5**).

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom T. Monat JJJJ zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 5**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. September 2019 eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie beschlossen.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/ mit.

Die Länder gemäß § 92 Absatz 7f S. 1 SGB V tragen den Beschluss nicht/ mit.

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

6. Ggf. Literaturverzeichnis

[...]

7. Zusammenfassende Dokumentation

[...Anlagen...]

Berlin, den 19. September 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-
TELEFAX (0228) 997799-
E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON
INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 06.06.2019
GESCHÄFTSZ. 13-315/072#0996

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

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V - Erstfassung der Per-
sonalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie**

BEZUG Ihr Schreiben vom 17.05.2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Zu diesem Beschlussentwurf empfehle ich Ihnen aufgrund der Vielzahl der Freitext-
felder in Anlage 3 - „Checkliste für das Nachweisverfahren und Strukturabfrage ge-
mäß der PPP-RL“ lediglich die Aufnahme eines zusätzlichen Ausfüllhinweises, dass
keine personenbezogenen Daten, sondern ausschließlich statistische Angaben in der
Checkliste zu treffen sind.

Darüber hinaus gebe ich keine Stellungnahme ab.

An der für den 07.08.2019 terminierten Anhörung werde ich nicht teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen



Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

SEITE 2 VON 2 **Im Auftrag**



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

Stellungnahme

11. Juni 2019



**Beschlussentwurf des G-BA über eine Erstfassung der Personalausstattung
Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie**

Die DGPPN lehnt den vorliegenden Richtlinienentwurf in seiner gegenwärtigen Form grundsätzlich ab, da er den gesetzlichen Auftrag zu qualitätsbezogenen und leitliniengerechten Personalmindestvorgaben nicht erfüllt. Es wird gefordert, die Richtlinie mit verbindlichem Zeitplan weiterzuentwickeln, die zugrundeliegenden Minutenwerte sofort gemäß der aktuellen ethischen, medizinischen und rechtlichen Standards aufzuwerten und die flächendeckende regionale Krankenhausversorgung nicht durch kontraproduktive Sanktionen zu gefährden.

Hintergrund

Seit dem Jahr 1991 erfolgt die Personalbemessung für die Psychiatrie und Psychotherapie sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie nach den Bestimmungen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG, in Kraft 1.1.2017) verliert die Psych-PV ihre Gültigkeit zum 31.12.2019. Sie kann die heutigen medizinischen und menschenrechtlichen Standards nicht mehr gewährleisten und auch die pauschalierte Finanzierung der Psychosomatischen Medizin die Versorgungssituation nicht mehr adäquat abbilden.

In der Folge wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) gesetzlich beauftragt, in seinen Richtlinien geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen (§ 136a Abs. 2 SGB V).

Daher sollen die vom G-BA im Rahmen der Richtlinien festzulegenden „Mindestvorgaben zur Personalausstattung“ möglichst „evidenzbasiert“ sein und in der Nachfolge der Psych-PV „zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen“ (amtliche Begründung, PsychVVG).

Die Richtlinie muss bis zum 30.9.2019 verabschiedet und dem BMG vorgelegt werden.



Der Projektplan des G-BA aus dem Jahr 2016 sah vor, dass die neue Richtlinie (1.) unter Berücksichtigung der Vorgaben der Psych-PV, (2.) auf Basis einer empirischen Studie zur Personalausstattung in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik in Deutschland, (3.) einer Reihe von Fachexpertengesprächen und (4.) einer umfangreichen Leitlinienanalyse erarbeitet wird.

Der G-BA hat im Rahmen des gesetzlich vorgegebenen Stellungnahmeverfahrens am 17. Mai 2019 den Entwurf einer Richtlinie einschließlich des Entwurfs der Tragenden Gründe vorgelegt.

In den Tragenden Gründen der „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie“ wird nun eingeräumt, dass auf Basis der empirischen Studie, der Fachexpertengespräche und der Leitlinienanalyse „keine evidenzbasierte Ableitung von konkreten Personalzahlen“ möglich gewesen sei. Man sei deshalb zu dem Schluss gekommen, dass die Psych-PV „derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitete konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt und sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat“ (Tragende Gründe, Seite 3). Die Psych-PV werde deshalb in Mindestvorgaben zur Personalausstattung überführt.

Grundlegende Bewertung des Richtlinienentwurfs

Der vom G-BA vorgelegte Richtlinienentwurf wird in seiner gegenwärtigen Form grundsätzlich abgelehnt, da er den gesetzlichen Auftrag gemäß § 136a Abs. 2 SGB V nicht erfüllt.

Bezug auf Versorgungsqualität und Leitlinien fehlt

Während der gesetzliche Auftrag die Sicherstellung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in den Vordergrund gestellt hat, fehlt der Bezug zur Versorgungsqualität und zu den Leitlinien im vorliegenden Richtlinienentwurf vollständig. Die Vorstellungen der Partner der Selbstverwaltung (hier: DKG und GKV-SV) hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung der Mindestvorgaben divergieren zwar beträchtlich, fest steht jedoch, dass keine Mindestvorgaben definiert werden konnten, die zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen. Denn mit der Entscheidung, die veraltete Psych-PV quantitativ und strukturell völlig unverändert in Mindestvorgaben zu überführen, wird der Bezug auf Empirie und Evidenz ersatzlos aufgegeben.

Keine strukturellen Veränderungen

Die jetzt vorgeschlagene Lösung bringt keine qualitativen und strukturellen Verbesserungen der Versorgungssituation. Eine notwendige zweite Stufe, die strukturelle Veränderungen der Personalbemessung umfassen muss, wird bislang nicht verbindlich festgeschrieben. Es besteht somit die konkrete Gefahr, dass der Entwicklungsprozess mit der ersten Stufe endet.

„Personaluntergrenze“ statt qualitätsbezogener Personalmindestvorgaben

Folgt man den Vorschlägen der Krankenkassen, so sollen die zukünftigen Minutenwerte keine Personalmindestausstattung, sondern eine „Personaluntergrenze“ darstellen, bei deren Unterschreitung ein Leistungsausschluss erfolgt. Die vorgeschlagenen Minutenwerte sind gegenüber den bisherigen Werten der Psych-PV nicht verändert, obwohl es dafür eindeutige Hinweise gibt.

Gesetzliche Vorgaben werden nicht berücksichtigt

Zusammenfassend entspricht der Richtlinienentwurf in wesentlichen Punkten nicht den politischen und gesetzlichen Vorgaben. Die dringend erforderliche Qualitätssicherung für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung ist auf dieser Grundlage nicht möglich. Es steht zu befürchten, dass es im Gegenteil zu einer gravierenden Beeinträchtigung der aktuellen Ansätze zur Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung kommt und die Versorgung sich perspektivisch verschlechtern wird.

Substanzielle Veränderungen sind erforderlich

Aus Sicht der DGPPN sind deshalb substanzielle Änderungen der Richtlinie unabdingbar:

1. Verbindliche Weiterentwicklung der Richtlinie

Es ist festzuschreiben, dass die Richtlinie in der ersten Stufe nur eine Übergangslösung beschreibt und mit einem verbindlichem Zeitplan zu einem zukunftsfähigen Personalbemessungsinstrument¹ weiterentwickelt wird, welches geeignet ist, eine leitliniengerechte Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken zu garantieren.

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

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

¹ Ein solches Modell wird aktuell von der Plattform Personalbemessung der psychiatrischen und psychosomatischen Fachgesellschaften und Verbände entwickelt und evaluiert. Es wird voraussichtlich im September 2019 vorliegen.

3. Differenzierung zwischen „Mindestvorgaben“ und „Untergrenze“

Die Richtlinie muss zwischen an der erforderlichen Qualität ausgerichteten Personalmindestvorgaben und einer zur Gewährleistung der Patientensicherheit erforderlichen Personaluntergrenze differenzieren.

4. Unterstützung bei der Erfüllung der Personalmindestvorgaben statt Sanktionen

Statt ökonomischer Sanktionen, welche die flächendeckende regionale Versorgung grundlegend gefährden, muss ein differenziertes und auf die Erreichung der Qualität ausgerichtetes System von Maßnahmen vorgesehen werden, welche die Kliniken angesichts von hohen Ausfallquoten und Nachwuchsmangel bei der Erfüllung der Mindestvorgaben unterstützen.

Stellungnahme im Einzelnen

Neben den einführend dargelegten grundlegenden Überlegungen zu dem Richtlinienentwurf werden im Folgenden einzelne Punkte der Richtlinie kommentiert.

Konkrete Änderungsvorschläge sind den jeweiligen Punkten zugeordnet.

1. Verbindliche Weiterentwicklung der Richtlinie

An folgenden Stellen sind Änderungen notwendig, um eine verbindliche Weiterentwicklung der Richtlinie zu erreichen.

§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich

Im § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich, Absatz 3 muss wie folgt formuliert werden:

„Diese Richtlinie stellt die erste Stufe einer gemäß § 136a Abs. 2 SGB V vorzulegenden Richtlinie dar. Die erforderliche Entwicklung eines zukunftsfähigen Konzeptes zur Personalbemessung, das die Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sichert, ist verbindlich in einer zweiten Stufe vorgesehen, die spätestens zum 1.1.2025 in Kraft tritt. Die aus dieser Richtlinie zunächst resultierenden Personalvorgaben gestalten somit nur den Übergang in die zweite Stufe und gelten deshalb bis längstens zum 31. Dezember 2024.“

Bezüglich des neu zu entwickelnden Systems der Personalbemessung ist § 13 Abs. 3 der RL wie folgt zu formulieren:

„(3) Darüber hinaus beschließt der G-BA bis spätestens zum 30. September 2024 ein neues Konzept zur Ausgestaltung der Personalmindestvorgaben, welches die Vorgaben gemäß § 13 Abs. 1 bis 5 ersetzt. Das Konzept muss geeignet sein, den individuellen patientenbezogenen Behandlungsbedarf ausreichend differenziert zu erfassen, eine sachgerechte Differenzierung zwischen

patientenbezogenem, auf das Setting und die Institution bezogenem Bedarf zu ermöglichen sowie zu einer setting-übergreifenden Personalausstattung beizutragen.“

§ 13 DKG / § 18 (GKV-SV) / § 20 (PatV) Anpassung der Richtlinie

Bzgl. der weiteren Bestimmungen schließt sich die DGPPN der Position der Vorsitzenden des UA QS an.

Begründung

Aufgrund einhelliger Expertenmeinung und verfügbarer Empirie (Nervenarzt Sonderheft 2018: Normativer Personalbedarf in der stationären Psychiatrie und Psychotherapie) kann davon ausgegangen werden, dass die Psych-PV nicht mehr geeignet ist, die aktuelle Situation der Versorgung in den psychiatrischen Fächern adäquat abzubilden. Es sind grundlegende Veränderungen sowohl im Bereich der Struktur der Psych-PV als auch bezüglich der zur Verfügung gestellten personellen Ressourcen (auf der Basis der Minutenwerte) erforderlich. Wenn jetzt der G-BA aufgrund des nach seiner eigenen Einschätzung Fehlens belastbarer empirischer und leitlinienbezogener Grundlagen eine erste Stufe der Richtlinienentwicklung unternimmt und diese zur Stellungnahme vorlegt, so ist es zwingend erforderlich, verbindliche Regelungen zu vereinbaren, damit es nicht bei dieser ersten Stufe bleibt. Es muss verhindert werden, dass aufgrund von außerhalb der Qualitätssicherung liegenden Aspekten (zum Beispiel aufgrund von ökonomischen Aspekten) eine zweite Stufe nicht durchgeführt wird bzw. diese langfristig hinausgeschoben wird.

In der erforderlichen zweiten Stufe müssen zwingend diejenigen strukturellen Veränderungen vorgenommen werden, die für eine zukunftsfähige Abbildung des patientenbezogenen Behandlungsbedarfs erforderlich sind. Dabei geht es insbesondere um die Erfassung des individuellen patientenbezogenen Behandlungsbedarfs, einer Differenzierung zwischen dem patientenbezogenen Bedarf und dem auf das Setting und die Institution bezogenen Bedarf und der Förderung einer Setting-übergreifenden ausreichenden Personalausstattung.

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

An folgenden Stellen sind Änderungen notwendig, damit die Psych-PV als Grundlage der Mindestvorgaben sofort an die aktuellen Standards einer leitliniengerechten und menschenrechtsfördernden Behandlung angepasst werden kann.

§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich

Abs. 4 und 5 müssen ergänzt werden:

„(4) Durch die Richtlinie werden die bestehenden Minutenwerte der Psych-PV insoweit angepasst, als es auch in der Übergangszeit bis zum Inkrafttreten einer notwendigen zweiten Stufe erforderlich ist,

die Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sicherzustellen.

(5) Die angepassten Minutenwerte entsprechen den Personalmindestvorgaben, die geeignet sind, die Qualität in der Versorgung sicherzustellen“

§ 2 Grundsätze

Absatz 5 muss folgendermaßen formuliert werden:

„(5) Die Mindestvorgaben für den Tagdienst werden gemäß § 8/§ 9 festgelegt. Für jeden Behandlungsbereich gemäß § 3/§ 4 in Verbindung mit Anlage 1 und jede Berufsgruppe gemäß § 5/§ 6 werden Minutenwerte je Patient und Woche gemäß Anlage 2 vorgegeben. Die am 31.12.2019 geltenden Minutenwerte werden in der ersten Stufe durchgehend um insgesamt 15 % erhöht. Dabei werden die Minutenwerte zum 1.1.2020, zum 1.1.2022 und zum 1.1.2024 jeweils um jeweils 5 % des Ausgangswertes erhöht. Die Mindestvorgaben sind jahresdurchschnittlich auf Einrichtungsebene, differenziert nach Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik kalendermonatlich auf den Stationen einzuhalten.“

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

Hier schließt sich die DGPPN der Position der DKG an.

§ 10 (GKV-SV)/§ 12 (PatV) Stationsgröße

Hier tritt die DGPPN für folgende Änderung ein:

„(1) Aus Qualitätsgründen sollte eine Station in der Erwachsenenpsychiatrie 18 Behandlungsplätze, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zwölf Behandlungsplätze und in der Psychosomatik 24 Behandlungsplätze nicht überschreiten.

(2) Sofern die mittlere Anzahl der Patienten die in Abs. 1 definierte Anzahl um mehr als ein Drittel übersteigt (24 bzw. 16 bzw. 32 Behandlungsplätze), sind die Minutenwerte für die über die Empfehlung hinausgehenden Patienten unter Berücksichtigung möglicher institutionsbezogener Besonderheiten sachgerecht zu vermindern.“

§ 11 (Genesungsbegleiter)

Hier schließt sich die DGPPN der Position der GKV an.

Begründung

Die empirischen Daten, die zur Erstellung der Minutenwerte in der heute gültigen Version der Psych-PV geführt haben, sind 30 Jahre alt. Zum damaligen Zeitpunkt gab es eine in wesentlichen Punkten zum heutigen Stand unterschiedliche Struktur der psychiatrischen Versorgung sowie

weniger personalintensive medizinische, rechtliche und ethische Standards. Dies gilt sowohl für fachlich-inhaltliche Behandlungskonzepte als auch für die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen.

Die Psychiatrie-Personalverordnung verfügte über kein durchgängiges konzeptuelles Prinzip zur Anpassung an fachlich-inhaltliche sowie darüber hinausgehende strukturelle Veränderungen. In der Folge wurden seit Inkrafttreten im Jahr 1991 keine Anpassungen an die seitdem festzustellende umfassende inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklung des Faches vorgenommen. In diesem Zusammenhang kann darauf hingewiesen werden, dass sich die durchschnittliche fallbezogene Verweildauer seit Inkrafttreten der Psych-PV bei gleichzeitig massiv erhöhter Zahl der behandelten Patienten auf etwa ein Drittel des Ausgangswertes verkürzt und sich somit der patientenbezogene Aufwand massiv erhöht hat. Dies muss in der Richtlinie Berücksichtigung finden.

Die hier geforderte Steigerung der Minutenwerte stellt im Wesentlichen einen Ausgleich der in den letzten Jahren nicht erfolgten erforderlichen Steigerung dar.

3. Differenzierung zwischen „Mindestvorgaben“ und „Untergrenze“

An folgenden Stellen sind Änderungen notwendig, um zwischen einer an der erforderlichen Qualität ausgerichteten Personalmindestbesetzung und einer zur Aufrechterhaltung der Versorgung erforderlichen Personaluntergrenze zu differenzieren.

§ 2 Grundsätze

In § 2 (Grundsätze) sind folgende Veränderungen erforderlich:

§ 2 Abs. 1 Neu:

„Durch die Richtlinie werden Mindestvorgaben zur Personalausstattung definiert, die geeignet sind, die Qualität der Versorgung sicherzustellen (qualitätsorientierte Personalmindestvorgaben).

Darüber hinaus wird eine Personaluntergrenze definiert, bei deren Unterschreitung die Patientensicherheit nicht mehr gewährleistet werden kann (sicherheitsbezogene Personaluntergrenzen).“

§ 12 (DKG) Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgabe

Hier sind Änderungen im Sinne einer Anpassung an die Stufen der Personalbesetzung erforderlich.

§ 17 (GKV-SV)/§ 19 (PatV) Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Dieser Paragraph wird abgelehnt.

Die DGPPN schlägt vor, die Personaluntergrenze bei 80 % der jeweils gültigen qualitätsorientierten Personalmindestvorgaben anzusetzen. Ein bereits im ersten Schritt durchzuführender vollständiger

Leistungsausschluss bei Unterschreiten der sicherheitsbezogenen Personaluntergrenze wird abgelehnt.

Darüber hinaus ist insbesondere in diesem Zusammenhang darauf zu achten, dass die bereits bestehenden ausufernden und qualitätsreduzierenden Dokumentationsverpflichtungen aller Berufsgruppen nicht ausgebaut, sondern reduziert werden.

Begründung

Der gesetzliche Auftrag besteht darin, Personalmindestvorgaben zu beschreiben, die geeignet sind, zu einer leitliniengerechten Versorgung beizutragen. In dem vorgelegten Entwurf der Richtlinie wird jedoch eine Personaluntergrenze beschrieben, die – wenn sie unterschritten wird – Sanktionen bis zum sofortigen Leistungsausschluss vorsieht. Dies ignoriert die Notwendigkeit der Sicherstellung einer umfassenden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die psychiatrischen Fächer. Es muss deshalb unterschieden werden zwischen Personalmindestvorgaben zur Qualitätssicherung und einer deutlich darunterliegenden Personaluntergrenze, die zur Aufrechterhaltung der Patientensicherheit erforderlich ist. Beide Grenzen sind inhaltlich und bezüglich der Konsequenzen zu unterscheiden.

Der vorgeschlagene Abstand zwischen beiden Grenzen ist unter anderem auch davon abhängig, inwieweit eine Anpassung der Minutenwerte der Psych-PV erfolgt.

4. Unterstützung bei der Erfüllung der Personalmindestvorgaben statt Sanktionen

An folgenden Stellen sind Änderungen notwendig, um die Kliniken bei der Erfüllung der Mindestvorgaben zu unterstützen.

§ 12 (DKG) Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgabe

§ 12 (DKG) muss wie folgt formuliert werden:

„(1) Bei Nichteinhaltung der sicherheitsbezogenen Personaluntergrenzen kommt gemäß der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie des G-BA ein gestuftes System an Folgen der Nichteinhaltung zum Tragen. Die Maßnahmen müssen als ein differenziertes System der Reaktion auf die Nichteinhaltung der Personalbemessung gestaltet sein. Sämtliche Maßnahmen müssen das Ziel verfolgen, schnellstmöglich die erforderliche Personalbesetzung, die geeignet ist, die Qualität der Versorgung sicherzustellen (qualitätsorientierte Personalmindestvorgaben), dauerhaft wiederherzustellen.“

Begründung

Es ist davon auszugehen, dass bei einer Unterschreitung der Personalmindestvorgaben, die zur Qualitätssicherung erforderlich sind, sehr unterschiedliche Gründe vorliegen können. Nicht in jedem Fall ist davon auszugehen, dass diese Gründe von den jeweiligen Leistungserbringern direkt zu verantworten sind. In besonderer Weise ist hier auf den bestehenden Fachkräftemangel hinzuweisen. Eine Reduktion der zur Verfügung stehenden Budgetmittel oder gar der sofortige Leistungsausschluss würden die Qualität der regionalen Versorgung erheblich reduzieren und mit den Prinzipien einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung nicht vereinbar sein. Es ist deshalb erforderlich, dass die erforderlichen gestuften und differenzierten Maßnahmen darauf ausgerichtet sind, die Qualität der Versorgung dauerhaft wiederherzustellen

Schlussbemerkung

Darüber hinaus schließt sich die DGPPN der Position der DKG an, insofern nicht durch die o. g. Änderungen redaktionelle Anpassungen in anderen Bereichen notwendig werden.

Literatur

Normativer Personalbedarf in der stationären Psychiatrie und Psychotherapie, 2018, Nervenarzt Sonderheft

Korrespondenzadresse

██
Präsident DGPPN

Reinhardtstr. 27b

10117 Berlin

Telefon: ██████████

E-Mail: ██████████

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

- Per E-mail

Göttingen, 11.6.2019

Stellungnahme des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin zum Beschlussentwurf über eine Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) dankt für die Gelegenheit, zum Beschlussentwurf über eine Erstfassung Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (Stand 08.05.2019) Stellung nehmen zu können. Diese Stellungnahme ist in wesentlichen Punkten mit der separaten Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) abgestimmt und daher in weiten Teilen textgleich.

Hierbei soll insbesondere auf folgende Punkte eingegangen werden:

Das DKPM unterstützt die Zielsetzungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), insbesondere den Anspruch, die Transparenz und die Qualitätsorientierung der Vergütung verbessern zu wollen. Der Hinweis der DKG auf die Bedeutung der Mindestvorgaben für eine leitliniengerechte Behandlung (§ 1 Abs. 1) ist dabei wesentlich.

Präsident

Universitätsmedizin Göttingen
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
von-Siebold-Str. 5, 37075 Göttingen
T: 0551/39-
e

Vizepräsident und President elect

LWL-Universitätsklinikum der
Ruhr-Universität Bochum für
Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Alexandrinenstr. 1-3, 44791 Bochum
T: 0234/5077-
e

Generalsekretärin

Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapie
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
T: 0511/532-
e

Schatzmeisterin

Abteilung für Medizinische Psychologie und
Medizinische Soziologie
Universitätsmedizin Leipzig
Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig
T: 0341/97-
e

Weitere Vorstandsmitglieder:

Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Hauptstraße 8, 79104 Freiburg
T: 0761-
e

Universität Duisburg-Essen
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
LVR-Klinikum Essen
Virchowstraße 174, 45147 Essen
T: 0201-
e

Paracelsus Universität Klinikum Nürnberg
Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg
T: 0911-398-
e

Website: www.dkpm.de

Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereiche:

Abs. 3: Kernpunkt bei der Budgetbemessung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind die Personalkosten, die mehr als 80% des Krankenhausbudgets ausmachen. Hierzu sollten in den zurückliegenden 2 Jahren Richtlinien zur Personalausstattung entwickelt werden auf Grundlage der bestehenden PsychPV, der S3-Leitlinien, einer empirische Studie zur Erfassung des IST-Zustandes der Personalausstattung (PPP-Studie, Wittchen et al.) und von Expertengesprächen zum Personalbedarf zur leitliniengerechten Behandlung bestimmter Patientengruppen (diagnose- und settingbezogen). Leider haben sich 3 dieser 4 als „Grundlagen“ erhoffte Zugänge zu einer empirischen Bestimmung der Personalbemessung entweder als nicht brauchbar erwiesen oder die Freigabe der Daten steht noch aus, sodass derzeit nur die PsychPV als Bezugsgröße für eine zumindest vorübergehende Regelung der Personalbemessung für das Fachgebiet Psychiatrie übrig zu bleiben scheint. Alle Experten sind sich dabei aber einig, dass die 30 Jahre alte PsychPV einer Anpassung an die inzwischen gültigen Behandlungsstandards in der Psychiatrie bedarf. Da die Psychosomatik bisher kein Teil der PsychPV war, bedarf es bei der Adaption der PsychPV-„Logik“ auf die Psychosomatik deutlicher Modifikationen. Darüber hinaus kann das jetzt zunächst festzulegende Modell nur vorübergehender Natur sein, da es die im PsychVVG vorgesehenen Vorgaben nicht vollständig und differenziert genug aufgreift. Daher stimmt das DKPM den Ausführungen von DKG/DPR/BPtK/LV zu.

Zu § 2 Grundsätze:

Abs. 1 und 2: Die Mindestvorgaben müssen, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, nicht nur qualitativ anspruchsvoll sondern auch praktikabel sein. Daher ist zur Sicherstellung einer leitliniengerechte Behandlung ein „Korridor“ zu bilden, der es erlaubt, unter Berücksichtigung struktureller und organisatorischer Gegebenheiten sowohl eine höhere Personalausstattung vorzusehen, als auch kurzfristig eine Unterschreitung zuzulassen.

Abs. 5: Die Mindestvorgaben sind daher jahresdurchschnittlich auf Einrichtungsebene, differenziert nach den Fachabteilungsschlüsseln (Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik) einzuhalten. Eine kalendermonatliche Erfassung auf einzelnen Stationen wird der Versorgungsrealität nicht gerecht.

Darüber hinaus müssen bei den Personal-Mindestvorgaben die obligaten durchschnittlichen Abwesenheitszeiten aufgrund von Erholungsurlauben, sonstigen Ausfallzeiten sowie Fort- und Weiterbildung berücksichtigt werden.

Abs.: 9: Der von der GKV und DPR vorgegebene Rahmen für eine Stationsgröße erscheint willkürlich. Generell sollten demnach Stationsgrößen von 22 (DPR) bzw. 24 (GKV) Pat. nicht überschritten werden. Da die Minutenwerte für jede Berufsgruppe je Patient und Woche vorgegeben sind, können sie auch gut auf Stationen unterschiedlicher Größe bezogen werden, sodass eine derartige Größenvorgabe entbehrlich ist (siehe auch Kommentar zu § 10 / Stationsgröße).

Zu § 3 Definition der Tag- und Nachtdienste

Bei Psychosomatischen Tageskliniken gelten die Minutenwerte für einen Tagdienst von 9 Stunden.

Zu § 3 und § 4 Behandlungsbereiche

(unter Berücksichtigung der „Tragenden Gründe“ S. 14 -21):

Abs. 1: Eine Zuordnung der Psychosomatik zum Behandlungsbereich A Allgemeine Psychiatrie ist nicht sachgerecht und inakzeptabel. Die im Behandlungsbereich A5 Psychotherapie angegebenen

berufsgruppenbezogenen Minutenwerte bilden den Aufwand der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung gemäß OPS-Prozedur 9-634 und damit die psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung nicht annähernd adäquat ab. Dies ist in den Expertenanhörungen, die der G-BA-Unterausschuss durchgeführt hat, immer wieder betont worden. Die Psychiatriepersonalverordnung in der aktuell gültigen Fassung hat sich explizit immer auf die „klinisch-psychiatrische Behandlung“ bezogen und war daher zurecht und anerkannt niemals Grundlage einer Personalbemessung in der Psychosomatischen Medizin. Dies wird in der Psych-PV selbst mehrfach begründet:

In den Erläuterungen zu § 1 Psych-PV Abs. 5.4 wird u.a. festgestellt:

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat in seinem Schreiben vom 10.01.1991 V a 6-43541-24 zur Frage der Anwendbarkeit der Psych-PV auf Kliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausgeführt, dass diese „...hinsichtlich ihres Personalbedarfs nicht mit psychotherapeutischen Abteilungen in psychiatrischen Kliniken vergleichbar sind. Eine direkte Anwendung der Minutenwerte A5, S5 und G5 ist nicht möglich. Es ist deshalb bei den Pflegesatzverhandlungen auf das medizinisch erforderliche Leistungsangebot der Einrichtung abzustellen“ (Psych-PV S. 102f).

Im Besonderen kann die Psych-PV nicht Grundlage einer Personalbemessung für eine psychosomatische Tagesklinik sein, da die in einer solchen Tagesklinik behandelten Patienten nicht psychiatrisch sondern gem. den oben genannten Unterscheidungskriterien intensiv psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und akut erkrankt sind.

Die Erläuterung zu § 5 Psych-PV führt hierzu in Abs. 1.8 aus: „Bei den Tageskliniken wurde von sog. verbundenen Tageskliniken und einer 5-Tage-Woche ausgegangen, in der Erwachsenenpsychiatrie von solchen, welche vorwiegend rehabilitativ behandeln....Die Personalbemessung für andere Formen der Tagesklinik sind gesondert zu verhandeln“ (Psych-PV S. 137f.).

In Erläuterung 1.6 A6 (Tagesklinische Behandlung) zu Anlage 1 Psych-PV heißt es: „Der Personalbemessung sind Patienten zugrundegelegt, deren Behandlungsaufwand daran bemessen ist, dass sie im Anschluß an eine vollstationäre Behandlung in der gleichen Einrichtung teilstationär weiterbehandelt werden.....Es gibt jedoch tagesklinische Behandlungen, zu denen die Kranken primär, d.h. ohne vorangegangene vollstationäre Behandlung aufgenommen werden. Diese Patienten sind akut krank. Die Minutenwerte nach Behandlungsbereich A6 sind dann nicht bedarfsgerecht.“

Da die Personalausstattung für psychosomatische Einrichtungen (außerhalb der Psychiatrie) zu keiner Zeit gemäß der PsychPV kalkuliert werden konnte, wurden in den bisherigen Kostenverhandlungen die Vorgaben der Fachgesellschaft zur Personalbemessung zu Grunde gelegt und von den Kostenträgern akzeptiert. Diese stützen sich auf die von Heuft et al. 1993 normativ ermittelten berufsgruppendifferenzierenden Minutenwerte, die das Mindestmaß der Personalausstattung von psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen zur Durchführung einer Komplexbehandlung beschreiben. Dabei ist hervorzuheben, dass die Minutenwerte nach Heuft et al. (1993) exakt den Konstruktionsprinzipien der Psych-PV folgen, aber auf die typischen in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinik applizierten Prozeduren bezogen werden.

Neben den gesetzlichen Erläuterungen sowie grundlegenden Unterschieden in den Tätigkeitsprofilen machen auch die erheblich abweichenden Minutenwerte für die psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung deutlich, dass diese nicht über die bestehenden Behandlungsbereiche der PsychPV abgebildet werden können:

Die folgende Tabelle stellt die Personalanforderungen (Vollkräfte; VK) nach PsychPV (A1, A5) und die Personalanzahlzahlen nach Heuft et al. (1993), gerechnet für eine Station mit 24 Betten, gegenüber:

Personal	PsychPV A1 (VK)	PsychPV A5 (VK)	Personalanzahlzahlen (VK) (DGPM, Heuft G et al. [1993])
Ärzte	2,07	1,54	2,6
Pflege	5,78	1,98	6,9
Dipl.-Psychologe	0,29	1,07	2,6
Ergotherapie/Spezialtherapie	1,22	1,03	1,4
BWT/Physiotherapie	0,28	0,31	1,4
Sozialtherapie	0,76	0,14	1,3

stationsbez. Pflege	2,1	2,1	2,3
Summe VK	12,5	8,2	18,5

Im Unterschied zu den Strukturvorgaben der PsychPV vertritt das DKPM die Auffassung, dass sich die Anzahl budgetrelevanter Vollkräfte aus den jeweils mittelbar und unmittelbar am Patienten erbrachten, notwendigen Leistungen ergeben muss. Somit erlaubt die wöchentliche Eingruppierung der Patienten nach Art und Schwere keine adäquate Ableitung des notwendigen Personalbedarfs für eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung. Die Kernleistungen der PSM-PT sind die über die OPS-Prozedur 9-634 und den Zusatzkode 9-642 definierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung und die integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung. Hier sind transparent und überprüfbar die fachspezifischen Behandlungsprozesse angesprochen, die den entsprechenden und unabdingbaren Personalbedarf auslösen. Weder die Kategorien A1 noch A5 der PsychPV sind geeignet, den Stellenbedarf entsprechend der Standards der heutigen psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung zu bestimmen.

Zwischenzeitlich wurden die Berechnungen der Personalanforderungen von Heuft et al. (1993) und damit die Personalanhaltszahlen der Fachgesellschaft empirisch überprüft.

Gemeinsam mit dem Deutschen Krankenhaus Institut (DKI) wurde eine Studie zur Personalausstattung psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken und Abteilungen im Sinne eine IST-Erhebung durchgeführt (Friederich et al. 2018). Die folgende Tabelle zeigt die Personalausstattung der Kalkulationskliniken bei einer angenommenen Stationsgröße von 24 Betten gemäß den InEK-Zahlen und stellt sie den Ergebnissen der DKI-Studie gegenüber.

	InEK (VK)	DKI Studie (VK)
Ärztlicher Dienst + Psychologen	5,3	6,0
nur Ärztlicher Dienst	3,4	
nur Psychologen	1,9	
Pflege-/ Erziehungsdienst	7,7	6,7
Sozialarbeiter/Sozial-/ Heilpädagogen	0,4	0,3
Spezialtherapeuten	1,9	1,6
med.-techn. Dienst/ Funktionsdienst	0,4	

Außerdem wurden die Personalanhaltszahlen von Heuft et al. (1993) mit den im Rahmen der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems von Seiten der Universitätsklinik für das InEK erhobenen Leistungsdaten in Beziehung gesetzt, die eine Umrechnung in Minutenwerte ermöglichen, welche sich wiederum an den Konstruktionsprinzipien der PsychPV orientieren. Ziel war hierbei eine empirische Überprüfung der normativ definierten Personalanhaltszahlen mit der nach dem PEPP-System anzunehmenden Finanzierungsgrundlage (Quelle: Heuft, Hochlehnert et al 2015).

PEPP-Minutenwerte (kalkuliert für die Datenjahre 2013 und 2014) bei einem Basisentgeltwert von 285 EUR für eine Station mit 18 stationären Behandlungsplätzen im Vergleich mit den Minutenwerten von Heuft et al. (1993).

	PEPP-Minuten 2013	PEPP-Minuten 2014	Minutenwerte [Heuft 1999]	Minutenwerte Heuft angepasst
Ärzte Station	3830	3852		
Psychologen	2876	2892		
Zwischensumme	6706	6744	7524	7524
Oberärzte	962	968		968
Zwischensumme	7668	7711	7524	8492
Pflegedienst	6456	6582	4629	4629
Zuschlag Pflege	5000	5000	5000	5000
Sozialarbeiter	557	563	1888	1888
Spezialtherapeuten	2988	2974	2880	2880
Gesamtsumme	22669	22830	21921	22889

Die aus den PEPP-Daten auf der Basis eines Basisentgeltwertes von 285 € berechneten Minutenwerte weisen in der Summe eine bemerkenswerte Konvergenz zu den Minutenwerten von Heuft et al. (1993 bzw. 1999) auf, wobei sich lediglich moderate Verschiebungen zwischen den Berufsgruppen zeigen.

Zur Erhaltung einer qualitativ ausreichenden Versorgung psychosomatisch erkrankter Patienten im Krankenhaus kann vorübergehend eine Personalbemessung analog der Konstruktionsprinzipien der PsychPV erwogen werden. Es bedarf dann allerdings, wie von der DKG und der BPTk gefordert, einen eigenen, **neu zu definierenden Behandlungsbereich „P“ (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung)**.

Darüber hinaus verweist das DKPM auf die parallel zum G-BA-Prozess inaugurierten „Plattform“ Personal. Diese Plattform versucht auf empirischer Grundlage ein Modell zur Personalbemessung zu entwickeln, das individuumsbezogene, settingbezogene und institutionsbezogene Aufwände (Kosten) berücksichtigt und sich damit von einer überwiegend diagnosebezogenen Kostenkalkulation löst und bisherige Modelle der Personalbemessung weiterentwickelt.

Dabei wurde für die Einrichtungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie im Unterschied zur Psychiatrie und der KJPPP ein settingbezogenes Modell entworfen: die Personalvorgaben richten sich danach, ob die Klinik die übliche Intensität therapeutischer und medizinischer Versorgung tatsächlich anbietet und somit therapieintensive Settings vorhält, wie sie beispielsweise bei der Behandlungen von posttraumatischen Belastungsstörungen oder schweren Persönlichkeitsstörungen zum Einsatz kommen oder ob auf der anderen Seite medizinisch besonders aufwendige Rahmenbedingungen bereit gehalten werden, wie sie bei der Behandlung von magersüchtigen Patientinnen mit höchstgradigem Untergewicht, in der komplexen psychosomatischen Schmerztherapie oder der integrierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung von Patienten mit schweren behandlungsrelevanten somatischen Komorbiditäten angeboten werden. Aus Sicht der Fachgesellschaft sollte der Personalstand zumindest so hoch sein, dass neben der ggfs. erforderlichen somatisch-medizinischen Behandlung eine Mindesttherapiedosis von drei ärztlich-psychologischen Therapieeinheiten und 2 Therapieeinheiten in den Spezialtherapien pro Woche angeboten werden kann. Die gesetzlichen Vorgaben müssen den Krankenhäusern und Abteilungen eine personelle Ausstattung ermöglichen, mit der allen Patienten in psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen eine den

Qualitätsanforderungen des PEPP-Systems und der Leitlinien entsprechende psychosomatisch-psychotherapeutische und medizinische Versorgung angeboten werden kann.

Zu § 5 Berufsgruppen

Bei der Berufsgruppe der Psychologen sollten bezüglich der Anzahl der Psychologen mit Approbation keine Vorgaben gemacht werden, da diese auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht im ausreichenden Umfang für die Krankenhausbehandlung zur Verfügung stehen. Auch hinsichtlich der Art der Spezialtherapeuten ist nur die Gesamtzahl, aber nicht deren Spezialisierung anzugeben, da je nach den zu behandelnden Krankheitsbildern unterschiedliche Qualifikationen benötigt werden (z.B. Körpertherapeuten bei Essstörungen, Kunst- oder Musiktherapeuten bei somatoformen Störungen etc.).

Zu §6 und 7 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalverordnung

Der Vorschlag der DKG zur Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalverordnung ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten unter Berücksichtigung einer notwendigen Flexibilität, die erforderlich ist, um Schwankungen bei der Anzahl verfügbaren Personals auffangen und Versorgung in einem für eine leitliniengerechte Behandlung notwendigen Umfang aufrecht erhalten zu können. Es sollte unbedingt vermieden werden, durch eine zu kleinteilige und zu engmaschig überprüfte Personalverordnung Nachteile für die Patientenversorgung durch z.B. kurzfristige Belegungssperren zu erzeugen.

Zu §8 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

Der Vorschlag des GKV-SV zur Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und des Umsetzungsgrades erscheint nicht realitätsgerecht. Die Kleinteiligkeit der zeitlichen wie auch berufsgruppenbezogenen Betrachtung nimmt den Kliniken jede Möglichkeit, Schwankungen in der Personalbesetzung auszugleichen und laufende Behandlungsprozesse kontinuierlich zu führen. Insbesondere kleine Behandlungseinheiten, die in der wohnortnahen Versorgung eine wichtige Rolle spielen, wären bei der Krankenhausfinanzierung und damit existenziell deutlich beeinträchtigt. Um die politisch gewünschte Erhaltung einer wohnortnahen Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen gerecht zu werden, müssen hier Regelungen getroffen werden, die größere Episoden (Jahre oder Quartale) betrachten und eine Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppe ermöglichen (wie es der DKG-Position in §7 entspricht).

Zu §10 Leitungskräfte

Zur Sicherstellung einer leitliniengerechten und qualitätsgesicherten Behandlung ist eine Personalbemessung für leitende Ärzte/Psychologen, sofern damit auch die Oberärzte gemeint sind, im Verhältnis 1:8 zu den ermittelten Ärzten/Psychologen nicht sachgerecht, da mit diesem Zuordnungsverhältnis qualitätssichernde Maßnahmen einschließlich der in der Weiterbildungsordnung geforderten engmaschigen Supervisionen nicht in ausreichendem Umfang zu erbringen sind. Für eine leitliniengerechte qualitativ gute Behandlung ist ein Verhältnis von 1:4 leitende Ärzte/Psychologen zu den ermittelten Ärzten/Psychologen erforderlich.

Zu § 10 Stationsgröße

Im Bereich der Psychosomatik sind Stationsgrößen >18 Pat., in Fachkrankenhäuser bis 28 Pat. möglich, wobei innerhalb einer Station vielfach unterschiedliche Behandlungssettings vorgehalten werden. Es gibt hier keine empirischen Erkenntnisse, dass alleine die Stationsgröße Einfluss auf das

Behandlungsergebnis haben könnte. Daher wird eine Begrenzung auf 24 Behandlungsplätze nicht unterstützt.

Zu § 11 Genesungsbegleiter

Genesungsbegleiter spielen in der Psychosomatischen Medizin aufgrund der spezifischen Behandlungsziele und –mittel keine wichtige Rolle und sollten nicht zum verpflichtenden Strukturmerkmal werden.

Zu §12 Umsetzung in ein Behandlungsangebot

Die Forderung, die Mindestvorgaben für die Personalausstattung nach dieser Richtlinie in ein konkretes Behandlungsangebot umzusetzen bedeuten einen erheblichen Eingriff in die Gestaltung der Behandlungskonzepte und überschreitet damit deutlich den Auftrag einer solchen Richtlinie. Die genannten Ziele sind zum Teil keine Behandlungsziele einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung (z.B. Verzicht auf geschlossenen Stationen / Vermeidung geschlossener Türen, Verhinderung von Zwang und Prävention von aggressivem Verhalten) oder widersprechen den Anforderungen an die stets aufrechtzuerhaltenden Personalmengen (z.B. möglichst leistungssektorenübergreifende Behandlerkonstanz).

Zu §9/13/15 Ausnahmetatbestände

Die Definition von Ausnahmetatbeständen, wie von der DKG formuliert, werden von uns unterstützt.

Zu §10/14/16 Nachweisverfahren und Strukturabfrage

Der Nachweis des jahresdurchschnittlichen Umsetzungsgrad der Mindestvorgaben, wie von der DKG vorgeschlagen, ist realistisch und reicht für die Umsetzung einer leitliniengerechten, transparenten, leistungsbezogenen Behandlung, wie sie das PsychVVG fordert, aus. Die kleinteiligen Nachweisverfahren von GKV-SV und PatV gefährden hingegen eine kontinuierliche Funktionsfähigkeit von Kliniken und Abteilungen und damit die Versorgungssicherheit der Patienten.

Zu §12/17 Durchsetzungsmaßnahmen/Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Die Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind von großer Bedeutung, um die gesetzgeberisch beabsichtigten Effekte auch erreichen zu können. Sie sollten die Leistungserbringer aber in erster Linie unterstützen und Entwicklungs- und Anpassungsprozesse fördern und ermöglichen, wie in den Vorschlägen der DGK, die wir unterstützen, vorgesehen. Die Vorschläge von Sanktionen der GKV-SV sind hingegen vorwiegend nicht entwicklungsfördernd und nicht geeignet Verbesserungen zu ermöglichen sondern sie sind existenzgefährdend, dem Patientenwohl nicht dienlich und damit abzulehnen.

Zu §13/18/20 Anpassung der Richtlinie

Das DKPM unterstützt die Vorschläge von DKG und BPtK zur Anpassung der Richtlinie. Bis zum 30. September 2024 soll ein neues Modell zur Ausgestaltung der Personalvorgaben entwickelt werden, das der Ableitung des Personalbedarfs in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in einem ausreichend differenzierten Modell auch eventuelle psychische bzw. psychosomatische Multimorbiditäten und entsprechend individuell und bedarfsgerecht angepasste Behandlungssettings zugrundelegen sollte. Für die Bestimmung des patientenbezogenen Personalbedarfs sind die sich aus einer multiaxialen Diagnostik ergebenden Behandlungsziele und –mittel (Settings) differenziert und überprüfbar darzustellen (z.B. über eine Erfassung

berufsgruppenspezifischer Therapieeinheiten sowie des medizinischen Behandlungsaufwands). Das neue Modell ermöglicht dann eine differenzierte Überprüfung der Einhaltung der Mindestanforderungen sowie der Umsetzung in eine leitliniengerechte Patientenversorgung.

Zu §15/20/22 Übergangsregelungen

Um den Leistungserbringern notwendige Anpassungen zu ermöglichen sind Übergangsregelungen wichtig. Eine Erfüllung der Mindestvorgaben in Höhe von 80% in den Jahren 2020 und 2021 und in Höhe von 90% in den Jahren 2022 und 2023, wie von der Vorsitzenden UA QS vorgeschlagen, ist sachgerecht.

Zu Anlage 1:

Eine Eingruppierung der Psychosomatischen Medizin in den Behandlungsbereich Psychiatrie ist nicht sachgerecht. Zur Begründung wird auf die Ausführungen zu § 3 und §4 Behandlungsbereiche dieser Stellungnahme verwiesen. Das Beispiel des GKV-SV zur Begründung der Eingruppierung einer Pat. mit Anorexia nervosa in den Behandlungsbereich A1 ist merkwürdig, da hier eine für eine Krankenhausbehandlung der AN eher untypische Konstellation dargestellt wird und der bei diesem Krankheitsbild zu betreibende diagnostische und therapeutische Aufwand in A1 weder adäquat abgebildet ist noch nach 2 Wochen eine Konstellation erreicht werden kann, die eine andere Eingruppierung in eine noch aufwandsärmere Gruppe rechtfertigen würde. Dass in eine Intensivbehandlung nur psychiatrische Patienten eingestuft werden sollen, macht deutlich, dass der GKV-SV sich nicht wirklich mit der Definition eines medizinisch begründeten sachgerechten Aufwandes zur Behandlung von Patienten mit schweren psychosomatischen Erkrankungen auseinandergesetzt hat. Wie bereits gezeigt kann empirisch belegt werden, dass die Gleichsetzung der Kategorie A5 mit der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung nicht sachgerecht ist.

Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist, wie dargelegt, ein eigenständiger medizinisch-wissenschaftlich begründeter Behandlungsbereich mit differenziert ausgearbeiteten und empirisch überprüften Behandlungsmitteln und benötigt, um in das jetzt vorgeschlagene System der Mindestpersonalbemessung einbezogen werden zu können, einen eigenen Behandlungsbereich, wie von der DKG mit der Bezeichnung P = psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung vorgeschlagen (Seite 41/42 PPP-RL). Hierzu existieren seit 1993 in Analogie zur PsychPV berufsgruppenspezifische Minutenwerte (Heuft G et al 1993), die seit 25 Jahren Grundlage der Personalbemessung in Kliniken/Abteilungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und Grundlage für die Krankenhausplanung in einigen Bundesländern sind (Janssen PL et al. 1999), die empirisch geprüft (Heuft G et al. 2015) und mit Daten des InEK und des DKI verglichen wurden.

Zu Anlage 4/5: DKG: 3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

Das Tätigkeitsprofil des Arztes in der Psychosomatik unterscheidet sich wesentlich von dem des Arztes in der Psychiatrie. Er versteht sich schwerpunktmäßig als ärztlicher Psychotherapeut und ist in seiner konkreten Tätigkeit in extrem hohem Umfang auch selbst psychotherapeutisch tätig. Das bildet sich in seinem Tätigkeitsprofil deutlich ab und wird noch deutlicher, wenn eine zeitliche Gewichtung einzelner Tätigkeiten vorgenommen wird. Zusätzlich umfasst – gerade im Rahmen integrierter klinisch-psychosomatischer Komplexbehandlung im Sinne der OPS 9-642 – die ärztliche Tätigkeit in substanziellem Umfang auch eine somatisch-medizinische (Simultan-)Diagnostik,

regelmäßige Abstimmung und Besprechungen mit kooperierenden somatischen Abteilungen, Organisation und Bewertung von Konsiliaruntersuchungen etc.

Die im Anhang befindliche Liste (DKG: 3.) ist nicht umfassend, bildet nur einen Teil der Aufgaben der Berufsgruppen bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung ab und bedarf einer gründlichen Überarbeitung und Ausdifferenzierung.

Schlussbemerkung

Insgesamt stimmt das DKPM den von der DKG vertretenen Positionen zu, insofern nicht durch die vorgenannten Anmerkungen Anpassungen vorgenommen werden müssen. Im Gegensatz zu den vorwiegend ökonomiegetriebenen Vorschlägen des GKV-SV, die insgesamt zu einer deutlichen Verschlechterung der Behandlungsbedingungen von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen führen würden, nehmen die Vorschläge der DKG differenziert Bezug zu den vom Gesetzgeber beabsichtigten Entwicklungen im Hinblick auf Leistungsorientierung und -transparenz, Verbesserung der Behandlungsqualität durch sachgerechte Personalausstattung und Leitlinienbezug bei insgesamt vertretbarem Bürokratieaufwand für die Leistungserbringer.



Präsident des DKPM

Literatur:

Friederich HC, Heuft G, Cuntz U, Hildenbrand G, Rothe HM, Blum K, Krüger C, Hochlehnert A, Kruse J, Raible C (2018) Personalausstattung: Befragung psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken und Abteilungen in Deutschland. *Z Psychosom Med Psychother* 64, 334–349.

Heuft G, Hochlehnert A, Barufka S, Nikendei S, Kruse J, Zipfel S, Hofmann T, Hildenbrand G, Cuntz U, Herzog W, Heller M (2015) Normativ-empirische Bestimmung des Personalbedarfs in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 61, 384–398.


Heuft G, Senf W, Janssen PL, Pontzen W, Streeck U (1993) Personalanhaltszahlen in psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen der Regelversorgung. *Psychotherapie, Psychosom., Med. Psychol.* 43, 262-270.

Janssen PL, Franz M, Herzog T, Heuft G, Paar G, Schneider W (1999) Wissenschaftliches Gutachten zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg.

Kunze H, Kaltenbach L (1996) *Psychiatriepersonalverordnung*. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln.



Abs.: BPE e.V. Herner Str. 406 44807 Bochum

Telefon: 0234 / 
Email: vorstand@bpe-online.de

Datum: 12.06.2019

BPE-Stellungnahme Beschluss Entwurf Richtlinie PPP

Der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. ist der größte und älteste Betroffenenverband in Deutschland.

Der BPE setzt sich für eine zwangs- und gewaltfreie Psychiatrie und für Beachtung der Selbstbestimmung, Autonomie, Menschenrechte und Menschenwürde in der Psychiatrie ein.

In diesem Zusammenhang nimmt der BPE zu dem Beschluss Entwurf der Richtlinie Personalausstattung in der Psychiatrie wie folgt Stellung:

Der BPE begrüßt die Bestrebungen die Mindestpersonalvorgaben für das Klinikpersonal in der Psychiatrie in der Richtlinie PPP festzulegen, weil die bisher nur als Anhalts zahlen geltenden Vorgaben der PsychPV mit der Realität der psychiatrischen Versorgung in den Kliniken nicht vereinbar sind.

Insbesondere wollen wir zu einigen Aspekten des uns vorliegenden Beschluss Entwurfes äußern.

-Text:§5 DKG,§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen

-Für den BPE ist nicht nur Zahl und formale Qualifikation des therapeutischen Personals wichtig, sondern auch Haltung und Einstellung des therapeutischen Personals, die mit Vorgaben der UN-BRK und geltenden Menschenrechten vereinbar sein müsste.

In diesem Zusammenhang schlagen wir vor, dass in der neuen Richtlinie PPP die Verpflichtung des gesamten therapeutischen Personals entsprechende Schulungen im Bereich der Menschenrechte und Deeskalation zu absolvieren festgelegt werden.

Die psychiatrische Behandlung und Pflege darf außerdem nur von den in der Richtlinie aufgeführten Berufsgruppen ausgeübt werden und keinesfalls auf andere unqualifizierte Berufsgruppen, wie beispielsweise Sicherheitsdienste übertragen werden.

Weil die jetzige Praxis leider oft anders aussieht, müsste ein Verbot der therapeutischen und pflegerischen Tätigkeit durch andere Berufsgruppen in der Richtlinie klar formuliert werden.

-Text:§ 11(GKV-S V),§13 (PatV),LV Genesungsbegleiter

Wir begrüßen, dass die Berufsgruppe der Genesungsbegleiter in dem neuen Richtlinienentwurf fest verankert ist.

Einige Studien haben schon gezeigt, dass der Präsenz und die Arbeit der Genesungsbegleiter sich positiv auf die Behandlung, auf die Stationsabläufe und auf die Atmosphäre auswirken.

Die Beschäftigung dieser Berufsgruppe darf aber nicht nur eine Alibifunktion erfüllen, sondern ihre Tätigkeit sollte gleichberechtigt mit anderen Berufsgruppen erfolgen und entsprechend tariflich bezahlt werden.

Der BPE plädiert deshalb dafür, dass alle Beteiligten der Richtlinie PPP und insbesondere

DKG und GKV sich dafür einsetzen, dass die flächendeckende Beschäftigung der Genesungsbegleiter (zumindest ein Genesungsbegleiter mit halber Stelle pro Station) bis zum bestimmten Datum gesichert werden. Diese Absichtserklärung soll auch ein Bestandteil dieser Richtlinie werden.

-Text:§12 DKG Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben
§17 (GKV-SV),§19 (PatV) Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben



-Was Konsequenzen der Nichterfüllung der neuen Personalvorgaben betrifft, sind wir der Meinung dass der Vergütungsabschlag, bzw. Vergütungsausfall nicht ausreicht, sondern um gefährliche Behandlung und Pflege zu vermeiden, müsste beim bestimmten Nichterfüllungsgrad Behandlungsverbot und Schließung der (Teil)Stationen als Konsequenzen erfolgen.

-Text:§ 10 DKG Nachweisverfahren und Strukturabfrage
§ 14 (GKV-SV), §16 (PatV) Nachweisverfahren

Schließlich müssten auch, außer regelmäßigen, in der Richtlinie aufgeführten Nachweisen und Kontrollen der Mindestpersonalausstattung zusätzliche unangemeldete Kontrollen der Zahl und Qualifikation des Personals festgelegt werden, wenn es ernsthafte Hinweise von anderen Gremien, wie Besuchskommissionen und unabhängige Ombuds- und Beschwerdestellen gibt, dass es strukturelle Probleme in den Krankenhäusern, insbesondere bei der Behandlung von gegen ihren Willen untergebrachten Patienten stattfinden.
Die Zusammenarbeit zwischen der Kontrollinstanz MDK und Besuchskommissionen und Ombuds- und Beschwerdestellen müsste verpflichtend sein und in der neuen Richtlinie PPP fest verankert werden.

Insgesamt fordert der BPE weitere kontinuierliche Arbeit der AG-PPP im G-BA damit zumindest die geplante erste Stufe der Umsetzung der Richtlinie PPP ab 1.1.2020 fertig wird. Die erste Stufe sollte aber keinesfalls die Letzte bleiben, sondern es muss in absehbarer Zeit die zweite und letzte Stufe fertig erarbeitet werden, um die jetzige mangelhafte personelle und strukturelle Lage in der klinischen Psychiatrie im Interesse der Patienten wesentlich zu verbessern.

Der BPE wird an der mündlichen Anhörung am 7.08.2019 teilnehmen.

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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06

10596 Berlin

per Mail an gs@g-ba.de

Vorstand
Standards & Qualität

Karlsbad, 12.06.2019

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


Sehr geehrte Damen und Herren,

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

An der geplanten Anhörung am 07.08.2019 werden wir gerne teilnehmen.

Bitte bestätigen Sie den Eingang dieses Schreibens.

Mit freundlichen Grüßen


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

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

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

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

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

		so nicht in den künstlerischen Therapien, es kann also nicht egal sein, welche Berufsgruppe welche Therapie erbringt.
6	<p>§6 Abs 6 (GKV-SV)</p> <p>Der G-BA legt bis zum 31. Dezember 2021 die Qualifikation und die fachlichen Anforderungen an das Personal fest. Für die zukünftige Festlegung ist die tatsächliche diesbezügliche Personalausstattung zu erheben</p>	Eine Festlegung von Qualifikation und fachlichen Anforderungen unterstützen wir unter qualitativen Gesichtspunkten ausdrücklich.
7	<p>§6 Abs 8 (DKG)</p> <p>(Urlaub, Arbeitsunfähigkeit, Kur- und Heilverfahren, Externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Tätigkeiten als Personalrat/Betriebsrat/Angehöriger der Mitarbeitervertretung/ Sicherheitsbeauftragter/ Beauftragter für Arbeitssicherheit/ Suchthelfer für eigene Mitarbeiter/ Vertrauensmann für Schwerbehinderte/ Vertreter der ausländischen Beschäftigten, Wochenfeiertage, Schutzfristen, Wehrübungen und weitere relevante Ausfallzeiten) sind bei der Vereinbarung von Personalstellen zwischen den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu berücksichtigen. Die gemäß Absatz 1 bis 6 ermittelten Personalstellen sind bei der Vereinbarung auf Ortsebene um die den Ausfallzeiten entsprechende Anzahl an Personalstellen zu erhöhen</p>	Im Sinne der Klarstellung unterstützen wir eine entsprechende Formulierung.
8	<p>§7 Abs 2 (DKG)</p> <p>Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräfte aus den Berufsgruppen nach § 5 begrenzt auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen b, d, e, f und g. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern. <u>Voraussetzung für eine Anrechnung ist eine gleichwertige Ausbildung.</u></p>	<p>Abs 2</p> <p>Eine grundsätzliche Anrechnung von Berufsgruppen auf andere Berufsgruppen kann nur in engen Grenzen erfolgen, da die Überschneidungsbereiche inhaltlich sehr begrenzt sind. Sie ist für die Ergotherapie nur innerhalb der Fachtherapien (Ergotherapie (d), Bewegungstherapie/Physiotherapie (e), Künstlerische Therapien (f)) denkbar.</p>

9	<p>§7 Abs 3 (DKG) Gemäß § 6 Absatz 6 können für den Nachweis der tatsächlichen Personalausstattung Fachkräfte anderer, in § 5 nicht genannter Berufsgruppen im begrenzten Umfang auf die Berufsgruppen gemäß § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. <u>Dies gilt nicht für Genesungshelfer.</u> Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern. Eine Anrechnung anderer, in § 5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe des ärztlichen Dienstes ist ausgeschlossen. <u>Voraussetzung für eine Anrechnung ist eine gleichwertige Ausbildung.</u></p>	<p>Im Sinne der Klarstellung sollten diese Ergänzungen erfolgen.</p>
10	<p>§8 (DKG) {DKG: In Abgrenzung zu den anderen in Anlage 2 aufgeführten Behandlungsbereichen, werden für die Behandlungsbereiche der stationsäquivalenten Behandlung keine Minutenwerte quantifiziert.}</p>	<p>Aus unserer Sicht sollte eine Richtlinie auch eine Maßgabe bzgl. der StäB beinhalten.</p>
11	<p>§8 / §10 (PatV etc) (1) ... (2) ... <u>(3) Für den Bereich der Fachtherapien (Ergotherapeuten (d), Künstlerische Therapeuten (e), Bewegungstherapeuten/Physiotherapeuten (f), Sprachheiltherapeuten/Logopäden (h)) sowie ggf. in Kombination mit Sozialarbeitern/Sozialpädagogen (g), gibt es eine (eigenständige) Leitung.</u></p>	<p>Eine eigenständige Leitung der Fachtherapien ggf. in Kombination mit Sozialarbeitern/Sozialpädagogen ist eine notwendige Maßnahme im Rahmen des Qualitätsmanagements. Sie sorgt für die Sicherstellung und Koordination von Prozessen der Patientenversorgung und der Einrichtung.</p>
12	<p>§10 (GKV-SV) Abs 2 Sofern die mittlere Anzahl der Patienten über die in Absatz 1 definierte Anzahl hinausgeht, sind die Minutenwerte für die über die Empfehlung hinausgehenden Patienten zu erhöhen. Das heißt, für die Berufsgruppen der Ärzte und Krankenpflegepersonen <u>sowie der Fachtherapeuten</u> werden die je Patient und Woche festgelegten Minutenwerte um 20 Prozent erhöht.</p>	<p>Auch für die Ergotherapeuten bedeuten größere Stationen einen Mehraufwand bzw. wirken sich auf die Patienten und damit die Behandlungsanforderungen aus.</p>

13	§11 (GKV-SV) Abs 1 Aus Qualitätsgründen sollen zusätzlich zu den in §6 genannten Berufsgruppen Genesungsbegleiter auf den Stationen eingesetzt werden.	Als <u>zusätzliches</u> Angebot wird der Einsatz von Genesungsbegleiter seitens des DVE unterstützt.
14	§11 (DKG) Abs 1 (GKV-SV etc) Die Erfüllung der Mindestvorgaben (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) ist für die einzelnen Berufsgruppen differenziert nach Fachabteilungen und Stationen im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen.	Wir unterstützen eine differenzierte berufsgruppenspezifische Darstellung als Datengrundlage im Sinne der Versorgungsforschung
15	§13 (DKG) Abs 1 (1) Der G-BA ist verpflichtet, die Erreichung der Ziele nach § 1 zu überprüfen, <u>[GKV-SV/PatV: die tatsächliche Personalausstattung,]</u> den Umsetzungsgrad der Richtlinie sowie ggf. vorliegende Umsetzungshindernisse zu bewerten und ggf. eine Anpassung der Richtlinie vorzunehmen. Grundlage für diese Bewertungen stellen die Nachweise	Diese Ergänzung im Sinne der Klarstellung unterstützen wir.
	Anlage 1	
16	<u>Explizite Nennung der Ergotherapie in Spalte 4 bei allen Behandlungsbereichen</u>	Allgemein: aus Anlage 2 ist aufgrund der vorgesehenen Minutenwerte zu entnehmen, dass in allen Behandlungsbereichen Ergotherapie vorgesehen ist. Behandlungsbereiche: <ul style="list-style-type: none"> - A1 Regelbehandlung: ET ist bereits genannt, → kein Handlungsbedarf - A2 Intensivbehandlung: auch im Rahmen von Kriseninterventionen/ Intensivversorgung leistet Ergotherapie(im Einzelsetting bzw. Kleinstgruppensetting) einen Beitrag zur Stabilisierung und Entaktualisierung (s. Spalte 5) → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - A4 Schwer-/Mehrfacherkrankte: gerade bei diesem Klientel ist Ergotherapie für die individuelle Förderung und Stabilisierung von Alltagskompetenzen und Selbstversorgung von größter Relevanz, diese kann im Einzel und/oder Kleingruppensetting erfolgen; zudem ist aus den Erläuterungen

		<p>in Spalte 5 zu entnehmen, dass eine Teilnahme an „therapeutische Aktivitäten“ vorgesehen ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - A6 Tagesklinik: ET ist bereits genannt → kein Handlungsbedarf - S1 Regelbehandlung: Ergotherapie ist ein zentrales und etabliertes Element in der Suchtbehandlung (s. z.B. Leitlinien, Heilmittelrichtlinie) → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - S2 Intensivbehandlung: auch im Rahmen von Entzugsbehandlung/Intensivversorgung leistet Ergotherapie(im Einzelsetting bzw. Kleinstgruppensetting) einen Beitrag zur Stabilisierung und Entaktualisierung → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - S4 Schwer-/Mehrfacherkrankte: gerade bei diesem Klientel ist Ergotherapie für die individuelle Förderung und Stabilisierung von Alltagskompetenzen und Selbstversorgung unter Berücksichtigung von Komorbiditäten oder andauernden Schädigungen von größter Relevanz, diese kann im Einzel und/oder Kleingruppensetting erfolgen → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - S6 Tagesklinik: ET ist bereits genannt → kein Handlungsbedarf - G1 Regelbehandlung: Ergotherapie ist ein zentrales Element in der Behandlung gerontopsychiatrischer Patienten und muss entsprechend benannt werden. Ergotherapie kann in besonderem Maße auf die Kombination von psychischen und somatischen Problemen und hier konkret Alltags- und Handlungskompetenz stabilisieren, fördern und anpassen. Dies erfolgt im Einzel- oder Kleingruppensetting. → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - G2 Intensivbehandlung: auch im Rahmen von Intensivversorgung leistet Ergotherapie (im Einzelsetting bzw. Kleinstgruppensetting) einen Beitrag zur Stabilisierung
--	--	---

		<p>und zum Ausbau der Therapiefähigkeit. → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - G4 Schwer-/Mehrfacherkrankte: gerade bei diesem Klientel ist Ergotherapie für die individuelle Förderung und Stabilisierung von Alltagskompetenzen und Selbstversorgung unter Berücksichtigung von Komorbiditäten oder andauernden Schädigungen von größter Relevanz, diese kann im Einzel und/oder Kleingruppensetting erfolgen → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - S6 Tagesklinik: Es sind zwar Maßnahmen und Inhalte von Ergotherapie genannt, aber nicht die Ergotherapie selbst → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - KJ1 Regelbehandlung Kinder: Die explizite Nennung der Ergotherapie fehlt, obwohl sie zentrales Element der kinderpsychiatrischen Therapie etabliert ist, Heilpädagogik wird auch erwähnt, von daher muss auch die Ergotherapie benannt werden. → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - KJ2 Regelbehandlung Jugendliche: Hier findet sich der Begriff der „Beschäftigungstherapie“. Dieser ist nicht mehr zeitgemäß und bereits seit 1999 auch rechtlich durch „Ergotherapie“ ersetzt worden. - KJ3 Intensivbehandlung: Intensivbehandlung: auch im Rahmen von Kriseninterventionen/Intensivversorgung leistet Ergotherapie(im Einzelsetting bzw. Kleinstgruppensetting) einen Beitrag zur Stabilisierung und Entaktualisierung → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - KJ5 / KJ6 / KJ7: Die explizite Nennung der Ergotherapie fehlt, obwohl sie als zentrales Element der kinder-/jugendpsychiatrischen Therapie etabliert ist, Heilpädagogik wird auch erwähnt, von daher muss auch die Ergotherapie benannt werden. → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4
17	<p><u>Begriff „Soziotherapie“ in Anlage 1</u></p>	<p>Der in Anlage 1 verwendete Begriff „Soziotherapie“ wurde als Überbegriff für Fachtherapien verwendet. Da mittlerweile Soziotherapie eine eigen-</p>

		ständige, ambulante und im SGB V verortete Leistung ist, sollte der Begriff hier ersetzt bzw. gestrichen werden. Möglicherweise wäre der Begriff „psycho-soziale Therapie“, wie er in den Leitlinien Verwendung findet, sinnvoll.
	Anlage 2	
18	Minutenwerttabellen	<p>In logischer Konsequenz der Differenzierung zwischen Ergotherapie und Künstlerischen Therapie (Nr. 5) und der Begrenzung der Ersetzbarkeit (Nr. 8), sind diese auch in den Minutenwerttabellen getrennt zu führen.</p> <p>Bezüglich der Minutenwerte folgen wir grundsätzlich der Argumentation des PatV. Es kann nicht sein, dass nach 30 Jahren keine Anpassung erfolgt und die Werte der PsychPV nur fortgeschrieben werden. Da es derzeit keine belastbaren Daten für eine zeitgemäße Minutenwertberechnung gibt, sollte eine Orientierung an den „Schussenrieder Tabellen“ erfolgen, die zumindest einige Veränderungen der letzten Jahre berücksichtigt. Hier zeigt sich für die Ergotherapie in den Hauptpositionen eine Steigerung von 13% und in den anderen Positionen zwischen 9 und 48%.</p> <p>Da hier aber die Veränderungen in der Ergotherapie nur begrenzt berücksichtigt wurden und auch durch die Streichung der A3/S3/G3 einen Mehrbedarf in der A1/S1/G1 generiert wird sowie sollte für die Ergotherapie ein Aufschlag von 15% auf die Werte der PsychPV erfolgen.</p> <p>Denn zeitgemäße ergotherapeutische Maßnahmen und Prozesse (wie z.B. der Einsatz spezifischer ergotherapiespezifischer Befunderhebung u.a. mittels Assessmentverfahren und die Evaluation, die vermehrte Einbeziehung der Patienten und Bezugspersonen; die vermehrten einzeltherapeutische Maßnahmen, ...) müssen abgebildet werden. Zudem ist aufgrund der Verweildauerverkürzungen und verbesserten ambulanten Versorgung das Klientel in der stationären Versorgung heute deutlich schwerer krank als zu Zeiten der Etablierung der PsychPV.</p>

19	<p>Anlage 4</p> <p>Abschnitt Erwachsenenpsychiatrie e) Ergotherapeuten Anpassung s.u. S.11 in diesem Dokument</p> <p>Abschnitt KJP e) Ergotherapeuten Anpassung s.u. S.12 in diesem Dokument</p> <p>Abschnitt Psychosomatik d) Ergotherapeuten Anpassung analog der Systematik aus dem Erwachsenenbereich s.u. S.13 in diesem Dokument</p>	<p>Allgemein: Eine Tätigkeitsbeschreibung lässt keine gemein- same Darstellung der Ergotherapie und der künst- lerischen Therapien zu, sie muss berufsspezifisch erfolgen (Hintergrund s.o. Nr. 5). Eine Darstellung von Musik-, Kunst- oder Kreativtherapie muss separat erfolgen. Von daher hier jeweils die An- passung auf die (zeitgemäße) Ergotherapie. Auch ist die Bezeichnung „Beschäftigungstherapie“ be- reits seit 1999 überholt und muss ersetzt werden.</p> <p>s.a.:</p> <p>Klier, R.; Görmar, Y. (2016): Leistungsbeschreibung erstmals ICF-basiert und teilhabeorientiert - Neu- fassung der Rahmenempfehlung Ergotherapie; Ergotherapie & Rehabilitation 07/2016</p> <p>Klier, R., George, S. (2008): Ergotherapie in der ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen - Eine Lei- stungsbeschreibung orientiert an der ICF; DVE, Karlsbad 2008</p> <p>https://dve.info/resources/pdf/service/marketing-service/volle-kraft-im-leben/2445-pdf-gruppe-04-psychiatrie-1/file</p>
----	--	---

Tätigkeitsbeschreibungen → Anlage 4:

Hinweis: gelb hinterlegt sind die Elemente, die aus der Anlage 4 übernommen wurden

I Erwachsenenpsychiatrie

e) Regelaufgaben der Ergotherapeuten ~~{GKV-SV-, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten}~~

1. Grundversorgung

- ergotherapiespezifische Anamnese und Befunderhebung in Ergänzung zur allgemeinen Anamnese/Diagnostik: Erfassung und Analyse **krankheitsbedingter Defizite** und Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf Aktivitäten im Alltag und auf die Teilhabe in den Bereichen Selbstversorgung, Arbeit/Beruf und Freizeitaktivitäten mit Schwerpunkt **im sozioemotionalen Bereich**
- interprofessionell abgestimmte Therapieplanung
- **Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung** und Entlassmanagement
- **Dokumentation** und Evaluation

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- **Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung**
- Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten
- Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Skillstraining, ausdruckszentrierte Verfahren, arbeitsbezogene Maßnahmen, ...

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
- Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten
- Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Soziales Kompetenztraining, Skillstraining, Projektarbeit, ausdruckszentrierte Verfahren, präventive Verfahren
- **Arbeitstherapie und Belastungserprobung**
- Aktivitäten im Rahmen von Freizeitgestaltung
- **Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen** (interaktionelle Aktivitäten)

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision
- **Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben**, Leitungstätigkeiten, Anleitung von Lernenden in der Ergotherapie
- **Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie**

II Kinder-/Jugendpsychiatrie

e) Regelaufgaben der ~~Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten~~ Ergotherapeuten) [~~GKV-SV-, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten~~]

1. Grundversorgung

- ergotherapiespezifische Anamnese und Befunderhebung in Ergänzung zur allgemeinen Anamnese/Diagnostik: Erfassung und Analyse **krankheitsbedingter Defizite** und Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf Aktivitäten im Alltag und auf die Teilhabe in den Bereichen Selbstversorgung, Schule/Beruf und Freizeitaktivitäten mit Schwerpunkt **im sozioemotionalen Bereich**
- interprofessionell abgestimmte Therapieplanung
- Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung und Entlassmanagement
- **Dokumentation** und Evaluation

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- **Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training, neurophysiologisch orientierte Behandlung**
- Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten unter spezieller Berücksichtigung **emotionaler Probleme**
- Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Skillstraining, ausdruckszentrierte Verfahren, Entwicklungsförderung, Eltern-Kind-Angebote, ...

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
- Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten unter spezieller Berücksichtigung **emotionaler Probleme**
- Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Soziales Kompetenztraining, Skillstraining, Projektarbeit, ausdruckszentrierte Verfahren, erlebnispädagogische Maßnahmen
- Schulspezifisches Kompetenztraining / **Arbeitstherapie, Fertigungs- und Belastungserprobung**
- Aktivitäten im Rahmen von Freizeitgestaltung
- **Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen** (interaktionelle Aktivitäten)

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

- Vor- und Nachbereitung
- Teilnahme an den **Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team**
- Netzwerkgespräche mit Patient, Angehörigen, Sorgeberechtigten, Betreuern, Vormund
- Teilnahme an **Fortbildungsveranstaltungen, Supervision**
- **Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben**, Leitungstätigkeiten, Anleitung von Lernenden in der Ergotherapie
- **Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie**

III Psychosomatik

d) Regelaufgaben der Spezialtherapeuten Ergotherapeuten

1. Grundversorgung

- ergotherapiespezifische Anamnese und Befunderhebung in Ergänzung zur allgemeinen Anamnese/Diagnostik: Erfassung und Analyse **krankheitsbedingter Defizite** und Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf Aktivitäten im Alltag und auf die Teilhabe in den Bereichen Selbstversorgung, Arbeit/Beruf und Freizeitaktivitäten mit Schwerpunkt **im sozioemotionalen Bereich**
- interprofessionell abgestimmte Therapieplanung und Evaluation
- Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung und Entlassmanagement
- Dokumentation und Evaluation

2. Einzelfallbezogene Behandlung

- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
- Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten
- Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie Skillstraining, ausdruckszentrierte Verfahren, arbeitsbezogene Maßnahmen, ...

3. Gruppenbezogene Behandlung

- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung
- Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten
- Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie Soziales Kompetenztraining, Skillstraining, Projektarbeit, ausdruckszentrierte Verfahren, präventive Verfahren
- Arbeitstherapie und Belastungserprobung
- Aktivitäten im Rahmen von Freizeitgestaltung
- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten

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



DGVM, Prof. Dr. [redacted] Universität Mainz, FB 02, Psychologisches Institut,
Abteilung Gesundheitspsychologie, Binger Str. 14-16, D – 55122 Mainz

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

- via e-mail -

Vorstand:

[redacted] Universität Mainz
FB 02, Psychologisches Institut
Abteilung Gesundheitspsychologie
Binger Str. 14 - 16
D - 55122 Mainz
Tel+49 [redacted]

Mainz, 13.06.2019

Nachrichtlich: &
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM),
Jägerstr. 51, 10117 Berlin - via e-mail -

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V. (DGVM) zum Beschlussentwurf über eine Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (Stand 08.05.2019)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu dem vorgelegten Beschlussentwurf nehmen wir wie folgt Stellung:

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation unterstützt die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) zum Beschlussentwurf über eine Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie und schließt sich dieser vollinhaltlich an.

[redacted signature block]

[redacted]
(1. Vorsitzender der DGVM)

[redacted signature block]

[redacted]
(Beisitzerin)

– 1. Vorsitzender –

[redacted]
FB 02 Psych. Institut
Binger Str. 14-16
D-55122 Mainz

– 2. Vorsitzender –

[redacted]
Arztlicher Leiter
Therapiezentrum Justuspark
Linzer Str. 7
A-4540 Bad Hall

– Beisitzerin –

[redacted]
Medizinische Hochschule
Hannover, Psychosomatik
Carl-Neuberg-Str. 1
D-30625 Hannover

– Schriftführerin –

[redacted]
Fakultät für Psychologie
Universität Wien
Renngasse 6 - 8
A-1010 Wien

– Schatzmeisterin –

[redacted]
Universität Würzburg
Institut für Psychologie
Marcusstr. 9 - 11
D-97070 Würzburg

BApK e.V. Oppelner Str. 130 53119 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

BApK e.V.

Geschäftsstelle

Fon: 0228-
Fax: 0228-
Mail: bapk@psychiatrie.de
Internet : www.bapk.de

13.06.2019

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Personalausstattungs-Richtlinie Psychiatrie und Psychosomatik vom 08.05.2019

Allgemeines:

Der BApK begrüßt die Anerkennung des PsychVVG als Grundlage für eine auskömmliche Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik.

Jedoch ist auch deutlich, dass die derzeitige Personalausstattung nicht ausreichend ist. Der BApK bedauert, dass die Ergebnisse der sogenannten „PPP-Studie“ nicht verfügbar sein sollen und bittet den G-BA, schnellstens dafür zu sorgen, dass diese Ergebnisse der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Wiederholt hat der BApK gefordert, dass eine rasche und lückenlose Bestandsaufnahme der Situation in psychiatrischen Kliniken erfolgen muss. Immer wieder auftauchende erschütternde Beispiele wie die Wallraff-Sendung vom 18.03.2019 sprechen dafür, dass immer noch Missstände herrschen, für die eine zu geringe Personalausstattung aus unserer Sicht wesentlich mitverantwortlich ist.

Wir begrüßen ausdrücklich eine externe Kontrolle der Personalausstattung. Personalstellen für psychisch kranke Menschen dürfen nicht zur Quersubventionierung oder zur Profitmaximierung „abgezweigt“ werden.

Die nahezu 30 Jahre alten Psych-PV-Werte zur Minimalausstattung zu erklären und davon auszugehen, dass eine – auch erst in mehreren Jahren zu erreichende – Erfüllung dieser Vorgabe für die Versorgung ausreichen könnte, ist in hohem Masse irreführend. Über eine zusätzliche Regelung, die wir dem Entwurf über die zu allgemeinen Formulierungen des § 2 hinaus nicht entnehmen können, ist sicherzustellen, dass die Regelausstattung der psychiatrischen Stationen mit Personal deutlich höher sichergestellt werden muss als die hier vorgelegten Mindestvorgaben. Dazu gehört auch ein verbindlich festzulegender Aufschlag für die diversen Ausfallzeiten über krankheitsbedingte Ausfallzeiten hinaus.

Des Weiteren erwarten wir vom G-BA in einem weiteren Prozess die Entwicklung eines neuen Personalbemessungsinstruments, das seinen Namen verdient.

Im Besonderen:

Aus Sicht der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen ist unbedingt sicherzustellen, dass

- die Besetzung mit ärztlichem, pflegerischem und therapeutischem Personal ausreichend ist, um den Angehörigen auch abends und an Wochenenden hinreichende Auskünfte geben und sie beraten zu können. Die jetzt von uns angetroffene Situation in Kliniken ist diesbezüglich äußerst unbefriedigend. Schon lange ist nachgewiesen (Hoffmann und Rieger 2010), dass bei Personalknappheit auf einer psychiatrischen Akutstation vor allem die Angehörigengespräche unterbleiben.




- Angebote für Angehörige regelhaft gemacht werden können, die zur Stabilisierung der Patienten und zur Reduzierung von Wiederaufnahmen beitragen, wie z. B. psychoedukative Angebote.
- die menschenwürdige Begleitung von Fixierungen entsprechend des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 24.07.2018 sicher gewährleistet ist und vorherige, personalintensive Deeskalationsmaßnahmen vollständig ausgeschöpft und dokumentiert werden.
 - daher schließen wir uns der Forderung der Patientenvertreter, des Deutschen Pflgerates und der Bundespsychotherapeutenkammer an, dass eine deutliche Erhöhung der Minutenwerte bei den Ärzten, den Pflegefachpersonen und den Psychologen erfolgen muss. Der vorgelegte Entwurf lässt diesbezüglich nicht erkennen, dass sich der G-BA bereits auf Nachbesserungen geeinigt hätte.
- durch handlungsorientierte Therapieverfahren die Aktivierung und Wiedererreichung der Alltagsfähigkeit der psychisch erkrankten Menschen auf den Stationen und die Unterstützung des Übergangs nach Hause besser stattfinden kann. Es kann nicht länger angehen, all diese Aufgaben überwiegend ihren Angehörigen zu überlassen, ebenso wenig, dass an den Wochenenden solche Behandlungsverfahren unterbleiben müssen und ein Übungsverlust eintritt.
 - daher unterstützen wir die Forderung der Patientenvertreter nach Aufstockung des fachtherapeutischen Personals (Ergotherapie, Bewegungstherapie, Sozialdienst) entsprechend der Werte der „Schussenrieder Tabelle“.
- die notfallmäßige Versorgung unserer erkrankten Familienmitglieder jederzeit sichergestellt ist, ohne dass überkommene personalsparende Konzepte wie geschlossene Stationen für den Nachweis einer Pflichtversorgung erhalten müssen und ohne dass sich die Aufnahme-Abläufe für die erkrankten Menschen langwierig oder gar traumatisch gestalten.
 - daher fordern wir eine moderne Definition von Pflichtversorgung, mit Aufschlägen auf die Personalausstattung, orientiert an der Anzahl von Aufnahmen außerhalb der regulären Dienstzeit, die eine ausreichende Personalreserve für die Notfallversorgung garantieren.
- eine Nachtwachenbesetzung nicht nur minimal definiert wird, sondern so, dass psychisch kranke Menschen nachts nicht sich selbst überlassen sind und jederzeit, d.h. 24 Stunden rund um die Uhr, einen Ansprechpartner finden; es darf nicht geschehen dass z. B. alte Menschen nachts in hilflosen Positionen verharren und viel zu lange auf Hilfe warten müssen.
 - daher schließt sich der BApK der Forderung der Patientenvertreter und des Deutschen Pflgerates an, für die Nachtwachenbesetzung eine Untergrenze von 1,6 anwesenden Kräften für den Bereich G zu definieren und einen Aufschlag für größere Stationen zu bestimmen, und für die anderen Bereiche eine Untergrenze von 1,4 anwesenden Kräften zu definieren. Allerdings geben wir zu bedenken, dass im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Akutversorgung diese Zahl u.E. zu gering ist, um die nächtliche Aufsicht und Verfügbarkeit sicherzustellen. Hier muss ggfs. eine zusätzliche, flexible Personalreserve verfügbar gemacht werden. Auch ist für alle Patienten bis 22.00 h eine ausreichende personelle Mitarbeiterbesetzung sicherzustellen.
- die Stationsgrößen verträglich groß definiert werden, um den Patienten eine bessere Orientierung zu geben und Aggressionen untereinander, die nachweislich aufgrund der Gruppengröße zunehmen, zu verhindern und damit neue Traumatisierungen zu vermeiden
 - daher schließen wir uns dem Vorschlag der DKG an, die Minuten-Sockelwerte zu erhalten und nicht, diese (Vorschlag des GKV-SV) auf die Minutenwerte des Pflegepersonals umzurechnen. Letzteres würde einen Fehlanreiz für das Definieren von zu großen Stationseinheiten darstellen. Des

Weiteren sehen wir kritisch, ob eine Definition der anzustrebenden Stationsgrößen wie vom Deutschen Pflegerat in § 2 (9) und vom GKV-SV und den Patientenvertretern in § 10/12 (1) vorgeschlagen, praktikabel ist; beim letzteren Vorschlag zusätzlich, dass aus der in (2) angekündigten Personalerhöhung bei Überschreitung der Platzzahl nicht ein Fehlanreiz erwächst.

- die Beziehungskontinuität des Behandlungsteams für die Patienten gewährleistet sein muss, was bedeutet, dass wir einen Zustand großer „Springerpools“ für die Nachsteuerung der Mindest-Personalausstattung unerträglich fänden. Wir befürchten aber, dass eine solche Regelung als Antwort der Kliniken auf die Vorgabe monatlicher bzw., folgt man den vorgeschlagenen Regelungen in § 17, sogar tageweiser Erhebungen der Personalausstattung in einer schwankenden Belegung mit Patienten resultieren würde.
- unnötiger Bürokratieaufwand vermieden wird, der der Zeit für unsere psychisch kranken Familienmitglieder abgeht. Dieser würde entstehen, wenn die Stationen verpflichtet würden, zusätzlich zu dem bereits gestiegenen Aufwand durch die OPS/PEPP-Nachweise fortlaufend entsprechend der Durchschnittsbelegung die Personalbesetzung je Station nachzuhalten.
 - daher schließen wir uns dem Vorschlag an, die Personalausstattung je Station monatlich oder alternativ auch nur quartalsweise zu melden, um eine tagesbezogene bedarfsorientierte Flexibilität zu ermöglichen.

Wir begrüßen ausdrücklich die Mitteilungsverpflichtung.

- eine aufsuchende, stationsäquivalente Behandlung unter Einbeziehung der Angehörigen auch für den Bereich S9 und G9 möglich werden muss. Insbesondere viele gerontopsychiatrische Patienten können davon sehr profitieren, wenn die Angehörigen oder das versorgende Umfeld das mittragen.


(Vorsitzende)
für den Vorstand

Der BApK wurde 1985 als gemeinnütziger Verband mit Sitz in Bonn gegründet. Sein Ziel ist die Anerkennung und der Schutz der Rechte und Interessen von Familien mit einem an einer schweren psychischen Störung erkrankten Mitglied. Als Dachorganisation der Landesverbände von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in den Bundesländern unterstützt der BApK die Familien-Selbsthilfe und tritt für Gleichberechtigung und Teilhabe sowohl der psychisch erkrankten Menschen als auch ihrer Familien ein.



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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Berlin, 14.06.2019

Stellungnahme

**der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie (DGPM) zum Beschlussentwurf über eine
Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-
Richtlinie (Stand 08.05.2019)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) dankt für die Gelegenheit, zum Beschlussentwurf über eine Erstfassung Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (Stand 08.05.2019) Stellung nehmen zu können. Diese Stellungnahme ist abgestimmt mit der Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD). Auf folgende Punkte wird eingegangen:

Zu den Tragenden Gründen, 2. Eckpunkte der Entscheidung

Die DGPM unterstützt die Zielsetzung des § 136a Absatz 2 SGB V zur Festlegung geeigneter Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, insbesondere auch den Anspruch, die Mindestvorgaben der Personalausstattung möglichst anhand wissenschaftlicher Evidenz und zur Unterstützung einer leitliniengerechten Behandlung zu gestalten. Der Hinweis der DKG auf die Bedeutung der Mindestvorgaben für eine leitliniengerechte Behandlung (§ 1 Abs. 1) ist dabei wesentlich.

Bundenvorstand

Vorsitzender

Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen
Tel.: 0641 985 [redacted], Sekretariat: [redacted]
Fax: 0641 985 [redacted]

Stellvertretende Vorsitzende

Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Klinikum Lüdenscheid Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid
Tel.: 02351 [redacted], Fax: 02351 [redacted]

Klinikdirektorin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Tel.: 0351 [redacted], Fax: 0351 [redacted]

Beisitzer

Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstraße 100, 86949 Windach
Tel.: 08193 [redacted], Fax: 08193 [redacted]

Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Grunewaldstr. 58, 10825 Berlin
Tel.: 030 [redacted], Fax: 030 [redacted]

Universitätsklinikum Heidelberg
Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik
Im Neuenheimer Feld 410, 69120 Heidelberg
Tel.: (06221) [redacted], Mail: [redacted]

Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm
Tel.: 0731 [redacted], Fax: 0731 [redacted]

Praxis für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Rheinstr. 37, 42697 Solingen
Tel.: 0212 [redacted], Fax: 0212 [redacted]

Reha-Zentrum Seehof der
Deutschen Rentenversicherung Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow
Tel.: 03328 [redacted]

Sprecher der Leitenden Hochschullehrer für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Dekan der Fakultät für Medizin der TU München
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstr. 3, 81675 München
Tel.: 089 [redacted]

Geschäftsführerin

Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht,
Justiziarin
Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 [redacted], Fax: 030 [redacted]

Geschäftsstelle

Jägerstr. 51, 10117 Berlin
Tel.: 030 [redacted], Fax: 030 [redacted]
info@dgpm.de

www.dgpm.de

Bankverbindung

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN DE22 1002 0500 0001 2789 00
BIC BFSWDE33BER

Steuernummer
27/620/57425

Entscheidend ist das in den Eckpunkten formulierte Ziel dieser Richtlinie (S. 2, Tragende Gründe) „*Mindestanforderungen der Strukturqualität zur Personalausstattung, nicht aber Personalanzahlzahlen zum Zwecke der Budgetfindung auf Ortsebene zu entwickeln*“. Solange entsprechende Personalanzahlzahlen noch nicht vorliegen, entfalten die hier zu erlassenden Mindestvorgabe in den Budgetverhandlungen vor Ort jedoch Wirkung (Budgetwirksamkeit). Zwangsläufig stellt sich im Kontext der Budgetverhandlung die Frage, was unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit über die Mindestvorgaben hinaus überhaupt noch finanziert werden kann, wenn keine Personalanzahlzahlen mehr verfügbar sind. Genau dies ist der Fall, wenn die PsychPV zum Jahresende ihre Gültigkeit verliert und diese Richtlinie in Kraft tritt. Die Budgetwirksamkeit dieser Richtlinie muss deswegen durch entsprechende Formulierungen ausdrücklich ausgeschlossen werden und sie muss auch durch ihre wirkweise (z.B. keine Sanktionsmöglichkeiten der Krankenkassen, solange keine Personalanzahlzahlen vorliegen) ausgeschlossen werden. Es ist Expertenkonsens, dass die PsychPV als überholt gilt. Sie darf keinesfalls mehr normative Kraft über eine etwaige Budgetwirksamkeit entfalten. Dies gilt in besonderem Maße für die Psychosomatik, die bisher nicht in der Psych-PV abgebildet war und deren Behandlungsstrukturen, wenn überhaupt, entsprechend den besonderen Behandlungszielen und -mitteln in einem eigenen PsychPV-Behandlungsbereich („P“) abgebildet werden müssten. In der Ausgestaltung dieser Richtlinie muss aus Sicht der DGPM diesem Aspekt besondere Beachtung geschenkt werden.

Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereiche:

Abs. 3: Die Festlegung von Personalmindestvorgaben im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie stellt in Ermangelung bisher verbindlicher Grundlagen, im Gegensatz zur Psychiatrie eine große Herausforderung dar. In den zurückliegenden 5 Jahren sollten Richtlinien zur Personalausstattung entwickelt werden auf Grundlage der bestehenden PsychPV, der S3-Leitlinien, einer empirische Studie zur Erfassung des IST-Zustandes der Personalausstattung (PPP-Studie, Wittchen et al.) und von Expertengesprächen zum Personalbedarf zur leitliniengerechten Behandlung bestimmter Patientengruppen (diagnose- und settingbezogen). Leider haben sich 3 dieser 4 als „Grundlagen“ erhoffte Zugänge zu einer empirischen Bestimmung der Personalbemessung entweder als nicht brauchbar erwiesen oder die Freigabe der Daten steht noch aus, sodass derzeit nur die PsychPV als Bezugsgröße für eine zumindest vorübergehende Regelung der Personalbemessung für das Fachgebiet Psychiatrie übrig zu bleiben scheint. Alle Experten sind sich dabei aber einig, dass die 30 Jahre alte PsychPV einer Anpassung an die inzwischen gültigen Behandlungsstandards in der Psychiatrie bedarf. Die Psychosomatik war bisher kein Teil der PsychPV. Vor diesem Hintergrund sollte aus fachlicher Sicht eine Berücksichtigung der Psychosomatik in dieser Richtlinie erst in Stufe 2 (siehe § 13 (DKG) Abs. 3) erfolgen, wie es die BPtK in den tragenden Gründen (S.5) ebenfalls fordert. Ziel einer solchen Stufe 2 sollte eine Personalbemessungsmethodik sein, die zu abgestuften Personalvorgaben, orientiert am jeweiligen Leistungsgeschehen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken führt. Im Mindesten bedarf es bei der Adaption der PsychPV-„Logik“ auf die Psychosomatik jedoch deutlicher Modifikationen. Darüber hinaus kann das jetzt zunächst festzulegende Modell nur vorübergehender Natur sein, da es die im PsychVVG bzw. die in der Zielsetzung des § 136a Abs. 2 SGB V vorgesehenen Vorgaben nicht vollständig und differenziert genug aufgreift.

Die PsychPV war bisher ein Budgetfindungsinstrument und hatte deshalb starke normative Wirkung in der Gestaltung der Strukturen der Versorgung. Die PsychPV entfällt ab dem 01.01.2020. In Budgetverhandlungen stellt sich deshalb künftig zwingend die Frage, was vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots über die Mindestvorgaben hinaus finanziert werden kann und darf, wenn keine Personalanzahlzahlen mehr vorliegen. Die PPP-RL wird über

die Budgetverhandlungen vor Ort deshalb sofort normative Wirkung entfalten, wenn dies nicht expressis verbis und mittels der Wirkweise (keine Sanktionsmöglichkeiten der Krankenkassen ohne verbindliche Personalanhaltszahlen) in der Richtlinie ausgeschlossen und eine künftige Veröffentlichung von Personalanhaltszahlen in Aussicht gestellt wird. Daher stimmt die DGPM den Ausführungen von DKG/DPR/BPtK/LV zu.

Zu § 2 Grundsätze:

Abs. 1 und 2: Die Mindestvorgaben müssen, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, nicht nur qualitativ anspruchsvoll, sondern auch praktikabel sein. Daher ist zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ein „Korridor“ zu bilden, der es erlaubt, unter Berücksichtigung struktureller und organisatorischer Gegebenheiten sowohl eine höhere Personalausstattung vorzusehen, als auch kurzfristig eine Unterschreitung zuzulassen. Ohne leitliniengerechte und evidenzbasierte Mindestvorgaben und ohne begleitende Personalanhaltszahlen ist die in diesen Absätzen erstmals vom GKV-SV vorgeschlagene verbindliche und starre Wirkungsweise der Mindestpersonalvorgaben (siehe auch tragenden Gründen S.8. u. 9), strikt abzulehnen. Die von der DKG vorgeschlagene Unterscheidung zu Personaluntergrenzen und Personalbemessungsstandards (= Personalanhaltszahlen) in den Tragenden Gründen (ebenda) ist als praktikable Definition zu berücksichtigen. Der Gesetzgeber intendiert die Einführung eines Instruments zur Verbesserung der Patientenversorgung und nicht die Festschreibung 30 Jahre alter und überholter Standards mit der Konsequenz von Sanktionen bei Nichteinhaltung.

Abs. 3: Die PsychPV enthielt bisher keine Vorgaben für den Nachtdienst. Da die Vorgaben dieser Richtlinie nur vorübergehend Gültigkeit haben werden und die PsychPV ersetzt werden soll, lohnt keine Entwicklung einer Bewertung der Nachtdienste in Ergänzung zur PsychPV. Darüber hinaus unterscheidet sich gerade im Fachgebiet Psychosomatik-Psychotherapie der Bedarf je nach Größe der Einrichtung erheblich. Die in dieser Richtlinie enthaltenen Regelungen sind für die Psychosomatik deshalb nicht praktikabel. Sie sollten daher keine Wirkung für die Psychosomatik entfalten.

Abs. 5 und 7: Die Mindestvorgaben sind jahresdurchschnittlich auf Einrichtungsebene, differenziert nach den Fachabteilungsschlüsseln (Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik) einzuhalten. Eine kalendermonatliche Erfassung auf einzelnen Stationen wird der Versorgungsrealität aus drei Gründen nicht gerecht:

1.: In den tragenden Gründen (S. 11 und 12) wird der Patientenschutz zur Begründung der Notwendigkeit von kalendermonatlichen und stationsbezogenen Mindestvorgaben angeführt. Als einzige konkrete Beispiele werden „Gruppen von Patienten, die erstens gemäß § 1906 BGB wegen Eigen – oder Fremdgefährdung untergebracht sind...“ oder „[Gruppen von Patienten, die]...nach § 1896 BGB unter Betreuung stehen oder... noch nicht volljährig sind.“ genannt. Solche Patientengruppen werden in der Psychosomatik nicht behandelt. Die Teilnahme an intensiver psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung ist aus anderen medizinischen Gründen indiziert.

2.: Darüber hinaus wird die Notwendigkeit von kalendermonatlichen und stationsbezogenen Mindestvorgaben mit der Behauptung angeblich großer Schwankungen zwischen der Besetzung der Stationen in größeren Einheiten, auch wenn die Gesamtbesetzung über eine Einrichtung die Mindestvorgaben erfüllt, begründet. Gerade in solchen Einrichtungen würden die Stationen mit vulnerablen Patienten vernachlässigt. Ganz abgesehen davon, dass die Behauptung dieses angeblich weit verbreiteten Missstands in der Psychiatrie erst noch belegt werden muss, ist die Psychosomatik fast ausschließlich in kleinen Einheiten organisiert, so dass die beschriebenen Schwankungen bei psychosomatischen Abteilungen nicht auftreten können.

3.: Kurzfristige Personalschwankungen haben zudem in der Psychosomatik nicht annähernd so große Auswirkungen, wie beispielsweise auf einer somatischen Intensivstation. Aus diesem Grund ist die Übertragung von ähnlich kleinteiligen Qualitätsindikatoren, wie sie jüngst in der Somatik eingeführt wurden – und die dem Vernehmen nach auch zu großen Umsetzungsproblemen führen – für die Psychiatrie und Psychosomatik abzulehnen.

Auf der o.g. monatsgenauen und stationsfeinen Logik setzen die unter § 14 (GKV-SV)/§ 16 (PatV) festgelegten „Nachweisverfahren“ und in § 17 (GKV-SV)/§ 19 (PatV) definierten „Folgen bei Nichteinhaltung“ auf, die extrem engmaschige Berichtspflichten an die Krankenkassen und gravierende Sanktionen bei Abweichungen von den Mindestvorgaben vorsehen. Zumindest was die Psychosomatik angeht, können diese Regelungen aufgrund der oben dargestellten drei Gründe sicher nicht aus Gründen des Patientenschutzes gerechtfertigt werden. Diese Zusammenhänge müssten dem GKV-SV bekannt sein. Die Vorschläge des GKV-SV erscheinen an dieser Stelle rein wirtschaftlich motiviert.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich weder eine Notwendigkeit von kalendermonatlichen noch von stationsbezogenen Mindestvorgaben für die Psychosomatik begründen lässt. Sollten diese, trotz der fehlenden Begründbarkeit und der weiter unten dargestellten Bedenken zur Praktikabilität und zum Nutzen, doch für die Psychiatrie eingeführt werden, so müssen für den Fachbereich der Psychosomatik daher trotzdem abweichend jährliche Nachweispflichten auf Einrichtungsebene vorgesehen werden.

Darüber hinaus müssen bei den Personal-Mindestvorgaben aufgrund der Funktionsweise der Psych-PV die obligaten durchschnittlichen Abwesenheitszeiten aufgrund von Erholungsurlauben, sonstigen Ausfallzeiten sowie Fort- und Weiterbildung berücksichtigt werden, wie der Vorsitzende des UA QS zutreffend feststellt.

Abs.: 9: Der vom DPR vorgegebene Rahmen für eine Stationsgröße erscheint willkürlich. Generell sollten demnach Stationsgrößen von 22 Pat. nicht überschritten werden. Da die Minutenwerte für jede Berufsgruppe je Patient und Woche vorgegeben sind, können sie auch gut auf Stationen unterschiedlicher Größe bezogen werden. Es gibt keinerlei Evidenz für den in den tragenden Gründen auf S. 8 beschriebenen Anstieg von Konflikten oder von crowding-Phänomenen auf psychosomatischen Stationen. In der Psychosomatik gibt es daher auch keine Notwendigkeit von Eindämmungsmaßnahmen, wie in der Erwachsenenpsychiatrie. Die in den tragenden Gründen auf S. 9 getroffenen Ableitungen aus diesen Phänomenen für die Psychosomatik können deshalb nicht getroffen werden. Empfehlungen für eine Beschränkung von Stationsgrößen auf 18 oder 22 Plätze können aus Qualitätssicherungsgründen für die Psychosomatik nicht gegeben werden.

Zu § 3 Definition der Tag- und Nachtdienste

Bei Psychosomatischen Tageskliniken gelten die Minutenwerte für einen Tagdienst von 8 Stunden.

Zu § 3 (DKG) und § 4 (GKV-SV/PatV) Behandlungsbereiche (unter Berücksichtigung der „Tragenden Gründe“ S. 14 -21):

Abs. 1: Eine Zuordnung der Psychosomatik zum Behandlungsbereich A Allgemeine Psychiatrie ist nicht sachgerecht und inakzeptabel. Die im Behandlungsbereich A5 Psychotherapie angegebenen berufsgruppenbezogenen Minutenwerte bilden den Aufwand der psychosomatisch-

psychotherapeutische Komplexbehandlung gemäß OPS-Prozedur 9-634 und damit die psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung nicht annähernd adäquat ab. Dies ist in den Expertenanhörungen, die der G-BA-Unterausschuss durchgeführt hat, immer wieder betont worden.

Die Psychiatriepersonalverordnung in der aktuell gültigen Fassung hat sich explizit immer auf die „klinisch-psychiatrische Behandlung“ bezogen und war daher zurecht und anerkannt niemals Grundlage einer Personalbemessung in der Psychosomatischen Medizin. Dies wird in der Psych-PV selbst mehrfach begründet:

In den Erläuterungen zu § 1 Psych-PV Abs. 5.4 wird u.a. festgestellt:

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat in seinem Schreiben vom 10.01.1991 V a 6-43541-24 zur Frage der Anwendbarkeit der Psych-PV auf Kliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausgeführt, dass diese „...hinsichtlich ihres Personalbedarfs nicht mit psychotherapeutischen Abteilungen in psychiatrischen Kliniken vergleichbar sind. Eine direkte Anwendung der Minutenwerte A5, S5 und G5 ist nicht möglich. Es ist deshalb bei den Pflegesatzverhandlungen auf das medizinisch erforderliche Leistungsangebot der Einrichtung abzustellen (Psych-PV S. 102f)“.

Im Besonderen kann die Psych-PV nicht Grundlage einer Personalbemessung für eine psychosomatische Tagesklinik sein, da die in einer solchen Tagesklinik behandelten Patienten nicht psychiatrisch sondern gem. den oben genannten Unterscheidungskriterien intensiv psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und akut erkrankt sind.

Die Erläuterung zu § 5 Psych-PV führt hierzu in Abs. 1.8 aus: „Bei den Tageskliniken wurde von sog. verbundenen Tageskliniken und einer 5-Tage-Woche ausgegangen, in der Erwachsenenpsychiatrie von solchen, welche vorwiegend rehabilitativ behandeln.....Die Personalbemessung für andere Formen der Tagesklinik sind gesondert zu verhandeln“ (Psych-PV S. 137f.).

In Erläuterung 1.6 A6 (Tagesklinische Behandlung) zu Anlage 1 Psych-PV heißt es: „Der Personalbemessung sind Patienten zugrundegelegt, deren Behandlungsaufwand daran bemessen ist, dass sie im Anschluß an eine vollstationäre Behandlung in der gleichen Einrichtung teilstationär weiterbehandelt werden.....Es gibt jedoch tagesklinische Behandlungen, zu denen die Kranken primär, d.h. ohne vorangegangene vollstationäre Behandlung aufgenommen werden. Diese Patienten sind akut krank. Die Minutenwerte nach Behandlungsbereich A6 sind dann nicht bedarfsgerecht.“

Die Kategorie A5 stellt vielmehr den gescheiterten Versuch einer Versorgung des Patientenspektrums in der Allgemeinpsychiatrie dar, das heute überwiegend und besser in der Psychosomatik versorgt wird. Aus der Tatsache, dass in der Psychosomatik die Methode Psychotherapie „im Vordergrund steht“, ist noch lange nicht die Einordnung der Psychosomatik in der Kategorie A5 abzuleiten, wie es der GKV-SV behauptet (S. 18 tragende Gründe). Auch unter „Beimischung“ der Kategorie A1 reicht die dadurch sichergestellte Therapiedosis für moderne leitliniengerechte, multimodale psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (OPS Ziff. 9-63ff) in der Psychosomatik bei Weitem nicht aus. Die bereits heute besser abgebildete leitliniengerechte Versorgung in den psychosomatischen Einrichtungen wird zu Recht in den tragenden Gründen von der BpTK auf S. 5 erwähnt. Ein erneuter Versuch der Eingliederung der Psychosomatik in die Kategorie A5 unter „Beimischung“ der Kategorie A1 trägt deshalb nichts zur Verbesserung der Versorgung bei. Im Gegenteil. Sie gefährdet die bereits erreichten Verbesserungen der psychosomatischen Versorgung durch eine viel zu niedrige Festsetzung der Qualitätsindikatoren im Vergleich zu den in der Praxis etablierten Versorgungsstandards. Sie gefährdet die psychosomatische Versorgung darüber hinaus auch über nicht auszuschließende budgetwirksame, normative Wirkungen dieser Richtlinie solange keine Personalvorgaben existieren. Die Forderung nach einer Einordnung der Psychosomatik in die Kategorien A1 und A5 lässt zeitgemäße Versorgungsstandards der Psychosomatik außer Acht.

Da die Personalausstattung für psychosomatische Einrichtungen (außerhalb der Psychiatrie) zu keiner Zeit gemäß der PsychPV kalkuliert werden konnten, wurden in den bisherigen Budgetverhandlungen mehrheitlich die Vorgaben der Fachgesellschaft zur Personalbemessung zu Grunde gelegt und von den Kostenträgern akzeptiert. Diese stützen sich auf die von Heuft et al. (1993) normativ ermittelten berufsgruppendifferenzierenden Minutenwerte, die das Mindest-

maß der Personalausstattung von psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen zur Durchführung einer Komplexbehandlung beschreiben. Dabei ist hervorzuheben, dass die Minutenwerte nach Heuft et al. (1993) exakt den Konstruktionsprinzipien der Psych-PV folgen, aber auf die typischen, in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinik applizierten Prozeduren bezogen werden. Die vom GKV-SV in den tragenden Gründen auf S. 18 und 19 zitierte abweichende Praxis im Bundesland Hessen sowie die zwei (mittlerweile 14 und 18 Jahre alten) Entscheidungen in Vermittlungsausschüssen des Landes Baden-Württemberg stellen eine Ausnahme zur sonst gängigen Praxis in der Bundesrepublik dar. Dies belegt schon die hohe Übereinstimmung der aus der aktuellen InEK-Kalkulation (PEPP) ableitbaren Minutenwerten mit den Minutenwerten nach Heuft et al. (1993) (siehe nachfolgend). Sie sind ein Spiegelbild der aktuell verhandelten Budgets in den Kalkulationskrankenhäusern und bilden daher die etablierte Versorgungsrealität ab. Einschätzungen, wie die beiden oben zitierten und veralteten Entscheidungen der Vermittlungsausschüsse eines Bundeslandes kommen i.d.R. allenfalls unter Beteiligung von psychiatrischen Fachärzten aber ohne Fachexpertise der Psychosomatischen Medizin zu Stande und vertreten keine leitlinienkonformen Meinungen. Sie dürfen keinesfalls für die Formulierung einer Qualitätsrichtlinie in der Psychosomatik herangezogen werden.

Neben den gesetzlichen Erläuterungen der durch die InEK-Kalkulation nachweisbaren Versorgungsrealität sowie grundlegenden Unterschieden in den Tätigkeitsprofilen, machen auch die erheblich abweichenden Minutenwerte für die psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung deutlich, dass diese nicht über die bestehenden Behandlungsbereiche der PsychPV abgebildet werden können:

Die folgende Tabelle stellt die Personalanforderungen (Vollkräfte; VK) nach PsychPV (A1, A5) und die Personalanhaltszahlen nach Heuft et al. (1993), gerechnet für eine Station mit 24 Betten gegenüber:

Personal	PsychPV A1 (VK)	PsychPV A5 (VK)	Personalanhaltszahlen (VK) (DGPM, Heuft G et al. [1993])
Ärzte	2,07	1,54	2,6
Pflege	5,78	1,98	6,9
Dipl.-Psychologe	0,29	1,07	2,6
Ergotherapie/Spezialtherapie	1,22	1,03	1,4
BWT/Physiotherapie	0,28	0,31	1,4
Sozialtherapie	0,76	0,14	1,3
stationsbez. Pflege	2,1	2,1	2,3
Summe VK	12,5	8,2	18,5

Im Unterschied zu den Strukturvorgaben der PsychPV hat die DGPM immer betont, dass sich die Anzahl budgetrelevanter Vollkräfte aus den jeweils mittelbar und unmittelbar am Patienten erbrachten, notwendigen Leistungen ergeben muss. Somit erlaubt die wöchentliche Eingruppierung der Patienten nach Art und Schwere seiner Erkrankung keine adäquate Ableitung des notwendigen Personalbedarfs für eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung. Die Kernleistungen der PSM-PT sind die über die OPS-Prozedur 9-634 und den Zusatzcode 9-642 definierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung und die integrierte internistisch-psychosomatische Komplexbehandlung. Hier sind transparent und überprüfbar die fachspezifischen Behandlungsprozesse angesprochen, die den entsprechenden und unabdingbaren Personalbedarf auslösen. Weder die Kategorien A1 noch A5 der PsychPV

sind geeignet, den Stellenbedarf entsprechend der Anforderungen der heutigen psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung zu bestimmen.

Zwischenzeitlich wurden die Berechnungen der Personalanforderungen von Heuft et al. (1993) und damit die Personalanhaltszahlen unserer Fachgesellschaft DGPM empirisch überprüft. Gemeinsam mit dem Deutschen Krankenhaus Institut (DKI) wurde eine Studie zur Personalausstattung psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken und Abteilungen im Sinne eine IST-Erhebung durchgeführt (Friederich et al. 2018). Die folgende Tabelle zeigt die Personalausstattung der Kalkulationskliniken bei einer angenommenen Stationsgröße von 24 Betten gemäß den InEK-Zahlen und stellt sie den Ergebnissen der DKI-Studie gegenüber.

	InEK (VK)	DKI Studie (VK)
Ärztlicher Dienst + Psychologen	5,3	6,0
nur Ärztlicher Dienst	3,4	
nur Psychologen	1,9	
Pflege-/ Erziehungsdienst	7,7	6,7
Sozialarbeiter/Sozial-/ Heilpädagogen	0,4	0,3
Spezialtherapeuten	1,9	1,6
med.-techn. Dienst/ Funktionsdienst	0,4	

Außerdem wurden die Personalanhaltszahlen von Heuft et al. (1993) mit den im Rahmen der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems von Seiten der Universitätsklinik für das InEK erhobenen Leistungsdaten in Beziehung gesetzt, die eine Umrechnung in Minutenwerte ermöglichen, welche sich wiederum an den Konstruktionsprinzipien der PsychPV orientieren. Ziel war hierbei eine empirische Überprüfung der normativ definierten Personalanhaltszahlen mit der nach dem PEPP-System anzunehmenden Finanzierungsgrundlage (Quelle: Heuft, Hochlehnert et al 2015).

PEPP-Minutenwerte (kalkuliert für die Datenjahre 2013 und 2014) bei einem Basisentgeltwert von 285 EUR für eine Station mit 18 stationären Behandlungsplätzen im Vergleich mit den Minutenwerten von Heuft et al. (1993).

	PEPP-Minuten 2013	PEPP-Minuten 2014	Minutenwerte [Heuft 1999]	Minutenwerte Heuft angepasst
Ärzte Station	3830	3852		
Psychologen	2876	2892		
Zwischensumme	6706	6744	7524	7524
Oberärzte	962	968		968
Zwischensumme	7668	7711	7524	8492
Pflegedienst	6456	6582	4629	4629
Zuschlag Pflege	5000	5000	5000	5000
Sozialarbeiter	557	563	1888	1888
Spezialtherapeuten	2988	2974	2880	2880
Gesamtsumme	22669	22830	21921	22889

Die aus den PEPP-Daten auf der Basis eines Basisentgeltwertes von 285 € berechneten Minutenwerte weisen eine bemerkenswerte Konvergenz zu den Minutenwerten von Heuft et al. (1993; gleichlautend: 1999) auf.

Eine Einordnung der Psychosomatik in die Psych-PV wird deshalb aus fachlicher Sicht abgelehnt. Die Versorgungsstruktur in der Psychosomatik bedingt eine Personalbemessungsmethodik, die zu abgestuften Personalvorgaben, orientiert am jeweiligen Leistungsgeschehen der psychosomatischen Kliniken führt. Die Psychosomatik sollte deshalb erst in einer Stufe 2 (siehe § 13 (DKG) Abs. 3) der Richtlinie mit einem solchen adäquateren Modell erfolgen, wie es die BpTK in den tragenden Gründen (S.5) ebenfalls fordert. Sollen trotzdem jetzt schon Qualitätsindikatoren festgelegt werden müssen, so ist zur Erhaltung einer qualitativ ausreichenden Versorgung psychosomatisch erkrankter Patienten im Krankenhaus eine Personalbemessung analog den Konstruktionsprinzipien der PsychPV prinzipiell denkbar. Dies sollte jedoch nur vorübergehend erfolgen. Es bedarf dann allerdings, wie von der DKG gefordert, einen eigenen, **neu zu definierenden Behandlungsbereich „P“ (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung)**.

Darüber hinaus beteiligt sich die DGPM an der parallel zum G-BA-Prozess inaugurierten verbändeübergreifenden „Plattform“ Personal, die versucht auf empirischer Grundlage ein Modell zur Personalbemessung zu entwickeln, das individuumsbezogene, settingbezogene und institutionsbezogene Aufwände (Kosten) berücksichtigt und bisherige Modelle der Personalbemessung weiterentwickelt. Dabei wurde für die Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapie (im Unterschied zur Psychiatrie und der KJPPP) ein therapieprozessbezogenes Modell entworfen: die Personalvorgaben richten sich danach, ob die Klinik die übliche Intensität therapeutischer und medizinischer Versorgung tatsächlich anbietet und somit therapieintensive Settings vorhält, wie sie beispielsweise bei der Behandlungen von posttraumatischen Belastungsstörungen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen zum Einsatz kommen oder ob auf der anderen Seite medizinische besonders aufwendige Rahmenbedingungen bereit gehalten werden, wie sie bei der Behandlung von magersüchtigen Patientinnen mit höchstgradigem Untergewicht oder in der komplexen psychosomatischen Schmerztherapie angeboten werden. Aus Sicht der Fachgesellschaft sollte der Personalstand zumindest so hoch sein, dass eine Mindesttherapedosis von drei ärztlich-psychologischen Therapieeinheiten und 2 Therapieeinheiten in den Spezialtherapien pro Woche angeboten werden kann. Die gesetzlichen Vorgaben müssen den Krankenhäusern und Abteilungen eine personelle Ausstattung ermöglichen, mit der allen Patienten in psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen eine den Qualitätsanforderungen des PEPP-Systems und der Leitlinien entsprechende psychosomatisch-psychotherapeutische und medizinische Versorgung angeboten werden kann.

Darüber hinaus unterstützen die Psychosomatischen Kliniken und Abteilungen in Deutschland auch die im Auftrag des G-BA durchgeführte PPP-Studie (Wittchen), die das Ziel hatte, die tatsächlichen Personalaufwände einrichtungsbezogen zu erfassen.

Zu § 5 Berufsgruppen

Bei der Berufsgruppe der Psychologen sollten bezüglich der Anzahl der Psychologen mit Approbation keine Vorgaben gemacht werden, da diese auf dem Arbeitsmarkt nicht im ausreichenden Umfang für die Krankenhausbehandlung zur Verfügung stehen. Auch hinsichtlich der Art der Spezialtherapeuten ist nur die Gesamtzahl, aber nicht deren Spezialisierung als Qualitätsindikator festzulegen, da je nach den zu behandelnden Krankheitsbildern unterschiedliche Qualifikationen benötigt werden (z.B. Körpertherapeuten bei Essstörungen, Musiktherapeuten bei somatoformen Störungen etc.). Die Klarstellung der DKG auf S. 22 der tragenden Gründe, nach der es sich bei der Aufzählung der beispielhaft genannten Berufsgruppen unter den Spezialtherapeuten nicht um eine abschließende Aufzählung handelt, muss deswegen berücksichtigt werden.

Zu § 6 (DKG) und 7 (GKV-SV/ PatV) Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalverordnung

Der Vorschlag der DKG zur Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalverordnung ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten unter Berücksichtigung einer notwendigen Flexibilität, die erforderlich ist, um Schwankungen bei der Anzahl verfügbaren Personals auffangen und Versorgung in einem für eine leitliniengerechte Behandlung notwendigen Umfang aufrecht erhalten zu können. Es sollte unbedingt vermieden werden, dass, wie im DRG-Bereich aktuell zu beobachten, eine zu kleinteilige und zu engmaschig überprüfte Personalverordnung, zu teilweise dramatischen Anpassungen der Versorgungskapazitäten mit Nachteilen für die Patientenversorgung führt.

Zu Abs. 1, 2 und 3 (GKV-SV): Die Vorstellungen des GKV-SV zur Ermittlung der Mindestvorgaben und später der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung sind nicht praktikabel. Die

stations-, berufsgruppen- und tagesbezogene Erfassung von Daten löst einen in der Praxis nicht zu bewältigenden Dokumentationsaufwand aus. Die Erfassung und Dokumentation soll nach den Forderungen des GKV-SV künftig auf universitärem Studienniveau erfolgen. Die empirische Studie zur Erfassung des Personalbedarfs konnte nicht rechtzeitig zur Verabschiedung der Erstfassung dieser Richtlinie fertig gestellt werden. Die Schlussfolgerung daraus kann jedoch nicht die Erfassung von Daten auf Studienniveau in allen ca. 815 Psych-Krankenhäusern und -abteilungen in Deutschland mittels Festlegung über die PPP-RL sein. Das Berufsbild der Pflege (oder aller anderen betroffenen dokumentierenden Berufsgruppen) würde durch den zusätzlichen enormen Dokumentationsaufwand negativ beeinflusst werden. Eine solche Festlegung hätte enorme Personalkosten für die Dokumentationsarbeiten zur Folge. Geht man von 0,25 Vollkräften je 18 Betten für zusätzliche und durch diese Richtlinie verursachte Dokumentationsarbeiten aus, so wären ca. 2.050 Vollkräfte in allen Einrichtungen zusätzlich einzustellen. Dies würde zusätzliche Personalkosten von ca. EUR 100 Mio. bis EUR 125 Mio. p.a. auslösen. Im Bereich der EDV ist zusätzlich mit einem niedrigen dreistelligen Millionenbetrag an Kosten für die Entwicklung und Lizenzierung entsprechender Soft- und Hardware zu rechnen.

Wie bereits in den Kommentaren zu § 2 Abs. 5 und 7 weiter oben dargelegt, gibt es keine Gründe zur Qualitätssicherung in der Psychosomatik, die eine solche Dokumentation auf stations- und monatebene auch nur im Ansatz rechtfertigen könnten. Insbesondere in der Psychosomatik müssen keine vulnerablen Patientengruppen geschützt werden und es gibt auch keine Schwankungen in der Besetzung von Stationen. Deshalb ist die Formulierung gemäß § 6 Abs. 1 und 2 der DKG zu übernehmen.

Am Rande sei zusätzlich bemerkt, dass die Vorschläge des GKV-SV/PatV sich in den Abs. 1-3 abwechselnd auf Stationen und Behandlungsbereich beziehen. Es ist unklar, was mit Behandlungsbereich gemeint sein soll.

Zu Abs. 4 (GKV-SV): Es wird auf die Kommentare zu § 2 Abs. 3 (keine Anwendbarkeit der Regelungen zu Nachtdiensten in der Psychosomatik) verwiesen.

Zu Abs. 4 (DKG) / Abs. 5 (GKV-SV): Dieser Absatz kann für die Minutenwerte der P-Kategorie der Psych-PV in Anlage 2 nicht gelten. Sie müssen ohne Abschläge übernommen werden.

Zu Abs. 5 (DKG): Der Faktor 0,8 für die Berechnung der Mindestbesetzung sollte angesichts der geringen normativen Fundierung der Minutenwerte in Anlage 2 (weder evidenzbasiert noch leitliniengerecht) übernommen werden. So können die Qualitätsindikatoren realistisch festgelegt

werden und es wird gleichzeitig eine unerwünschte normative Wirkung zu gering bemessener Qualitätsvorgaben verhindert. Die Versorgungslandschaft der Psychosomatik zeigt, wie auch in der Psychiatrie (siehe tragende Gründe der DKG S. 27), eine starke Streuung in der Personaldichte auf (siehe auch DKI-Studie). Solange keine evidenzbasierten und leitliniengerechten Vorgaben existieren, müssen Versorgungsformen auch bis zu 20% unterhalb der Mindestvorgaben zugelassen werden, damit nicht ineffizient viel Personal vorgehalten werden muss. Mit Hilfe dieses Faktors können sich die Mindestvorgaben in der vorgeschlagenen Kategorie P der Anlage 2 am Durchschnitt der Versorgung orientieren, weil kein ungerechtfertigter Ausschluss von möglicherweise legitimen und effizienten Versorgungskonzepten droht.

Zu Abs. 6 (DKG)/Abs. 6 (GKV-SV): Die Regelung der DKG ist zu übernehmen. Beispielsweise übernimmt die Berufsgruppe der Medizinischen Fachangestellten zahlreiche Aufgaben der Pflege (Blutabnahme, richten von Medikamenten, Unterstützung bei der Diagnostik, etc. pp.) und teilweise auch der Spezialtherapeuten. Sie muss anrechenbar im Sinne des Personalnachweises sein. Sonst wären die Träger gezwungen dieses Personal mit Personal der in § 5 genannten Berufsgruppen zu ersetzen. Vollkommen zutreffend stellt die DKG darüber hinaus fest, dass in Anbetracht des herrschenden Fachkräftemangels die Einrichtungen die Möglichkeit haben müssen, Personalengpässe mit Hilfe anderer Berufsgruppen auszugleichen. Die bereits bewährte Anrechenbarkeit in der Psych-PV ist beizubehalten.

Zu Abs. 8 (DKG)/ Abs. 9 (GKV-SV): Die Ausfallzeiten müssen aus der Logik der Psych-PV heraus geregelt und berücksichtigt werden, wie der Vorsitzende des UA QS zu § 2 Abs. 5 bereits zutreffend festgestellt hat. Wie in den tragenden Gründen von der DKG erwähnt, müssen Ausfallzeiten von 20%-30%, wie sie in der Praxis regelmäßig vorkommen, bei der Berechnung der Personalausstattung berücksichtigt werden können.

Zu § 8 (GKV-SV/PatV) Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad

Der Vorschlag des GKV-SV zur Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und des Umsetzungsgrades erscheint nicht realitätsgerecht. Auf die Anmerkungen zu § 7 (GKV-SV) Zu Abs. 1, 2 und 3 (GKV-SV) wird verwiesen. Die dort und in § 8 (GKV-SV/PatV) geregelten Dokumentationspflichten lösen enormen Dokumentationsaufwand aus. Es werde dadurch keine Qualitätsziele gesichert, die diesen Aufwand rechtfertigen. Für die Psychosomatik sind überhaupt keine sinnvollen Qualitätsziele erkennbar, die damit verfolgt werden könnten.

Die Kleinteiligkeit der zeitlichen wie auch berufsgruppenbezogenen Betrachtung, wie beispielsweise in Abs. 5, nimmt den Kliniken jede Möglichkeit, Schwankungen in der Personalbesetzung auszugleichen und laufende Behandlungsprozesse kontinuierlich zu führen. Dies ist in Anbetracht des herrschenden Fachkräftemangels nicht darstellbar. Insbesondere kleine Behandlungseinheiten, die in der wohnortnahen Versorgung eine wichtige Rolle spielen, wären bei der Krankenhausfinanzierung und damit existenziell deutlich beeinträchtigt. Um die politisch gewünschte Erhaltung einer wohnortnahen Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen gerecht zu werden, müssen hier Regelungen getroffen werden, die größere Episoden (Jahre oder Quartale) betrachten und eine Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppe ermöglichen (wie es der DKG-Position in §7 entspricht).

Die Regelungen in Abs. 6 bis 9 sind für die Psychosomatik nicht anzuwenden. Es wird auf die Kommentare zu § 2 Abs. 3 (keine Anwendbarkeit der Regelungen zu Nachtdiensten in der Psychosomatik) verwiesen.

Zu § 10 Leitungskräfte (PatV/DPR/BPtK)

Zur Sicherstellung einer leitliniengerechten und qualitätsgesicherten Behandlung ist eine Personalbemessung für leitende Ärzte/Psychologen, sofern damit auch die Oberärzte gemeint sind, im Verhältnis 1:8 zu den ermittelten Ärzten/Psychologen nicht sachgerecht, da mit diesem Zuordnungsverhältnis qualitätssichernde Maßnahmen nicht in ausreichendem Umfang zu erbringen sind. Für eine leitliniengerechte qualitativ gute Behandlung ist ein Verhältnis von 1:6 leitende Ärzte/Psychologen zu den ermittelten Ärzten/Psychologen erforderlich.

Zu § 10 (GKV-SV) /§ 12 (PatV) Stationsgröße

Im Bereich der Psychosomatik sind Stationsgrößen >18 Pat., in Fachkrankenhäuser bis 28 Pat. möglich. Es gibt hier keine empirischen Erkenntnisse, dass alleine die Stationsgröße Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben könnte. Daher wird eine Begrenzung auch auf 22 Behandlungsplätze nicht unterstützt. Es wird auf die Ausführungen zu § 2 Abs. 9 verwiesen (siehe oben).

Zu § 11 (PatV/DPR)

Es wird auf die Kommentare zu § 2 Abs. 3 (keine Anwendbarkeit der Regelungen zu Nachtdiensten in der Psychosomatik) verwiesen.

Zu § 11 (GKV-SV) / § 13 (PatV) Genesungsbegleiter

Genesungsbegleiter spielen in der Psychosomatischen Medizin aufgrund der spezifischen Behandlungsziele und –mittel keine wichtige Rolle und sollten nicht zum verpflichtenden Strukturmerkmal werden.

Zu § 12 Umsetzung in ein Behandlungsangebot

Die Forderung, die Mindestvorgaben für die Personalausstattung nach dieser Richtlinie in ein konkretes Behandlungsangebot umzusetzen bedeuten einen erheblichen Eingriff in die Gestaltung der Behandlungskonzepte und überschreitet damit deutlich den Auftrag einer solchen Richtlinie. Die genannten Ziele sind zum Teil keine Behandlungsziele einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung (z.B. Verzicht auf geschlossenen Stationen / Vermeidung geschlossener Türen, Verhinderung von Zwang und Prävention von aggressivem Verhalten) oder widersprechen den Anforderungen an die stets aufrechtzuerhaltenden Personalmengen (z.B. möglichst leistungssektorenübergreifende Behandlerkonstanz).

Zu § 9 (DKG)/13 (GKV-SV)/15 (PatV) Ausnahmetatbestände

Die Definition von Ausnahmetatbeständen, wie von der DKG formuliert und in den tragenden Gründen begründet, werden von uns vollumfänglich unterstützt. Ein Ausnahmetatbestand liegt nicht nur dann vor, wenn die Ausfallquote 20% beträgt. Hat ein Krankenhaus bisher beispielsweise seine Mindestpersonalvorgaben auf einer Ausfallquote von 10% belegt, kann ein Anstieg auf 18% durchaus einen Ausnahmetatbestand darstellen. Wie von der DKG auf S. 37 der tragenden Gründe zutreffend dargestellt, kann das übliche Maß krankheitsbedingter Personalausfälle nur krankenhausesindividuell festgestellt werden. Insgesamt sind die sehr aufwendigen Berechnungen der Personalausstattung dieser Richtlinie für die Kliniken nicht berechenbar. Wesentliche Kennziffern, wie die Ausfallquote sowie eine Vielzahl von Personalstellen, muss auf Ortsebene festgelegt werden. Hiermit soll der strukturellen und organisatorischen Situation der Einrichtung Rechnung getragen werden. Ohne einheitliche Bemessungsgrößen wird sich dies, wie es sich auch in der Realität der Budgetverhandlungen bereits seit Jahren zeigt, nicht umsetzen lassen.

Zu § 10 (DGK)/14, 15 (GKV-SV)/16, 17 (PatV) Nachweisverfahren und Strukturabfrage

Der Nachweis des jahresdurchschnittlichen Umsetzungsgrad der Mindestvorgaben, wie von der DKG vorgeschlagen, ist realistisch und reicht für die Umsetzung einer leitliniengerechten, transparenten, leistungsbezogenen Behandlung, wie sie das PsychVVG, bzw. § 136a SGB V Abs. 2 Satz 1 SGB V fordert, aus. Die kleinteiligen Nachweisverfahren von GKV-SV und PatV gefährden hingegen eine kontinuierliche Funktionsfähigkeit von Kliniken und Abteilungen und damit die Versorgungssicherheit der Patienten.

Zu Abs. 1, 3, 5 und 7: Auf die Anmerkungen zu § 7 (GKV-SV) Zu Abs. 1, 2 und 3 (GKV-SV) wird verwiesen. Sie gelten sinngemäß für die in § 14 (GKV-SV) § 16 (PatV) geforderten Dokumentationspflichten, insbesondere zu Anlage 3, die enormen Dokumentationsaufwand auslöst. Es werde dadurch keine Qualitätsziele gesichert, die diesen Aufwand rechtfertigen. Für die Psychosomatik sind überhaupt keine sinnvollen Qualitätsziele erkennbar. Ein Datenvalidierungsverfahren erscheint zusätzlich zum Verfahren nach Abs. 6 überflüssig.

Zu Abs. 3 und 4: Eine Übermittlung an die Krankenkassen ist weder sinnvoll noch erforderlich. Diese Forderung würde nur Sinn machen, wenn die Krankenkassen diese Daten für die Budgetverhandlungen oder Vergütungskürzungen heranziehen sollen. Dies ist nicht Ziel und Zweck dieser Richtlinie. Darüber hinaus eignet sich der Stand der Erkenntnis (keine Evidenzbasierung und keine Leitliniengerechtigkeit), auf dem die Qualitätsindikatoren dieser Richtlinie beruhen, grundsätzlich nicht zur Formulierung scharfer Sanktionsmöglichkeiten.

Zu Abs. 8: Eine fallbezogener Nachweis der Struktur nach § 275a SGB V, wie vom GKV-SV gefordert, ist nicht erforderlich.

Zu § 12 (DKG)/17 (GKV-SV)/ 19 (PatV) Durchsetzungsmaßnahmen/Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Die Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind von großer Bedeutung, um die gesetzgeberisch beabsichtigten Effekte auch erreichen zu können. Sie sollten die Leistungserbringer aber in erster Linie unterstützen und Entwicklungs- und Anpassungsprozesse fördern und ermöglichen, wie in den Vorschlägen der DKG, die wir unterstützen, vorgesehen. Die Vorschläge von Sanktionen der GKV-SV sind hingegen vorwiegend nicht entwicklungsfördernd und nicht geeignet Verbesserungen zu ermöglichen, sondern sind existenzgefährdend und damit abzulehnen. Im Einzelnen:

Zu Abs. 1, 7 (GKV-SV/PatV): Die Durchsetzung der finanziellen Interessen der Krankenkassen sollten nicht Gegenstand dieser Richtlinie werden, so dass diese als beteiligte Stellen zu streichen sind. Zudem dürfen die Krankenkassen auch nicht an hoheitlichen Aufgaben der Krankenhausplanung beteiligt werden.

Zu Abs. 2.-7. (GKV-SV/PatV): Auf die Anmerkungen zu § 7 (GKV-SV) Zu Abs. 1, 2 und 3 (GKV-SV) wird verwiesen. Sie gelten sinngemäß für die in diesen Absätzen vorgeschlagenen Meldepflichten. Solche Dokumentations- und Meldepflichten stehen vom Aufwand in keinem Verhältnis zu den zur Begründung genannten Qualitätszielen. Die zur Begründung angeführten Qualitätsziele, vulnerable Patientengruppen zu schützen und Schwankungen zwischen Stationen auszugleichen, treffen für die Psychosomatik darüber hinaus gar nicht zu. Nur am Rande

sei zusätzlich bemerkt, dass eine Berichtspflicht ab einer Unterschreitung von 105% Besetzungsgrad vermutlich eine Dauerberichterstattung der Krankenhäuser an die Krankenkassen über ihre aktuelle Stellenbesetzung zur Folge hätte. Es sind, wie dargelegt, keine Qualitätsziele erkennbar, die dadurch verfolgt werden können.

Zu Abs. 5 und 7 (GKV-SV/PatV): Grundsätzlich sollte die Nicht-Einhaltung von Qualitätsstandards bei wiederholten Verstößen planerische Konsequenzen haben. Die Einschaltung der Krankenkassen auf dieser Ebene jedoch führt zu einem Zielkonflikt und setzt Anreize überzogene Qualitätsziele und -kontrollen zur Verfolgung derer finanzieller Interessen durchzuführen, statt die Behandlungsqualität sicherzustellen, wie diese Richtlinie beabsichtigt. Diese Richtlinie basiert darüber hinaus noch nicht auf evidenzbasierten und leitliniengerechten Qualitätsindikatoren. Deswegen kann und darf die Durchsetzung der Erfüllung der Qualitätsziele noch keinesfalls mit scharfen Sanktionsinstrumenten erfolgen. Sonst würde lediglich die dreißig Jahre alte Psych-PV in den Versorgungsstrukturen zementiert. Wie erwähnt, sind sich alle Experten dabei einig, dass die 30 Jahre alte PsychPV einer Anpassung an die inzwischen gültigen Behandlungsstandards in der Psychiatrie bedarf. Für die Psychosomatik hat die Psych-PV aus gutem Grund nie Wirkung entfaltet. Aus all diesen Gründen dürfen die Sanktionsmechanismen keine Geltung erlangen, insbesondere nicht für das Fachgebiet der Psychosomatik.

Die aktuelle Ausgestaltung der Richtlinie hätte bei Annahme der Vorschläge von GKV-SV und PatV zur Folge, dass psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser, die eine Überbelegung wegen vermehrten Notfallaufnahmen oder hohen Aufnahmedruck zulassen, ihren Vergütungsanspruch verlieren. Die vorgeschlagenen Sanktionsmechanismen erscheinen auch vor diesem Hintergrund unpassend.

Zu § 13 (DKG)/18 (GKV-SV)/20 (PatV) Anpassung der Richtlinie

Zu Abs. 1 (GKV-SV/PatV): Wie ersichtlich, soll nach Wünschen der GKV-SV/PatV eine Datenerhebung auf Studienniveau mittels dieser Richtlinie verordnet werden. In der Folge soll auf dieser Grundlage die Richtlinie weiter entwickelt werden. Dies ist, wie schon mehrfach erwähnt, mangels Durchführbarkeit abzulehnen. Wie der Vorsitzende des UA QS zutreffend vorschlägt, sollen die Daten des Nachweisverfahrens und der Strukturabfrage dem Zweck der Weiterentwicklung dienen. Diese Daten sollten in der praktisch durchführbaren Ausgestaltung, wie sie die DKG vorschlägt, bereitgestellt werden müssen. Darüber hinausgehender Informationsbedarf sollte in wissenschaftlichen Studien geklärt werden, wie vom Vorsitzenden des UA QS vorgeschlagen.

Zu Abs. 3: Die DGPM unterstützt die Vorschläge von DKG und BPtK zur Anpassung der Richtlinie.

Bis zum 30. September 2024 soll ein neues Modell zur Ausgestaltung der Personalvorgaben entwickelt werden, dass eine am Patientenbedarf orientierte Ableitung des Personalbedarfs ergänzt um settingbezogene Aspekte. Im Unterschied zum Vorschlag der BPtK hält die DGPM dabei die Bildung von personalaufwandshomogenen Patientengruppen anhand empirisch ermittelter und überprüfbarer Kriterien für weniger zielführend. Für die Bestimmung des patientenbezogenen Personalbedarfs sind die sich aus einer multiaxialen Diagnostik ergebenden Behandlungsziele und –mittel (Settings) differenziert und überprüfbar darzustellen (z.B. über eine Erfassung berufsgruppenspezifischer Therapieeinheiten). Das neue Modell ermöglicht dann eine differenzierte Überprüfung der Einhaltung der Mindestanforderungen sowie der Umsetzung in eine leitliniengerechte Patientenversorgung.

Zu § 15/20/22 Übergangsregelungen

Um den Leistungserbringern notwendige Anpassungen zu ermöglichen sind Übergangsregelungen wichtig. Eine Erfüllung der Mindestvorgaben in Höhe von 80% in den Jahren 2020 und 2021 und in Höhe von 90% in den Jahren 2022 und 2023, wie von der Vorsitzenden UA QS vorgeschlagen, ist sachgerecht. Dies gilt jedoch nur unter der Voraussetzung, dass bis 2022 evidenzbasierte und leitliniengerechte Qualitätsindikatoren entwickelt wurden.

Sollten eine monatsfeine und stationsbezogene Dokumentation sowie die vom GKV-SV/PatV geforderte Vorgehensweise zu Ermittlung der Mindestvorgaben, der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und des Umsetzungsgrads sowie die Nachweisfahnen von GKV-SV/PatV übernommen werden, so muss eine unbestimmte Übergangsfrist für deren Einführung enthalten sein, bis EDV-gestützte Dokumentationssysteme diese hohen Dokumentationsanforderungen effizient ermöglichen.

Zu Anlage 1 und 2:

Eine Eingruppierung der Psychosomatik in den Behandlungsbereich Psychiatrie ist nicht sachgerecht. Zur Begründung wird auf die Ausführungen zu § 3 und § 4 Behandlungsbereiche dieser Stellungnahme verwiesen. Das Beispiel des GKV-SV zur Begründung der Eingruppierung einer Pat. mit Anorexia nervosa in den Behandlungsbereich A1 ist merkwürdig, da hier eine für eine Krankenhausbehandlung der AN eher untypische Konstellation dargestellt wird und der bei diesem Krankheitsbild zu betreibende diagnostische und therapeutische Aufwand in A1 weder adäquat abgebildet ist noch nach 2 Wochen eine Konstellation erreicht werden kann, die eine andere Eingruppierung in eine noch aufwandsärmere Gruppe rechtfertigen würde. Warum in eine Intensivbehandlung nur Psychiatrische Patienten eingestuft werden können, macht deutlich, dass der GKV-SV hier unlauter politisch agiert und es um die Frage der Definition eines medizinisch begründeten sachgerechten Aufwandes zur Behandlung von Patienten mit schweren psychosomatischen Erkrankungen nicht mehr geht. Wie bereits gezeigt kann empirisch nachgewiesen werden, dass die Gleichsetzung der Kategorie A5 mit der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung nicht sachgerecht ist.

Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist, wie dargelegt, ein eigenständiger medizinisch-wissenschaftlich begründeter Behandlungsbereich mit differenziert ausgearbeiteten und empirisch überprüften Behandlungsmitteln und benötigt, um in das jetzt vorgeschlagene System der Mindestpersonalbemessung einbezogen werden zu können, einen eigenen Behandlungsbereich, wie von der DKG mit der Bezeichnung P = psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung vorgeschlagen (Seite 41/42 PPP-RL). Hierzu existieren seit 1993 in Analogie zur PsychPV berufsgruppenspezifische Minutenwerte (Heuft G et al 1993), die seit 25 Jahren Grundlage der Personalbemessung in Kliniken/Abteilungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und Grundlage für die Krankenhausplanung in einigen Bundesländern sind (Janssen PL et al. 1999), die empirisch geprüft (Heuft G et al. 2015) und mit Daten des InEK und des DKI abgeglichen wurden. Der Vergleich zeigte starke Übereinstimmung und unterstützt daher die Validität der vorliegenden Zahlen.

Auch die Schussenrieder Zahlen der Anlage 2 (Vorschlag von PatV/DPR/BPtK) kommen in der Kategorie A1 und A5 z.B. nur auf 306 Minuten (A1) bzw. 297 Minuten (A5) Minuten für Ärzte und Diplompsychologen. Die in der neuen Kategorie P vorgeschlagenen Zahlen addieren sich für diese beiden (weitgehend austauschbaren) Berufsgruppen auf 418 Minuten. Ein Unterschied von mehr als 25% (!). Daraus lässt sich leicht erkennen, dass die moderne psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung über die Einordnung in die Allgemeinpsychiatrie –

auch in den „nachgebesserten“ Schussenrieder Tabellen – keine Abbildung des modernen Therapiegeschehens einer psychosomatischen Klinik ermöglicht.

Zu Anlage 4/5: DKG: 3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik

Das Tätigkeitsprofil des Arztes in der Psychosomatik unterscheidet sich wesentlich von dem des Arztes in der Psychiatrie. Er versteht sich schwerpunktmäßig als ärztlicher Psychotherapeut und ist in seiner konkreten Tätigkeit in extrem hohem Umfange auch selbst psychotherapeutisch tätig. Das bildet sich in seinem Tätigkeitsprofil deutlich ab und wird noch deutlicher, wenn eine zeitliche Gewichtung einzelner Tätigkeiten vorgenommen wird.

Die im Anhang befindliche Liste (DKG: 3.) ist nicht umfassend, bildet nur einen Teil der Aufgaben der Berufsgruppen bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung ab und bedarf einer gründlichen Überarbeitung und Ausdifferenzierung.

Schlussbemerkung

Insgesamt stimmt die DGPM in Abstimmung mit der CPKA und dem VPKD den von der DKG vertretenen Positionen zu, insofern nicht durch die vorgenannten Anmerkungen Anpassungen vorgenommen werden müssen. Im Gegensatz zu den vorwiegend ökonomiegetriebenen Vorschlägen des GKV-SV, die insgesamt zu einer deutlichen Verschlechterung der Behandlungsbedingungen von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen führen würden, nehmen die Vorschläge der DKG differenziert Bezug zu den vom Gesetzgeber beabsichtigten Entwicklungen im Hinblick auf Leistungsorientierung und -transparenz, Verbesserung der Behandlungsqualität durch sachgerechte Personalausstattung und Leitlinienbezug bei insgesamt vertretbarem Bürokratieaufwand für die Leistungserbringer.

Mit freundlichen Grüßen



Vorsitzender



Stellvertretender Vorsitzender

Literatur:

Friederich HC, Heuft G, Cuntz U, Hildenbrand G, Rothe HM, Blum K, Krüger C, Hochlehnert A, Kruse J, Raible C (2018) Personalausstattung: Befragung psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken und Abteilungen in Deutschland. *Z Psychosom Med Psychother* 64, 334–349.

Heuft G, Hochlehnert A, Barufka S, Nikendei S, Kruse J, Zipfel S, Hofmann T, Hildenbrand G, Cuntz U, Herzog W, Heller M (2015) Normativ-empirische Bestimmung des Personalbedarfs in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother* 61, 384–398.

Heuft G, Senf W, Janssen PL, Pontzen W, Streeck U (1993) Personalanzahlzahlen in psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen der Regelversorgung. *Psychotherapie, Psychosom., Med. Psychol.* 43, 262-270.

Janssen PL, Franz M, Herzog T, Heuft G, Paar G, Schneider W (1999) Wissenschaftliches Gutachten zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg.

Kunze H, Kaltenbach L (1996) Psychiatriepersonalverordnung. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) zum

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über eine Personalausstattungs-Richtlinie Psychiatrie und Psychosomatik vom 8.5.2019

Die DGKJP erkennt das Bemühen des Gemeinsamen Bundesausschusses an, zeitgerecht einen Lösungsvorschlag für eine Mindestausstattung auch der Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorzulegen. In der vorgelegten Form erfüllt der Entwurf jedoch nicht den gesetzlichen Auftrag zu qualitätsbezogenen und leitliniengerechten Personalmindestvorgaben. Es wird gefordert, die Richtlinie mit verbindlichem Zeitplan weiterzuentwickeln, die zugrundeliegenden Minutenwerte mit Wirkung zum 1.1.2020 gemäß der aktuellen ethischen, medizinischen und rechtlichen Standards aufzuwerten und die flächendeckende regionale Krankenhausversorgung in unserem kleinen Fachgebiet zu erhalten. Der vorgelegte Entwurf fällt weit hinter den gesetzlichen Auftrag gemäß § 136a Abs. 2 SGB V zurück.

Die jetzt vorgeschlagene Lösung bringt keine qualitativen und strukturellen Verbesserungen der Versorgungssituation. Eine notwendige zweite Stufe, die strukturelle Veränderungen der Personalbemessung umfassen muss, wird bislang nicht verbindlich festgeschrieben. Es besteht somit die konkrete Gefahr, dass der Entwicklungsprozess mit der ersten Stufe endet. Aktuell werden neue Modelle, die den Bedarf der Patienten in den Vordergrund stellen, entwickelt (Hauth et al. 2019). Wir sehen die explizite Prüfung neuer Modelle in der Übergangsphase als unerlässlich an. Die Richtlinie muss hier eine explizite Prüfung alternativer Modelle enthalten. Die Fassung derzeit ist hier zu unverbindlich.

Wir vertreten die Auffassung, dass die damalige Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gemessen an den Kriterien der AWMF und anhand der methodischen Veröffentlichungen zur Psych-PV einer S2k-Leitlinie gleichkommt (Expertenkonsens basierend auf der vorliegenden Evidenz). Die Psych-PV ist seither multipel erprobt; auch eine Überprüfungsmöglichkeit der Personalausstattung durch den Medizinischen Dienst war in der Psych-PV bereits vorgesehen. Daher haben wir keine prinzipiellen Einwände dagegen, dass die Psych-PV als Bezugsgröße für eine Personal-Mindestverordnung zugrundegelegt wird.

Während der gesetzliche Auftrag die Sicherstellung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in den Vordergrund gestellt hat, fehlt der Bezug zur Versorgungsqualität und zu den AWMF- und NV- Leitlinien im vorliegenden Richtlinienentwurf vollständig. Die Vorstellungen der Partner der Selbstverwaltung (hier: DKG und GKV-SV) hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung der Mindestvorgaben divergieren zwar beträchtlich, fest steht jedoch, dass keine Mindestvorgaben definiert werden konnten, die zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen.

Im Gegenteil wird hier eine „Mindestvorgabe“ zur „Personaluntergrenze“ umdefiniert, d.h. es wird der gesetzliche Auftrag mit einer ganz anders determinierten Vorgabe vermengt. Folgt man den Vorschlägen der Krankenkassen, so sollen die zukünftigen Minutenwerte keine Personalmindestausstattung, sondern eine „Personaluntergrenze“ darstellen, bei deren Unterschreitung ein Leistungsausschluss erfolgt. Die vorgeschlagenen Minutenwerte sind

gegenüber den bisherigen Werten der Psych-PV nicht verändert, obwohl aus dem aktuellen Erkenntnisstand die Notwendigkeit einer Anpassung zwingend folgt.“

So hätten wir erwartet, dass der G-BA basierend auf zwischenzeitlich verfügbaren Forschungsergebnissen (Blume, Snellgrove und Steinert 2018, Hoffmann u. Rieger 2010, Nienaber et al. 2018), den durchgeführten Expertenanhörungen, sowie den Berechnungen des InEK anhand der jährlichen Vollerhebungen folgend, die Psych-PV einmütig und bereits geeint weiter differenziert hätte, z.B. hinsichtlich des Verhältnisses der Berufsgruppen oder der Eingruppierungs-Kategorien. Explizit erwarten wir vom G-BA, dass die jetzige Regelung als eine Übergangsregelung gekennzeichnet wird, bis ein zukunftsfähiges Modell erarbeitet ist. Mit der Entscheidung, die veraltete Psych-PV somit quantitativ und strukturell völlig unverändert in Mindestvorgaben zu überführen, wird der Bezug auf Empirie und Evidenz ersatzlos aufgegeben.

Wir bedauern ausdrücklich, dass die Ergebnisse der in unseren Kliniken mit hohem Aufwand durchgeführten Untersuchungen der PPP-Studie nicht zur Verfügung stehen, so dass der reale Mindestbedarf und der schon jetzt erkennbare Mehrbedarf anhand der konkreten Zeiterfassungen (s.a. Design PPP, Homepage der GWT) nicht beziffert werden kann. Daher ist uns eine Stellungnahme dazu, ob eine vorgeschlagene kontinuierliche Regelung einer Mindestpersonalbemessung im Sinne einer Personaluntergrenze, unterhalb derer eine Versorgung nicht mehr verantwortbar ist, von 80 % Psych-PV oder eine sich steigernde (80 %-90 %-100 % bis 105 %, GKV-SV S. 19) der Realität angemessener ist, schlicht nicht begründet möglich. Aus der klinischen Erfahrung heraus müsste die Mindestpersonalbemessung in unserem Fachgebiet mindestens bei einer Untergrenze von jahresdurchschnittlich 90 % Psych-PV angesetzt werden.

Keinesfalls jedoch darf, wie im GKV-SV-Vorschlag, die Mindestpersonalbesetzung bei 80 % Psych-PV anstelle der bisherig in der BpflV in § 18 (3) gemachten Vorgaben von 100 % für die Jahre bis 2019 zum definierten Verhandlungsziel vor Ort werden. Es besteht Einigkeit mit allen Experten auch der anderen Fachverbände, dass auch die bisherigen 100 % Psych-PV den heutigen Anforderungen keinesfalls mehr genügen. Für das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie würde überdies in der Mehrzahl der Krankenhäuser eine deutliche Absenkung der bisherigen Personalstellen resultieren. Wir sehen als wissenschaftliche Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie die Problematik, dass einerseits für Krankenhausbetreiber keine Anreize geschaffen werden dürfen, Personal einzusparen, andererseits muss aber auch der Realität des Fachkräftemangels Rechnung getragen werden, der regional einen raschen Personalaufwuchs (wie er fachlich wünschenswert ist) gegebenenfalls nicht ermöglicht. Ein Leistungsausschluss mit allen Konsequenzen bis hin zur Schließung kinder- und jugendpsychiatrischer Einheiten würde in einer Deregionalisierung der Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie resultieren, und das erfahrungsgemäß in ohnehin schon strukturschwachen Regionen. Das darf nicht die Folge dieser Richtlinie sein.

Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass die Richtlinie nur auf therapeutisches und pflegerisches Personal in der direkten Arbeit am Patienten eingeht. Die Notwendigkeiten durch weitere und zusätzliche Aufgaben, wie sie sich z.B. aus Dokumentationsanforderungen ergeben, müssen hier zwingend berücksichtigt werden – das leistet der GBA- Entwurf bisher nicht. Dennoch müssen z.B. Dokumentationsassistenten z.B. als Freistellung aus anderen Berufsgruppen, ebenfalls verhandelt werden, um die unmittelbar patientenbezogenen

Tätigkeiten zu erhalten und zu stärken und nicht wiederum einen Trend „weg vom Bett“ zu befördern.

Zusammenfassend entspricht der Richtlinienentwurf in wesentlichen Punkten nicht den politischen und gesetzlichen Vorgaben. Die dringend erforderliche Qualitätssicherung für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung ist auf dieser Grundlage nicht möglich. Es steht zu befürchten, dass es im Gegenteil zu einer gravierenden Beeinträchtigung der aktuellen Ansätze zur Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung kommt und sich die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen perspektivisch verschlechtern wird.

Aus Sicht der DGKJP sind deshalb substantielle Änderungen der Richtlinie unabdingbar:

- Es ist festzuschreiben, dass die Richtlinie in der ersten Stufe nur eine Übergangslösung beschreibt und mit einem verbindlichen Zeitplan zu einem zukunftsfähigen Personalbemessungsinstrument weiterentwickelt wird, welches geeignet ist, eine leitliniengerechte Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken zu garantieren.
- Die Psych-PV kann zwar als Grundlage der übergangsweisen Personalmindestvorgaben dienen, ihre Vorgaben müssen aber sofort quantitativ an die durch die Leitlinien vorgegebenen aktuellen ethischen, medizinischen und rechtlichen Standards angepasst werden. Es ist eine lineare Erhöhung der Minutenwerte vorzunehmen, um die Weiterentwicklung der Versorgung der letzten 30 Jahre gerecht zu werden.
- Die Richtlinie muss zwischen an der erforderlichen Qualität ausgerichteten Personalmindestvorgaben und einer zur Gewährleistung der Patientensicherheit erforderlichen Personaluntergrenze differenzieren.
- Statt ökonomischer Sanktionen, welche die flächendeckende regionale Versorgung grundlegend gefährden, muss ein differenziertes und auf die Erreichung der Qualität ausgerichtetes System von Maßnahmen vorgesehen werden, welche die Kliniken angesichts von hohen Ausfallquoten und Nachwuchsmangel bei der Erfüllung der Mindestvorgaben unterstützen.

Im Folgenden nehmen wir aus Sicht unseres Fachgebietes zu einzelnen vorgeschlagenen Bestimmungen Stellung.

Zu § 1, Anlage 2 Behandlungsbereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Bei KJ3, Spalte 5 schlagen wir folgende Ergänzung vor: „... bedürfen mehrmals täglich ärztlicher oder psychotherapeutischer Interventionen“. Hier ist der Fortschritt der Behandlungsmethoden abzubilden, etwa bei Psychose, Suizidalität oder schwerer Traumatisierung mit dissoziativen Zuständen. Die Interventionen können somit auch von der Berufsgruppe der klinischen Psychologen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden.

§ 2

Zu (1) Eine klare Festlegung, dass zur Sicherstellung der Ausstattung mit Personal eine deutlich höhere Vereinbarung im Budget als die Mindestausstattung erfolgen muss, ist zu begrüßen. Jedoch sind die Formulierungen sowohl seitens der DKG („kann“) als auch seitens des GKV-SV („haben die Krankenhäuser jederzeit sicherzustellen“) und der Vorsitzenden des UA Qualitätssicherung („haben die Krankenhäuser im Rahmen ihrer eigenverantwortlichen Personalplanung sicherzustellen“) zu unkonkret. Erforderlich ist nach Wegfall der Psych-PV Regelungen zur Budgetfindung eine verbindliche Vorgabe zur Anrechnung der Ausfallzeiten und dazu, dass die notwendige Personalausstattung gemäß einer leitliniengerechten Behandlung das Verhandlungsziel ist.

Die Auflistung der verschiedenen Bänke zu den Ausfallzeiten ist hier nicht umfassend, so enthält die differenzierteste der Vorgaben, vorgelegt von der DKG in § 5 (8) z.B. nicht die rechtlich verbindlichen Stellen für Beauftragte für Chancengleichheit/Gleichstellungsbeauftragte oder Hygienefachkräfte. Die DGKJP fordert hier für die Budgetverhandlung vor Ort eine klare Festlegung des zusätzlich zu berücksichtigenden Charakters der Ausfallzeiten. Des Weiteren fordern wir die Orientierung am erforderlichen Personal, was in erster Annäherung entsprechend den „Schussenrieder Tabellen“ festgelegt werden könnte.

Zu (2) Würde der von der GKV und der Patientenvertretung geforderte Behandlungsausschluss realisiert, wäre in unserem Fach eine flächendeckende Notfall- und Krisenversorgung nicht mehr gewährleistet. Es sei darauf hingewiesen, dass die Versorgungsgebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Durchschnitt dreimal so groß sind wie diejenigen der Erwachsenenpsychiatrie und dass im Bereich der Niedergelassenen nach der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA etliche neue offene Kassenarztsitze bestehen. Hier müssen alle erdenklichen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, die Mindestpersonalbesetzung doch noch zu realisieren, wofür ein gestuftes System vorzusehen ist.

Zu (3) – siehe auch § 11 - Abzulehnen ist der Vorschlag der GKV und der Patientenvertreter sowie des Deutschen Pflegerats, dass nach unserer Lesart anders als bisher die Zeiten der Nacht- und Wochenenddienste von den bisherigen Psych-PV-Minutenwerten ebenfalls mit abgedeckt werden sollen. Das kommt gegenüber dem bisherigen Stand einer massiven Personalverminderung gleich. Soll eine solche Abdeckung eingeführt werden und auch die Wochenenddienste mit gleichbleibender Besetzung wie gefordert hier eingeschlossen werden, wäre eine deutliche Erhöhung der Minutenwerte zu fordern (siehe auch zu § 3 GKV und zu § 11). Der Hinweis in den „tragenden Gründen“, seitens GKV und DPR, diese würden noch bis zum 1. Januar 2022 definiert, befriedigt insofern nicht. Es fehlt definitiv mindestens ein Hinweis auf die weiterhin, auch nach Auslaufen der Psych-PV, zu verhandelnden Stellen für die Nachtwachen und Nachtbereitschaften, der u.W. auch in der BPfIV nicht niedergelegt wurde.

Zu (5) Die DGKJP plädiert für eine möglichst bürokratiearme Umsetzung einer Kontrolle der Personalmindestbesetzung. Dazu sollte in den kleinen Einheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eine jahresdurchschnittliche Erhebung bezogen auf die jahresdurchschnittliche Bettenauslastung ausreichend sein. Es sei darauf hingewiesen, dass unplanbare Ausfälle durch z.B. Krankheit, oder Schwangerschaften mit sofortigem Tätigkeitsverbot auf einzelnen Stationen in unserem Fachgebiet bereits heute einen

erheblichen logistischen Aufwand für ihre Kompensation benötigen, und dass Vertretungen durch Chefärzte, die häufig erfolgen müssen, in der Mindestpersonalverordnung bzw. der Personalerfassung nicht auftauchen. Darüber hinaus sind kinder- und jugendpsychiatrische Stationen bereits qua Gesetz zur Einhaltung der Aufsichtspflicht sowie über die OPS zur Einhaltung der Mindestmerkmale der jeweiligen OPS-Behandlungskodes verpflichtet. Eine stationsweise Erhebung, dazu noch bezogen auf die tagesscharfen Einstufungen der Patienten, halten wir daher für unser Fach für verzichtbar.

Zu (7) Da die Einheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie qua Gesetz bereits gesondert berücksichtigt und nachgewiesen werden müssen, wurde eine mögliche personelle Quersubventionierung anderer Bereiche bereits im PsychVVG unterbunden.

Zu § 3 (GKV et al.) sowie gleichzeitig auch zu § 11 PatV/DPR

Wie unter § 2 (3) ausgeführt, müssten die Minutenwerte bei Einbezug der Nachtdienste deutlich erhöht werden. Eine zu enge Festlegung der Nachtdienstzeiten ist für kinder- und jugendpsychiatrische Einheiten nicht sinnvoll. So hat es sich durchaus in Jugendeinheiten bewährt, Tagdienst-Schichten bis 22.00 Uhr auszudehnen und Abend-Aktivitäten anzubieten, ähnlich argumentiert der Deutsche Pflegerat. Ebenso hat es sich auf Stationen mit intensiver Pflichtversorgung und unruhigen Kindern und Jugendlichen bewährt, deutlich mehr als 1,4 oder 1,6 VK an Nachtdiensten pro Station vorzuhalten. Eine Festlegung auf Untergrenzen kann für die Stationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie kontraproduktiv wirken. Der Argumentation der „Tragenden Gründe“, dass ohne eine erfolgreiche Regelung Verschiebungen von der Nacht weg zum Tagdienst erfolgen könnten, stellen wir die seit jeher bestehende Aufsichtspflicht gegenüber, die mit einer einzigen Nachtwache pro Station nicht zu gewährleisten ist.

Darüber hinaus entbehrt dieser Vorschlag, sollten die Nacht-Anwesenheiten von Personal lückenlos geregelt werden, eines Hinweises auf zusätzliche, stationsbezogene Pflegerische Bereitschaftsdienste zum Abdecken von ungeplanten Belastungsspitzen, wie sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie üblich sind.

Einer Vorgabe tagesklinischer Öffnungszeiten von 10 Stunden für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie sie bereits in der Psych-PV vorgesehen ist, schließen wir uns aus Gründen der Familienfreundlichkeit und den nur dann bestehenden Therapiemöglichkeiten für berufstätige Eltern an.

Zu § 3 DKG/ § 4 GKV-SV/PatV

Wir bedauern die ausgebliebene Mindestpersonalbemessung für die Stationsäquivalente Behandlung, die doch mindestens der Kategorie KJ2 entsprechen müsste. Die Unsicherheit und regionale Unmöglichkeit, hier in den lokalen Entgeltverhandlungen zu sinnvollen Ergebnissen zu kommen, wird durch das Vermeiden einer Festlegung an dieser Stelle leider nicht behoben.

Aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Kategorie KJ 5 der Schwer- und Mehrfachkranken so gering besetzt, dass auf sie verzichtet werden kann. Wenige spezialisierte Einrichtungen für Patienten mit Behinderungen und Mehrfachkrankheiten

können die besondere Zielgruppe als Strukturmerkmal der Leistungserbringung vor Ort verhandeln. Ein Beibehalten dieser Kategorie erhöht lediglich die Fehleranfälligkeit der Einstufung. Zu redaktionellen Änderungen s.u.

Zu § 5 (DKG)/ § 6 (GKV-SV/PatV), zugleich zu § 11 (GKV-SV) und Anlage 3 (Checkliste GKV-SV zu Personalqualifikationen)

Bei den Berufsgruppen des Pflege- und Erziehungsdienstes plädiert die DGKJP dafür, alle im OPS-Schlüssel des DIMDI aufgeführten Berufsgruppen auch zu benennen, die deutlich über die genannten Qualifikationen hinausgehen: „Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-) Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)“.

Das bildet die Realität des Pflege- und Erziehungsdienstes im Fachgebiet besser ab und verhindert weitere Unsicherheiten auf Seiten der Krankenhausträger. Bereits durch die „Pflegevorbehaltsleistungen“ seit der Reform des Pflegegesetzes hat sich hier eine Definitionslücke ergeben, die der unbedingten Notwendigkeit verschiedener pädagogischer Qualifikationen für die Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht gerecht wird.

Des Gleichen wird (vgl. § 11 GKV-SV et al.) explizit darauf hingewiesen, dass „Genesungsbegleiter“ oder Ex-In-Kräfte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Kinderschutzgründen nicht eingesetzt werden dürfen. Weder können Jugendliche in ein Beschäftigungsverhältnis übernommen werden noch ist es, aufgrund der nicht symmetrischen Beziehungen von Kindern und Jugendlichen zu allen Betreuern, sinnvoll erwachsene Genesungsbegleiter einzustellen. Hier ist auch die UN-KRK heranzuziehen, die die Behandlung von Kindern durch Kinderspezialisten kodifiziert hat.

Zu Anlage 3 des GKV-Spitzenverbandes (S. 66) ist darauf hinzuweisen, dass die Bezeichnung „Fachpflege Psychiatrie“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht hilfreich ist. An mehreren Orten in Deutschland ist es für alle im Pflege- und Erziehungsdienst tätigen Berufsgruppen möglich, eine von den Fachverbänden anerkannte Qualifikation zur „Fachkraft Kinder- und Jugendpsychiatrie“ zu absolvieren. Wenngleich hier ein Tarifmerkmal durch diese Qualifikation leider noch nicht erreicht werden konnte, übernehmen die Fachkräfte doch besondere Aufgaben innerhalb der Stationen und tragen zur Qualitätssicherung in den Einrichtungen maßgeblich bei.

Zur Qualifikation der Psychologen möchten wir uns den Ausführungen der Bundespsychotherapeutenkammer anschließen, dass diese noch in einem weiteren Diskussionsprozess abschließend bewertet werden müssen. Die Gruppierung in der Anlage 3 (S.66) ist für unser Fachgebiet leider fehlerbehaftet. Nicht berücksichtigt ist, dass aktuelle Psychologische Psychotherapeuten für Erwachsene u.a. auch eine Zulassung für die Behandlung von Jugendlichen erhalten können.

Zu § 6 DKG/§ 7 GKV-SV et al.

Zu (1) Die Orientierung des Nachweises der Personalausstattung am Bettenauslastungsgrad wird seitens der DGKJP begrüßt. So bleibt es möglich, personelle Ausstattungen flexibel – z.B. für die StaeB-Einheiten – dem Bedarf anzupassen und nicht, etwa bei baulichen Veränderungen, eine Überbesetzung vorhalten zu müssen. Andererseits ist es erforderlich und sinnvoll, bei Überbelegungen eine Personalaufstockung vorzunehmen. Eine stationsbezogene Orientierung der Personalauslastung an den tagesgleichen Psych-PV-Einstufungen über die Woche ist nicht praktikabel. Es sei zusätzlich darauf hingewiesen, dass zwischen z.B. einer KJ1-Einstufung für unter 14jährige oder einer KJ3-Einstufung für Jugendliche als Intensivpatienten und zusätzlichem, ärztlich indiziertem Personalbedarf für Einzel- oder Kleinstgruppenbetreuung laut den Ergebnissen des InEK nachweislich keine Korrelation besteht, so dass sich der „wahre“ Personalbedarf, auch derjenige für kurzfristige freiheitsentziehende Maßnahmen, nicht aus den Psych-PV-Eingruppierungsvorgaben ableitet. In den kleinen Stationseinheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie entstehen durch wenige Patienten, und sei es nur eine Neuaufnahme mit extrem hohem Betreuungsbedarf, starke Schwankungen im Personalbedarf, die dann ggfs. durch aus anderen Stationen abgezogene Kräfte oder über einen stark anwachsenden Springerpool ausgeglichen werden müssten. Eine solche Strategie wiederum würde das wichtige Prinzip der personellen Beziehungskontinuität, besonders wichtig für die häufig bindungsgestörten jungen Patienten, verletzen. Durch eine stations- und eingruppierungsbezogene „Außensteuerung“, für die ein eigenes Controllinginstrument generiert werden müsste, würde die funktionale Feinsteuerung des Personaleinsatzes eingeschränkt, was eine wesentliche Aufgabe der pflegerischen Abteilungsleitungen darstellt.

Zu § 6 (3) (DKG), gleichzeitig zu § 10 GKV-SV/ §12 PatV: Stationsgrößen

Die Stationsgröße wird laut Vorschlag der DKG in § 6 durch einen „Stationssockel“ von 5000 Minuten für den Pflege- und Erziehungsdienst reguliert, der seitens des GKV SV für die Kinder- und Jugendpsychiatrie analog einer 10-Betten-Station der Berechnung der Minutenwerte für den Pflege- und Erziehungsdienst zugeschlagen wurde. Die DKG-Regelung entspricht der bewährten Psych-PV Vorgabe, so dass für kleinere Stationen mehr Personal generiert wird. Die GKV-Regelung setzt hier einen Fehlanreiz; sie möchte gleichzeitig in § 10 festlegen, dass eine Station in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 12 Plätze nicht überschreiten solle, um in § 10 (2) eine Personalerhöhung für größere Stationen vorzusehen.

Wir begrüßen die Haltung, mittelfristig qualitätsgesicherte Stationsgrößen zu definieren, und machen hier auf die im Auftrag des BMG erstellten „Qualitätsmerkmale für Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen“ (Nomos, 1996) aufmerksam, die bereits entsprechend der Empfehlung des DPR in § 2 (9) eine Stationsgröße von 10 Betten für unser Fachgebiet empfehlen.

Zu § 6 (4) (DKG), gleichzeitig § 7 (5) GKV-SV/ PatV

Die Versorgungsverpflichtung bzw. Regionale Pflichtversorgung soll auf die Minutenwerte angerechnet (GKV/PatV) bzw. bei keiner Pflichtversorgung in Höhe von 10 % abgezogen (DKG) werden. In unserem Fachgebiet versorgen Kliniken bis zu 5-fach unterschiedliche

Einwohnerzahlen im Rahmen der Pflichtversorgung. Von der Pflichtversorgung ausgenommen sind nur wenige Spezialeinrichtungen und einzelne Universitätskliniken. Durch Bettenabbau und bessere Vernetzung steigen die Notaufnahmequoten kontinuierlich. Das wird an einer stetig zunehmenden Quote an Aufnahmen außerhalb der regulären Dienstzeit erkennbar, die bei einzelnen Einrichtungen 50 % überschreiten und – zusammen mit weiterer Notfallversorgung innerhalb der Dienstzeit insgesamt wesentlich mehr als 10 % der Personalressourcen benötigen dürften. Die DGKJP schlägt hier für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein gestuftes Verfahren von Zuschlägen anhand der real zu messenden Notfallversorgung vor. Die im 13. Kinder- und Jugendbericht beklagten „schwarzen Löcher“ der Versorgung zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie können nur so wirkungsvoll angegangen werden (siehe hierzu auch Fegert, Kölch, Becker, Schepker 2013). Gleichzeitig würde sich für unser Fachgebiet die von GKV und Patientenvertretern geforderte Erhebung der Pflichtversorgung damit erübrigen.

Zu den Minutenwerten (Anhang 2, S. 51)

Aus diesen Ausführungen geht gleichzeitig hervor, dass die im Anhang 2, S. 51, abgebildeten Minutenwerte für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, auf die sich etliche der o.g. Bestimmungen beziehen, in den Listen von DKG und GKV mit identischen Werten wie in der Psych-PV 1990 keineswegs ausreichend sind. Wenn davon 80 % als „Mindestausstattung“ definiert werden, sehen wir die Patientensicherheit für unser Fachgebiet nicht gewährleistet. Auch 100 % Psych-PV bilden weder die gestiegenen Fallzahlen und gesunkenen Verweildauern, noch die Belastungen mit gestiegenen Notfallquoten und durch die kürzeren Verweildauern, ebenfalls nicht die durchschnittlich höheren Erkrankungsschweregrade unserer Patienten ab und verkennen den seit der Psychiatrie-Personalverordnung erfolgten starken Abbau von stationärer Bettenkapazität.

Mindestens sollte dem Vorschlag von PatV, DPR und BPTK einer moderaten Erhöhung gefolgt werden, unter zusätzlichem Erhalt des „Sockelbetrags“ von 5000 Minuten. Es erstaunt uns in höchstem Maße, dass der Deutsche Pflegerat und die Patientenvertreter eine Fortschreibung des „Stationssockels“ nicht erwähnen bzw. (DPR in den „tragenden Gründen“ S.24) ablehnen und somit im Bereich des Pflege- und Erziehungsdienstes eine Erhöhung der Minutenwerte - anders als im Bereich der Pflege in der Erwachsenenpsychiatrie! - nicht vorsehen.

Auch ist zu bestreiten, dass die bisherigen Psych-PV-Minutenwerte „interne Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen“ bereits enthalten würden (GKV, Tragende Gründe S. 27) – seit der Psych-PV sind die Umfänge für Pflichtfortbildungen, einschließlich auch notwendiger Fortbildungen für Deeskalationsmaßnahmen, stark gestiegen, auch die zeitlichen für die Facharztweiterbildung erforderliche Umfänge wurden von Bundes- und Landesärztekammern deutlich gesteigert. Auch hier enthält die Aufzählung der Ausfallzeiten keine Tätigkeiten der Hygienefachkräfte oder der Gleichstellungsbeauftragten und ist somit nicht als abschließend zu beschreiben. Hierzu enthalten die „Schussenrieder Tabellen“ für unser Fachgebiet im Begleittext etliche, aus Sicht der DGKJP zutreffende Informationen. Keinesfalls sollte also in den „Tragenden Gründen“ vorgeschrieben werden, dass z.B. interne Aus- und Weiterbildungen in den Verhandlungen vor Ort nicht berücksichtigt werden dürfen.

Zum Strukturmerkmal der Geschlossenheit (Anlage 3, GKV-SV, S 57ff), s.a. TG GKV-SV zu §2 (3), S. 8f

In der KJPPP sind geschlossene Einheiten innerhalb unserer - auch wie vom GBA betont - notwendigerweise kleinen, d.h. auf 10 bis 12 Betten zu beschränkenden, Stationen die Ausnahme. In der Regel können Stationen fakultativ geschlossen werden. Insofern können Analogien, wie im erwachsenenpsychiatrischen Bereich für den besonderen Bedarf solcher Einheiten an Personal nicht auf die KJP übertragen werden: Im Gegenteil wird gerade hier einerseits flexibel ein hoher Personalaufwand notwendig werden, zum anderen aber zur Verhinderung von freiheitsentziehenden oder Zwangsmaßnahmen auch und gerade zuvor ein hoher Personalbedarf notwendig sein. Die Bemessung von Personal anhand kustodialer Aspekte kann einen falschen Anreiz setzen. Wir bestätigen, dass insbesondere besonders vulnerable Patienten, wie Jugendliche mit freiheitsentziehenden Maßnahmen besonders sensible Bedarfe an Personal haben, es darf aber keine Fehlanreize geben.

Redaktionelle Veränderungen, die für das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unbedingt noch in die Personalausstattungs-Richtlinie aufgenommen werden sollten:

§ 1, Anlage 2 Behandlungsbereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Unter 5. muss bei KJ1 und KJ2 die Erwähnung von KJ4 korrigiert werden (S. 44)

Bei KJ3 (S. 45) muss unter 5. der Begriff „Vormundschaftsgerichtlich“ in „familiengerichtlich“ korrigiert werden (korrekte Zuständigkeit)

Berlin, 14.06.2019

Für den Vorstand



Literatur:

Blume A, Snellgrove B, Steinert T (2018) Personalbesetzung und patientenbezogene outcomes. Systematische Literaturübersicht zur internationalen Evidenz. Nervenarzt online, Sept. 2018, <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0621-2>

Hauth I, Brückner-Bozetti P, Heuft G, Kölch M, Löhr M, Richert A, Deister A (2019). Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen Ein patientenorientiertes

und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung, Nervenarzt. 2019 Jan 14. doi: 10.1007/s00115-018-0669-z

Hoffmann M, Rieger R: 2010) Vorgaben und Realität der Psych-PV. Ergebnisse einer Multi-Moment-Studie auf einer allgemeinspsychiatrischen Aufnahmestation. Nervenarzt 81:1354-62.

Nienaber A, Heinz A, Rapp MA, Bempohl F, Schulz M, Berhens J, Löhr M (2018) Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen. Nervenarzt 89: 821-827

Schepker R, Fegert JM, Becker K (2015) Strukturqualität in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Indikatoren für die Planung einer zukünftigen Personalbemessung für die Ära nach der Psychiatrie-Personalverordnung. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 43(6):387-95.

Kontakt:

DGKJP Geschäftsstelle

Reinhardtstraße 27B

10117 Berlin

E-Mail: geschaefsstelle@dgkjp.de



Wissenschaftliche
Fachgesellschaft für
Künstlerische Therapien

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und Sektorenübergreifende
Versorgungskonzepte (QS-V)
Postfach 12 06 06
10596 Berlin
qs@g-ba.de

Erster Vorsitzender

[REDACTED]

Schriftführerin

[REDACTED]

**Stellungnahme der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)
zum Beschlussentwurf des GB-A zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie
(Erstfassung vom 08.05.2019 nach Sitzung UA QS)**

Die Arbeit der WFKT bezieht sich auf die Künstlerischen Therapien, deren Einsatz in Psychiatrie und Psychosomatik etabliert und unter diesem Begriff auch in anderen Regelwerken (OPS, KTL, diverse Leitlinien) einheitlich eingeführt ist. Als Anlage finden Sie beispielhaft einen Artikel von U. Gühne, S. Weinmann, K. Arnold, E.-S. Ay, T. Becker und S. Riedel-Heller zu Künstlerischen Therapien in der Leitlinie Psychosoziale Therapien. Die Künstlerischen Therapien sollten in der neuen Richtlinie unter dieser Bezeichnung separat als eigenständige Therapieform aufgenommen sein. Unsere diesbezüglichen Änderungsvorschläge sind abgestimmt mit der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft e.V. (DMtG).

Künstlerische Therapien sind ein etablierter Bestandteil der multiprofessionellen Arbeit in den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aufgrund der langjährigen intensiven Ausbildung in der therapeutischen Anwendung Künstlerischer Materialien und Prozesse (Musiktherapeut*innen, Kunsttherapeut*innen, Tanztherapeut*innen, Theatertherapeut*innen u.a. Dipl./ BA/ MA oder gleichwertig) bieten sie ein breites Spektrum von Interventionen zur Behandlung von Erkrankungen aller dieser Bereiche. Sie ergänzen damit klinische Diagnostik und Behandlung der psychosozialen Therapien um wichtige handlungsorientierte Zugangsmöglichkeiten. Kompetenzbeschreibungen sind erstellt von der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT). Sie liegen online abrufbar vor und dienen als Instrument der Qualitätssicherung.

Wir stellen fest, dass für unsere Künstlerisch-therapeutischen Kolleg*innen zu wenig direkte Einflussnahme auf den verschiedenen professionellen Ebenen der Berufsausübung vorgesehen ist. Auch der Text des Beschlussentwurfs zeigt u.E. deutlich, dass bisher unsere Berufsgruppe – wie insgesamt Fachtherapeut*innen und Sozialdienst-Mitarbeiter*innen – zu wenig in die Vorarbeiten einbezogen waren. Weitere Änderungsvorschläge betreffen deshalb auch alle sogenannten „Spezialtherapien“.

In der vorgesehenen Bedeutung eignet sich der Begriff „Spezialtherapien“ keinesfalls als Oberbegriff für Ergotherapie und Künstlerische Therapien, da er bereits in abweichender Definition verwendet wurde und wird. Er ist vielmehr zu verstehen als Zusammenfassung der Bereiche Fachtherapien und Soziale Arbeit. Fachtherapien wiederum beinhalten Ergotherapie, Physiotherapie, Bewegungstherapie und Künstlerische Therapien. In der neuen Richtlinie sollte für die unterschiedlichen Begriffe unbedingt eine stringente Definition etabliert werden! Unsere

diesbezüglichen Änderungsvorschläge sind mit dem Deutschen Verband der Ergotherapeut*innen abgestimmt.

Künstlerische Therapien sind in allen Bereichen, denen Patient*innen entsprechend der PsychPV und in der Psychosomatik zugeordnet werden können, anzuwenden; deshalb empfehlen wir, sie auch in allen Behandlungsbereichen zu nennen. Wie Psychotherapie zeigt z.B. Musiktherapie als eine Fachrichtung Künstlerischer Therapie dosisabhängig mehr oder weniger starke Wirkung (vgl. Gühne et.al.). Um die Effektivität dieser Fachtherapie feststellen zu können müsste auch für sie unter kurzen klinischen Behandlungsdauern eine entsprechende erreichbare Mindestdosis festgesetzt sein.

Die Berechnung von Minutenwerten für die Künstlerischen Therapien wird dadurch erschwert, dass je nach Klinikkonzept aktuell bestehende diverse nach PsychPV ergotherapeutische Regelaufgaben sehr unterschiedlich auf dafür fachspezifisch qualifiziert ausgebildete Berufsgruppen verteilt wurden. So wird in der Psychosomatik Künstlerische Therapie weitestgehend von Künstlerischen Therapeuten erbracht, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Erwachsenenpsychiatrie in sehr unterschiedlichem Verhältnis auch von anderen fachtherapeutischen Berufsgruppen. Je nach PsychPV-Behandlungsbereich weichen die für die Erbringung zuständigen Berufsgruppen zwischen den Kliniken noch einmal deutlich voneinander ab.

Grundsätzlich ist bzgl. der unter der Überschrift „Ergotherapie“ in der PsychPV vorgesehenen Minutenwerte davon auszugehen, dass die Notwendigkeit der Verteilung von Tätigkeiten auf unterschiedliche Berufsgruppen mit sehr verschiedenen Aufgabenschwerpunkten zu einer Rationierung geführt hat. Der vorgesehene Effekt für die Behandlung der Patient*innen wird dadurch keinesfalls erreicht. Zudem können aus diesem Grund für die Minutenwerte der Künstlerischen Therapien keine konkreten Zahlen angegeben werden.

Wir plädieren für eine deutliche Anhebung der Minutenwerte gemessen an den aktuellen Zahlen der PsychPV, die den aktuellen Bestand an Künstlerischen Therapeut*innen sichert und eine Erweiterung ermöglicht, wo bisher die Rationierung zu Lasten eines angemessenen Therapieangebots mit Künstlerischen Therapien einherging. Im Rahmen der Übergangszeit sollte mit dem Ziel einer verbindlichen Festlegung von separaten Minutenwerten für Künstlerische Therapien eine Bearbeitung der Thematik unter Beteiligung der betroffenen Berufsgruppen stattfinden.

Über die im Folgenden konkret ausformulierten Änderungsvorschläge zu Künstlerischen Therapien bzw. allen Fach- oder Spezialtherapien hinausgehend bewertet die Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien den Richtlinienentwurf als problematisch bezogen auf den gesetzlichen Auftrag zu qualitätsbezogenen und leitliniengerechten Personalmindestvorgaben. Da das ursprüngliche Konzept zur Ermittlung belastbarer Daten für eine Berechnungsgrundlage keine nutzbaren Ergebnisse gebracht hat und sich nun tendenziell eine Fortschreibung der bisherigen PsychPV-Berechnung abzeichnet muss die Richtlinie mit verbindlichem Zeitplan weiterentwickelt werden; das sich aktuell abzeichnende Verfahren kann nur eine Übergangslösung sein. Die Psych-PV kann zwar als Grundlage der übergangsweisen Personalmindestvorgaben dienen, ihre Vorgaben müssen aber sofort quantitativ an die durch die Leitlinien vorgegebenen Standards angepasst werden. Sie muss zwischen an der erforderlichen Qualität ausgerichteten Personalmindestvorgaben und einer zur Gewährleistung der Patientensicherheit erforderlichen Personaluntergrenze differenzieren und ein differenziertes und auf die Erreichung der Qualität ausgerichtetes System von Maßnahmen zur Erfüllung der Mindestvorgaben vorsehen.

Die Änderungsvorschläge der WFKT im Einzelnen:

S. 6

Originaltext

§ 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen

Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert: a) Ärzte b) Krankenpflegepersonen, Erzieher (nur KJP) c) Diplom-Psychologen, Master-Psychologen [GKV-SV/PatV: Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nur KJP)] d) *Spezialtherapeuten [GKV-SV/PatV: (Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten)]* e) *Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten* f) *Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP)* g) *Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)*

Änderungsvorschlag:

d) Ergotherapeuten, e) Künstlerische Therapeuten, f) Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten g) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP) h) Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)

S. 10

Originaltext

§7 DKG GKV-SV/PatV § 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen [in Anlage 4 verortet]

Bei der tatsächlichen Personalausstattung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege oder in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, entsprechend dem in § 17a KHG genannten Schlüssel anzurechnen. Psychotherapeuten in Ausbildung sind zu berücksichtigen, wenn diese vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufes erhalten. Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräfte aus den Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. *Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen b, d, e, f und g. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern*

Änderungsvorschlag:

Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c **und zwischen d, e, f und g**. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern...

S.11

Originaltext

§8 DKG/GKV-SV PatV/DPR/BPtK [keine Übernahme]

§ 10 Leitungskräfte

Die Personalbemessung für leitende Ärzte oder ggf. leitende Psychotherapeuten richtet sich nach der Zahl der nach § 8 ermittelten Stellen für Ärzte und Psychologen; diese sollen im Verhältnis 8 zu 1 in

ganze oder anteilige Stellen für leitende Ärzte umgerechnet werden. Die Zahl der leitenden Krankenpflegekräfte entspricht der errechneten Zahl der leitenden Ärzte nach Absatz 1.

Ergänzungsvorschlag:

Die Zahl der leitenden Spezialtherapeuten richtet sich nach der Zahl der leitenden Ärzte nach Absatz 1.

Anlage 1

Originaltext

S. 27 ff.

Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte (inklusive Erläuterungen)

Ergänzungsvorschlag:

Explizite Nennung der Künstlerischen Therapien in Spalte 4 (Behandlungsmittel) bei allen Behandlungsbereichen und einzelne Änderungs-/ Ergänzungsvorschläge zu Spalte 5 (Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)), z.B.

Originaltext

A. Allgemeine Psychiatrie [GKV-SV: und Psychosomatik]

A 1 Regelbehandlung: *Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie*

Ergänzungsvorschlag: Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Künstlerische Therapien

Entsprechende Ergänzungen zu A 2 bis A 9

Originaltext

S. 33 ff.

S. Abhängigkeitskranke

S 1 bis S 6, z.B.

[DKG: S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker

Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichem und pflegerischem Aufwand, suchtspezifische soziotherapeutisch mehrdimensionale Behandlung

Änderungsvorschlag:

Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichem und pflegerischem Aufwand, suchtspezifische psychosoziale mehrdimensionale Behandlung...

Originaltext

S6 Tagesklinische Behandlung

Diagnostik, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfe...

Ergänzungsvorschlag:

Diagnostik, Psychotherapie, Ergotherapie, **Künstlerische Therapien**, ...

Originaltext

S. 37 ff.

G. Gerontopsychiatrie

G 1 bis G 6 z.B.

G 6 Psychiatrische, neurologische und allgemein-medizinische Diagnostik und Therapie einschließlich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Soziotherapie, Psychotherapie...

Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:

Psychiatrische, neurologische und allgemein-medizinische Diagnostik und Therapie einschließlich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Psychotherapie, Künstlerische Therapien ...

Originaltext

S. 42 ff.

KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJ 1 bis KJ9), z.B.

KJ 1: Diagnostik und medizinische Grundversorgung, heilpädagogische Behandlung, Elternberatung, Familientherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, funktionelle Therapien, und Entwicklungstherapie

Ergänzungsvorschlag:

KJ 1: Diagnostik und medizinische Grundversorgung, heilpädagogische Behandlung, Elternberatung, Familientherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Künstlerische Therapien

Originaltext

KJ 2: Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Milieuthherapie; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; Beschäftigungstherapie; Arbeitstherapie

Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:

KJ 2: Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Milieuthherapie; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; Ergotherapie; Künstlerische Therapien

Originaltext

[DKG: KJ5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker
Medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Verlaufsdiagnostik; heilpädagogische Gruppenbehandlung; Elternberatung; Familientherapie; funktionelle Therapie ...

Ergänzungsvorschlag: Medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Verlaufsdiagnostik; heilpädagogische Gruppenbehandlung; Künstlerische Therapien, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie ...

Originaltext

Diese Patienten können in der Regel nicht selbständig zu therapeutischen Aktivitäten oder diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen. Sie benötigen eine hohe Pflege- und Betreuungsintensität. Therapie ist überwiegend nur im Einzelkontakt oder in Kleinstgruppen möglich. *Die pflegerischen, betreuerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden ergänzt durch adjuvante Therapieformen (z.B. wahrnehmungs- und bewegungsaktivierende Maßnahmen und krankengymnastische Behandlungen).*

Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:

Neben pflegerischen, betreuerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden z.B. wahrnehmungs- und bewegungsaktivierende Maßnahmen im Rahmen von Ergotherapie, Künstlerischen Therapien und Bewegungstherapie eingesetzt.

Originaltext

KJ7 Tagesklinische Behandlung

Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische Behandlung; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; funktionelle Therapien; Entwicklungstherapie

Ergänzungsvorschlag: Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische, ergotherapeutische, künstlerisch-therapeutische Behandlung; ...

Anlage 2: Minutenwertetabellen

Originaltext

S. 50

Zur Differenzierung zwischen Ergotherapie und Künstlerischen Therapie und der Begrenzung der Ersetzbarkeit sind diese auch in den Minutenwertetabellen getrennt zu führen.

1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene [DKG: Zeitwerte in Minuten je Woche und Behandlungsbereich

Behandlungsbereiche

Ärzte Krankenpflegepersonal

Diplom-Psychologen

Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Änderungsvorschlag:

(...)

Ergotherapeuten

Künstlerische Therapeuten

Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten

(...)

Originaltext

S. 51

2. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

Behandlungsbereiche

Ärzte Krankenpflegepersonal

Diplom-Psychologen

Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten.

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Sprachheiltherapeuten, Logopäden

Änderungsvorschlag:

(...)

Ergotherapeuten

Künstlerische Therapeuten

Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen

(...)

Anlage 3: Checkliste für das Nachweisverfahren...

Originaltext

S. 56

Datenfeld

Berufsgruppe

Spezialtherapeuten:

Änderungsvorschlag:

Ergotherapeuten

Künstlerische Therapeuten

Originaltext

S.61

Berufsgruppe

Ergo-, Kunst-, Musik-, Kreativth.:

Änderungsvorschlag:

Ergotherapeuten

Künstlerische Therapeuten

Originaltext

S. 62

9-649.5* TE Einzeltherapie *Spezialtherap.*

S. 63

9-696.5* TE Einzeltherapie *Spezialtherap.*

Änderungsvorschlag:

Der Begriff „Spezialtherapie“ kann hier nur verwendet werden, wenn er durchgehend ausschließlich als Oberbegriff für Fachtherapien und Sozialdienst verwendet wird, sonst ggfs. ändern!

Originaltext

S. 64

Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten

Physiotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten

Änderungsvorschlag:

Ergotherapeuten

Künstlerische Therapeuten

Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten

Originaltext

S. 66

Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten

Davon Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Physiotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen

Davon Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Sprachheiltherapeuten, Logopäden

Änderungsvorschlag:

Ergotherapeuten

Künstlerische Therapeuten...

Anlage 4: Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung

Originaltext

S. 70

Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 8 können bei den in § 6 genannten Berufsgruppen Tätigkeiten von Fachkräften aus anderen Berufsgruppen berücksichtigt werden, soweit deren Tätigkeiten den Regelaufgaben im Sinne der in der Anlage 5 dargestellten Tätigkeiten entsprechen, bei der die Anrechnung erfolgen soll. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen, die in § 6 genannt werden, möglich: zwischen a und c *und zwischen b, d, e, f und g*. Die Umfänge der angerechneten VKS sind im Nachweis gesondert auszuweisen und zu begründen.

Änderungsvorschlag:

... und zwischen d, e, f, g und h.

Originaltext

Anlage 4: Regelaufgaben

Erwachsenenpsychiatrie

S. 74 f.

*e) **Ändern/ Streichen** in Regelaufgaben Ergotherapeuten [GKV-SV:, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten]*

Änderungsvorschlag:

e) Regelaufgaben Ergotherapeuten

1. Grundversorgung – Mitwirkung bei Anamnese/Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung – Dokumentation
2. Einzelfallbezogene Behandlung – Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung – Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung
3. Gruppenbezogene Behandlung – Lebenspraktisch orientierte Beschäftigungstherapie – Arbeitstherapie und Belastungserprobung – Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen – Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten – Vor- und Nachbereitung – Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision – Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie

f) Regelaufgaben Künstlerische Therapeuten

1. Grundversorgung – Mitwirkung bei und fachspezifische Ergänzung der Anamnese/Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung – Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung – wahrnehmungs- und kommunikations- sowie kreativitätsfördernde Behandlung – regulierende Behandlung von Aufmerksamkeit, Spannung und Affekten

3. Gruppenbezogene Behandlung – wahrnehmungs-, kommunikations- und kreativitätsfördernde Behandlung – regulierende Behandlung von Aufmerksamkeit, Spannung und Affekten, Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen

4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten – Vor- und Nachbereitung – Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision – Beschaffung, Organisation und Pflege von Therapiematerial, Verwaltungsaufgaben – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Künstlerischen Therapien

g) Regelaufgaben Bewegungstherapeuten ...

h) Regelaufgaben Sozialarbeiter und Sozialpädagogen 1. Sozialpädagogische Grundversorgung ...

Originaltext

Kinder- und Jugendpsychiatrie

S.79 f.

e) Regelaufgaben der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Ergotherapeuten) [GKV-SV: , Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten] 1. Grundversorgung – Mitwirkung bei der Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich; Planung, Durchführung, Verlaufskontrolle der Ergotherapie – Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung – Beeinflussung emotionaler Probleme *mittels kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie* – Funktionelle Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training neurophysiologisch orientierte Behandlung von Leistungsdefiziten – Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung 3. Gruppenbezogene Behandlung – *Kreativitätsfördernde Beschäftigungstherapie einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie* – Lebenspraktisch orientierte Beschäftigungstherapie – Arbeitstherapie, Fertigungs- und Belastungserprobung – Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten – Vor- und Nachbereitung – Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision* – Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie

Änderungsvorschlag:

e) Regelaufgaben der Ergotherapeuten 1. Grundversorgung...

ändern/ streichen: mittels kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie ...

ändern/ streichen: Kreativitätsfördernde Beschäftigungstherapie einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie...

f) Regelaufgaben der Künstlerischen Therapeuten 1. Grundversorgung – Mitwirkung bei und fachspezifische Ergänzung der Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im

Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich; Planung, Durchführung, Verlaufskontrolle der Künstlerischen Therapien – Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung – Aufmerksamkeit, Kontakt und Kommunikation, Affektsteuerung und Kreativität fördernde sowie Aufmerksamkeit und Spannung regulierende Behandlung

3. Gruppenbezogene Behandlung – Aufmerksamkeit, Kontakt und Kommunikation, Affektsteuerung, Sozialkompetenz und Kreativität fördernde sowie Aufmerksamkeit und Spannung regulierende Behandlung

(...)

g) Regelaufgaben der Bewegungstherapeuten 1. Grundversorgung ...

h) Regelaufgaben der Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Heilpädagogen 1. Grundversorgung ...

i) Regelaufgaben Sprachtherapeuten und Logopäden 1. Grundversorgung...

Originaltext

Regelaufgaben Psychosomatik

S. 83

d) Regelaufgaben der Spezialtherapeuten - Gestaltungstherapie - Konzentrierte Bewegungstherapie - Musiktherapie/oder Möglichkeiten zur zusätzlichen Einzeltherapie in einer der genannten Spezialtherapien

Änderungsvorschlag:

d) Regelaufgaben der Fachtherapeuten – Mitwirkung bei Anamnese- und Befunderhebung (Ergänzung mit fachspezifischer und psychosozialer Diagnostik) und Therapieplanung – Künstlerische Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a.), Körperpsychotherapie wie z.B. Konzentrierte Bewegungstherapie – als Gruppentherapie sowie Möglichkeiten zur zusätzlichen Einzeltherapie in einer der genannten Fachtherapien ...

Originaltext

Tragende Gründe

S.22 ff.

Änderungsvorschlag:

Die markierten Textstellen sind den oben genannten Änderungen entsprechend anzupassen! Z.B.

Originaltext bitte gem. den obigen Angaben modifizieren

§ 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV)

Berufsgruppen

Der Systematik der Psych-PV folgend, werden innerhalb der ersten Stufe diejenigen Berufsgruppen innerhalb dieser Richtlinie abgebildet, für die bereits mit der Psych-PV die jeweiligen Regelaufgaben und damit verbundene Minutenwerte aufgeführt wurden.

Ändern/ streichen: Die damals angeführte Berufsgruppe der Ergotherapeuten wird jedoch in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten überführt, in die auch Musik-, Kunst- und Kreativtherapeuten zu verorten sind. Es handelt sich bei den in § 5 aufgeführten und den hier beispielhaft genannten Berufsgruppen, welche unter den Spezialtherapeuten zu verorten sind, nicht um eine abschließende Aufzählung. Insbesondere im Bereich der Spezialtherapeuten gibt es weitere Berufsgruppen, die es zu berücksichtigen gilt – wie zum Beispiel Tanztherapeuten.

Da die verbleibende Zeit bis zur Beschlussfassung der Richtlinie nicht ausreicht, wird im Sinne einer Übergangslösung auf eine (notwendige) Erweiterung der Berufsgruppen in der ersten Stufe verzichtet. Insbesondere für die Psychologischen Psychotherapeuten müssten konsequenterweise die Regelaufgaben und Tätigkeiten grundständig neu aufgenommen werden. Die Einführung neuer Berufsgruppen und die Festlegung der Regelaufgaben erfolgt in der zweiten Stufe gemäß § 13 Absatz 3.

GKV-SV

Die alte Berufsgruppe Ergotherapeuten der Psych-PV heißt neu d) Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten. Die Regelaufgaben der Ergotherapeuten werden in der heutigen Praxis auch von anderen Therapeuten, wie etwa Musik-, Kunst- oder Kreativtherapeuten übernommen. Deshalb wurde die Berufsgruppe der Ergotherapeuten um diese entsprechenden Minutenwerten ...hinterlegt werden müssen. Die Einführung der Berufsgruppe Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), die sich in ihrer Qualifikation und ihrem Kompetenzprofil von der Berufsgruppe der Psychologen unterscheiden, würde deshalb ebenfalls die Definition von Regelaufgaben für diese neue Berufsgruppe erfordern. Eine Gleichsetzung der Regelaufgaben / Tätigkeitsprofile mit dem der Psychologen ist nicht sachgerecht. Da die verbleibende Zeit für eine fristgerechte Verabschiedung der Richtlinie nicht ausreicht, um neue Berufsgruppen mit neuen Regelaufgaben zu definieren, wird auf

eine Erweiterung der Berufsgruppen um die Berufsgruppe der PP/KJP verzichtet. Die Einführung dieser Berufsgruppen einschließlich der Festlegung der Regelaufgaben erfolgt verbindlich in Stufe 2. (...) Therapeuten ergänzt. Die Begrifflichkeit der Spezialtherapeuten findet bereits im OPS Anwendung und ist dort umfassender festgelegt.

S. 33

[DKG:] § 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen

Die mit § 6 Absatz 6 geschaffene Möglichkeit der Anrechnung anderer Berufsgruppen hinsichtlich der Ermittlung der Einhaltung der Mindestvorgabe wird mit § 7 konkretisiert. Sich pragmatisch an der Systematik der Psych-PV orientierend, wurden hier die innerhalb der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nr. 8 BPfIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Absatz 2 S. 2 und 3 BPfIV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) definierten Möglichkeiten der Anrechnung inhaltlich übernommen und nur hinsichtlich formaler Aspekte (der jeweiligen Verweise auf die Berufsgruppen und Tätigkeiten) an die Richtlinie angepasst.

S. 53

Wie bezüglich der Behandlungsbereiche unter § 3 bereits erläutert, werden die Minutenwerte der Personalanzahlzahlen von Heuft 1999 in einen neuen Behandlungsbereich für psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungen überführt. Um dies zu ermöglichen, waren bezüglich der Berufsgruppen der Ärzte und Psychologen sowie bezüglich der Spezialtherapeuten Umrechnungen der Minutenwerte erforderlich. Für Ärzte und Psychologen wird bei Heuft 1999 ein gemeinsamer Wert aufgeführt, der zu einem Viertel den Psychologen und drei Vierteln dem ärztlichen Personal zuzuordnen ist. Entsprechend dieser Verhältnisangaben wurde der Minutenwert anteilig den Ärzten und den Psychologen zugerechnet. Ein ähnliches Vorgehen war hinsichtlich der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten erforderlich. Bei Heuft 1999 umfassen die Aufgaben der Spezialtherapeuten sowohl Spezialtherapien als auch Bewegungstherapien. Zwei Drittel der Minutenwerte entfallen bei Heuft 1999 auf spezialtherapeutische und ein Drittel auf bewegungstherapeutische Tätigkeiten. Im gleichen Verhältnis wurden die Minutenwerte den in dieser Richtlinie getrennt aufgeführten Berufsgruppen der Spezialtherapeuten und der Bewegungstherapeuten/Physiotherapeuten zugeordnet.

S. 55

Heute werden von allen Berufsgruppen, die in der Psych-PV genannt werden, auch vom Pflegepersonal, von den Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeuten und Sozialarbeitern, psychotherapeutische Behandlung angeboten. Dies sollte bei der Anpassung der Richtlinie künftig beachtet werden.

S. 56

Neben der Erhöhung der Minutenwerte für Ärzte, Psychotherapeuten und Pflegepersonen sind die Minutenwerte für die Berufsgruppe der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und für die Heilpädagogen in der KJP die Minutenwerte zu erhöhen. Die verpflichtende Einführung des Entlassmanagements, die komplexe Arbeit mit Angehörigen, (siehe hierzu die Auswertung der Expertengespräche an zahlreichen Stellen (Peth et al. 2019) sowie die Schussenrieder Tabellen 2018), die Mitarbeit in multiprofessionellen Teams (z. B. in der stationsäquivalenten Behandlung), die Beteiligung an der Umsetzung neuer Konzepte wie Empowerment, Dialog und Recovery, die Beteiligung an der Erstellung eines integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans, generell gestiegener

administrativer Aufwand bei Anträgen des SGB XII u .a., Anträge nach Betreuungsrecht und an der Vernetzung mit Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie und Suchtkrankenhilfe insbesondere bei Personen in prekären Lebensverhältnissen mit Arbeits- und Wohnungslosigkeit (vgl. auch hier die Auswertung der im Rahmen der zuständigen AG des G-BA durchgeführten Fachgespräche), nimmt die Tätigkeit der Sozialarbeit eine bedeutsame Rolle bei der Ergebnisqualität der Behandlung und zur psychosozialen Stabilisierung der Patienten ein. Da aus den Fachgesprächen nur vereinzelte Angaben zu Minutenwerten hervorgehen, jedoch zahlreiche Empfehlungen auf der Basis der praktischen klinischen Tätigkeit ausgesprochen und dokumentiert vorliegen, empfehlen wir, für die Sozialarbeit die Werte aus den Schussenrieder Tabellen zu übernehmen. Auch für die Berufsgruppen „Ergotherapeuten/-therapeutinnen u. a.“ sowie „Bewegungs-, Physiotherapeuten/-therapeutinnen“ empfehlen wir, die erhöhten Minutenwerte aus den Schussenrieder Tabellen zu übernehmen. Die Auswertungen der Fachgespräche weisen auch hier auf einen Mehrbedarf dieser Berufsgruppen in allen Bereichen der stationären psychiatrischen Versorgung hin. Aktuelle S3-Leitlinien belegen die Evidenz von Ergotherapie (S3-LL Unipolare Depression) und Bewegungsprogrammen (LL Unipolare Depression, S3-LL Schizophrenie). Bei der Neuberechnung der Minutenwerte ist ebenfalls ein Mehrbedarf bei den **Musik- und Kunsttherapeuten („Spezialtherapeuten“)** zu berücksichtigen. Diese Berufsgruppen wurden seit der Verabschiedung der Psych-PV in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen vermehrt oder neu etabliert. Der gesamte Bereich der **Kreativtherapie und der Bewegungs- und Sporttherapie** hat sich personell weiterentwickelt und wird wegen seiner gut nachgewiesenen therapeutischen Wirkung wesentlich umfangreicher als früher in der Therapie und Diagnostik eingesetzt.

(...)

Die entsprechenden Minutenwerte sind bei der Angehörigenarbeit für Ärzte, Pflegende, **Fachtherapien**, Sozialarbeit und Genesungsbegleiter zu hinterlegen.

S. 59

Eine leitliniengerechte Behandlung psychischer Erkrankungen umfasst insbesondere Pharmakotherapie und Psychotherapie sowie **psychosoziale Therapien**.

**Stellungnahme der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft e.V. (DMtG)
zum Beschlussentwurf des GB-A zur Personalausstattung
Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
(Erstfassung vom 08.05.2019 nach Sitzung UA QS)**

Die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft ist Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien und betrachtet die Musiktherapie als eine der Künstlerischen Therapien, zu denen außerdem Kunsttherapie, Tanztherapie, Theatertherapie u.a. gehören, deren Einsatz in Psychiatrie und Psychosomatik seit Jahrzehnten etabliert und unter diesem Begriff auch in anderen Regelwerken (OPS, KTL, diverse Leitlinien) eingeführt ist. Beispielfhaft sei hier einen Artikel von U.

Gühne, S. Weinmann, K. Arnold, E.-S. Ay, T. Becker und S. Riedel-Heller zu Künstlerischen Therapien in der Leitlinie Psychosoziale Therapien erwähnt¹ (s. Anlage). Die Künstlerischen Therapien sollten in der neuen Richtlinie unter dieser Bezeichnung separat als eigenständige Therapieform im Bereich der Psychosozialen Therapien aufgenommen sein. Unsere diesbezüglichen Änderungsvorschläge sind abgestimmt mit der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien.

Künstlerische Therapien sind ein etablierter Bestandteil der multiprofessionellen Arbeit in den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aufgrund der langjährigen intensiven Ausbildung in der therapeutischen Anwendung Künstlerischer Materialien und Prozesse (Musiktherapeut*innen, Kunsttherapeut*innen, Tanztherapeut*innen, Theatertherapeut*innen u.a. Dipl./ BA/ MA oder gleichwertig) bieten sie ein breites Spektrum von Interventionen zur Behandlung von Erkrankungen aller dieser Bereiche. Sie ergänzen damit klinische Diagnostik und Behandlung der psychosozialen Therapien um wichtige handlungsorientierte Zugangsmöglichkeiten. Kompetenzbeschreibungen sind erstellt von der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT). Sie liegen online abrufbar vor und dienen als Instrument der Qualitätssicherung.

Wir stellen fest, dass zu wenig direkte Berücksichtigung und Einflussnahme auf den verschiedenen professionellen Ebenen der Berufsausübung unserer Künstlerisch-therapeutischen Kolleg*innen verankert ist. Auch der Text des Beschlussentwurfs zeigt u.E. deutlich, dass bisher unsere Berufsgruppe – wie insgesamt Fachtherapeut*innen und Sozialdienst-Mitarbeiter*innen – zu wenig in die Vorarbeiten einbezogen waren. Weitere Änderungsvorschläge betreffen deshalb auch alle sogenannten „Spezialtherapien“.

In der vorgesehenen Bedeutung eignet sich der Begriff „Spezialtherapien“ keinesfalls als Oberbegriff für Ergotherapie und Künstlerische Therapien, da er bereits in abweichender Definition verwendet wurde und wird. Er ist vielmehr zu verstehen als Zusammenfassung der Bereiche Fachtherapien und Soziale Arbeit. Fachtherapien wiederum beinhalten Ergotherapie, Physiotherapie, Bewegungsthera-

¹ **Gühne U.** et.al., Künstlerische Therapien bei schweren psychischen Störungen - Sind sie wirksam? Nervenarzt 2012 DOI 10.1007/s00115-011-3472-7 © Springer-Verlag 2012

pie und Künstlerische Therapien. In der neuen Richtlinie sollte für die unterschiedlichen Begriffe unbedingt eine stringente Definition etabliert werden! Unsere diesbezüglichen Änderungsvorschläge sind mit dem Deutschen Verband der Ergotherapeut*innen abgestimmt.

Künstlerische Therapien sind in allen Bereichen, denen Patient*innen entsprechend der PsychPV und in der Psychosomatik zugeordnet werden können, anzuwenden; deshalb empfehlen wir, sie auch in allen Behandlungsbereichen zu nennen. Wie Psychotherapie zeigt z.B. Musiktherapie als eine Fachrichtung Künstlerischer Therapie dosisabhängige Effekte (vgl. Gühne et.al.). Um die Effektivität dieser Fachtherapie sicherzustellen, müsste auch für sie unter kurzen klinischen Behandlungsdauern eine entsprechende erreichbare Mindestdosis (min. 9-16 TE) festgesetzt sein (vgl. Gold et al. 2009)².

Die Berechnung von Minutenwerten für die Künstlerischen Therapien wird dadurch erschwert, dass je nach Klinikkonzept aktuell bestehende diverse nach PsychPV ergotherapeutische Regelaufgaben sehr unterschiedlich auf dafür fachspezifisch qualifiziert ausgebildete Berufsgruppen verteilt wurden. So wird in der Psychosomatik Künstlerische Therapie weitestgehend von Künstlerischen Therapeuten erbracht, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Erwachsenenpsychiatrie in sehr unterschiedlichem Verhältnis auch von anderen fachtherapeutischen Berufsgruppen. Je nach PsychPV-Behandlungsbereich weichen die für die Erbringung zuständigen Berufsgruppen zwischen den Kliniken noch einmal deutlich voneinander ab.

Grundsätzlich ist bzgl. der unter der Überschrift „Ergotherapie“ in der PsychPV vorgesehenen Minutenwerte davon auszugehen, dass die Notwendigkeit der Verteilung von Tätigkeiten auf unterschiedliche Berufsgruppen mit sehr verschiedenen Aufgabenschwerpunkten zu einer Rationierung geführt hat. Der vorgesehene Effekt für die Behandlung der Patient*innen wird dadurch keinesfalls erreicht. Zudem können aus diesem Grund für die Minutenwerte der Künstlerischen Therapien keine konkreten Zahlen angegeben werden.

Wir plädieren für eine deutliche Anhebung der Minutenwerte gemessen an den aktuellen Zahlen der PsychPV, die den aktuellen Bestand an Künstlerischen Therapeut*innen sichert und eine Erweiterung ermöglicht, wo bisher die Rationierung zu Lasten eines angemessenen Therapieangebots mit Künstlerischen Therapien einherging. Im Rahmen der Übergangszeit sollte mit dem Ziel einer verbindlichen Festlegung von separaten Minutenwerten für Künstlerische Therapien eine Bearbeitung der Thematik unter Beteiligung der betroffenen Berufsgruppen stattfinden.

Über die im Folgenden konkret ausformulierten Änderungsvorschläge zu Künstlerischen Therapien bzw. allen Fach- oder Spezialtherapien hinausgehend bewertet die Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien den Richtlinienentwurf als problematisch bezogen auf den gesetzlichen Auftrag zu qualitätsbezogenen und leitliniengerechten Personalmindestvorgaben. Da das ursprüngliche Konzept zur Ermittlung belastbarer Daten für eine Berechnungsgrundlage keine nutzbaren Ergebnisse gebracht hat und sich nun tendenziell eine Fortschreibung der bisherigen PsychPV-Berechnung abzeichnet muss die Richtlinie mit verbindlichem Zeitplan weiterentwickelt werden; das

² **Gold C.**, Solli H.-P., Krüger V., Lie S.A. (2009): Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders – systematic review and metaanalysis, in: Clinical Psychology Review, Bd. 29, S. 193-207



sich aktuell abzeichnende Verfahren kann nur eine Übergangslösung sein. Die Psych-PV kann zwar als Grundlage der übergangsweisen Personalmindestvorgaben dienen, ihre Vorgaben müssen aber sofort quantitativ an die durch die Leitlinien vorgegebenen Standards angepasst werden. Sie muss zwischen an der erforderlichen Qualität ausgerichteten Personalmindestvorgaben und einer zur Gewährleistung der Patientensicherheit erforderlichen Personaluntergrenze differenzieren und ein differenziertes und auf die Erreichung der Qualität ausgerichtetes System von Maßnahmen zur Erfüllung der Mindestvorgaben vorsehen.

[Redacted signature]

Vorstand

[Redacted signature]

[Redacted signature]

Beisitzerin Vorstand



Die Änderungsvorschläge der DMtG im Einzelnen:

S. 6

Originaltext

§ 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen

Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert: a) Ärzte b) Krankenpflegepersonen, Erzieher (nur KJP) c) Diplom-Psychologen, Master-Psychologen [GKV-SV/PatV: Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nur KJP)] d) *Spezialtherapeuten* [GKV-SV/PatV: (Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten)] e) *Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten* f) *Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP)* g) *Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)*

Änderungsvorschlag:

d) Ergotherapeuten, e) Künstlerische Therapeuten, f) Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten g) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP) h) Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)

S. 10

Originaltext

§7 DKG GKV-SV/PatV § 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen [in Anlage 4 verortet]

Bei der tatsächlichen Personalausstattung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege oder in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, entsprechend dem in § 17a KHG genannten Schlüssel anzurechnen. Psychotherapeuten in Ausbildung sind zu berücksichtigen, wenn diese vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufes erhalten. Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräfte aus den Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. *Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen b, d, e, f und g. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern*

Änderungsvorschlag:

Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen d, e, f und g. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern...

S.11

Originaltext

§8 DKG/GKV-SV PatV/DPR/BPtK [keine Übernahme]

§ 10 Leitungskräfte

Die Personalbemessung für leitende Ärzte oder ggf. leitende Psychotherapeuten richtet sich nach der Zahl der nach § 8 ermittelten Stellen für Ärzte und Psychologen; diese sollen im Verhältnis 8 zu 1 in ganze oder anteilige Stellen für leitende Ärzte umgerechnet werden. Die Zahl der leitenden Krankenpflegekräfte entspricht der errechneten Zahl der leitenden Ärzte nach Absatz 1.

Ergänzungsvorschlag:

Die Zahl der leitenden Spezialtherapeuten richtet sich nach der Zahl der leitenden Ärzte nach Absatz 1.

Anlage 1

Originaltext

S. 27 ff.

Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte (inklusive Erläuterungen)

Ergänzungsvorschlag:

Explizite Nennung der Künstlerischen Therapien in Spalte 4 (Behandlungsmittel) bei allen Behandlungsbereichen und einzelne Änderungs-/ Ergänzungsvorschläge zu Spalte 5 (Erläuterungen – Selbstverwaltung (SV)), z.B.

Originaltext

A. Allgemeine Psychiatrie [GKV-SV: und Psychosomatik]

A 1 Regelbehandlung: *Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie*

Ergänzungsvorschlag: Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Künstlerische Therapien

Entsprechende Ergänzungen zu A 2 bis A 9

Originaltext

S. 33 ff.

S. Abhängigkeitskranke

S 1 bis S 6, z.B.

[DKG: S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker

Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichem und pflegerischem Aufwand, suchtspezifische soziotherapeutisch mehrdimensionale Behandlung

Änderungsvorschlag:

Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichem und pflegerischem Aufwand, suchtspezifische psychosoziale mehrdimensionale Behandlung...

Originaltext

S6 Tagesklinische Behandlung

Diagnostik, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfe...

Ergänzungsvorschlag:

Diagnostik, Psychotherapie, Ergotherapie, Künstlerische Therapien, ...

Originaltext

S. 37 ff.

G. Gerontopsychiatrie

G 1 bis G 6 z.B.

G 6 Psychiatrische, neurologische und allgemein-medizinische Diagnostik und Therapie einschließlich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Soziotherapie, Psychotherapie...

Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:

Psychiatrische, neurologische und allgemein-medizinische Diagnostik und Therapie einschließlich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Psychotherapie, Künstlerische Therapien ...

Originaltext

S. 42 ff.

KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJ 1 bis KJ9), z.B.

KJ 1: Diagnostik und medizinische Grundversorgung, heilpädagogische Behandlung, Elternberatung, Familientherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, funktionelle Therapien, und Entwicklungstherapie

Ergänzungsvorschlag:

KJ 1: Diagnostik und medizinische Grundversorgung, heilpädagogische Behandlung, Elternberatung, Familientherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Künstlerische Therapien

Originaltext

KJ 2: Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Milieuthherapie; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; Beschäftigungstherapie; Arbeitstherapie

Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:

KJ 2: Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Milieuthherapie; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; Ergotherapie; Künstlerische Therapien

Originaltext

[DKG: KJ5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker

Medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Verlaufsdiagnostik; heilpädagogische Gruppenbehandlung; Elternberatung; Familientherapie; funktionelle Therapie ...

Ergänzungsvorschlag: Medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Verlaufsdiagnostik; heilpädagogische Gruppenbehandlung; Künstlerische Therapien, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie ...

Originaltext

Diese Patienten können in der Regel nicht selbständig zu therapeutischen Aktivitäten oder diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen. Sie benötigen eine hohe Pflege- und Betreuungsinintensität. Therapie ist überwiegend nur im Einzelkontakt oder in Kleinstgruppen möglich. *Die pflegerischen, betreuerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden ergänzt durch adjuvante Therapieformen (z.B. wahrnehmungs- und bewegungsaktivierende Maßnahmen und krankengymnastische Behandlungen).*

Änderungs- und Ergänzungsvorschlag:

Neben pflegerischen, betreuerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden z.B. wahrnehmungs- und bewegungsaktivierende Maßnahmen im Rahmen von Ergotherapie, Künstlerischen Therapien und Bewegungstherapie eingesetzt.

Originaltext

KJ7 Tagesklinische Behandlung

Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische Behandlung; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; funktionelle Therapien; Entwicklungstherapie

Ergänzungsvorschlag: Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische, ergotherapeutische, künstlerisch-therapeutische Behandlung; ...

Anlage 2: Minutenwertetabellen

Originaltext

S. 50

Zur Differenzierung zwischen Ergotherapie und Künstlerischen Therapie und der Begrenzung der Ersetzbarkeit sind diese auch in den Minutenwerttabellen getrennt zu führen.

1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene [DKG: Zeitwerte in Minuten je Woche und Behandlungsbereich

Behandlungsbereiche

Ärzte Krankenpflegepersonal

Diplom-Psychologen

Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Änderungsvorschlag:

(...)

Ergotherapeuten

Künstlerische Therapeuten

Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten

(...)

Originaltext

S. 51

2. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

Behandlungsbereiche

Ärzte Krankenpflegepersonal

Diplom-Psychologen

Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten.

Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Sprachheiltherapeuten, Logopäden

Änderungsvorschlag:

(...)

Ergotherapeuten

Künstlerische Therapeuten

Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen

(...)

Anlage 3: Checkliste für das Nachweisverfahren...

Originaltext

S. 56

Datenfeld
Berufsgruppe
Spezialtherapeuten:

Änderungsvorschlag:

Ergotherapeuten
Künstlerische Therapeuten

Originaltext

S.61

Berufsgruppe
Ergo-, Kunst-, Musik-, Kreativth.:

Änderungsvorschlag:

Ergotherapeuten
Künstlerische Therapeuten

Originaltext

S. 62

9-649.5* TE Einzeltherapie *Spezialtherap.*

S. 63

9-696.5* TE Einzeltherapie *Spezialtherap.*

Änderungsvorschlag:

Der Begriff „Spezialtherapie“ kann hier nur verwendet werden, wenn er durchgehend ausschließlich als Oberbegriff für Fachtherapien und Sozialdienst verwendet wird, sonst ggfs. ändern!

Originaltext

S. 64

Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten
Physiotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten

Änderungsvorschlag:

Ergotherapeuten
Künstlerische Therapeuten
Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten

Originaltext

S. 66

Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten

Davon Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Physiotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen

Davon Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Sprachheiltherapeuten, Logopäden

Änderungsvorschlag:

Ergotherapeuten

Künstlerische Therapeuten...

Anlage 4: Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung**Originaltext****S. 70**

Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 8 können bei den in § 6 genannten Berufsgruppen Tätigkeiten von Fachkräften aus anderen Berufsgruppen berücksichtigt werden, soweit deren Tätigkeiten den Regelaufgaben im Sinne der in der Anlage 5 dargestellten Tätigkeiten entsprechen, bei der die Anrechnung erfolgen soll. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen, die in § 6 genannt werden, möglich: zwischen a und c *und zwischen b, d, e, f und g*. Die Umfänge der angerechneten VKS sind im Nachweis gesondert auszuweisen und zu begründen.

Änderungsvorschlag:

... und zwischen d, e, f, g und h.

Originaltext**Anlage 4: Regelaufgaben****Erwachsenenpsychiatrie****S. 74 f.**

e) **Ändern/ Streichen** in Regelaufgaben Ergotherapeuten [GKV-SV; Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten]

Änderungsvorschlag:

e) Regelaufgaben Ergotherapeuten

1. Grundversorgung – Mitwirkung bei Anamnese/Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung – Dokumentation
2. Einzelfallbezogene Behandlung – Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung – Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung
3. Gruppenbezogene Behandlung – Lebenspraktisch orientierte Beschäftigungstherapie – Arbeitstherapie und Belastungserprobung – Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen – Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten – Vor- und Nachbereitung – Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision – Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie

f) Regelaufgaben Künstlerische Therapeuten

1. Grundversorgung – Mitwirkung bei und fachspezifische Ergänzung der Anamnese/Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung – Dokumentation

2. Einzelfallbezogene Behandlung – wahrnehmungs- und kommunikations- sowie kreativitätsfördernde Behandlung – regulierende Behandlung von Aufmerksamkeit, Spannung und Affekten
 3. Gruppenbezogene Behandlung – wahrnehmungs-, kommunikations- und kreativitätsfördernde Behandlung – regulierende Behandlung von Aufmerksamkeit, Spannung und Affekten, Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen
 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten – Vor- und Nachbereitung – Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision – Beschaffung, Organisation und Pflege von Therapiematerial, Verwaltungsaufgaben – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Künstlerischen Therapien
- g) Regelaufgaben Bewegungstherapeuten ...
- h) Regelaufgaben Sozialarbeiter und Sozialpädagogen 1. Sozialpädagogische Grundversorgung ...

Originaltext

Kinder- und Jugendpsychiatrie

S.79 f.

e) Regelaufgaben der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Ergotherapeuten) [GKV-SV: , Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten] 1. Grundversorgung – Mitwirkung bei der Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich; Planung, Durchführung, Verlaufskontrolle der Ergotherapie – Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung – Beeinflussung emotionaler Probleme *mittels kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie* – Funktionelle Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training neurophysiologisch orientierte Behandlung von Leistungsdefiziten – Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung 3. Gruppenbezogene Behandlung – *Kreativitätsfördernde Beschäftigungstherapie einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie* – Lebenspraktisch orientierte Beschäftigungstherapie – Arbeitstherapie, Fertigungs- und Belastungserprobung – Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten – Vor- und Nachbereitung – Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision* – Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie

Änderungsvorschlag:

e) Regelaufgaben der Ergotherapeuten 1. Grundversorgung...

ändern/ streichen: mittels kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie ...

ändern/ streichen: Kreativitätsfördernde Beschäftigungstherapie einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie...

- f) Regelaufgaben der Künstlerischen Therapeuten 1. Grundversorgung – Mitwirkung bei und fachspezifische Ergänzung der Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbe-
reich und im sozioemotionalen Bereich; Planung, Durchführung, Verlaufskontrolle der Künstleri-
schen Therapien – Dokumentation
2. Einzelfallbezogene Behandlung – Aufmerksamkeit, Kontakt und Kommunikation, Affektsteuerung
und Kreativität fördernde sowie Aufmerksamkeit und Spannung regulierende Behandlung
3. Gruppenbezogene Behandlung – Aufmerksamkeit, Kontakt und Kommunikation, Affektsteuerung,
Sozialkompetenz und Kreativität fördernde sowie Aufmerksamkeit und Spannung regulierende Be-
handlung
(...)
- g) Regelaufgaben der Bewegungstherapeuten 1. Grundversorgung ...
- h) Regelaufgaben der Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Heilpädagogen 1. Grundversorgung ...
- i) Regelaufgaben Sprachtherapeuten und Logopäden 1. Grundversorgung...

Originaltext

Regelaufgaben Psychosomatik

S. 83

*d) Regelaufgaben der Spezialtherapeuten - Gestaltungstherapie - Konzentrierte Bewegungstherapie -
Musiktherapie/oder Möglichkeiten zur zusätzlichen Einzeltherapie in einer der genannten Spezialthe-
rapien*

Änderungsvorschlag:

d) Regelaufgaben der Fachtherapeuten – Mitwirkung bei Anamnese- und Befunderhebung (Ergän-
zung mit fachspezifischer und psychosozialer Diagnostik) und Therapieplanung – Künstlerische The-
rapien (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a.), Körperpsychotherapie wie z.B. Konzentrierte
Bewegungstherapie – als Gruppentherapie sowie Möglichkeiten zur zusätzlichen Einzeltherapie in
einer der genannten Fachtherapien ...

Originaltext
Tragende Gründe
S.22 ff.

Änderungsvorschlag:

Die markierten Textstellen sind den oben genannten Änderungen entsprechend anzupassen! Z.B.

Originaltext bitte gem. den obigen Angaben modifizieren

§ 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV)

Berufsgruppen

Der Systematik der Psych-PV folgend, werden innerhalb der ersten Stufe diejenigen Berufsgruppen innerhalb dieser Richtlinie abgebildet, für die bereits mit der Psych-PV die jeweiligen Regelaufgaben und damit verbundene Minutenwerte aufgeführt wurden.

Ändern/ streichen: Die damals angeführte Berufsgruppe der Ergotherapeuten wird jedoch in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten überführt, in die auch Musik-, Kunst- und Kreativtherapeuten zu verorten sind. Es handelt sich bei den in § 5 aufgeführten und den hier beispielhaft genannten Berufsgruppen, welche unter den Spezialtherapeuten zu verorten sind, nicht um eine abschließende Aufzählung. Insbesondere im Bereich der Spezialtherapeuten gibt es weitere Berufsgruppen, die es zu berücksichtigen gilt – wie zum Beispiel Tanztherapeuten.

Da die verbleibende Zeit bis zur Beschlussfassung der Richtlinie nicht ausreicht, wird im Sinne einer Übergangslösung auf eine (notwendige) Erweiterung der Berufsgruppen in der ersten Stufe verzichtet. Insbesondere für die Psychologischen Psychotherapeuten müssten konsequenterweise die Regelaufgaben und Tätigkeiten grundständig neu aufgenommen werden. Die Einführung neuer Berufsgruppen und die Festlegung der Regelaufgaben erfolgt in der zweiten Stufe gemäß § 13 Absatz 3.

GKV-SV

Die alte Berufsgruppe Ergotherapeuten der Psych-PV heißt neu d) Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten. Die Regelaufgaben der Ergotherapeuten werden in der heutigen Praxis auch von anderen Therapeuten, wie etwa Musik-, Kunst- oder Kreativtherapeuten übernommen. Deshalb wurde die Berufsgruppe der Ergotherapeuten um diese entsprechenden Minutenwerten ...hinterlegt werden müssen. Die Einführung der Berufsgruppe Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), die sich in ihrer Qualifikation und ihrem Kompetenzprofil von der Berufsgruppe der Psychologen unterscheiden, würde deshalb ebenfalls die Definition von Regelaufgaben für diese neue Berufsgruppe erfordern. Eine Gleichsetzung der Regelaufgaben / Tätigkeitsprofile mit dem der Psychologen ist nicht sachgerecht. Da die verbleibende Zeit für eine fristgerechte Verabschiedung der Richtlinie nicht ausreicht, um neue Berufsgruppen mit neuen Regelaufgaben zu definieren, wird auf eine Erweiterung der Berufsgruppen um die Berufsgruppe der PP/KJP verzichtet. Die Einführung dieser Berufsgruppen einschließlich der Festlegung der Regelaufgaben erfolgt verbindlich in Stufe 2.

(...) Therapeuten ergänzt. Die Begrifflichkeit der Spezialtherapeuten findet bereits im OPS Anwendung und ist dort umfassender festgelegt.

S. 33

[DKG:] § 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen

Die mit § 6 Absatz 6 geschaffene Möglichkeit der Anrechnung anderer Berufsgruppen hinsichtlich der Ermittlung der Einhaltung der Mindestvorgabe wird mit § 7 konkretisiert. Sich pragmatisch an der Systematik der Psych-PV orientierend, wurden hier die innerhalb der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nr. 8 BPfIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Absatz 2 S. 2 und 3 BPfIV (Psych-Personalnachweis-Vereinbarung) definierten Möglichkeiten der Anrechnung inhaltlich übernommen und nur hinsichtlich formaler Aspekte (der jeweiligen Verweise auf die Berufsgruppen und Tätigkeiten) an die Richtlinie angepasst.

S. 53

Wie bezüglich der Behandlungsbereiche unter § 3 bereits erläutert, werden die Minutenwerte der Personalanzahlzahlen von Heuft 1999 in einen neuen Behandlungsbereich für psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungen überführt. Um dies zu ermöglichen, waren bezüglich der Berufsgruppen der Ärzte und Psychologen sowie bezüglich der Spezialtherapeuten Umrechnungen der Minutenwerte erforderlich. Für Ärzte und Psychologen wird bei Heuft 1999 ein gemeinsamer Wert aufgeführt, der zu einem Viertel den Psychologen und drei Vierteln dem ärztlichen Personal zuzuordnen ist. Entsprechend dieser Verhältnisangaben wurde der Minutenwert anteilig den Ärzten und den Psychologen zugerechnet. Ein ähnliches Vorgehen war hinsichtlich der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten erforderlich. Bei Heuft 1999 umfassen die Aufgaben der Spezialtherapeuten sowohl Spezialtherapien als auch Bewegungstherapien. Zwei Drittel der Minutenwerte entfallen bei Heuft 1999 auf spezialtherapeutische und ein Drittel auf bewegungstherapeutische Tätigkeiten. Im gleichen Verhältnis wurden die Minutenwerte den in dieser Richtlinie getrennt aufgeführten Berufsgruppen der Spezialtherapeuten und der Bewegungstherapeuten/Physiotherapeuten zugeordnet.

S. 55

Heute werden von allen Berufsgruppen, die in der Psych-PV genannt werden, auch vom Pflegepersonal, von den Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeuten und Sozialarbeitern, psychotherapeutische Behandlung angeboten. Dies sollte bei der Anpassung der Richtlinie künftig beachtet werden.

S. 56

Neben der Erhöhung der Minutenwerte für Ärzte, Psychotherapeuten und Pflegepersonen sind die Minutenwerte für die Berufsgruppe der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und für die Heilpädagogen in der KJP die Minutenwerte zu erhöhen. Die verpflichtende Einführung des Entlassmanagements, die komplexe Arbeit mit Angehörigen, (siehe hierzu die Auswertung der Expertengespräche an zahlreichen Stellen (Peth et al. 2019) sowie die Schussenrieder Tabellen 2018), die Mitarbeit in multiprofessionellen Teams (z. B. in der stationsäquivalenten Behandlung), die Beteiligung an der Umsetzung neuer Konzepte wie Empowerment, Dialog und Recovery, die Beteiligung an der Erstellung eines integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans, generell gestiegener administrativer Aufwand bei Anträgen des SGB XII u. a., Anträge nach Betreuungsrecht und an der Vernetzung mit Einrichtun-

gen der Gemeindepsychiatrie und Suchtkrankenhilfe insbesondere bei Personen in prekären Lebensverhältnissen mit Arbeits- und Wohnungslosigkeit (vgl. auch hier die Auswertung der im Rahmen der zuständigen AG des G-BA durchgeführten Fachgespräche), nimmt die Tätigkeit der Sozialarbeit eine bedeutsame Rolle bei der Ergebnisqualität der Behandlung und zur psychosozialen Stabilisierung der Patienten ein. Da aus den Fachgesprächen nur vereinzelte Angaben zu Minutenwerten hervorgehen, jedoch zahlreiche Empfehlungen auf der Basis der praktischen klinischen Tätigkeit ausgesprochen und dokumentiert vorliegen, empfehlen wir, für die Sozialarbeit die Werte aus den Schussenrieder Tabellen zu übernehmen. Auch für die Berufsgruppen „Ergotherapeuten/-therapeutinnen u. a.“ sowie „Bewegungs-, Physiotherapeuten/-therapeutinnen“ empfehlen wir, die erhöhten Minutenwerte aus den Schussenrieder Tabellen zu übernehmen. Die Auswertungen der Fachgespräche weisen auch hier auf einen Mehrbedarf dieser Berufsgruppen in allen Bereichen der stationären psychiatrischen Versorgung hin. Aktuelle S3-Leitlinien belegen die Evidenz von Ergotherapie (S3-LL Unipolare Depression) und Bewegungsprogrammen (LL Unipolare Depression, S3-LL Schizophrenie). Bei der Neuberechnung der Minutenwerte ist ebenfalls ein Mehrbedarf bei den **Musik- und Kunsttherapeuten („Spezialtherapeuten“)** zu berücksichtigen. Diese Berufsgruppen wurden seit der Verabschiedung der Psych-PV in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen vermehrt oder neu etabliert. Der gesamte Bereich der **Kreativtherapie und der Bewegungs- und Sporttherapie** hat sich personell weiterentwickelt und wird wegen seiner gut nachgewiesenen therapeutischen Wirkung wesentlich umfangreicher als früher in der Therapie und Diagnostik eingesetzt.

(...)

Die entsprechenden Minutenwerte sind bei der Angehörigenarbeit für Ärzte, Pflegende, **Fachtherapien**, Sozialarbeit und Genesungsbegleiter zu hinterlegen.

S. 59

Eine leitliniengerechte Behandlung psychischer Erkrankungen umfasst insbesondere Pharmakotherapie und Psychotherapie sowie **psychosoziale Therapien**.

Nervenarzt 2012 · 83:855–860
 DOI 10.1007/s00115-011-3472-7
 Online publiziert: 27. Juni 2012
 © Springer-Verlag 2012

U. Gühne¹ · S. Weinmann² · K. Arnold³ · E.-S. Ay³ · T. Becker³ · S. Riedel-Heller¹

¹ Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universität Leipzig

² Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Universitätsmedizin Berlin

³ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Universität Ulm

Künstlerische Therapien bei schweren psychischen Störungen

Sind sie wirksam?

Künstlerische Therapien stellen gegenwärtig einen wichtigen Baustein in der Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen dar. Gleichwohl finden künstlerische Therapien bisher kaum in den Handlungsempfehlungen nationaler und internationaler Leitlinien ausreichend Beachtung. Der folgende Beitrag fasst die vorliegende Evidenz zur Wirksamkeit künstlerischer Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Störungen zusammen, stellt die darauf basierenden Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Störungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) dar und zeigt Desiderate für die zukünftige Forschung auf.

Künstlerische Therapien – Hintergrund und aktuelle Praxis

Künstlerische Therapien haben in Deutschland einen festen Platz in der psychiatrischen Versorgung [10, 26]. Die Vielfalt künstlerischer und therapeutischer Ansätze ist breit gefächert. Unter künstlerischen Therapien werden „Therapieformen, die von künstlerisch qualifizierten Therapeuten klientenzentriert ausgeübt werden“, verstanden ([11], S. 19). Die

Methoden sind ressourcen-, beziehungs-, handlungs- und erlebnisorientiert [31].

Die Aufgabe des Kunsttherapeuten besteht unter anderem darin, dem Patienten die Konzentration auf sein inneres Erleben und den inneren Dialog mit dem Werk zu erleichtern. ([10], S. 38)

Neben Ansätzen der Kunst-, Musik-, Tanz- und Bewegungs- sowie Theater- und Dramatherapie werden beispielsweise auch Poesie- und Worttherapien (z. B. Schreibtherapie) sowie Filmtherapien unter dem Begriff der künstlerischen Therapien subsumiert [11, 18]. Rezeptive Methoden stehen dabei neben aktiven Methoden und finden sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting Anwendung [11]. Nahezu alle Ansätze künstlerischer Therapien sind vor allem durch psychotherapeutische Theorie-Praxis-Modelle unterschiedlicher Schulenausrichtung beeinflusst, die für die künstlerisch-therapeutische Praxis modifiziert und weiterentwickelt wurden [12].

» Künstlerische Therapien ermöglichen eine nonverbale Kommunikation

Insbesondere schwere psychische Erkrankungen gehen oftmals mit Kommunika-

tioneinschränkungen einher, was in der Folge den Leidensdruck und die soziale Isolation verstärken kann. Künstlerische Therapien ermöglichen eine Kommunikation jenseits konventioneller Sprachhandlung und befähigen zu Wahrnehmung und Ausdruck von emotionalen und kognitiven Inhalten. Ein besonderes Merkmal ist hierbei der alle Sinnesorgane ansprechende, mediale und prozedurale Zugang sowie die Schaffung eines Kunstproduktes oder Kunstwerkes, das eine nachfolgende intersubjektive Auseinandersetzung mit intrapsychischen Inhalten ermöglichen kann. Als Zielstellungen in der Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Störungen können u. a. die Wiedergewinnung, die Erhaltung und Förderung von Gesundheit und Gesundheitsverhalten, die Stabilisierung und Stärkung der Selbstregulation sowie die Entwicklung psychosozialer Kompetenzen benannt werden.

Künstlerische Therapien haben in bisherigen nationalen und internationalen Leitlinien kaum Beachtung erfahren. Eine systematische Recherche nach entsprechender Evidenz für die Wirksamkeit künstlerischer Therapien ist bislang in der S3-Leitlinie „Demenzen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN; [3]) sowie in der Leitlinie des National Institute for Health and Clini-

Tab. 1 Publikationen zur Wirksamkeit künstlerischer Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen							
Therapieform	Literatur	Inkludierte RCTs	Stichprobengröße (n) ^a	Diagnosen	Behandlungssetting	Signifikante Effekte auf Zielgrößen	Einschluss in NICE-Metaanalyse
Musiktherapie	Gold et al. [6] (MA)	Yang et al. [36]	72	Schizophrenien	Stationär	↑ Allgemeinbefinden (Rating) ↓ Allgemeine Psychopathologie (BPRS) ↓ Negativsymptomatik (SANS)	Ja
		Maratos [13]	81	Schizophrenien und schizotypische Störungen	Stationär		Nein
		Tang et al. [27]	76	Schizophrenien	Stationär		Nein
		Ulrich [28] [29]	37	Schizophrenien und schizotypische Störungen, drogeninduzierte Psychosen, schwere affektive Erkrankungen	Stationär		Ja
		Maratos et al. [14] (SR)	Extraktion einer relevanten Studie: Radulovic et al. [21]	60	Mittelschwere und schwere Depressionen mit psychotischer Symptomatik	Stationär	↓ Depressive Symptomatik (BDI)
	NICE [16] (MA)	Talwar et al. [26]	81	Schizophrenien und andere schwere Störungen	Stationär		Ja
	Kunsttherapie	Ruddy u. Milnes [25] (SR)	Green et al. [8]	47	Schizophrenien, schwere affektive und neurotische Störungen	Ambulant	
Richardson et al. [22]			90	Schizophrenien	Ambulant	↓ Negativsymptomatik (SANS)	Ja
Dramatherapie	Ruddy u. Dent-Brown [24] (SR)	Nitsun et al. [17]	24	Schizophrenien	Stationär		Nein
		Gutridge et al. [9]	87	Schizophrenien, schwere affektive und Persönlichkeitsstörungen	Stationär		Nein
		Whetstone [33]	15	Chronische psychische Störungen	Stationär		Nein
		Qu et al. [20]	60	Schizophrenien	Stationär		Nein
		Zhou u. Tang [37]	24	Schizophrenien	Stationär	↑ Selbstbewusstsein (SES) ↓ Minderwertigkeitsgefühle (FIS)	Nein
Tanztherapie	Xia u. Grant [35] (SR)	Röhricht et al. [23]	45	Schizophrenien	Ambulant	↓ Negativsymptomatik (PANSS)	Ja

^aExperimental- und Kontrollgruppe; MA Metaanalyse, RCTs randomisierte kontrollierte Studien, SR systematisches Review; ↑ Verbesserung, ↓ Verschlechterung. BDI Beck Depression Inventory, BPRS Brief Psychiatric Rating Scale, FIS Feeling Inferior Scale, PANSS Positive and Negative Symptoms Scale, SANS Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SDSI Social Aspects of Functioning, SES Self Esteem Scale.

cal Excellence (NICE) zur Behandlung der Schizophrenie von 2009 [16] erfolgt. Ziel des vorliegenden Beitrages ist es, die aktuelle Evidenz zur Wirksamkeit künstlerischer Therapien aufzuzeigen und die daraus abgeleiteten Empfehlungen für die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Störungen“ zu referieren.

Evidenz künstlerischer Therapien

Die vorliegende Übersicht konzentriert sich ausschließlich auf randomisierte

kontrollierte Studien (RCTs). Den Empfehlungen zur Leitlinienerstellung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) folgend wurden zunächst systematische Reviews und Metaanalysen berücksichtigt, die ihrerseits auf qualitativ hochwertigen RCTs beruhen. **Tab. 1** fasst die relevanten Arbeiten zur Wirkung von Musiktherapie, Kunsttherapie, Dramatherapie und Tanztherapie zusammen, die sich auf Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie anderen schweren psychischen Erkrankungen mit chronischen Verläufen

beziehen. Darüber hinaus wurde die aktuelle Metaanalyse zur Wirksamkeit künstlerischer Therapien der Leitlinie „Schizophrenie“ des britischen NICE [16] berücksichtigt. Diese Metaanalyse nimmt eine Sonderstellung ein. Im Unterschied zu den anderen referierten Arbeiten, die sich nur jeweils auf einen künstlerischen Ansatz beschränken, betrachten die Autoren verschiedene kunsttherapeutische Ansätze in einer Metaanalyse. Eine systematische Suche nach später publizierten randomisierten kontrollierten Studien, die nicht in die referierten Übersichten

Zusammenfassung · Summary

und Metaanalysen einfließen, erbrachte keine Resultate.

Musiktherapie

Der Begriff Musiktherapie ist eine summarische Bezeichnung für unterschiedliche musiktherapeutische Konzeptionen. Es existiert keine allgemeingültige, weltweit akzeptierte Definition. Die amerikanische National Association for Music Therapy (NAMT) bezeichnet

[...] Musiktherapie als gezielte Anwendung von Musik oder musikalischen Elementen, um therapeutische Ziele zu erreichen: Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer und körperlicher Gesundheit. Durch Musiktherapie soll dem Patienten Gelegenheit gegeben werden, sich selbst und seine Umwelt besser zu verstehen [...]. (Übersetzung Eschen [4], S. 137)

Musiktherapie zeigt bei Menschen mit schizophrenen Erkrankungen und chronischen Verläufen positive Effekte [6]. Untersucht wurde überwiegend ein aktiver musiktherapeutischer Ansatz, der in zwei Studien durch rezeptive Methoden ergänzt wurde. Bezogen auf die psychopathologische Symptomatik zeigten sich günstige Effekte durch Musiktherapie gegenüber alleiniger herkömmlicher stationärer Behandlung über einen Zeitraum von 1 bis 3 Monaten. Die Negativsymptomatik schien sowohl durch eine musiktherapeutische Kurzzeitintervention mit weniger als 20 Sitzungen als auch durch eine Intensivintervention reduziert ([27, 28, 36]; **Tab. 2**). Von der „Dosierung“ der Intervention abhängige Effekte zeigten sich hinsichtlich der allgemeinen Psychopathologie, des sozialen Funktionsniveaus sowie des Allgemeinbefindens. Zur Wirksamkeit von Musiktherapie bei Menschen mit schweren depressiven Erkrankungen im Sinne der definierten Zielgruppe liegt bisher eine randomisierte kontrollierte Studie vor ([21], aus [14]). Darin erwies sich eine 2-mal wöchentlich durchgeführte musiktherapeutische Gruppenintervention über 6 Wochen gegenüber alleiniger stationärer Behandlung einschließlich antidepressiver medikamentöser Behandlung bei Patienten mit einer mittleren bis schweren De-

Nervenarzt 2012 · 83:855–860 DOI 10.1007/s00115-011-3472-7
© Springer-Verlag 2012

U. Gühne · S. Weinmann · K. Arnold · E.-S. Ay · T. Becker · S. Riedel-Heller
**Künstlerische Therapien bei schweren psychischen Störungen.
Sind sie wirksam?**

Zusammenfassung

Künstlerische Therapien bilden neben anderen psychosozialen Interventionen ein wichtiges Element im Rahmen multimodaler Behandlungskonzepte für Menschen mit psychischen Störungen. Der Beitrag fasst die systematisch recherchierte Evidenz zusammen und stellt die Empfehlungen dar, die im Rahmen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Störungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) erarbeitet wurden. Die Studien zeigen, dass die zusätzliche Anwendung künstlerischer Therapien insbesondere die Negativsymptomatik bei Menschen mit schi-

zophrenen Erkrankungen reduziert. Die aussagekräftigste Befundlage existiert dabei für die Musiktherapie. In der Behandlung schwerer depressiver Erkrankungen gibt es Hinweise, dass eine zusätzliche musiktherapeutische Intervention die depressive Symptomatik reduziert. Künstlerische Therapien werden im Rahmen der Leitlinie mit einem Empfehlungsgrad B empfohlen.

Schlüsselwörter

Psychosoziale Interventionen · Künstlerische Therapien · Wirksamkeit · Schwere psychische Störungen · Leitlinien

Arts therapies in severe mental illness. Are they effective?

Summary

Arts therapies are widely used treatment strategies for people with severe mental illness. Generally, only a few randomized trials are available, however, the studies show that additional use of arts therapies reduces the appearance of negative symptoms among people with schizophrenia. The most significant evidence can be seen with music therapy. The treatment of severe depression has shown that additional music therapy im-

proves depression. The S3 guidelines on psychosocial therapies in severe mental illness of the Germany Society for Psychiatry, Psychotherapy and Neurology (DGPPN) recommended arts therapies are with recommendation level B.

Keywords

Psychosocial interventions · Arts therapies · Efficacy · Severe mental illness · Guidelines

pression mit psychotischen Symptomen bezüglich der Reduktion der depressiven Symptomatik als wirksam [21].

Die Wirksamkeit von Musiktherapie bei Menschen mit schweren psychischen Störungen ist dosisabhängig.

Eine musiktherapeutische Behandlung mit mehr als 16 Sitzungen erwies sich als weitaus effektiver als eine Behandlung mit 3 bis 10 Sitzungen [7].

Kunsttherapie

Kunsttherapie subsumiert Verfahren, die Mittel der bildenden Kunst in einem psychoedukativen und psychotherapeutischen Kontext einsetzt. ([31], S. 1079).

In diesem Feld gibt es nur wenige qualitativ hochwertige Studien. Auf der Grundlage zweier randomisierter kontrollierter Studien wurde die Wirksamkeit von Kunsttherapie zusätzlich zur Standardbehandlung in einem ambulanten Setting untersucht [25]. Es zeigte sich bezogen auf die Negativsymptomatik bei schizophren Erkrankten ein signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe im Vergleich mit der Kontrollgruppe ([22]; **Tab. 1**). Patienten, die die Intervention erhielten, zeigten zudem eine bessere Behandlungskompliance. Weitere Unterschiede hinsichtlich anderer krankheitsassoziierter Merkmale sowie hinsichtlich sozialer Funktionen und der Lebensqualität konnten nicht gezeigt werden.

Leitthema

Tab. 2 Metaanalyse Musiktherapie [6]: signifikante Effekte					
	k	N	SMD	95%-KI	p
Negativsymptomatik (SANS)					
Kurzzeitintervention (<20 Sitzungen)	2 [27, 28]	110	-0,79	-1,19, -0,40	0,00087
Intensivintervention (>20 Sitzungen)	1 [36]	70	-0,97	-1,47, -0,47	0,00014
Kurzzeit- und Intensivintervention	3	180	-0,86	-1,17, -0,55	<0,0001

k Anzahl integrierter Studien, KI Konfidenzintervall zu SMD, N Stichprobengröße gesamt, p Signifikanzniveau zu SMD, SANS Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SMD standardisierter Mittelwert.

Tab. 3 NICE-Metaanalyse zur Evidenz künstlerischer Therapien [16]: signifikante Effekte					
	k	N	SMD	95%-KI	p
Allgemeine Psychopathologie (PANSS, BPRS)					
Am Ende der Behandlung	4 [22, 23, 26, 36]	267	-0,49	-0,98, 0,01	0,06
Negativsymptomatik (PANSS, SANS)					
Am Ende der Behandlung	5 [22, 23, 26, 29, 36]	294	-0,59	-0,83, -0,36	<0,00001
Nach bis zu 6 Monaten	2 [22, 23]	67	-0,77	-1,27, -0,26	0,003

k Anzahl integrierter Studien, KI Konfidenzintervall zu SMD, N Stichprobengröße gesamt, p Signifikanzniveau zu SMD, SMD standardisierte Mittelwertdifferenz.
BPRS Brief Psychiatric Rating Scale, PANSS Positive and Negative Symptoms Scale, SANS Scale for the Assessment of Negative Symptoms

Dramatherapie

Dramatherapie steht neben anderen Begriffen wie Theatertherapie, Psychodrama oder therapeutisches Theater. Bisher existieren keine abschließenden und international diskursfähigen Begrifflichkeiten [15]. In der Definition der British Association of Dramatherapists heißt es, dass der Hauptfokus von Dramatherapie auf der bewussten Nutzung heilender Aspekte des Dramas und des Theaters als therapeutischem Prozess liegt. Die Methode nutze handlungsgerichtete Formen des Arbeitens und Spielens, um Kreativität, Imagination, Lernen, Einsicht und Entwicklung zu unterstützen (vgl. [24]).

Die Effekte von Dramatherapie bei Menschen mit schweren psychischen Störungen können derzeit auf der Basis von 5 randomisierten kontrollierten Studien bewertet werden ([24], [Tab. 1](#)). Alle Behandlungen wurden in einem stationären Setting und im Gruppenformat durchgeführt. Neben dem Psychodrama kamen Methoden zum Einsatz, die sich eher als soziale Rollenspiele mit dem Ziel verbesserter sozialer Fertigkeiten einordnen lassen. In allen Gruppen wurden Situationen und Szenen „gespielt“ und im Anschluss auf unterschiedliche Art und Weise betrachtet und diskutiert. Bei den Kontrollinterventionen handelte es sich um herkömmliche Behandlungen in einem stationären Setting. Eine zuverlässige Aus-

sage zur Effektivität von Psychodrama ist aufgrund der wenigen Studien mit z. T. sehr kleinen Stichproben und den Unterschieden in den Interventionsansätzen kaum möglich. Eine Studie zeigt, dass Psychodrama das Selbstbewusstsein stärkt und Minderwertigkeitsgefühle reduziert [37].

Tanztherapie

Die integrative Tanztherapie ist eine kreative, ganzheitliche Behandlungsweise, die den Körper, die Bewegung und den Tanz für psychotherapeutische Zielsetzungen verwendet. ([34], S. 13)

In diesem Sinne geht sie über das, was gemeinhin als Tanz verstanden wird, hinaus.

Eine Bewegungstherapie („body-oriented psychological therapy“, BPT), die in einem gemeindenahen Behandlungssetting zusätzlich zur Routineversorgung angeboten wurde, erwies sich gegenüber „supportive counselling“ und herkömmlicher Versorgung überlegen [23]. Die Experimentalintervention umfasste bei einer Behandlungsintensität von 20 zweiwöchigen Sitzungen die Anwendung verschiedener Körperbewegungen und Kreationen von Skulpturen in der Gruppe und eine entsprechende Reflexion des Erlebten. Am Ende der Behandlung wurde eine Reduktion der Negativsymptomatik bei schizophran Erkrankten messbar.

Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit durch die Patienten sowie der Lebensqualität.

NICE-Metaanalyse und -Leitlinie

Im Rahmen der Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) zur Behandlung der Schizophrenie von 2009 [16] erfolgte nicht nur eine umfassende Recherche der aktuellen Literatur, sondern darüber hinaus die Bewertung der vorliegenden Evidenz durch eigens initiierte Metaanalysen. In ihrer Metaanalyse zur Wirksamkeit von künstlerischen Therapien führen die NICE-Autoren verschiedene kunsttherapeutische Ansätze einer gemeinsamen Betrachtung zu und leiten daraus eine konsistente Evidenz für die Wirksamkeit künstlerischer Therapien verglichen mit einer herkömmlichen Behandlung hinsichtlich der Reduktion der Negativsymptomatik bei Menschen mit schizophranen Erkrankungen ab ([Tab. 3](#)). Mittlere bis starke Effekte am Ende der Behandlung waren auch bis zu 6 Monate nach Behandlungsende anhaltend.

Es wurden keine überzeugenden Vorteile bezogen auf die Reduktion der Positivsymptomatik, des allgemeinen oder sozialen Funktionsniveaus, der sozialen Funktionen und der Lebensqualität gefunden.

Diskussion

Das Experiment gilt als klassische Form der Erkenntnisgewinnung für Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge. Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) sind dabei Goldstandard. Die Randomisierung ist das wichtigste Kontrollprinzip und die einzige Methode, die alle bekannten und insbesondere unbekannt Störfaktoren kontrolliert. Werden systematisch identifizierte RCTs wiederum quantitativ zusammengefasst, spricht man von einer Metaanalyse. Wenn man davon ausgeht, dass RCTs die beste Evidenz zur Wirksamkeit von Interventionen produzieren, so stehen Metaanalysen, die auf der Basis gut ausgewählter RCTs durchgeführt werden, an der Spitze der sog. Evidenzhierarchie [5]. Genau genommen, existiert eine

quantitative Synthese der Therapieeffekte bislang lediglich im Bereich der Musiktherapie. Die Metaanalyse der Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) nimmt eine gewisse Sonderstellung ein, da hier Primärdaten aus Studien verschiedener künstlerischer Therapieformen gleichzeitig in die Berechnungen einfließen.

Vergleichbar mit den Entwicklungen im Feld der Psychotherapieforschung wird auf dem Gebiet der Wirksamkeitsforschung künstlerischer Therapien immer wieder bezweifelt, ob das streng standardisierte Vorgehen der evidenzbasierten Medizin der Komplexität der Therapieformen und der Individualität der einzelnen therapeutischen Prozesse gerecht wird [10]. Im Bereich der künstlerischen Therapien hat sich aktuell der Fokus von Einzelfallstudien hin zu kontrollierten Studien verlagert [1] und es liegt eine überschaubare Anzahl randomisierter kontrollierter Studien auf der Basis überwiegend kleiner Stichproben vor. Methodische Schwächen sind z. B. in kurzen Beobachtungszeiträumen, sehr heterogenen Interventionsansätzen oder fehlenden aktiven Kontrollinterventionen bzw. unzureichender Beschreibung der Kontrollintervention auszumachen [2]. Der Großteil der Studien ist in einem stationären Behandlungssetting erfolgt. Eine Übertragung der Ergebnisse auf ambulante Bedingungen ist inhaltlich naheliegend, steht aber noch aus. Dennoch zeigt die Übersicht, dass die Durchführung randomisierter kontrollierter Studien auch im Bereich der künstlerischen Therapien möglich ist, jedoch eine besondere Herausforderung darstellt.

Zusammenfassung und Empfehlungen

Eine abschließende zuverlässige Aussage zur Wirksamkeit künstlerischer Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen scheint auf Basis der gegenwärtigen Evidenz verfrüht. Die aussagekräftigste Befundlage existiert derzeit für die Musiktherapie. Die bisher vorliegenden Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass die zusätzliche Anwendung verschiedener Ansätze künstlerischer Therapien neben einer herkömmlichen Be-

handlung insbesondere die Negativsymptomatik bei Menschen mit schizophrenen Erkrankungen reduziert.

Vereinzelt ließen sich zudem Anhaltspunkte für Veränderungen bezogen auf ein verbessertes Allgemeinbefinden, eine reduzierte depressive Symptomatik, ein verbessertes soziales Funktionsniveau, ein stärkeres Selbstbewusstsein sowie auf verringerte Minderwertigkeitsgefühle finden. Ein Einfluss auf das Risiko vorzeitiger Behandlungsabbrüche, die Behandlungszufriedenheit und die Lebensqualität konnte nicht gezeigt werden. Für eine musiktherapeutische Intervention konnte aufgezeigt werden, dass die Effektivität der Behandlung von ihrer Intensität abhängt.

Wie werden künstlerische Therapien in den anderen Leitlinien bewertet, die dazu Aussagen machen? Betrachtet man den Einsatz künstlerischer Therapien bei der Behandlung Demenzkranker, so liegen auch hier die aussagekräftigsten Befunde für die Wirksamkeit von Musiktherapie vor. Eine systematische Recherche nach entsprechender Evidenz im Rahmen der S3-Leitlinie „Demenzen“ der DGPPN und der DGN erbrachte einzelne Hinweise, dass sowohl aktive als auch rezeptive Musiktherapie mindestens geringe Effekte auf psychische und Verhaltenssymptome bei Menschen mit einer demenziellen Erkrankung haben, die jedoch nur einen Empfehlungsgrad C („kann eingesetzt werden“) rechtfertigen. Es mangelt hier an hochwertigen RCTs, um die Wirkung von Kunst- und Tanztherapie für Menschen mit einer Demenz zu bewerten [3, 30, 32].

Die Autoren der Leitlinie des NICE zur Behandlung der Schizophrenie von 2009 [16] bewerten die bisher vorliegende Evidenz zur Wirksamkeit künstlerischer Therapien bei Menschen mit schizophrenen Störungen sehr positiv und empfehlen künstlerische Therapien für alle Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung (entspricht einer A-Empfehlung „soll eingesetzt werden“). Die Empfehlung der aktuellen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ stützt sich auf die dargelegte Evidenz und formuliert dagegen eine B-Empfehlung („sollte eingesetzt

werden“). Bei einer Evidenzebene Ib (Evidenz aus mindestens einer kleinen randomisierten kontrollierten Studie oder einer Metaanalyse von weniger als 3 RCTs) wurde der Empfehlungsgrad B konsentiert, da die Studienlage nicht für alle Therapieformen einheitlich ist und sich die Evidenz gegenwärtig noch auf eine sehr umschriebene Anzahl von RCTs mit Limitationen gründet. Dies macht erheblichen Forschungsbedarf und gleichzeitig enormes Potenzial für diese psychosozialen Interventionen deutlich [19].

► Künstlerische Therapien sollten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen insbesondere zur Verringerung der Negativsymptome angeboten werden.

Darüber hinaus wurden in der Konsensusgruppe Voraussetzungen und organisatorische Rahmenbedingungen benannt:

- Einbindung künstlerischer Therapien in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplan,
- Anwendung künstlerischer Therapien ist im ambulanten, teilstationären oder stationären Setting möglich,
- personenzentriertes und zielgerichtetes Vorgehen,
- Anregung und Hinführung zur Fortführung der künstlerischen Tätigkeit nach Abschluss der Therapie,
- Grundhaltung: der kreative Prozess ist wichtiger als das künstlerische Produkt,
- differenzielle Indikation für die Anwendung im Einzel- oder Gruppen-setting,
- entsprechende Modifikation des Vorgehens in Abhängigkeit von der Homogenität bzw. Inhomogenität der Gruppe,
- Frequenz und Intensität der Sitzungen entsprechend der Schwere der Erkrankung,
- Besonderheit: die urheberrechtlichen Bestimmungen der (Kunst-)Produkte beachten.

Fazit für die Praxis

- Werden herkömmliche Behandlungen durch künstlerische Therapien ergänzt, kann ein günstiger Effekt auf die psychopathologischen Symptome, insbesondere auf die Negativsymptomatik bei Menschen mit schizophrenen Störungen gezeigt werden.
- Künstlerische Therapien sollten deshalb für Menschen mit schweren psychischen Störungen zur Verfügung stehen.

Korrespondenzadresse

**Dr. U. Gühne**

Institut für Sozialmedizin,
Arbeitsmedizin und Public
Health, Universität Leipzig
Philipp-Rosenthal-Str. 55,
04103 Leipzig
Uta.Guehne@medizin.
uni-leipzig.de

Interessenkonflikt. Die korrespondierende Autorin gibt für sich und ihre Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung. Die vorliegende Arbeit entstand in Zusammenhang mit der systematischen Recherche in Vorbereitung der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Störungen“, gefördert durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).

Literatur

1. Argstatter H, Hillecke T, Bradt J, Dileo C (2007) Der Stand der Wirksamkeitsforschung – Ein systematischer Review Musiktherapeutischer Meta-Analysen. *Verhaltensther Verhaltensmed* 28:39–61
2. Burns T (2009) End of the road for treatment-as-usual studies? *Br J Psychiatry* 195:5–6
3. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie PuND, Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (2010) Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz. Reihe: Interdisziplinäre S3-Praxisleitlinie, Bd 0. Springer, Berlin
4. Eschen JT (1979) Zur Abgrenzung von therapeutisch orientierter Arbeit mit Musik in der Sozialpädagogik zur Musiktherapie. In: Finkel K (Hrsg) *Handbuch Musik- und Sozialpädagogik*. Bosse, Regensburg, S 513–514
5. Geddes L, Harrison P (1997) Closing the gap between research and practise. *Br J Psychiatry* 171:220–225
6. Gold C, Heldal TO, Dahle T, Wigram T (2005) Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD004025. DOI 10.1002/14651858.CD004025.pub2
7. Gold C, Solli HP, Krüger V, Lie SA (2009) Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 29:193–207
8. Green BL, Wehling C, Talsky GJ (1987) Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. *Hosp Community Psychiatry* 38:988–991
9. Gutride ME, Goldstein AP, Hunter GF (1973) The use of modeling and role playing to increase social interaction among asocial psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol* 40:408–415
10. Heimes S (2010) Künstlerische Therapien. Ein intermediärer Ansatz. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
11. Hörmann K (2008) Künstlerische Therapien – Begriffserklärung. *Musik Tanz Kunstther* 19:153–159
12. Karkou V, Sanderson P (2006) Arts therapies. A research-based map of the field. Elsevier at Churchill Livingstone, Edinburgh
13. Maratos A, Crawford M (2004) Composing ourselves: what role might music therapy have in promoting recovery from acute schizophrenia? London West Mental Health R&D Consortium's 9th Annual Conference
14. Maratos AS, Gold C, Wang X, Crawford MJ (2008) Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD004517. DOI 10.1002/14651858.CD004517.pub2
15. Müller-Weith D, Neumann L, Stoltenhoff-Erdmann B (2002) Theater Therapie. Ein Handbuch. Junfermann, Paderborn
16. NICE (2009) Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. NICE Clinical Guideline 82. London. <http://www.nice.org.uk>
17. Nitsun M, Stapleton JH, Bender MP (1974) Movement and drama therapy with long stay schizophrenics. *Br J Med Psychol* 47:101–119
18. Petersen P (2000) Künstlerische Therapien: Wege zur psychosozialen Gesundheit. *Dtsch Arztebl* 97:903–906
19. Pfennig A, Holter G (2011) Evidence-based medicine is gold standard for medical guidelines. *Psychiatr Prax* 38:218–220
20. Qu Y, Li Y, Xiao G (2000) The efficacy of dramatherapy in chronic schizophrenia. *Chin J Psychiatry* 33:237–239
21. Radulovic R, Cvetkovic M, Pejovic M (1997) Complementary musical therapy and medicamentous therapy in treatment of depressive disorders. WPA Thematic Conference Jerusalem
22. Richardson P, Jones K, Evans C et al (2007) Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *J Ment Health* 16:483–491
23. Röhrich F, Priebe F (2006) Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 36:669–678
24. Ruddy R, Dent-Brown K (2007) Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD005378. doi:10.1002/14651858
25. Ruddy R, Milnes D (2005) Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD003728. DOI 10.1002/14651858
26. Talwar N, Crawford MJ, Maratos A et al (2006) Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 189:405–409
27. Tang W, Yao X, Zheng Z (1994) Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one-month randomised controlled trial in Shanghai. *Br J Psychiatry* 165:38–44
28. Ulrich G (2005) The added value of group music therapy with schizophrenic patients: a randomised study. Open Universiteit, Heerlen, NL
29. Ulrich G, Houtmans T, Gold C (2007) The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: A randomized study. *Acta Psychiatr Scand* 116:362–370
30. Voigt-Radloff S, Hull M (2011) Daily functioning in dementia: Pharmacological and non-pharmacological interventions demonstrate small effects on heterogeneous scales a synopsis of four health technology assessments. *Psychiatr Prax* 38:221–231
31. Sprei F von, Martius P (2011) Kunsttherapie. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Bd 1, Allgemeine Psychiatrie. 4. erw. und vollständig neu bearbeitete Aufl., Springer, Berlin, S 1079–1083
32. Wancata J (2011) Dementia – A relevant subject in psychiatric research? *Psychiatr Prax* 38:345–347
33. Whetstone WR (1986) Social dramatics: social skills development for the chronically mentally ill. *J Adv Nurs* 11:67–74
34. Wilke E (2007) Tanztherapie. Theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention. Huber, Bern
35. Xia J, Grant TJ (2009) Dance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD006868
36. Yang WY, Li Z, Weng YZ, Zhang HY, Ma B (1998) Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia. *Hong Kong J Psychiatry* 8:38–40
37. Zhou Y, Tang W (2002) A controlled study of psychodrama to improve self-esteem in patients with schizophrenia. *Chin Ment Health J* 16:669–671

Stellungnahme

Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V.

Stellungnahmerecht gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V sowie 1. Kapitel § 8 Abs. 2 VerfO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hier: Beschlussentwurf über eine Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

§	Text	Kommentierung
§2 Grundsätze (5)	<p>Vorsitzende des UA QS: In den Minutenwerten sind die Zeiten für die Ausbildung und die Fort- und Weiterbildung, Urlaub sowie sonstige Ausfallzeiten, wie etwa krankheitsbedingter Ausfall des Personals, nicht berücksichtigt. Im Rahmen seiner eigenverantwortlichen Personalplanung hat das Krankenhaus demnach sicherzustellen, dass über die vorgegebenen Minutenwerte hinaus auch entsprechendes Personal zur Abdeckung dieser Zeiten vorgehalten wird.]</p>	<p>Diesen Zusatz unterstützen wir ausdrücklich.</p>
§ 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen	<p>Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ärzte b) Krankenpflegepersonen, Erzieher (nur KJP) c) Diplom-Psychologen, Master-Psychologen [GKV-SV/PatV: Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten (nur KJP)] d) Spezialtherapeuten [GKV-SV/PatV: (Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten)] e) Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten 	<p>Welche Qualifikationen werden unter die Gruppen gezählt? Wäre hier eine detaillierte bzw. separate Aufzählung nicht sinnvoller?</p>

Anlage IV der Tragenden Gründe

	<p>f) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP)</p> <p>g) Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)</p>	
<p>§ 6 (DKG)/§ 7 (GKV-SV/PatV) Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung</p>	<p>(6) Die Personalstellen für eine Berufsgruppe gemäß § 5 können gemäß § 7 entsprechend dem Konzept der psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtung auch mit Fachkräften der anderen Berufsgruppen oder anderer, in § 5 nicht genannter Berufe besetzt werden. Es muss sich hierbei stets um Tätigkeiten im Rahmen therapeutischer Aufgaben handeln.</p>	<p>Bedeutet dies automatisch auch, dass spezifische Leistungen einer Berufsgruppe auf andere Berufsgruppen übertragen werden können?</p>
	<p>[DKG] (8) Ausfallzeiten sind bei der Vereinbarung von Personalstellen zwischen den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu berücksichtigen. Die gemäß Absatz 1 bis 6 ermittelten Personalstellen sind bei der Vereinbarung auf Ortsebene um die den Ausfallzeiten entsprechende Anzahl an Personalstellen zu erhöhen.</p> <p>[PatV] (7) Diese Richtlinie regelt nicht die Höhe des Personals, das entsprechend der strukturellen und organisatorischen Situation der Einrichtung erforderlich ist. Dies ist in der Budgetfindung vor Ort zu regeln.</p>	<p>Dieser Zusatz sollte berücksichtigt werden und die Ausfallzeiten müssen wie beschrieben einrichtungsbezogen berücksichtigt werden.</p>
	<p>(9) Diese Richtlinie regelt nicht die Ausfallzeiten. Dies ist in der Budgetfindung vor Ort zu regeln.</p>	<p>Ausfallzeiten müssen definiert und berücksichtigt werden.</p>
<p>§ 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen</p>	<p>[DKG] (2) Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräfte aus den Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen b, d, e, f und g. Die</p>	<p>Die Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen für die tatsächliche Personalausstattung sollte hinterfragt werden. Sollte hier nicht die Qualifikation des Personals im Vordergrund stehen, damit die Basis für eine adäquate Behandlung gegeben ist.</p>

Anlage IV der Tragenden Gründe

	<p>angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern.</p> <p>[GKV-SV/PatV] [in Anlage 4 verortet]</p>	
<p>Anlage 2: Minutenwertetabellen</p>	<p>1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene</p> <p>[DKG: Zeitwerte in Minuten je Woche und Behandlungsbereich]</p> <p>2. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche</p>	<p>Die für eine Regelbehandlung durch einen Physiotherapeuten vorgegebene Therapiezeit beträgt 28 Minuten pro Woche. Bei Intensivbehandlung 29 Minuten pro Woche. Aus wissenschaftlichen Veröffentlichungen als auch dem heutigen medizinischen Standard ist bekannt und belegt, wie wichtig regelmäßige Bewegungstherapie als auch aktive Bewegung für den Patienten sein kann. Sofern 28 Minuten auf 5 Wochentage (Arbeitstage/Woche) aufgeteilt werden, bleiben dem Patienten etwas mehr als 5 Minuten aktive Bewegungstherapie pro Tag, was für eine methodisch durchdachte Therapie einen unmöglich zu realisierenden kurzen Zeitrahmen steckt. Daher ist es fraglich wie realistisch die Minutenwerte sind.</p> <p>Ebenso stellt sich die Frage, ob die Therapie in Einzeltherapie oder auch Gruppentherapie durchgeführt werden kann und ob dies genauer definiert werden sollte.</p>
<p>[DKG/GKV-SV:] Anlage 4/5: Regelaufgaben</p>	<p>f) Regelaufgaben Bewegungstherapeuten</p> <p>2. Einzelfallbezogene Behandlung</p>	<p>Aus der Ausbildungszielbeschreibung des MPhG (§§ 3 u. 8) von 1994 wird deutlich, dass es sich bei dem Begriff "Physiotherapie"</p>

Anlage IV der Tragenden Gründe

	<ul style="list-style-type: none">- individuelle Krankengymnastik und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen - Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie	<p>um den Oberbegriff handelt, der alle aktiven und passiven Therapieformen umfasst. Unter dem Oberbegriff Physiotherapie findet sich u.a. die Krankengymnastik.</p> <p>Daher sollte hier der Begriff Krankengymnastik durch Physiotherapie ersetzt werden.</p>
--	--	---

Köln, 06.06.2019

G-BA

Postfach 120606

10596 Berlin

Berlin, 14.6.2019

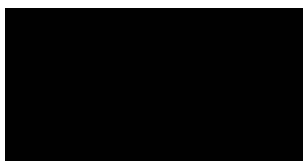
Betreff: Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Sehr geehrte Damen und Herren,

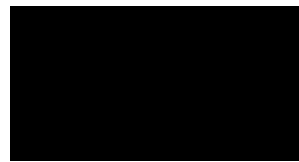
vielen Dank für die Zusendung des Beschlussentwurfs über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie.

Anbei finden Sie die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung (DGSGB). Gerne nehmen wir an der mündlichen Anhörung am 7. August teil.

Mit freundlichen Grüßen,



Stellvertretende Vorsitzende der DGSGB



Vorsitzender der DGSGB

I Allgemeines

Laut WHO leiden etwa 1-3% der Bevölkerung an einer geistigen Behinderung (WHO Fact Sheet 2001¹). Menschen mit geistiger Behinderung (Synonym: Intelligenzminderung) werden häufiger psychisch krank als die Allgemeinbevölkerung oder entwickeln häufig schwere Verhaltensauffälligkeiten (Cooper et al 2007²), die der stationär psychiatrischen Abklärung und Behandlung bedürfen (vgl. Stellungnahme der Bundesregierung Drucksache 19/3551: „Kinder und Erwachsene mit geistiger Behinderung benötigen im Falle von medizinischer Behandlung eine besondere Fürsorge und Betreuung. Viele Praxen und Krankenhäuser sind nicht auf die besonderen Anforderungen und den erhöhten Aufwand, die Menschen mit geistiger Behinderung brauchen, eingerichtet.“ Die besonderen Bedarfe dieser hochvulnerablen Bevölkerungsgruppe sind entsprechend der seit 2009 ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention der WHO auch in Deutschland umzusetzen. Dies hat u. a. zu weitreichenden Änderungen in der Eingliederungshilfe (Bundesteilhabegesetz) und zur Schaffung der gesetzlichen Rahmenbedingungen nach §§ 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für die Entwicklung ambulanter medizinischer Behandlungszentren zur Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) geführt (vgl. Stellungnahme der Bundesregierung Drucksache 19/3551: Mit [...] der im Jahr 2015 eingeführten neuen Ermächtigung für medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung nach § 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), sollen *im ambulanten Bereich* frühzeitig eine umfassende Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder mit Mehrfachbehinderungen möglich sein). Im stationären psychiatrischen Bereich wurde den besonderen Bedarfen dieser Patientengruppe bisher jedoch nicht Rechnung getragen. Die Ergänzungsvorschläge der DGSG zum ggw. Beschlussentwurf sollen diesen Mangel für die stationär psychiatrisch behandelten Menschen mit Behinderungen beheben. Die Öffnungsklausel aus der aktuell gültigen Psych-PV (vgl. §3 Absatz (4)) gibt dazu den möglichen Spielraum bei „besonderen Verhältnissen einer Einrichtung zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit oder Wirtschaftlichkeit“. Fast alle Personen mit geistiger Behinderung beziehen Leistungen aus der Eingliederungshilfe, wobei der Tagessatz zwischen 150-285 € für die Unterstützung im Lebensalltag bei Wohneinrichtungen schwankt. Diese „Basisbetreuung“

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

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

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

Mit einer geistigen Behinderung gehen häufig weitere Krankheitsbilder einher:

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

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

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

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

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

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

II Einzelbemerkungen

1. Zu § 2 Grundsätze

Die DGK schlägt vor:

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

Die DGSGB unterstützt diese Variante.

Begründung:

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

2. Zu § 3 Behandlungsbereiche Absatz (1)

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

I 1 Regelbehandlung bei Intelligenzminderung

I 2 Intensivbehandlung bei Intelligenzminderung

I 4 Langanhaltende Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker mit Intelligenzminderung

I 5 Psychotherapie bei Intelligenzminderung

I 6 Tagesklinische Behandlung bei Intelligenzminderung

I 9 Stationsäquivalente Behandlung bei Intelligenzminderung

Begründung:

Die stationär psychiatrische Behandlung von Personen mit geistiger Behinderung bedarf einer spezifischen Expertise, einer erweiterten Berufsgruppenszusammensetzung, einem höheren Personalbedarf und mehr Zeit. Grundlage der Behandlung ist das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, welches entsprechend den Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesell-

schaften um den emotionalen Entwicklungsaspekt erweitert wurde (vgl. Sappok & Diefenbacher 2017³). Die Arbeit basiert auf der sorgfältigen Anamnese- und psychische wie körperliche Befunderhebung. Im Sinne des ganzheitlichen Behandlungsansatzes ist dazu eine vertrauensvolle, wertschätzende, konstruktive Zusammenarbeit mit den zentralen Bezugspersonen und den verschiedenen Lebenswelten (Wohnen, Arbeiten, Freizeit und Familie) der PatientInnen erforderlich, die auf Gegenseitigkeit beruht. Eine umfängliche somatische Ursachenabklärung ist von eminenter Wichtigkeit, da somatische Ursachen häufig für psychische Symptome verantwortlich sind.

Beispielsweise wurde ein Patient mit schwerer geistiger Behinderung mit dem V.a. eine „Jammerdepression“ psychiatrisch vorgestellt, der aufgrund eines Oberschenkelhalsbruchs beim Aufstehen „jammerte“. Die somatische Ursachenabklärung ist daher insbesondere bei PatientInnen wichtig, die Schwierigkeiten haben, selbst über sich und die Vorstellungsgründe in der Klinik zu berichten (sog. Underreporting, vgl. Sovner & Hurley 1983⁴). Körperliche Ursachen für psychische Auffälligkeiten sind v. a. aufgrund von Kommunikationsproblemen (wie oben beispielhaft beschrieben) deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Dies muss daher diagnostisch abgeklärt werden und erfordert z. B. eine Untersuchung in Narkose. Weiterhin können mit Hilfe einer Verhaltensanalyse gezeigte Verhaltensweisen systematisch erfasst und ausgewertet werden. Standardisierte, spezifisch für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelte oder angepasste Untersuchungsinstrumente ermöglichen eine qualitativ hochwertige Abklärung einzelner Krankheitsbilder wie z. B. Autismus, Demenz oder Persönlichkeitsstörungen. Die emotionale Entwicklungsdiagnostik gibt Einblicke in das innere Erleben der PatientInnen (vgl. Sappok & Zepperitz 2016⁵). Basierend auf dem emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand werden gezeigte Verhaltensweisen verstehbar und international gebräuchliche Diagnosesysteme anwendbar.

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

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

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

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

Wörterbuch für Leichte Sprache. Kassel: Nordlicht Digitaldruck 2008). Sie bzw. er ist mitverantwortlich, einzelne Aspekte des Behandlungsplans umzusetzen und trägt maßgeblich durch die aktive Mitarbeit zum Therapieerfolg bei.

Die Behandlung basiert auf national bzw. international gültigen Leitlinien^{6,7} und bezieht psychopharmakologische und nichtmedikamentöse Verfahren mit ein. Neben strukturierten Therapiekonzepten, z. B. die adaptierte Version der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBToP⁸), der Interpersonellen Therapie (IPT) oder das Autismus Kompetenztraining (Aut-Kom), werden dabei verhaltenstherapeutisch und heilpädagogisch ausgerichteten Ansätze wie z. B. Verstärkerpläne, kognitive Verhaltenstherapie, Entspannungsübungen, basale Therapie, Snoezelen, Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Impulskontrolle und Erarbeiten alternativer Selbstregulationsstrategien eingesetzt. In Einzelfällen kommen auch tiefenpsychologisch fundierte Behandlungskonzepte zum Einsatz (vgl. Beail 1998⁹, 2003¹⁰). Ergänzend werden Kreativtherapien wie z. B. Musik-, Kunst-, Ergo-, Tanz- und Theatertherapie angeboten. Ein zentraler Aspekt der Arbeit ist die Psychoedukation sowohl der Betroffenen als auch der Bezugspersonen, z. B. in Bezug auf Ernährung, die Gestaltung einer Autismus freundlichen Umgebung oder eine entwicklungsbasierte Therapie- und Förderplanung und Beziehungsgestaltung. Die Therapie wird ggf. durch Labor- und EKG-Kontrollen und häufig durch eine zielorientierte Verhaltensbeobachtung kontrolliert und ggf. angepasst¹¹.

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

Die Diagnostik und Therapie erfordert nicht nur eine multiprofessionelle Arbeit, sondern auch

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

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

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

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

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

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

mehr zeitliche und personelle Ressourcen, die sich beispielhaft für die einzelnen Berufsgruppen wie folgt begründen:

ÄrztInnen:

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

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

Pflorgeteam (Gesundheits- und Krankenpflege sowie **Heilerziehungspflege** (nicht in Psych-PV enthalten!)):

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

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

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

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

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

PhysiotherapeutInnen:

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

PsychologInnen und PsychotherapeutInnen:

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

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

KreativtherapeutInnen:

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

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

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

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

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

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

3. Zu § 5 Berufsgruppen

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

„Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert:

- a) Ärzte
- b) Krankenpflegepersonen, Erzieher, Heilerziehungspflege (~~nur~~-KJP und bei Intelligenzmin-
derung)
- c) Diplom-Psychologen, Master-Psychologen
- d) Spezialtherapeuten
- e) Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten

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

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

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

Begründung:

Um den in der Begründung zu § 3 Behandlungsbereiche Absatz (1) dargestellten, ganzheitlichen Behandlungsansatz entsprechend den nationalen und internationalen Leitlinien umzusetzen, ist die multidisziplinäre Herangehensweise unerlässlich, die neben ÄrztInnen, Pflegepersonal, und PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen, diversen KreativtherapeutInnen (Garten-, Musik-, Kunst-, Ergo-, Tanz- und Theatertherapie, ggf. tiergestützte Therapien und Erlebnispädagogen) und PhysiotherapeutInnen aufgrund der kommunikativen Einschränkungen und neurologischen Komorbiditäten auch *Sprach- und SprechtherapeutInnen (unterstützte Kommunikation und ggf. GebärdensprachlerInnen!)* und aufgrund der mit der geistigen Behinderung verbundenen Entwicklungsverzögerungen und häufigen, schweren Verhaltensprobleme (stationär ca. 45% der Patienten!) auch *HeilerziehungspflegerInnen und HeilpädagogInnen* beinhalten muss.

Bei Menschen mit Intelligenzminderung (Synonym: geistiger Behinderung) ist ein koordiniertes, multiprofessionelles Vorgehen unerlässlich. Dazu ist auch eine gewisse Flexibilität in der VK-Zuordnung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen nötig (Switch zwischen den Berufsgruppen), je nach Schwerpunkt und Ausstattung der Klinik und regionalen Rahmenbedingungen.

4. Zu § 10 Stationsgröße

5. Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung vor:

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

Begründung:

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

psychischen Erkrankungen sind die sozio-emotionalen Kompetenzen häufig stärker entwicklungsverzögert als die rein kognitiven Fähigkeiten. Daher sollte das Setting dem mentalen Entwicklungsalter angepasst werden.

6. Zu § 11 Nachtdienste

Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung bei Vorschlag von PatV vor:

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

Begründung:

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

7. Zu § 13 Anpassung der Richtlinie

Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung vor:

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

Begründung:

Vgl. Ausführungen unter I Allgemeines.

8. Zu § 15 Übergangsregelungen

Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung vor:

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

Begründung:

Vgl. Ausführungen unter I Allgemeines.

9. Zu Anlage 1: Eingruppierungen

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

I 1 Regelbehandlung bei Intelligenzminderung

I 2 Intensivbehandlung bei Intelligenzminderung

I 4 Langanhaltende Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker mit Intelligenzminderung

I 5 Psychotherapie bei Intelligenzminderung

I 6 Tagesklinische Behandlung bei Intelligenzminderung

I 9 Stationsäquivalente Behandlung bei Intelligenzminderung

In Anlage 1 sollte daher folgende Eingruppierungsempfehlung ergänzt werden:

I Intelligenzminderung

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

				Helfersystem/ges. Betreuern; höherer Unterstützungsbedarf (Wohnen, Selbstversorgung, Arbeiten)	nehmend misstrauisch, bezieht Fernseh- nachrichten auf sich und hört dialogisie- rende und befehlende Stimmen. Schlaf schlecht, Gedanken gehen durcheinan- der. Braucht für tägliche Verrichtungen sehr lange, benötigt aber keine fremde Hilfe.	
I 2 Intensiv- behand- lung	Psychisch Kranke mit Intelligenz- minderung, manifest selbstgefähr- det, fremdge- fährdend oder somatisch vi- talgefährdet	Erkennen und Hei- len, Risikoabschät- zung, Krisenbewälti- gung, Bessern der vital bedrohlichen Störungen, Stabili- sierung als Voraus- setzung für weitere therapeutische Maß- nahmen	Psychiatrische und somatische Diagnos- tik. Erst- und Not- fallbehandlung, ein- zelbezogene Inten- sivbehandlung ein- schließlich medika- mentöser Therapie	In den Behandlungsbereich I2- sind Pa- tienten einzugruppieren, die anhaltend sehr unruhig und verwirrt sind. Diese Patienten gefährden schwache, hilflose Mitpatienten oder sie gefährden sich selbst. Die unmittelbare Gefährdung kann auch von somatischen Erkrankun- gen ausgehen (Vitalgefährdung), die eine kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter erfordern. Manifeste Selbst- oder Fremdgefährdung ist zu be- jahen, wenn der Patient nicht absprache- fähig oder sein Verhalten nicht vorher- sehbar ist.	Patient, 23 Jahre, mittelgradige Intelli- genzminderung und Autismus, mit rap- tusartiger schwerer Fremdverletzung (schmeißt Stühle, kratzt, tritt, beißt) und anhaltend motorischer Unruhe. Schmeißt in unbeobachteten Momenten Rollstühle von Mitpatienten um, schlägt den Kopf gegen die Wand und hält durch Pulen Wunden im Gesicht offen. Muss ständig beaufsichtigt werden, täg- liche Verrichtungen nur im 2:1 Kontakt möglich, Essen nur in separiertem Be- reich möglich. In Krisensituationen ra- sches, personalintensives Deeskalations- management mit zum Teil 1:1 Betreu- ung, Einsatz von Time-out und Fixie- rungen erforderlich.	F70.1/F71.1, F72, F73 leichte bis schwerste IM, manifest selbst oder fremdgefährdend oder somatisch vital gefährdet infolge entweder einer schweren psychischer Er- krankung und/o- der einer schwe- rer Verhaltens- auffälligkeit, ggf. mit zusätzli- cher chronischer

						körperlicher Erkrankung/Behinderung
I 4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	Psychisch Kranke mit Intelligenzminderung mit anhaltenden akuten Symptomen und erheblichen psychischen, somatischen und sozialen Einbußen	Bessern und Lindern, Verhüten von Verschlimmerung, Stabilisierung als Voraussetzung für weitere therapeutische Maßnahmen oder Entlassungen nach Hause oder Wohnheim	Medizinische Grundversorgung mit kontinuierlich hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand, gegebenenfalls ergänzt durch Einbeziehung weiterer gebietsärztlicher Leistungen, Gestaltung des therapeutischen Milieus	Diesem Behandlungsbereich sind die Patienten zuzuordnen, bei denen die Krankenhausbehandlung neben der schweren psychischen Erkrankung durch die Mehrfacherkrankung wegen der Schwere der IM bzw. schweren Verhaltensstörung oder einer relevanten somatischen Begleiterkrankung mitbegründet ist. Diese Kranken haben einen anhaltenden akuten Krankheitsverlauf. Hoher pflegerischer und therapeutischer Aufwand können beispielsweise erforderlich werden, wenn neben einer Depression eine schwere, komplexe Mehrfachbehinderung erschwerend hinzukommt oder wenn neben der psychischen Erkrankung relevante somatische Erkrankungen (Diabetes Mellitus, Epilepsie, M. Parkinson) vorliegen. Patienten im Behandlungsbereich A4-IM können in der Regel nicht selbständig zu ihren therapeutischen Aktivitäten	I4 Beispiel 1 Patientin, 43 Jahre, schwere Intelligenzminderung infolge einer Rötelnembryopathie, gehörlos seit Geburt, erblindet durch schwere Selbstverletzung der Augen. Psychomotorische Unruhe, Schlaflosigkeit, Gewichtsabnahme. Sie hat einen erheblichen therapeutischen und pflegerischen Aufwand und ist anhaltend beaufsichtigungspflichtig. Sie benötigt regelmäßig strukturierende Begleitung, um nicht tragbare Verhaltensweisen wie Kot-schmierern oder Aufkratzen von Wunden oder Schlagen auf die Ohren und Augen zu verhindern. Eine Fixierung oder 1:1 Betreuung ist nicht erforderlich. I4 Beispiel 2 Patient, 52 Jahre, mittelgradige Intelligenzminderung mit rezidivierend depressiver Störung und Parkinsonerkrankung mit Wirkfluktuationen. Schwere Antriebsstörung und depressiver Affekt bei gleichzeitig schwerer	F70.1/F71.1, F72, F73 leichte bis schwerste IM mit anhaltend akuter Symptomatik infolge einer psychischen Erkrankung und/oder einer schweren Verhaltensauffälligkeit und/oder schwerer chronischer körperlicher Erkrankung/Behinderung (Rollstuhl, blind etc.)

				<p>oder zu ihrem diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen und bedürfen daher der Begleitung durch Pflegekräfte.</p> <p>In der Regel besteht Hilfebedarf im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL).</p>	<p>Einstellbarkeit der Parkinsonmedikamente mit häufigem Verharren, deutlicher Verlangsamung der Beweglichkeit und starrer Mimik. Parkinsonerkrankung und Depression verstärken sich gegenseitig und die Symptome überlagern sich zum Teil. Aufgrund der Bewegungsstörung und der Depression benötigt der Patient pflegerische Hilfe bei der Ernährung und Körperpflege.</p>	
I 5 Psychotherapie	<p>Kranke mit Intelligenzminderung mit psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Persönlichkeitsstörungen, chronische Depressionen, ...), welche psychotherapeutischen Interventionen</p>	<p>Erkennen von Krankheit, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung</p>	<p>Komplexe psychotherapeutische Behandlung</p>	<p>Hierbei handelt es sich um eine typische stationäre psychotherapeutische Behandlung bei Patienten mit Intelligenzminderung, wobei die damit verbundenen Änderungen im Lerntempo und in den therapeutischen Methoden (körper- und erlebnisbasiert, Rollenspiele) berücksichtigt sind. Die psychotherapeutische Behandlungseinheit muss an die Belastbarkeit des behinderten Menschen angepasst werden. Auf die kognitiven und emotionalen Einschränkungen wird eingegangen und das Lebensumfeld einbezogen. Es steht die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund. Er-</p>	<p>Patientin, 32 Jahre, leichte Intelligenzminderung, Missbrauch als Kind durch den Vater, früh ins Heim gekommen. Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit selbstverletzenden Verhaltensweisen (Schnittwunden an Armen), wiederholten Suizidgedanken, -impulsen und -versuchen, instabilen Beziehungen und Pseudohalluzinationen. Wird stationär psychotherapeutisch behandelt, keine Unterstützung bei alltäglichen praktischen Tätigkeiten, aber erhöhter Gesprächs- und Behandlungsbedarf durch Pflege und Psychologen aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung.</p>	<p>F70/F71 leichte bis mittelgradige IM und psychische Erkrankung zur stationären Psychotherapie</p>

	nen zugänglich sind und stationär psychotherapeutisch behandelt werden müssen.			gänzend können eine Psychopharmakotherapie sowie Maßnahmen zur Verbesserung des sozialen Lebenskontextes durchgeführt werden.		
I 6 Tages- klinische Behandlung	Kranke mit Intelligenzminderung mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen	Wahrung des Wohls und der Inklusion in die Gesellschaft; Verbesserung der psychosozialen Kompetenz; Befähigung zur Fortsetzung der beruflichen Ausbildung.	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische Behandlung; Beratung des ambulanten Betreuungssystems und der Familie; Schulung und Aufklärung der Bezugspersonen; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; funktionelle Therapien; Entwicklungstherapie	In diesen Behandlungsbereich sind Erwachsene mit Intelligenzminderung aller Schweregrade einzugruppiert. Voraussetzungen für die tagesstationäre Behandlung sind: Fähigkeit des Patienten zur Mitwirkung in der Behandlung ein ausreichend belastbares soziales Umfeld die vorhandene Bereitschaft und Fähigkeit der ambulanten Bezugspersonen aus dem unmittelbaren Lebensumfeld (z. B. Einzelfallhelfer, Wohngruppenbetreuer, Werkstattbetreuer, Familienangehörige) zur aktiven Mitwirkung bei der Behandlung ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden. Die tagesklinische Behandlung	Patient 23 Jahre, leichte Intelligenzminderung, emotionales Entwicklungsalter 2-3 Jahre. Im 2. Lebensjahr aufgrund der schweren Verhaltensauffälligkeiten mit raptusartigen Erregungsdurchbrüchen und schwerer Fremdverletzung der Eltern ins Heim gekommen. Jetzt sehr aufmerksamkeitsuchend und psychomotorisch unruhig sowie Sach- und Fremdaggression. Werkstattplatz aufgrund der hohen Betreuungsintensität und aggressiven Verhaltensweisen wiederholt gekündigt. Ein pädagogisch-therapeutisches Rahmenkonzept mit klarer Tagesstruktur, Bestätigung der Person, Skillstraining, Verlängerung der Konzentrationsphasen, Schulung des Umfelds in Deeskalation und Bewegungsangeboten.	F70-F73 leichte bis schwerste IM mit anhaltender Symptomatik infolge einer psychischen Erkrankung und/oder einer schweren Verhaltensauffälligkeit.

				<p>kann integriert im vollstationären Bereich oder in einer Tagesklinik erfolgen. Tagesklinische Behandlung ermöglicht einen schnellen Transfer von Therapieerfolgen ins psychosoziale Umfeld, vor allem durch den engen Kontakt und regelmäßigen Austausch zwischen Therapeuten und Bezugspersonen.</p>		
<p>I 9 Stationsäquivalente Behandlung</p>	<p>Kranke, die eine stationsäquivalente Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen.</p>					

Begründung:

Aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen, der Entwicklungsverzögerung, der häufigen somatischen Komorbiditäten und der häufigen sensorischen Beeinträchtigungen sind – in Analogie zur Gerontopsychiatrie und KJP – spezifische Behandlungsbereiche zu definieren. Vgl. dazu auch Begründung zu I Allgemeines und § 3 Behandlungsbereiche Absatz (1).

Behinderung ist nicht gleich Behinderung. Die hier definierten Behandlungsbereiche liefern erstmalig eine sehr differenzierte Eingruppierungsstruktur für Personen mit kognitiver Beeinträchtigung (synonym: Intelligenzminderung; geistiger Behinderung) unterschiedlicher Schweregrade und ggf. zusätzlicher Körperbehinderung. Dies liefert die Voraussetzung für eine bedarfsgerechte stationär psychiatrische Versorgung dieser Patientengruppe, die die jeweiligen Behandlungsbedarfe berücksichtigt und dem ggf. vorliegenden Mehrbedarf Rechnung trägt.

10. Zu Anlage 2: Minutenwerte

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

Minuten neu	Behandlungsbereich	Ärzte	Pflegedienst	Dipl./MA Psych.	Beweg.-Th. Etc.	Sozialarb./Heilpädagoge	Ergo- und Kreativth.
Intelligenzminderung							
Regelbehandlung	11	256	670	99	40	76	135
Intensivbehandlung	12	291	1.977	59	75	97	300
Langdauer. Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	14	327	1.691	89	92	131	278
Psychotherapie	15	255	609	250	28	204	136
Tagesklinik ¹²	16	247	761	182	63	133	128

Begründung:

Grundlage der Minutenwerte für I1, I2, I4 und I5 ist eine Minutenanalyse im Berliner Behandlungszentrum für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen am Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge. Dabei hat im Jahr 2017 jede Berufsgruppe für jeden Patienten für 2 Wo-

¹² Die 16 Minutenwerte entsprechen den Werten der KJP. Hier liegen keine eigenen Minutenanalysen vor

chen die benötigten Minutenwerte dokumentiert. 2018 fanden an allen 4 Stichtagen erneute Minutenanalysen vor dem Hintergrund der neu definierten Behandlungsbereiche I1-I5 statt, die in die final dargestellten Werte eingeflossen sind. Es ist zu berücksichtigen, dass die Minutenwerte unter der ggw. in der Psych-PV vorgesehenen Personalausstattung ermittelt wurden. Dies führte zu vergleichsweise niedrigen Minutenwerten im Behandlungsbereich I1 (Regelbehandlung), und zwar über alle Berufsgruppen hinweg. Dies ist dadurch erklärbar, dass das vorhandene Personal am ehesten bei den – im Vergleich zu den anderen Behandlungsgruppen – am wenigsten kranken bzw. schwer behinderten Personen die Zeit eingespart hat, die bei den schwerer Kranken bzw. betroffenen Personen noch dringender erforderlich war. Aus Sicht der DGSGB ist daher – außer beim ärztlichen Personal – voraussichtlich eine Verdopplung der Minutenwerte der anderen Berufsgruppen erforderlich. Eine weitere Anpassung der Minutenwerte sollte daher nach Einführung der behindertenspezifischen Behandlungsbereiche und Anpassung der Personalausstattung erfolgen.

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

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

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

Ärztlicher Dienst:

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

Pflegedienst:

Regelaufgaben "Pflegepersonal" <small>Bearbeitungsstand Spalte PPV/Patient: 13. Juli 1990</small>	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient
		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche
	Regel- behandlung	Regel- behandlung	Intensiv- behandlung	Intensiv- behandlung	Schwer- kranke	Schwer- kranke	Psycho- therapie	Psycho- therapie
	A1	A1	A2	A2	A4	A4	A5	A5
<i>Angenommene Rechengrößen:</i>								
- Tagesdienst 14 Std. und eine 1/2 Stunde Übergabe								
- Bezugsgröße: 18 Patienten	23	23	10	10	1	1	2	2
- Behandlungsdauer durchschnittlich in Tagen	35	21	21	42	39	26	90	28
- Woche	5	3	3	6	6	4	13	4
1. Allgemeine Pflege								
Summe "Allgemeine Pflege"	172	345	288	1.069	220	1.160	288	231
2. Spezielle Pflege								
2.1 Somatische Pflege								
Summe "Somatische Pflege"	113	139	176	228	101	210	14	120
2.2 Psychiatrische Pflege								
2.2.1 Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung								
Zwischensumme "Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung"	208	239	540	720	280	368	176	358
2.2.2 Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung								
Zwischensumme „Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung“	135	65	60	54	170	54	93	30
Summe „Psychiatrische Pflege“	343	303	60	774	170	422	93	387
2.3 Visiten des Arztes								
Visiten etc.	25	33		42		42		33
Summe "Spezielle Pflege"	480	475	276	1.043	288	673	117	540
3. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten								
3.1. Therapie- und Arbeitsbesprechungen								
Summe „Therapie- und Arbeitsbesprechungen“	148	72	235	85	173	85	86	86
3.2. Stationsorganisation								
Summe „Stationsorganisation“	56	56	57	57	51	51	31	31
Tätigkeiten"	203	128	292	142	224	136	116	117
Zusammen	855	948	1.395	2.255	1.012	1.969	475	887
abzüglich Basiswert ("Sockel")	278	278	278	278	278	278	278	278
verbleiben je Woche und Behandlungsbereich	578	670	1.118	1.977	734	1.691	198	609

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

Medizinisch-technischer Dienst:

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

Funktionsdienst:

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

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

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.



Stellungnahme der DGGPP zum

Beschlussentwurf des G-BA über eine Erstfassung der Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik

Grundlegende Bewertung des Richtlinienentwurfs

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und – psychotherapie (DGGPP) lehnt den vorgelegten Richtlinienentwurf grundsätzlich ab, da er dem gesetzlichen Auftrag, wie er im §136a Abs.2 SGB V festgelegt ist, nicht gerecht wird. Die der Personalbemessung zugrunde liegenden Minutenwerte müssen bereits in der ersten Stufe an die aktuellen medizinischen, rechtlichen und ethischen Standards angepasst werden. Die Richtlinie muss eine Festschreibung ihrer Weiterentwicklung zu einem den Erfordernissen des 21. Jahrhunderts entsprechenden Personalbemessungssystem enthalten. Sanktionen bei Nichterfüllung, die die wohnortnahe psychiatrische Versorgung gefährden, müssen gestrichen werden. Die DGGPP schließt sich dabei in weiten Teilen der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde an. Zusätzlich stehen für unsere Fachgesellschaft jedoch besondere Bedarfe psychisch kranker älterer Menschen im Vordergrund, für die aufgrund der neueren Erkenntnisse in Behandlung und Versorgung aus den letzten 15 Jahren besondere personelle Bedarfe bestehen (vgl. etwa die zusätzlichen Bedarfe für die neu in der S3-Leitlinie Demenz aufgenommenen ergo-, (neuro)psycho-, sozio- und bewegungstherapeutischen Verfahren).

Ablehnung wegen Beibehaltung der PsychPV statt Leitlinienorientierung

Der Richtlinienentwurf schreibt die durch die medizinische und psychiatrische Entwicklung der letzten 30 Jahre überholten Personalvorgaben der Psychiatriepersonalverordnung von 1990 fest. Damit wird dem gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der für eine adäquate Behandlung erforderlichen Qualität nicht entsprochen. Insbesondere in der Gerontopsychiatrie ist die auf einer Durchschnittsverweildauer von 61 Tagen und im Vergleich zu heute deutlich anderen Bedingungen psychiatrischer Behandlung basierende Personalbemessung der PsychPV schon lange überholt. Hier sind Anpassungen in der Zeitbemessung für den Ärztlichen und Psychologischen Dienst, Sozialarbeit und Therapeuten dringend erforderlich. Gerade unter den Bedingungen des demografischen Wandels ist eine Autonomie erhaltende und wiederherstellende Behandlung auch bei alten Menschen ein zentrales Qualitätskriterium. Es gibt keine fachliche Begründung für einen in diesen Berufsgruppen geringeren Personalaufwand als in z.B. der Suchtpsychiatrie.

Auch in den Schussenrieder Tabellen wurde diese Benachteiligung gerontopsychiatrisch eingestufte Pat. nicht korrigiert. Gleichzeitig ist fachlich klar, dass sich die Behandlung alter psychisch Kranker nicht auf eine aktivierende Pflege reduzieren lassen kann. Gerade im Bereich der hirnorganischen Erkrankungen ist eine aufwendige differenzierte Diagnostik und Therapie ebenso erforderlich wie die psychotherapeutische Betreuung von Pat. und Angehörigen und die Unterstützung bei psychosozialen Problemen. Diese ist sowohl für Demenzerkrankungen und affektive Störungen wie Delirien und andere häufige gerontopsychiatrische Krankheitsbilder leitliniengerecht und reflektiert die wissenschaftliche und klinische Entwicklung der letzten 15 Jahre. Da es sich um eine Übergangsregelung handeln soll, schlagen wir statt empirisch nicht beleg-

Geschäftsstelle

DGGPP e.V.
Postfach 1366
51657 Wiehl
Tel.: 02262 [REDACTED]
Fax: 02262 [REDACTED]
GS@dggpp.de

Vorstand

[REDACTED]
Potsdam
Präsident

[REDACTED]
Berlin
Past Präsident

[REDACTED]
Düsseldorf
Vizepräsident

[REDACTED]
Saarbrücken
Schatzmeisterin

[REDACTED]
Bielefeld
Schriftführer

Beisitzer

[REDACTED]
Mannheim

[REDACTED]
Gummersbach

[REDACTED]
Köln

[REDACTED]
Berlin

[REDACTED]
Stuttgart

Erweiterter Vorstand

[REDACTED]
Haar

[REDACTED]
Berlin

Wissenschaftl. Beirat

[REDACTED]
München

[REDACTED]
Münster

[REDACTED]
Berlin

[REDACTED]
München

[REDACTED]
Kassel

www.dggpp.de



ter Erhöhungen einzelner Minutenwerte, wie sie die GKV und PatV vorschlagen, eine pragmatische Lösung vor. **Für den Übergang ist aus Sicht der DGGPP eine lineare Erhöhung der Minutenwerte in mehreren Stufen um 15% für alle und darüberhinaus für G eine Anpassung der Minutenwerte aller Berufe außer der Pflege an A erforderlich.**

Im Einzelnen:

Ablehnung wegen fehlender Entwicklung eines patientenbedarfsgerechten Personalbemessungsmodells.

Der gesetzliche Auftrag beinhaltet die Entwicklung einer adäquaten Personalbemessung für eine leitliniengerechte Behandlung. Dafür ist die Festschreibung einer Weiterentwicklung und der Anforderungen daran in der PPP-RL unbedingt erforderlich.

Ablehnung wegen Personaluntergrenze statt Personalmindestausstattung

Die Krankenkassen schlagen statt einer Personalmindestausstattung Personaluntergrenzen vor. Personaluntergrenzen können nützlich sein, um die Sicherheit in der stationären Versorgung zu gewährleisten, sind aber nicht geeignet, um die Qualität der psychiatrischen Behandlung sicherzustellen. Der gesetzliche Auftrag erfordert die Definition einer Personalmindestausstattung.

Ablehnung wegen stationsbezogenem, monatlichem Nachweis und Abrechnungsausschluss als Sanktion bei Unterschreiten der Personaluntergrenzen

Unter den Bedingungen der Pflichtversorgung kommen Psychiatrische Kliniken unter Umständen in die Situation, Patienten auch bei Unterschreiten der Personaluntergrenzen behandeln zu müssen, diese Behandlung aber nicht abrechnen zu können. Wenn die Sicherheit auf einer Station oder in einer Klinik wegen Personalmangels nicht mehr gewährleistet werden kann, müssen auch heute vorübergehend Betten gesperrt werden. Wirtschaftliche Sanktionen trotz unter hohem Einsatz des vorhandenen Personals erbrachter Leistungen sind in dieser Situation nicht akzeptabel. Hier sind politische Lösungen erforderlich. Ein stationsbezogener monatlicher Nachweis würde einen nicht mehr zeitgemäßen strengen Stationsbezug festschreiben und die gerade in der Psychiatrie zur Qualität der Versorgung erforderliche Flexibilität der Konzepte und den bedarfs- und situationsbegründeten flexiblen Einsatz von Personal erheblich beeinträchtigen. Auch dies ist mit einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Versorgung nicht vereinbar. Letztlich droht insbesondere wohnortnahen kleinen psychiatrischen Pflichtversorgungseinrichtungen eine Schließung aus ökonomischen Gründen, wenn die Sanktionen in der vorliegenden Form umgesetzt werden. Dies betrifft insbesondere auch ländliche und strukturschwache Regionen.

Zusammenfassung der Gründe für die Ablehnung des Richtlinienentwurfs

Der Richtlinienentwurf entspricht in wesentlichen Punkten nicht den politischen und gesetzlichen Vorgaben. Die Sicherung einer leitliniengerechten Behandlung und damit der Qualität für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung ist auf der Grundlage dieses Entwurfs nicht möglich. Wenn dieser Entwurf umgesetzt wird, ist statt dessen mit einer Verschlechterung der Qualität zu rechnen.

Erforderliche Veränderungen des Richtlinienentwurfs

Anpassung der Personalmindestvorgaben an die aktuellen medizinischen Standards

Wenn die PsychPV als Grundlage für eine erste Stufe der Entwicklung eines für das 21. Jahrhundert adäquaten Personalbemessungsinstruments dienen soll, ist auch für den Übergang eine quantitative Erhöhung als Annäherung an die aktuellen Standards einer leitlinien- und menschenrechtsgerechten Behandlung erforderlich. Aus unserer Sicht bedeutet dies die Aufstockung der PsychPV-Minutenwerte um 15% plus eine weitere Anpassung der Minutenwerte für den Ärztlichen und Psychologischen Dienst, Sozialarbeit und Therapeuten im „G“-Bereich auf die Standards der Allgemeinpsychiatrie.

Für die Anpassung an die aktuellen medizinischen und rechtlichen Standards ist in einer zweiten Stufe die Entwicklung eines zeitgemäßen Personalbemessungsmodells erforderlich.



Festlegung zur Weiterentwicklung der Richtlinie

Die Richtlinie muss enthalten, dass mit einem verbindlichen Zeitplan in einer zweiten Stufe ein den aktuellen Bedingungen entsprechendes und zukunftsfähiges Personalbemessungsinstrument entwickelt wird, das geeignet ist, eine leitliniengerechte Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken zu gewährleisten.

Differenzierung zwischen „Personaluntergrenze“ und „Personalmindestvorgaben“

Die Richtlinie muss den Unterschied zwischen Personalmindestvorgaben für eine leitliniengerechte Behandlung und einer Personaluntergrenze für die Gewährleistung der Sicherheit klarstellen.

Beachtung der Versorgungsqualität auch im Bereich der Sanktionen

Dezentralisierung, Wohnortnähe und Begrenzung der Größe therapeutischer Einheiten sowie die Flexibilisierung von Behandlungskonzepten hin zu am Patientenbedarf orientiertem Personaleinsatz in unterschiedlichen Settings und Strukturen würden durch vorwiegend ökonomische Sanktionen und einen stationsbezogenen monatlichen Personalnachweis gefährdet. Insbesondere in strukturschwachen Gebieten wäre die Existenz vor allem von kleinen Kliniken bedroht und einer Rezentralisierung der psychiatrischen Versorgung würde Vorschub geleistet. Sanktionen sollten auf die Unterstützung beim Erreichen von Qualität ausgerichtet sein.

Ausführliche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie

Einleitung

Die Psychiatrie befindet sich seit der Psychiatrie-Enquête in einem kontinuierlichen Veränderungsprozess. Eckpunkte sind der medizinisch-technische Fortschritt, sich ändernde psychiatrische Krankheitskonzeptionen und daraus resultierende Entwicklungen von neuen Therapien, und sich ändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die sich auf die gesamte Medizin, aber auf die Psychiatrie, die als einziges medizinisches Fach mit staatlichen Hoheitsaufgaben belehnt ist, in besonderer Weise auswirken. Die auch volkswirtschaftliche Bedeutung von Autonomie und Befähigung zur Selbstfürsorge der Kranken einerseits und durch demografische Veränderungen schwindende Ressourcen andererseits lassen die im 20. Jhdt. entwickelten Organisationsstrukturen der psychiatrischen Versorgung von Errungenschaften der Psychiatrie-Enquête zunehmend zu einer teuren Zwangsjacke werden und erfordern eine grundsätzliche Neustrukturierung. Beispiele sind u.a. die zwischen den SGB-Bereichen wechselnden Kostenträger, die versuchen, in jeweils ihrem Bereich zu Lasten der Gesamtheit zu sparen; eine sektorübergreifende Behandlung in einer Behandlungsepisode und damit die Ambulantisierung behindernde Falldefinitionen des SGB V; von der Verortung des Leistungserbringers abhängige unterschiedliche Vergütungen der selben Leistung – die Liste ließe sich fortsetzen.

Eine Neustrukturierung kann nur durch politische Entscheidungen auf der Basis einer fachlichen Beratung und Begleitung durch die in die Versorgung involvierten Verbände als Vertretung von Patient*innen, Angehörigen und Bezugspersonen, Berufsgruppen und Trägern und Kostenträgern umgesetzt werden. Der Gesetzgeber hat die Notwendigkeit einer solchen Neustrukturierung auch erkannt, und dazu einen Psychiatrie-Dialog initiiert. Alle Entscheidungen, die die Versorgungsstruktur unmittelbar und mittelbar beeinflussen, sollten vor dem Hintergrund dieser notwendigen Neustrukturierung danach beurteilt werden, ob sie Flickwerk an Lücken darstellen oder zukunftsweisende Entwicklungen bahnen. Eine Richtlinie für die Personalbemessung in der stationären Psychiatrie gehört mit Sicherheit zu den die Versorgungsstruktur beeinflussenden Faktoren.

Zu den rechtlichen Rahmenbedingungen

§ 136a Abs. 2 SGB V enthält einerseits den Auftrag, verbindliche Mindestvorgaben für die Behandlung festzulegen, andererseits den Auftrag der Qualitätssicherung und der Evidenzbasierung und einer leitliniengerechten Behandlung. Diese beiden Aufträge stehen für die psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsverpflichtung und damit Aufnahmeverpflichtung in bestimmten Situationen in einem Spannungsverhältnis zueinander. Mindestvorgaben für die Behandlung können als Untergrenze verstanden wer-



den, unterhalb derer die Sicherheit von Patient*innen und Mitarbeiter*innen nicht mehr gewährleistet werden kann. Für die Sicherung von Qualität in der Psychiatrie und eine leitliniengerechte Behandlung sind deutlich höhere Personalanhaltszahlen erforderlich.

Zu den Grundsätzen

Dem Doppelauftrag des §136a SGB V – einerseits verbindliche Mindestanforderungen festzulegen, andererseits eine leitliniengerechte Therapie zu ermöglichen – wird die von der DKG vorgeschlagene Lösung von einem Korridor zwischen Untergrenzen einerseits und Personalbemessungsstandards am ehesten gerecht. Gleichzeitig ist aber der Vorschlag, die Untergrenze auf 80% PsychPV festzulegen, nicht akzeptabel. Wenn, anders als vom GKV-VS vorgeschlagen, ein jahres- und klinikbezogener Nachweis der Personalausstattung erfolgt und die Sanktionen für ein Unterschreiten der Untergrenze nicht in der Nichtabrechnungsfähigkeit von bereits erbrachten Leistungen besteht, gibt es keinen Grund für eine Unterschreitung der ohnehin unzureichenden PsychPV-Vorgaben.

Der Vergütungsausschluss, der erst im Nachhinein festgestellt werden kann, birgt, wie die DKG richtig feststellt, die Folge eines Behandlungsausschlusses von Patient*innen. GKV-VS und PatV unterstellen implizit, dass in den Krankenhäusern Patient*innen stationär behandelt werden, die einen solchen Behandlungsausschluss vertragen können, also eine stationäre Behandlung nicht benötigen. Eine solche Behauptung entbehrt jeder Grundlage. Die Beschränkung der Definition besonders vulnerabler Patient*innen auf untergebrachte und unter Betreuung stehende Personen ignoriert, dass in der psychiatrischen Behandlung oft über Jahre hinweg ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wird, das Maßnahmen wie einer Unterbringung oder Betreuung vorbeugt. Auch eine hochakut kranke Person kann freiwillig in stationärer Behandlung sein. Die Aufnahme als Notfall und die dafür nötige Personaldecke ist trotzdem nicht für jeden Tag planbar. Mit diesen Regelungen kommt das Personal gerade nicht „am Patienten an“, sondern es besteht die Gefahr, dass die Patient*innen nicht mehr beim Personal, dh. in der Klinik ankommen. Der Stationsbezug des Personalnachweises schreibt darüber hinaus eine tradierte Organisationsstruktur und damit eine von mehreren Konzeptionen psychiatrischer Behandlung fest und gibt rigide Strukturen vor, die eine Weiterentwicklung und Flexibilisierung psychiatrischer Behandlung über den aktuellen Fallstatus hinaus erschweren oder unmöglich machen. Modellvorhaben zeigen, dass gerade in der Behandlung von vulnerablen Patientengruppen eine Auflösung der traditionellen Stationen sinnvoll sein kann. Unter „Umsetzung in ein Behandlungsangebot“ wird vom GKV-VS diese Flexibilisierung eingefordert, was im Kontext der rigiden Nachweispflichten und Sanktionierung geradezu zynisch erscheint.

Behandlungsbereiche und Tätigkeiten

Wenn die PsychPV als Übergangslösung bis zur Entwicklung eines zukunftsfähigen Modells der Personalbemessung fortgeführt wird, ist die Einführung von neuen Einstufungsbereichen oder Berufsgruppen ohne Neudefinitionen zum Ausgleich der vorhandenen Mängel nur Flickwerk und damit überflüssig. Stationsäquivalente Behandlungsepisoden sind ausreichend durch Markierungen im Fallstatus gekennzeichnet. Gerade in Abteilungspsychiatrien werden oft auch somatisch kranke Patient*innen mitbehandelt, der Aufwand unterscheidet sich quantitativ nicht von den Aufwänden in der Psychosomatik, und die qualitativen Besonderheiten der Psychosomatik sind durch den Fachabteilungsschlüssel gekennzeichnet. Die PsychPV ist nicht nur bei A-G-S 3 und 4 nicht mehr zeitgerecht. Insbesondere in der Gerontopsychiatrie ist die auf einer Durchschnittsverweildauer von 61 Tagen und im Vergleich zu heute deutlich anderen Bedingungen psychiatrischer Behandlung basierende Personalbemessung der PsychPV schon lange überholt. Hier ist aber eine Korrektur nicht vorgesehen. Auch in den Schussenrieder Tabellen wurde diese Benachteiligung gerontopsychiatrisch eingestufter Pat. nicht korrigiert. Gleichzeitig ist fachlich klar, dass sich die Behandlung alter psychisch Kranker nicht auf eine aktivierende Pflege reduzieren lassen kann. Gerade im Bereich der hirnorganischen Erkrankungen ist eine aufwendige differenzierte Diagnostik und Therapie ebenso erforderlich wie die psychotherapeutische Betreuung von Pat. und Angehörigen und die Unterstützung bei psychosozialen Problemen. Für den Übergang ist deshalb nicht nur die stufenweise lineare Erhöhung um 15% über 2 Jahre, sondern auch für G eine Anpassung der Minutenwerte aller Berufe außer der Pflege an A erforderlich. Als ein Beispiel sei der Zuwachs an Personalbedarf für nichtmedikamentöse Therapieverfahren gemäss Leitlinien zur Demenzbehandlung



genannt

(https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024e7f65ed3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf).

Ermittlung der Mindestvorgaben

Es gibt keinen sachlichen Grund, für die Nicht-Pflichtversorgung Zeit abzuziehen statt für die Pflichtversorgung Zeit zu erhöhen.

Eine Unterschreitung der PsychPV kann fachlich nicht begründet werden.

Multiprofessionalität in der Psychiatrie bedeutet, dass es Überschneidungen in den Tätigkeiten der Berufsgruppen gibt. Dies begründet auch die Austauschbarkeit von Berufsgruppen gegeneinander in bestimmtem Umfang. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels muss diese Möglichkeit erhalten bleiben.

Eine Besetzung mit 1,6 oder gar 1,4 Pflegepersonen pro Station im Nachtdienst reicht in Kliniken mit Versorgungsverpflichtung in sozialen Brennpunkt-Regionen bei weitem nicht aus.

Anpassung der Richtlinie

Die PsychPV war bei ihrer Einführung ein zukunftsweisendes Instrument, das zur Enthospitalisierung und Halbierung der stationären Verweildauern in der Psychiatrie erheblich beigetragen hat. Sie war nicht nur empirisch begründet, sondern enthielt durchaus normative Setzungen unter fachlichen Gesichtspunkten. In den 30 Jahren seit ihrer Einführung hat sich aber in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und in gesellschaftlichen Einstellungen so viel geändert, dass dies mit einer in 2020 beginnenden schrittweisen Anpassung nicht einholbar ist. Die Plattform der Fachgesellschaften und Verbände hat auf dem patientenbedarfsbezogenen Ansatz der PsychPV aufsetzend ein neues Modell entwickelt und auf seine Machbarkeit hin überprüft. Dieses Modell sollte empirisch überprüft und ggf. modifiziert in eine Richtlinie überführt werden. Die Richtlinie sollte die regelmäßige Überprüfung und Anpassung an Weiterentwicklungen im medizinischen und therapeutischen Bereich enthalten.

Zum Bürokratieaufwand

Forderungen wie eine tägliche Einstufung der Patient*innen (selbst für PEPP muss lediglich taggenau eingestuft werden) sind aufgrund der Erhöhung des ohnehin schon mehr als grenzwertigen Dokumentations- und Bürokratieaufwands grundsätzlich abzulehnen.

Berlin, 14.06.2019



Präsident

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie e.V. (DGGPP)

Korrespondenzadresse

gs@dggpp.de

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN e.V.



DGKJ e.V. | Geschäftsstelle | Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Frau

[REDACTED]
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Via E-Mail: qs@g-ba.de

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

Die Präsidentin

[REDACTED]

Geschäftsstelle

Chausseestr. 128/129
10115 Berlin
Tel. +49 30 [REDACTED]
Fax: +49 30 [REDACTED]
info@dgkj.de | www.dgkj.de

Hausadresse:

Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendmedizin Tübingen
Abt. Neuropädiatrie, Entwicklungs-
neurologie, Sozialpädiatrie
Hoppe-Seyley-Str. 1
72076 Tübingen
Tel. +49 7071 [REDACTED]
Fax: +49 7071 [REDACTED]

Tübingen, 14.06.2019

Sehr geehrte [REDACTED]
sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum G-BA-Beschluss Stellung nehmen zu können.

Die DGKJ ist als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendmedizin betroffen, da psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche auch in ihren Zuständigkeits- und Kompetenzbereich fallen. Die Psychosomatik ist ein genuiner Bestandteil der Kinder- und Jugendmedizin (s. Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer). Die Zahl an psychosomatisch komorbiden Patienten in unserem Fachgebiet nimmt zu, man spricht von „neuen Morbiditäten“. Die Versorgung der Patienten wird teils auf gesonderten Stationen in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin wahrgenommen, teils auch auf Normalstationen zwischen somatisch erkrankten Patienten. Speziell nur für die Psychosomatik ausgewiesenen Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin gibt es nicht. Insoweit stellt sich die Frage, ob die im G-BA-Beschlussentwurf getroffenen Richtlinien über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik auch für die Kinder- und Jugendpsychosomatik in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin gelten sollen.

Die Belange der Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) kommentiert, die Belange der Psychosomatik auch durch die Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Psychosomatik (AGPPS). Die AGPPS ist korporatives Mitglied der DGKJ.

In den tragenden Gründen wird festgehalten, dass das Ziel dieser Richtlinie darin besteht, Mindestanforderungen der Strukturqualität – hier die Personalausstattung – im G-BA-Kontext zum Zwecke der Qualitätssicherung festzulegen, nicht aber Personalanzahlzahlen zum Zwecke der Budgetfindung auf Ortsebene. Es steht allerdings zu befürchten, dass unter dem Ökonomisierungsdruck der stationären

Einrichtungen die festgelegte Personaluntergrenze als Mindestvoraussetzung zur Abrechnung von Leistungen verstanden wird. Es gibt dann kein Anreiz zur Personaleinstellung oberhalb dieser Mindestgrenze. Es besteht die Gefahr, dass de facto die Personaluntergrenzen zukünftig auch Obergrenzen darstellen werden. Die grundsätzliche Frage der Qualitätssicherung in der Behandlung wird bei dem vorliegenden Ansatz somit lediglich über einen Personalschlüssel beantwortet. Andere Qualitätsindikatoren sind nicht berücksichtigt.

In den tragenden Gründen wird zu der Tatsache, dass es keine evidenzbasierten Standards zur Personalausstattung gibt, folgendes ausgeführt:

„Zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie gab der G-BA daraufhin erstens eine empirische Studie zur Personalausstattung in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik in Deutschland in Auftrag. Zweitens führte der G-BA acht Fachexpertengespräche durch. Sieben davon zu den in Psychiatrie und Psychosomatik geltenden S3-Leitlinien und ein weiteres übergeordnetes Fachgespräch unter der übergeordneten Fragestellung, welche Personalausstattung für deren Umsetzung erforderlich ist. Parallel dazu wurden aus allen betroffenen S 3-Leitlinien die personalbezogenen Inhalte extrahiert, d. h. nach Empfehlungen zu Umfang, Intensität sowie notwendigem Personal für die Umsetzung von empfohlenen Maßnahmen gesucht. Die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik stehen derzeit nicht zur Verfügung.“

Dazu ergeben sich folgende Fragen:

1. Sind bei der empirischen Studie zur Personalausstattung die besonderen Belange der Kinder- und Jugendpsychiatrien und -psychosomatischen Abteilungen berücksichtigt worden? Aus Sicht der DGKJ betrifft diese Frage besonders die in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin vorhandenen Strukturen zur Behandlung von psychosomatisch erkrankten Kinder und Jugendlichen.
2. Warum stehen die Ergebnisse der empirischen Studie nicht zur Verfügung? Lassen sich bei aller Heterogenität der Ergebnisse Erkenntnisse für die unter 1. genannte Gruppe gewinnen?
3. Berücksichtigt die jetzt zu Grunde gelegte Psychiatrie-Personal-Verordnung (Psych-PV) die besonderen Belange der unter 1. genannten Gruppe?
4. Gibt es einen Zeitplan der Weiterentwicklung der Richtlinie?
5. Ist es geplant, neben den dargelegten (teils nicht evidenzbasierten) Methoden zur Personalbedarfskalkulation insbesondere in der Psychosomatik Alternativen zu prüfen? Inwieweit werden die Erfahrungen/Forschungsergebnisse der Fachgesellschaften dabei berücksichtigt?

In dem vorliegenden Beschlussentwurf sind kindliche und jugendliche Patienten mit psychosomatische Erkrankungen lediglich innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehen (S. 42ff.). Dies bildet aber nicht die Versorgungsrealität ab, da es wie ausgeführt kinder- und jugendpsychosomatische Patienten in der Kinder- und Jugendmedizin außen vor lässt.

Nach Lesart der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), die in den Tragenden Gründen dargelegt wird, soll die Festlegung für kinder- und jugendpsychosomatische Patienten in Stufe 2 erfolgen.

Die psychosomatische Pflegeausstattung einer Einrichtung erfordert ein anderes Berechnungsmodell als die kinder- und jugendpsychiatrische. Die Psych-PV ist als

Grundlage nicht geeignet. Für die psychosomatischen Einrichtungen werden die Personalanhaltszahlen von Heuft von 1999 für die Ermittlung der Mindestpersonal-ausstattung zugrunde gelegt. Die Kalkulation ist noch weniger evidenzbasiert als die der Psych-PV. Erneut sei darauf verwiesen, dass es spezielle Einrichtungen Kinder- und Jugend-Psychosomatik nicht gibt, diese sind in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin integriert.

Bei den Festlegungen von Personaluntergrenzen muss gewährleistet bleiben, dass bei begründeter Unterschreitung nicht zwingend ein Leistungsausschluss die Folge sein darf, insbesondere, wenn die objektive Unmöglichkeit einer entsprechenden Personalgestellung auf Grund des Fachkräftemangels nachgewiesen werden kann. Bei stringenter Umsetzung ist sonst die Schließung von Abteilungen zu befürchten, so dass die entsprechenden Patientengruppen gar nicht mehr versorgt werden. Die DGKJ kann aktuell berichten, dass in der Folge der QRF-RL (Qualitätssicherung Früh- und Reifgeborenen Richtlinie) Abwerbprämien für qualifiziertes Personal (Gesundheits- und Kinderkrankenpflege/in mit Zusatzweiterbildung Intensivpflege) gezahlt werden, die im DRG-System natürlich nicht eingepreist sind.

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Erkrankungen muss innerhalb der bestehenden Strukturen, auch zukünftig möglich sein, also auch auf primär somatisch orientierten Stationen in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin. Vorgaben für die Personalausstattung, die für Kinder- und Jugendpsychiatrien gelten sollen, dürfen auf keinen Fall auf kinder- und jugendpsychosomatische Abteilungen innerhalb der Kinder- und Jugendmedizin übertragen werden.

Die DGKJ fordert eine möglichst evidenzbasierte Personalbedarfskalkulation insbesondere der psychosomatischen Stationen für Kinder- und Jugendliche, auch wenn diese erst in einem zweiten Schritt erfolgt.

Die DGKJ wird an der Anhörung am 07.08.2019 teilnehmen, ebenso die AGPPS. Wir bitten um eine möglichst frühzeitige Information, ob es bei dem Termin verbleibt.

Mit freundlichen Grüßen



Bonn, den 24.06.2019

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie „Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik“ vom 8.5.2019

Die Aktion Psychisch Kranke (APK) begrüßt ausdrücklich die Initiative des Gesetzgebers im Rahmen des PsychVVG die Personalausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser sicherzustellen und den GBA zu beauftragen zur Sicherung der Qualität der Versorgung verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser festzusetzen. Die psychiatrischen Krankenhäuser sind ein wichtiger Baustein im psychiatrischen Versorgungssystem. Eine qualitativ und quantitativ gute Personalausstattung ist die zentrale, notwendige Bedingung, um die Versorgungsaufgaben der psychiatrischen Krankenhäuser ausgerichtet auf den Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten erfüllen zu können.

Der GBA ist nicht beauftragt Personaluntergrenzen zu entwickeln, ab denen möglicherweise die Patientensicherheit gefährdet ist, sondern qualitative Mindestvorgaben (Qualitätsstandards) für die Personalausstattung stationärer Einheiten festzulegen. Die einseitige Interpretation des Auftrages aus dem PsychVVG durch den G-BA und die Fixierung auf sanktionsbewehrte Untergrenzen wird von der APK in Frage gestellt.

Die APK geht davon aus, dass Personalvorgaben vorrangig orientiert an den Anforderungen der zu behandelnden Patientinnen und Patienten und den daraus zu beschreibenden Aufgaben des Personals entwickelt werden müssen. Dabei sind die Anforderungen an den Kriterien zu messen, psychiatrische Krankenhäuser auf der Basis von Vertrauen, Empathie, Vermeidung von Zwang und unter den Bedingungen von definierter Versorgungsverpflichtung durchzuführen. Dabei ist zu beachten, dass Vermeidung von Zwang personellen Einsatz bedingt.

Der vorgelegte Entwurf des GBA zur Mindestpersonalausstattung erfüllt die Zielsetzung des Gesetzgebers – Sicherstellung einer quantitativ und qualitativ guten Personalausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser – nur ansatzweise.

Zusammenfassung: Vorschlag der APK

1. Die bestehende PsychPV als Referenzgröße für die qualitativen Mindestvorgaben wird in einer ersten Stufe zum 1.1.2020 angepasst (PsychPV 2.0):
 - a. Die Minutenwerte (Anlage 2 S.50) werden entsprechend dem Votum der Patientenvertreter im GBA angelehnt an die Schussenrieder Tabellen an die veränderten Bedingungen der Leistungserbringung in den Krankenhäusern (z.B. Fallzahlen) angepasst.
 - b. Die Patienteneinstufungskategorien werden - wie von allen Fraktionen des GBA vorgeschlagen - vereinfacht. Die Bereiche 3 (rehabilitative Behandlung) und 4

(längerfristige Behandlung) entfallen. Mit dem Bereich 5 wird (vorläufig) der Personalbedarf der psychosomatisch-psychotherapeutisch orientierten Einrichtungen ermittelt. Ein Bereich 9 (stationsäquivalente Behandlung) wird zusätzlich definiert.

- c. Die Minutenwerttabelle für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird analog - angelehnt an die Schussenrieder Tabellen - angepasst. Im Bereich der Gerontopsychiatrie sind besondere Bedarfe zu berücksichtigen.
2. Die PsychPV 2.0 als Referenzgröße für die qualitativen Mindestvorgaben wird durch den GBA unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten aus der psychiatrischen Versorgung regelmäßig weiterentwickelt und angepasst. Dabei sind in zukünftigen Stufen innovative Modelle und die Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie zu berücksichtigen.
3. Vom Gesetzgeber wird in der Bundespflegesatzverordnung klargestellt, dass bei der Budgetfindung die Referenzgröße PsychPV 2.0 die „für die Ausstattung mit dem für die erforderlichen therapeutischen Personal (BPfIV §3 Abs. (3) Nr.5) relevant ist.
4. Die formulierten Ausnahmetatbestände in Bezug auf Nichterfüllung sind zielführend, sollten aber auch Aspekte des Fachkräftemangels und diesbezüglich regionale Gegebenheiten aufgreifen. Wenn die Ausnahmetatbestände nicht greifen, sind nach § 137 SGB V gestufte Sanktionsmaßnahmen als Bezugsrahmen in den Richtlinien nach § 92 SGB V festzulegen. Bei der Abstufung der Sanktionsmaßnahmen muss der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit bzw. die Verlässlichkeit des Angebotes gewahrt werden. Der Schutz von Patientinnen und Patienten muss oberstes Gebot sein. Kurzfristige Schließungen von Stationen sind nicht vertretbar.
5. Die APK begrüßt die Vorgabe, dass die qualitativen Mindestvorgaben der Personalausstattung in ein Behandlungsangebot umgesetzt werden sollen. Die von der GKV und der Patientenvertretung genannten Ziele werden alle von der APK geteilt. Die APK schlägt vor, diese noch um die Ziele „individuelle personenbezogene Koordination mit anderen Leistungserbringern und mit Personen des Lebensumfelds der Patientinnen und Patienten“ zu ergänzen.
6. Die APK schlägt vor in einer PsychPV 2.0 bereits zum 1.1.2020 als eigene Personalgruppe Genesungsbegleiter aufzunehmen und somit den Peer-Einbezug in der psychiatrischen Behandlung auch formal zu unterstützen.

Erläuterung:

1. Die APK unterstützt ausdrücklich die Einschätzung bzw. die Position der DKG und der GKV, dass für die seit 1991 bestehende PsychPV aktuell sowohl national als international keine überlegene Alternative zur Verfügung steht. Die PsychPV ist die derzeit beste, empirisch erprobte und bewährte Regelung zur Sicherstellung zur Personalausstattung psychiatrischer Krankenhäuser.

2. Die APK begrüßt, dass der GBA einhellig eine kontinuierliche Weiterentwicklung der PsychPV für geboten hält. Ein zentrales Defizit der bisherigen PsychPV lag darin, dass die Regelung weder quantitativ (Minutenwerte) noch qualitativ (Patientengruppen) an die Weiterentwicklung des Faches Psychiatrie und der psychiatrischen Versorgung angepasst wurde. Es fehlte bisher ein Mechanismus zur Anpassung der PsychPV in definierten Zyklen.
3. Die jetzt vorgeschlagene Entwicklung der Anpassung und Fortschreibung ist zielführend und wird nachhaltig das System an die Erfordernisse der psychiatrischen Versorgung und den medizinischen Fortschritt anpassen. Aktuell vorgeschlagene Modelle können in einem solchen Prozess Schritt für Schritt realisiert werden, ohne dass es zu Brüchen in der Versorgung kommt.
4. Der von DKG und GKV einhellig vorgeschlagene „erste Schritt“ für die Anpassung der PsychPV für 2020 ist dagegen inakzeptabel. Die seit 1991 nicht mehr angepassten Minutenwerte sind „hoffnungslos“ veraltet.
5. Da derzeit keine ausgearbeitete Alternativen bestehen, schließt sich die APK dem Vorschlag der Patientenvertreter im GBA an, die Minutenwerte in Anlehnung an die „Schussenrieder Tabelle“ ab 01.01.2020 zur Grundlage der qualitativen Mindeststandards bzw. der Personalbedarfsermittlung im Budgetfindungsprozess zu definieren (PsychPV 2.0) und diese Werte im Rahmen des kontinuierlich weiterentwickelten Systems regelmäßig anzupassen. Die Besonderheiten des Personalbedarfs in der Psychosomatik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in Anlehnung an die Schussenrieder Tabellen zu berücksichtigen.
6. Die APK befürwortet die Anpassung der Patientengruppen wie vom GBA vorgeschlagen: Streichung der Kategorien A3, S3, G3 und A4, S4, G4. Die Abbildung des Personalbedarfs im Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie in den Kategorien A5, S5, G5 ist zunächst zielführend, sollte aber im Weiterentwicklungsprozess überprüft werden. Eine eigene Kategorie Psychosomatik (PSM) neben den Kategorien A, S und G analog zu den Regelungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie wäre langfristig sicher adäquater und würde auch die Unterscheidung nach Regel- und Intensivversorgung im Bereich der Psychosomatik erlauben.
7. Stationsäquivalente Behandlung ist auch in den Bereichen S und G als Bereich S9 und G9 vorzusehen.
8. Die APK begrüßt, dass für die tatsächliche Realisierung der Personalstandards mehr Transparenz geschaffen werden soll. Bezugsgröße muss jedoch immer die jahresdurchschnittliche Besetzung der Personalstellen des gesamten Krankenhauses sein. Diese Form des Nachweises hat sich beim sogenannten PsychPV-Nachweis seit 2018 bereits bewährt und sichert die Berücksichtigung der Ergebnisse in den jährlich stattfindenden Pflegesatzverhandlungen auch in Richtung Mehrbedarf. Unterjährige Nachweise bergen die Gefahr, dass bei Überbelegung zwar Sanktionen ausgelöst werden, die notwendige Mehrausstattung dann aber

auf spätere Pflegesatzverhandlungen vertagt wird. Eine weitere Detaillierung und Segmentierung des Nachweises wie von der GKV gefordert, (Nachweis der Personalbesetzung einer einzelnen Station) würde die Gestaltungsmöglichkeiten des Krankenhauses erheblich einschränken und die Versorgung bzw. die Anpassung an die individuellen Behandlungsbedürfnisse und an regionale Besonderheiten erschweren.

Ergänzende Kommentierungen:

Zu § 1 Abs. 3:

Die APK begrüßt die Verpflichtung des G-BA zur Weiterentwicklung dieser Richtlinie. Die APK empfiehlt, eine konkrete Zeitvorgabe in der Richtlinie zu benennen. Wenn die Zeitvorgabe im Vorschlag der DKG zu eng bemessen scheint, sollten andere Zeitvorgaben genannt sein.

Begründung: Ohne konkrete Zeitvorgaben besteht das Risiko, dass sich die Vereinbarungspartner nicht einigen, wann das Ziel erreicht werden soll.

Zu § 2 Abs. 1:

Die APK begrüßt grundsätzlich, dass die Mindestvorgabe jederzeit erfüllt sein muss. Gleichwohl ergeben sich im Verlauf eines Jahres Situationen, in denen das Krankenhaus ohne eigenes Verschulden nicht in der Lage ist, die Vorgabe einzuhalten. Die Versorgungsverpflichtung kann zu temporären Überbelegungen von Stationen und damit zu Unterschreiten der Personaluntergrenzen zwingen. Der Fachkräftemangel, der auch mittelfristig nicht zu beseitigen sein wird, ist einer der hier zu berücksichtigenden Aspekte. Daher empfiehlt die APK, im Vorschlag von GKV-SV/PatV/u.a. das Wort „jederzeit“ zu streichen. Zusätzlich müssen Abweichungen definiert werden, die ohne Sanktionen bleiben, z.B. kurzfristige Unterschreitungen bei Überbelegungen, während der Personalsuche etc..

Eine Personalmindestvorgabe darf nicht verstanden werden als allgemein immer ausreichender Qualitätsstandard. Zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung kann eine höhere Personalausstattung erforderlich sein.

Zu § 2 Abs. 2:

Ein Behandlungsausschluss bei Unterschreiten der Mindestvorgaben, wie von dem GKV-SV in einer engen, nicht sachgerechten Auslegung des §137 SGB V vorgeschlagen wird, ist nicht realisierbar und nicht sachgerecht, zumal es in den meisten Einrichtungen mit dem Auftrag der Pflichtversorgung kollidiert. Zwingend erforderlich wäre ein gestuftes Verfahren, das z.B. bei notwendiger temporärer Überbelegung auch regelt, wie zusätzli-

ches Personal finanziert wird. Die Bezugsgröße „Station“ und der Nachweisezeitraum „Monat“ würden dem Krankenhaus jede Möglichkeit nehmen, seine Versorgungsverpflichtung gerecht zu werden.

Formulierungsvorschlag: **Absatz 2 streichen.**

Zu § 2 Abs. 5:

Die Personalmindestvorgabe sollte möglichst ununterbrochen eingehalten werden. Der kalendermonatliche Nachweis pro Station ist jedoch zu eng gefasst. Der derzeit praktizierte jahresdurchschnittliche Nachweis auf Krankenhausebene im Rahmen der Pflege-satzverhandlungen hat sich bewährt.

Begründung: Der Vorschlag des GKV-SV/PatV/DPR, den Nachweis monatlich stationsbezogen zu führen, ist zu eng gefasst. Monatliche Abweichungen entstehen schon aus alltäglichen Gründen, wie Krankheit, Urlaub etc., die z.B. mit spontanen Kündigungen, Arbeitsverboten während Schwangerschaften etc. zusammentreffen können und bei jeder temporären Überbelegung einer (Akut) Station.

Resultiert die Unterschreitung von Personalmindestvorgaben aus versorgungsbedingten Überbelegungen muss auch die Möglichkeit zu einer bedarfsgerechten Aufstockung des Personals gegeben sein. Dies ist nach bestehender Vergütungslogik nur im Rahmen der jährlichen Pflegesatzverhandlungen möglich.

Formulierungsvorschlag: Übernahme der DKG Formulierung

Zu § 3 / 4 Abs 1 und 2bs. 1:

Der Verzicht auf die bisherigen Behandlungsbereiche A3, A4, S3, S4, G3, G4, KJ 4 und KJ 5 wird befürwortet.

Stationsäquivalente Behandlung findet nicht nur im allgemein- und kinder-jugendpsychiatrischen Bereich, sondern auch im Sucht- und im gerontopsychiatrischen Bereich statt. Deshalb sollten Kategorie S9 und G9 eingeführt werden.

Formulierungsvorschlag:

- **Behandlungsbereiche A4, S4 und G4 streichen**
- **Bezeichnung der Bereiche A5, S5 und G5 als Psychotherapie**
- **Zusätzliche Aufnahme der Bereiche: S9 Stationsäquivalente Behandlung Sucht und G9 Stationsäquivalente Behandlung Gerontopsychiatrie**
- **Bereich KJ5 streichen**

Zu § 6 Abs. 5 (DKG)/§ 7 GKV-SV/PatV):

Die APK teilt nicht die Auffassung der DKG, dass die Gesamtstundenzahl je Berufsgruppe mit dem Faktor 0,8 zu multiplizieren sei.

Begründung: jede unbefristete Vorgabe, dass weniger als 100 Prozent des Personals als Mindestausstattung ausreichend sind, wird von den Vertragsparteien vor Ort in den Budgetverhandlungen zur Begründung nicht ausreichender Ausstattung dienen. Es ist damit zu rechnen, dass Krankenhäuser, die den vollen Wert erreichen wollen, dann auf die 0,8 Grenze verwiesen werden. Umgekehrt könnten Häuser, die nur 0,8 umsetzen wollen, nicht von Dritten auf 100 Prozent verpflichtet werden. Wenn 100 Prozent erreicht werden sollen, müssen auch diese normiert werden. Übergangsfristen sind notwendig, werden aber an anderer Stelle geregelt.

Würde dem Vorschlag der DKG gefolgt, müssten die Minutenwerte der PsychPV auf 125 % angehoben werden, um die derzeit gesetzlich verbindliche Personalausstattung nach (100%) Psych PV sicher zu stellen.

Zu § 7 Abs. 2 (DKG-Vorschlag) zugleich Anlage 4 nach GKV-SV/PatV:

Die APK begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit, Berufsgruppen untereinander anzurechnen. Die gegenseitige Anrechnung von Ärzten und Psychologen (a und c) wird geteilt. Die gegenseitige Anrechnung von Pflegekräften, Spezialtherapeuten und Sozialarbeitern wird nicht geteilt. Pflegekräfte sind nicht durch Sozialarbeiter zu ersetzen und umgekehrt.

Die APK empfiehlt, nur die Berufsgruppen a und c sowie d und e als gegenseitig anrechenbar zu bezeichnen.

Zu § 8 (DKG) Minutenwerte Tagdienst:

Für die Behandlungsgruppen 9 (stationsäquivalente Behandlung) sollen keine Minutenwerte vorgegeben werden. Der Bedarf und dementsprechend die Leistungserbringung im stationsäquivalenten Bereich ist sehr heterogen und wechselt oft von Tag zu Tag. Hier sind alternative Abrechnungsmodelle vorzuziehen.

Formulierungsvorschlag: Übernahme von Satz 2 in der DKG Formulierung in die Richtlinie

Zu § 11 (GKV-SV)/§ 13 PatV:

Die APK teilt die Aufnahme von Genesungsbegleitern in der Richtlinie zu verankern. Auch ihre Zusätzlichkeit begrüßt die APK. Es wäre nach einer Übergangszeit zu prüfen,

ob aus der Soll-Vorschrift eine Muss-Vorschrift im Sinne einer Personalmindestvorgabe werden kann. Ferner wäre zu erwägen, ob der Begriff „Genesungsbegleiter“ definiert wird. Im allgemeinen Sprachgebrauch werden darunter Menschen mit eigener persönlicher Erfahrung mit einer psychischen Beeinträchtigung und mit dem psychiatrischen Hilfesystem verstanden.

Aus Sicht der APK sollten Genesungsbegleiter grundsätzlich als Berufsgruppe in die Personalbemessung aufgenommen werden. Geeignet erscheint analog zum Stationssockel eine Bemessung pro Station z.B. in Form einer halben Stelle (1100 min.)

Zu § 12 (GKV-SV) / § 14 PatV:

Die APK begrüßt die Vorgabe, dass die Mindestvorgaben der Personalausstattung in ein Behandlungsangebot umgesetzt werden sollen. Die genannten Ziele werden alle von der APK geteilt. Die APK schlägt vor, die genannten Ziele noch um die Ziele „individuelle personenbezogene Koordination mit anderen Leistungserbringern und mit Personen des Lebensumfelds der Patientinnen und Patienten“ zu ergänzen.

Begründung: Gerade bei psychisch erkrankten Menschen ist die Einbeziehung des sozialen Umfelds, insbesondere der Familie, und der anderen Leistungserbringer, die möglicherweise mit den Patientinnen und Patienten zu tun haben, von herausragender Bedeutung für den Genesungsprozess und das Entlassmanagement, auch im Rahmen von sektorübergreifender Hilfeplanung. Zur Stärkung der konzeptionellen Vorgaben für ein Behandlungsangebot muss diese Aufgabe sowohl konzeptionell beschrieben werden, als auch in der Anlage 4 in den Aufgaben verankert werden

Zu § 9 (DKG) / 13 Abs. 1 und 2 Ausnahmetatbestände:

Von den verbindlichen Mindestvorgaben muss in Notfällen abgewichen werden können:

- bei überdurchschnittlichen Krankheitsbedingten Personalausfällen
- bei starker unvorhersehbarer Erhöhung der Patientenzahlen
- bei gravierenden strukturellen oder organisatorischen Veränderungen in der Einrichtung.

Diese Ausnahmetatbestände sind jedoch zeitlich zu begrenzen.

Formulierungsvorschlag: Die von der DKG vorgeschlagenen Formulierungen werden in die Richtlinie aufgenommen

Zu § 10/14/16 Nachweisverfahren (vgl. Kommentar zu § 8 GKV):

Die Nachweise sind jahresdurchschnittlich für die gesamte Einrichtung zu führen. Weitere Segmentierungen und Differenzierungen sind nicht zielführend und erhöhen den bürokratischen Aufwand.

Formulierungsvorschlag: Die von der DKG vorgeschlagenen Formulierungen in Abs.1, 2, 3, 5, 8, 9 werden in die Richtlinie aufgenommen.

Zu § 12 DKG / § 17 GKV-SV / § 19 PatV:

Das von der DKG vorgeschlagene Prozedere eines gestuften Verfahrens hat sich in anderen Bereichen bewährt.

Formulierungsvorschlag: Übernahme der DKG Formulierung

Zu § 13 (DKG) /18/20 Anpassung der Richtlinie

Ein wesentliches Problem der PsychPV war, dass sie nicht regelmäßig und strukturiert an die Veränderungen der Leistungserbringungen und des medizinischen Fortschritts angepasst wurde. Der G-BA sollte die jetzige Richtlinie zur Mindestpersonalausstattung nutzen, um einen definierten, zeitlich festgelegten Prozess der Überarbeitung der Richtlinie festzulegen. Dabei sollte festgelegt werden, dass ein strukturierter Dialog mit Experten und Fachverbänden stattfindet. Ein zweijähriger Rhythmus der Überprüfung erscheint angemessen.

Formulierungsvorschlag:

Abs.1: Die von der BPtK vorgeschlagenen Formulierungen werden in die Richtlinie aufgenommen

Abs.2 DKG: Eine entsprechende Überprüfung findet **jährlich**, beginnend mit dem Erfassungsjahr 2020 statt. Sollte der GBA feststellen, dass die Anpassung der Richtlinie notwendig ist, hat diese möglichst bis zum 31.12. **des Folgejahres** stattzufinden.

Abs. 3 Die von der DKG vorgeschlagenen Formulierungen werden in die Richtlinie aufgenommen

Abs. 4 Die von der DKG vorgeschlagenen Formulierungen werden in die Richtlinie aufgenommen

Zu § 15 DKG / § 20 GKV-SV / § 22 PatV:

Die APK unterstützt grundsätzlich die Position der Patientenvertretung.

Zur Anlage 1: Eingruppierungsempfehlungen

Die Gruppen S9 und G9 stationsäquivalente Behandlung sind zusätzlich aufzunehmen.

Zur Anlage 2 : Minutenwerte

Die unveränderte Fortschreibung der 30 Jahre alten Minutenwerte der PsychPV zum 01.01.2020 ist inakzeptabel. Einzig die von der Patientenvertretungsseite vorgeschlagenen Minutenwerte sind geeignet die bekannten Veränderungen (Beispielsweise Fallzahlen, kürzere Verweildauer, stark gestiegener Dokumentationsaufwand, zunehmende Bedeutung der Psychotherapie, usw.) in einem ersten Schritt zu berücksichtigen. Fundierte Expertenschätzungen zum Mehrbedarf liegen vor und sind beispielsweise in den Schussenrieder Tabellen zu einem in sich konsistenten System verarbeitet worden. Eine Minutenwerttabelle, die unter den von den Patientenvertretungen vorgelegenen Anhaltzahlen liegt, ist weder den Mitarbeitenden der psychiatrischen Einrichtungen noch den Vertretern der Patienten und Angehörigen zu vermitteln.

Grundsätzlich begrüßt die APK den Vorschlag der PatV und schließt sich deren Begründung in den Tragenden Gründen an.

Die APK schlägt vor, den Begriff „Diplompsychologen“ in den Spaltenbezeichnungen durch „Psychologische Psychotherapeuten“ zu ersetzen.

Begründung: Die Berufsbezeichnung „Diplompsychologen“ ist nicht mehr zeitgemäß. Seit einigen Jahren werden an deutschen Hochschulen Psychologen nur noch in Bachelor- und Masterstudiengängen ausgebildet. Insofern müssten auch diese Berufsabschlüsse genannt werden. Erforderlich ist jedoch vorrangig die psychotherapeutische Kompetenz. Daher muss sich diese in der Approbation abbilden. Die hier vorgeschlagene Lösung bedarf einer Überprüfung, wenn die Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten gesetzlich neu geregelt wird.



Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung
und Suchttherapie e.V.

DG-Sucht e.V. | Postfach 1453 | 59004 Hamm

Postfach 1453

59004 Hamm

Telefon: 02381- [REDACTED]

Fax: 02381- [REDACTED]

E-Mail: dg-sucht@t-online.de

Per E-Mail

gs@g-ba.de

st-gba@awmf.org

14.06.2019

**G-BA – Einleitung des Stellungnahmeverfahrens – Ersterfassung der
Personalausstattung Psychiatrie und Psychotherapie-Richtlinie
Ihre E-Mail vom 22.05.2019**

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Einladung zur Stellungnahme.

Die DG-Sucht begrüßt bei der Personalberechnung für den Qualifizierten Alkoholentzug den Bezug auf die S3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ und die darauf basierende Personalberechnung (abgedruckt in Kiefer et al., Nervenarzt 2016, 87: 295-301, siehe Anlage). Diese muss vollumfänglich abgebildet sein, um eine leitliniengerechte Behandlung zu ermöglichen.

Wir weisen zudem darauf hin, dass sich die in der Publikation genannten Stellenanteile auf die Durchführung des psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Therapieprogramms bei Regelpatienten beziehen, nicht aber auf im akuten Alkoholentzug überwachungspflichtige Patienten (schwere körperliche oder psychische Entzugserscheinungen) bzw. auf psychiatrisch oder somatisch komorbid erkrankte Patienten.

Hier sollte eine der psychiatrischen Intensivbehandlung entsprechende Personalberechnung angesetzt werden.

Für Rückfragen oder weitere Ausführungen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]
Präsident DG-Sucht

Präsident: Prof. Dr. [REDACTED], Hamburg

Schriftführerin: Dr. [REDACTED]

Schatzmeister: PD Dr. [REDACTED]

IBAN: DE29410500950007074925

BIC: WELADED1HAM

Bankverbindung: Sparkasse Hamm

Kto.-Nr. 7074925

(BLZ 410 500 95)

www.dg-sucht.de

Nervenarzt 2016 · 87:295–301
 DOI 10.1007/s00115-015-0053-1
 Online publiziert 3. Februar 2016
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015



CrossMark

. Kiefer¹ · . Koopmann¹ · F. odemann² · J. Wolff³ · A. Batra⁴ · K. Mann¹

¹Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Mannheim, Deutschland

²Klinik für Psychiatrie und Verhaltenstherapeutische Medizin, Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee, Berlin, Deutschland

³Abt. Betriebswirtschaft und Controlling, Geschäftsbereich Controlling und Finanzen, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

⁴Sektion Suchtforschung und Suchtmedizin, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Tübingen, Deutschland

Personalbedarfsermittlung für eine leitliniengerechte stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit

Die qualifizierte Entzugsbehandlung der Alkoholabhängigkeit ist seit nunmehr ca. 25 Jahren „State-of-the-Art“ der stationären Entzugstherapie der Alkoholabhängigkeit in Deutschland. Während die Behandlung akuter körperlicher Entzugssymptomen ein weitgehend pharmakotherapeutisch behandelndes Indrom darstellt, ist die Behandlung des zugrundeliegenden Krankheitsbildes der Alkoholabhängigkeit eine psychiatrisch/psychotherapeutische Domäne.

Die Alkoholabhängigkeit wurde 1968 in einem Grundsatzurteil des Bundessozialgerichtes als Krankheit anerkannt und seither besteht gemäß § 27 Sozialgesetzbuch V (SGB V) ein umfassender Anspruch auf Krankenbehandlung inklusive Sekundärprävention. Es vergingen 20 Jahre, bis sich ein bedarfsgerechtes und evidenzbasiertes Therapieprogramm entwickeln konnte, das ausreichend effektiv, weckmäßig und wirtschaftlich ist und alkoholabhängigen Patienten ermöglicht, die Akutphase ihrer psychischen Erkrankung (Intoxikation und körperliches und psychisches Entzugssyndrom) zu durchbrechen und in einen rehabilitationsfähigen Zustand zu kommen.

Die stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung erfüllt den berechtigten Anspruch der Versicherten gemäß § 39 Abs. 1 SGB V auf eine vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlungen inkl. Frührehabilitation erreicht werden kann. Entsprechend berücksichtigt auch die Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV) seit 1999 die differenzierte Krankenhausbehandlung Suchtkrankender in den Behandlungsbereichen S1–S6 [4]. Aus katamnestischen Untersuchungen zur Abstinenzdauer nach einer Therapie bei Alkoholabhängigkeit geht hervor, dass die Effektivität der qualifizierten Entzugsbehandlung im Vergleich zur traditionellen Entgiftung (also der Behandlung der Intoxikation und der Absetzsymptome) deutlich höher ist [2, 5, 6, 8, 12]. Dies bringen die S3-Leitlinien zur Behandlung der alkoholbezogenen Störungen deutlich zum Ausdruck [10].

Im Rahmenkonzept für die stationäre Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen in Nordrhein-Westfalen (NRW) [9], das u. a. durch die Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) Westfalen-Lippe, der Innungskrankenkasse Essen, der AOK Westfalen-Lippe, des Ministeriums für

Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW sowie des Verbands der privaten Krankenversicherung Köln als auch des Verbands der Angestelltenkrankenkassen e. V. (VdAK) zustande gekommen ist, wird zum Konzept der qualifizierten Entgiftung ausgeführt, dass „... diese Entzugsbehandlung umfasst. Die qualifizierte Entgiftung ist eine unter Berücksichtigung der Suchtmedizinischen Gesichtspunkte fachärztlich geleitete Behandlung Alkoholkranker, die im Sinne des § 39 SGB V, als wirksam, notwendig, eckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich zu bezeichnen ist.“ Zur Behandlungsdauer wird dort aufgeführt: „... diese bemisst sich nach dem akuten Alkoholentzugssyndrom, der (häufig mehreren andauernden) Restitutionsneurologischer und kognitiver Fähigkeiten und der emotionalen Stabilität sowie den komorbiden psychischen und somatischen Erkrankungen. Zudem muss die Behandlungsdauer den häufig auftretenden psychischen Risikosituationen Rechnung tragen“.

Die qualifizierte Entzugsbehandlung, unter Einsatz der genannten therapeutischen Interventionen, stellt unter den vorhandenen Bedingungen die in wirtschaftlicher Hinsicht beste und effizienteste Intervention dar. Eine kurzfristige Einsparung von Mitteln durch eine Verkürzung der Lie-

Originalien

Tab. 1 Therapeutische Elemente des Qualifizierten Entzugsprogramms modifiziert nach Mann et al. [8]		
Therapieinhalt	Inhalte	Gruppenleiter und Häufigkeit
Gruppenvisite	Ermittlung von Informationen zur diagnostischen Einteilung, Behandlungsmöglichkeiten sowie Folgeschäden von alkoholbezogenen Störungen und hierdurch Förderung der Behandlungsmotivation	Ärzte und Pflegeteam, 2 x wöchentlich
Ärztliche Einzelvisite	Besprechung der aktuellen Probleme im Behandlungsverlauf, Festlegung der medikamentösen und psychotherapeutischen Weiterbehandlung	Ärzte und Pflegeteam, 2 x wöchentlich
Oberarztvisite	Besprechung der aktuellen Probleme im Behandlungsverlauf, Festlegung der medikamentösen und psychotherapeutischen Weiterbehandlung	Ärzte und Pflegeteam, 1 x wöchentlich
Skillsgruppe	Informationen zu Strategien im Umgang mit Suchtdruck und Einüben der konkreten Strategien unter therapeutischer Begleitung	Pflegeteam, 1 x wöchentlich
Gruppenpsychotherapie	Exploration der individuellen Abhängigkeitsentwicklung, Erarbeitung von Vor- und Nachteilen der Abstinenz, Einschätzung der Veränderungs motivation, Erarbeitung von Stärken und Ressourcen, Umgang mit Rückfallsituationen, Einführung in das Konzept von Achtsamkeit und Skillstraining	Psychologen, 3 x wöchentlich
Achtsamkeitstraining	Einübung von konkreten Strategien zur Steigerung der Achtsamkeit, achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention	Ergotherapie, 3 x wöchentlich
Gesprächsrunde	Diskussion eines von den Patienten gewählten Themas	Pflegeteam, 1 x wöchentlich
Stationsmeeting	Besprechung aktueller Probleme im Stationsalltag	Pflegeteam, 5 x wöchentlich
Ärztliche Einzelgespräche	Besprechung der im Rahmen der Diagnostik und Anamnese erhobenen Befunde Thematisierung familiärer und sozialer Probleme und verdeutlichung des Zusammenhangs zur individuellen Suchtentwicklung	Ärzte, je nach Indikation
Psychologische Einzelgespräche	Psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Komorbiditäten werden diagnostiziert und entsprechende Therapieempfehlungen gegeben	Psychologen, je nach Indikation
Bezugspflegegespräche	Klärung von aktuellen Problemen während der Behandlung	Pflegeteam, je nach Indikation
Einzelgespräche mit dem Sozialdienst	Klärung von sozialen Problemen, Organisation der Nachsorge in Suchtberatungsstellen, Ermittlung in Selbsthilfegruppen	Sozialdienst, je nach Indikation
Phantasiereise	Es werden imaginative Phantasie Reisen durchgeführt. Die Kreativität und Phantasie sollen gefördert werden. Gefühle tiefer Entspannung, Beruhigung und Erholung können entstehen	Pflegeteam 1 x wöchentlich
Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson	Ermittlung der Grundübungen von PMR Hinweis auf alternative Möglichkeit zum Umgang mit Nervosität, vegetativen Dysregulationen und Schlafstörungen	Pflegeteam 1 x wöchentlich
Bewegungstherapie in der Gruppe	Körperbezogenes erfahren, um ein neues Körpererleben zu fördern. verdeutlichung der Eigenverantwortung für die eigene körperliche Gesundheit	Physiotherapeuten 4 x wöchentlich
Ergotherapie	Handwerkliches und kreatives Arbeiten unter therapeutischer Anleitung	Ergotherapeuten, 4 x wöchentlich
Soziales Kompetenztraining	Erlernen von Strategien zur Verbesserung der interaktionellen Fähigkeiten	Ergotherapie, 2 x wöchentlich
Psychosoziale Beratungsstellen auf Station	Einleitung der nachstationären Weiterbetreuung; ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen werden bei Bedarf eingeleitet	Sozialarbeit und Vertreter der ortsansässigen psychosozialen Beratungsstellen, je nach Bedarf
Selbsthilfegruppenvorstellung	Vorstellung der Vertreter der ortsansässigen SHGs in 2-wöchigem Wechsel und Knüpfen persönlicher Kontakte	Pflegeteam und ortsansässige Selbsthilfegruppen, 1 x alle 14 Tage
Informationsgruppe zur Tabakentwöhnung	Information zu Entstehungsmechanismen, Behandlungsmöglichkeiten und Folgeerkrankungen der Tabakabhängigkeit	Ärzte, 1 x wöchentlich
Tabakentwöhnungsgruppe	Therapeutische Begleitung während der Tabakentwöhnung	Pflegeteam, 1 x wöchentlich fakultativ bei Abstinenzwunsch

Zusammenfassung · Abstract

ge eit würde bereits mittelfristig deutlich höhere Gesamtkosten innerhalb des Gesundheitssystems verursachen [2]. Nach einer Indexbehandlung kommt es zu einer deutlichen Minderung der individuell verursachten Kosten in der Krankenbehandlung [11].

Die Qualifizierte Entzugsbehandlung ist eine Domäne der Psychiatrie/ Psychotherapie mit besonderer Schwerpunktsetzung auf motivationale Intervention (MI), kognitiver und übender Verhaltenstherapie (Skillstraining) sowie Psychoedukation. Wesentliche Elemente stellen zudem ergo- und bewegungstherapeutische Angebote, soziales Kompetenztraining, achtsamkeitsbasierte Verfahren und Entspannungsverfahren dar. Ziel ist die Förderung der Krankheitseinsicht, der Motivation und Befähigung zur Rehabilitationsbehandlung sowie die Erarbeitung von Strategien zur Stabilisierung der Abstinenz. Dementsprechend erfolgt die Behandlung in einem Gesamtkonzept unter enger Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen, wozu neben Ärzten und Psychologen insbesondere auch Krankenpflege, Ergotherapie und Sozialarbeit gehören. Eine enge Integration sozialdienstlicher Schwerpunkte in Zusammenarbeit mit ortsansässigen Beratungsstellen und zur Klärung und Regulierung finanzieller Ansprüche sowie Hilfen bei der Wohnraum- und Arbeitsplatzsicherung sind unabdingbar. Krankheitsimmanent ist Suchterkrankungen ein immer wieder erneutes Infragestellen des Therapieziels, weshalb der motivationalen Intervention eine zentrale Rolle in der Behandlung zukommt.

Um die in der Leitlinie geforderte multimodale Therapie anbieten zu können, benötigen die psychiatrischen Kliniken mit suchtmmedizinischem Angebot ein multidisziplinäres Behandlungsteam (Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen und Krankenpflegepersonal mit psychotherapeutischer Kompetenz). Entsprechend der Empfehlungen der aktuellen Leitlinie zur Behandlung alkoholbezogener Störungen sollte eine Qualifizierte Entzugsbehandlung 21 Tage dauern (Empfehlung 3.3.3.3, [10]).

Das Ziel dieser Arbeit ist es, den normativen Personalbedarf einer leitlinien-

Nervenarzt 2016 · 87:295–301 DOI 10.1007/s00115-015-0053-1
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

· Kiefer · A. Koopmann · F. Odemann · J. Wolff · A. Batra · K. Mann

Personalbedarfsermittlung für eine leitliniengerechte stationäre Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit

Zusammenfassung

Zentraler Bestandteil der Qualifizierten Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit ist neben der meist pharmakotherapeutisch unterstützten Entzugsbehandlung die Psychotherapie der zugrunde liegenden seelischen Störung: der Abhängigkeitserkrankung. Die in den aktuellen S3-Behandlungsleitlinien geforderte und seit vielen Jahren erfolgreich etablierte multimodale Therapie der Qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung erfordert ein multidisziplinäres Behandlungsteam mit psychotherapeutischer Kompetenz. Ziel der vorliegenden Arbeit ist, den normativen Personalbedarf einer leitliniengerechten, stationären, 21-tägigen Qualifizierten

Entzugsbehandlung zu errechnen und diesen mit den in der Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV) vorgesehenen Personalressourcen zu vergleichen. Die nun vorliegenden Zahlen belegen, dass selbst bei einer 100%igen Umsetzung der Psych-PV die bedarfsgerechte Therapie der alkoholbezogenen Störungen gemäß den Behandlungsleitlinien nicht möglich ist. Dies ist bei der weiteren Entwicklung des aktuellen Finanzierungssystems (PEPP-Entgeltssystem) zu beachten.

Schlüsselwörter

Alkohol · Entzug · Entgiftung · Leitlinien · Psychotherapie

Normative definition of staff requirement for a guideline-adherent inpatient qualified detoxification treatment in alcohol dependence

Abstract

The central element of the “qualified withdrawal treatment” of alcohol dependence is in addition to physical withdrawal treatment psychotherapy. The treatment of the underlying addictive disorder that is displayed by intoxication, harmful behaviour and withdrawal symptoms is only possible with a combination of somatic and psychotherapeutic treatment elements. The successfully established multimodal therapy of the “qualified alcohol withdrawal treatment”, postulated in the current S3-Treatment Guidelines, requires a multi-disciplinary treatment team with psychotherapeutic competence. The aim of the present work is to calculate the normative staff requirement of a guideline-based 21-

day qualified withdrawal treatment and to compare the result with the staffing regulations of the German Institute for Hospital Reimbursement. The present data support the hypothesis that even in the case of a hundred per cent implementation of these data, adequate therapy of alcohol-related disorders, according to the guidelines, is not feasible. This has to be considered when further developing the finance compensation system based on the described superseded elements of the German Institute for Hospital Reimbursement.

Key words

Alcohol · withdrawal · Detoxification · Guidelines · Psychotherapy

gerechten, stationären 21-tägigen Qualifizierten Entzugsbehandlung zu errechnen und diesen mit den in der Psych-PV vorgesehenen Personalressourcen zu vergleichen.

Die Leitlinien zur Behandlung alkoholbezogener Störungen sehen eine Überlegenheit der Qualifizierten Entzugsbehandlung im Vergleich zur reinen körperlichen Entgiftung in Bezug auf eine höhere Abstinenzrate (Abstinenzraten nach 12 Monaten qualifizierter Entzug:

36 % vs. körperliche Entgiftung 3 %) [2, 5, 6], eine höhere Rate von Vermittlungen in eine weiterführende Therapie, z. B. Postakutbehandlung (Rehabilitation [12], einen besseren Therapieerfolg einer nachfolgenden Rehabilitationsbehandlung [1] und eine reduzierte Wiederaufnahmerate (Anzahl der Wiederaufnahmen Qualifizierter Entzug 3,5 ± 4,4 vs. Körperliche Entgiftung 7,3 ± 11,3) [8].

Originalien

Tab. 2 Therapiezeiten der Qualifizierten Entzugsbehandlung je Patient und Woche in min		
	M nuten	Pat enten
systematische Behandlung	5	
2 × 10 Minuten Visite	20	1
1 × 50 Minuten ärztliches Einzelgespräch	50	1
1 × 25 Minuten ärztliche Exploration und Visite	25	1
psychotherapeutische Behandlung	410	
1 × 50 Minuten psychologische Einzeltherapie	50	1
3 × 60 Minuten psychologische Gruppentherapie	180	6
2 × 60 Minuten ärztliche Psychoedukation	120	6
1 × 60 Minuten ärztliche Psychoedukation zum Thema Rauchen	60	6
Pflegegeleitete Therapien	445	
5 × 15 Minuten Psychoedukatives Alltagsstraining	75	6
1 × 60 Minuten Entspannung Gruppe (Phantasiereise)	60	6
1 × 30 Minuten Entspannung Gruppe (PMR)	30	6
1 × 60 Minuten Gesprächsgruppe	60	6
1 × 60 Minuten geleitete Selbsthilfegruppenvorstellung	60	6
1 × 60 Minuten Beratung zur Tabakentwöhnung	60	3
100 Minuten Bezugspflegegespräche (in Summe)	100	1
andere Therapien	585	
390 Minuten Ergotherapie mit GSK	390	4
120 Minuten Physiotherapie	120	6
75 Minuten Sozialberatung	75	1
Therapiezeiten pro Patient und Woche	1535	

Bei einem protrahierten vegetativen Entzugssyndrom bzw. schwerwiegenden psychiatrischen oder somatischen Komorbiditäten kann auch eine über die Regelbehandlung hinausgehende längere Behandlungsdauer indiziert sein (siehe Rahmenkonzept oben). Die aktuell vorliegende Leitlinie bezieht sich auf die etablierte qualifizierte Entzugsbehandlung und geht aus diesem Grund nicht auf einzelne therapeutische Elemente der qualifizierten Entzugsbehandlung ein. Deshalb wurden für die Erstellung des exemplarischen Wochenplanes der qualifizierten Entzugsbehandlung die im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und dem Universitätsklinikum in Tübingen etablierten und evaluierten Wochenpläne für eine 21-tägige qualifizierte Entzugsbehandlung zugrunde gelegt. Auf dieser Basis wurde der notwendige Personalbedarf für einen adäquaten Wochentherapieplan errechnet.

Methoden

Der Personalbedarf der qualifizierten Entzugsbehandlung wurde auf Grundlage des Wochenplans berechnet. Die Dauer der Therapiemaßnahmen wurde durch die Anzahl der teilnehmenden Patienten geteilt, um den Personalbedarf je Patient zu berechnen. Die nach Psych-PV vorgesehenen Personalressourcen wurden auf Grundlage der Datenbank der Versorgungsindikatoren in der Psychiatrie und Psychosomatik (VIPD-Datenbank 3, 15) ermittelt. Die Studie umfasste alle vollstationären Behandlungsfälle mit einer Hauptdiagnose des Bereiches F10.2, sowie einer Entlassung in 2013 aus einer Fachabteilung für Allgemeinpsychiatrie. Behandlungsfälle mit fehlender oder widersprüchlicher Psych-PV-Einstufung wurden ausgeschlossen ($n \leq 0,5\%$). Die Personalressourcen je Woche wurden entsprechend der tagesaktuellen Psych-PV-Einstufungen dieser Behandlungsfälle und den in § 5 Abs. 1 der Psych-PV vorgesehenen Minutenwerte ermittelt. Stationsgrundwerte, Leitungsfunktion,

Nachdienste und Rufbereitschaften wurde nicht berücksichtigt. Zur Abgrenzung von Zeitanteilen der Psych-PV Tätigkeiten, welche im Wochenplan abgebildet sind, von Zeitanteilen, welche nicht im Wochenplan abgebildet sind (im weiteren „Sonstige“ genannt), wie z. B. zur Erfüllung von organisatorischen Aufgaben, wurden die Minutenwerte nach § 5 Abs. 1 Psych-PV entsprechend der Zusatzmaterialien in Kunze und Kaltenbach aufgeteilt [4]. Für „sonstige“ Tätigkeiten wurde für die qualifizierte Entzugsbehandlung ein Personalbedarf in Höhe der Psych-PV angenommen.

Ergebnisse

Tab. 1 zeigt eine Übersicht über die empfohlenen Therapieelemente eines Wochentherapieplans und deren Inhalt in der qualifizierten Entzugsbehandlung.

Legt man diese Empfehlung zugrunde, so ergibt sich für den einzelnen Patienten pro Woche eine Gesamttherapiezeit von 1535 Minuten, die sich, wie in Tab. 2 dargestellt, auf die einzelnen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen verteilt. Innerhalb der Gesamttherapiezeit von 21 Tagen erhält der Patient also 4605 Minuten Therapien.

Aus einem solchen Behandlungsplan kann der Personalbedarf berechnet werden, wobei zu bedenken ist, dass ein nicht unwesentlicher Anteil der Therapien in Form von Gruppentherapien erfolgt, hierbei ist durch die gleichzeitige Behandlung mehrerer Patienten der Personalbedarf deutlich geringer als die Therapiezeiten für den Patienten. Die Durchführung der Therapien in Form von Gruppentherapien macht die Erfüllung der auf den ersten Blick sehr umfassenden Therapiezeiten pro Patient und Behandlungswoche möglich. Um Ausfällen im Therapieprogramm entgegenzuwirken und eine möglichst hohe Erfüllungsquote des Therapieplans zu ermöglichen, ist zudem eine Flexibilität des therapeutischen Personals vor allem in Vertretungssituationen notwendig.

Tab. 3 zeigt den normativen Personalbedarf pro Woche einer stationären 21-tägigen qualifizierten Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit un-

Tab. 3 Gegenüberstellung des Personalbedarfs der Qualifizierten Entzugsbehandlung je Patient und Woche in min

	Personalbedarf			Budget Ps ch-PV			Delta
	Woch.-Plan	Sonstige	Summe	Woch.-Plan	Sonstige	Summe	Summe (Psych-PV-Bedarf)
Ärzte/Psychologen	205	113	318	163	113	276	-42
<i>Davon Psychotherapie</i>	<i>110</i>	<i>0</i>	<i>110</i>	<i>65</i>	<i>0</i>	<i>65</i>	<i>-45</i>
Pflege	168	557	725	182	557	739	14
Fachtherapien	193	74	267	148	74	222	-45
Summe in Minuten	566	744	1310	493	744	1237	-73

Angaben ohne Stationsgrundwert, Leitungsfunktionen und Tätigkeiten außerhalb des Regeldienstes im Vergleich zum Zeitbudget nach Psych-PV

terteilt nach Tätigkeiten der Qualifizierten Entzugsbehandlung und sonstigen Tätigkeiten. B. für Dokumentation, Organisation sowie die Behandlung somatischer Komorbiditäten im Vergleich zu dem in der Ps ch-PV ausgewiesenen Personalbedarf.

Aus dieser Berechnung ergibt sich ein um insgesamt 73 Minuten erhöhter Personalbedarf im Vergleich zur Ps ch-PV und insbesondere ein deutlich höherer Personalbedarf im ärztlich-psychologischen Dienst sowie im Bereich der Fachtherapeuten wie Sozialpädagogen, Ergo- und Physiotherapeuten. Diese sieht insbesondere nur wenig Zeit für eine psychotherapeutische Einzelbehandlung der Patienten sowie nur wenige direkte ärztliche Kontakte vor. Im Bereich der Pflege scheint der Personalbedarf durch die Psych-PV gedeckt.

Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war, den normativen Personalbedarf einer 21-tägigen leitliniengerechten Qualifizierten Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit anhand eines Wochentherapieplans zu ermitteln und diesen mit den in der Ps ch-PV vorgesehenen Personalressourcen zu vergleichen.

Die vorgelegten Zahlen belegen eindrücklich, dass selbst bei einer 100%igen Umsetzung der Ps ch-PV eine den aktuellen AWMF-S3-Leitlinien zur Therapie der alkoholbezogenen Störungen entsprechende 21-tägige Qualifizierte Entzugsbehandlung nicht möglich ist. Hinzu kommt, dass die Psych-PV derzeit in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken nur zu etwa 90 % erfüllt wird und höhere Arbeitsanteile für

patientenferne Tätigkeiten benötigt werden [14, 15]. Vor diesem Hintergrund ist die hier dargestellte Differenz zwischen dem Personalbedarf und den Ps ch-PV Vorgaben wohl noch eine Unterschätzung der tatsächlichen Finanzierungslücke. Trotz der erwiesenen überlegenen Wirksamkeit der Qualifizierten Entzugsbehandlung gegenüber der reinen körperlichen Entgiftung kann diese unter den aktuellen Psych-PV-Finanzierungsbedingungen nicht kostendeckend umgesetzt werden, da insbesondere der Personalbedarf im ärztlich-psychologischen Dienst und im Bereich der Fachtherapeuten nicht gedeckt werden kann.

Es drängt sich die Frage auf, wie diese Fehlentwicklung entstehen konnte. Dies ist zunächst wesentlich darin begründet, dass bei der Formulierung der Psych-PV die Erkenntnisse zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten bei alkoholabhängigen Patienten erst am Anfang standen. Daher wurden nur wenige Personalressourcen für diese psychotherapeutischen Interventionen ausgewiesen, der Fokus wurde vielmehr auf die Behandlung der somatischen Symptome während der Entgiftung gelegt. Darüber haben die sozialen Probleme im Zusammenhang mit (drohender) Wohnlosigkeit, (drohendem) Verlust der sozialen Grundsicherung und finanziellen Schwierigkeiten zugenommen. Diesen muss in der Therapie zur Sicherung des Therapieerfolgs zunehmend Rechnung getragen werden. Obwohl sich die Sicht zur Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung von alkoholabhängigen Patienten sowie die Intensität sozialer Probleme unbestritten geändert hat, sieht die Ps ch-PV keine

Mechanismen vor, wie die veränderte empirische Grundlage zur Wirksamkeit von Therapieverfahren und die veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu einer Anpassung des vorgesehenen Personals führen. Das System des Pauschalentgelts für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP-Entgeltsystem) sieht insbesondere in der aktuellen Form keine Annäherung der Personalausstattung an die Anforderungen einer sich ändernden und leitlinienentsprechenden und damit möglichst wirksamen Behandlung vor. Vielmehr erhöht die zunehmende Bürokratisierung im Zuge der Einführung des PEPP-Systems (umfassendere lückenlose Dokumentation des Behandlungsverlaufes zur Vorbereitung auf MDK-Prüfungen, detaillierte Erfassung und Dokumentation der Leistungen im Einzelfall) weitere Ressourcen aus der Behandlung. Dies steht eindeutig dem formulierten Ziel der Bundesregierung entgegen, eine bürokratiearme Umsetzung zu gewährleisten. Krankenhäuser, die bereits für das PEPP-System optiert haben, berichten vielmehr einen Anstieg des Dokumentationsaufkommens und der MDK-Nachfragen gerade in Bezug auf das Mindestmerkmal des leitlinienbasierten, standardisierten suchtmittelinischen und sozialen Assessments. Dies hat zur Folge, dass insbesondere kostenintensive (oberärztliche und psychologische therapeutische Ressourcen von der direkten Behandlung der Patienten abgezogen werden müssen um bei gleichbleibendem Zeitbudget abrechnungsrelevante Vorgaben und Anfragen abdecken zu können. Bemängelt wird wohlgerne nicht die Forderung nach einer leitliniengerechten Umsetzung der

Therapiestandards, sondern die unökonomische Überprüfung der Umsetzung ohne nachvollziehbare Qualitätsindikatoren. Es sollte daher ein Alternativkonzept für eine bürokratieärmere, aber dennoch ausreichend transparente Kostenerstattung entwickelt werden. Der OPS-Code 8-985, welcher mit Mindestkriterien den Qualifizierten Entzug als Komplexcode für die somatischen Fächer beschreibt, ist dabei keine Alternative, da er durch seinen ausschließlichen Fallbezug einen starken Anreiz zur Verkürzung der Aufenthaltzeiten setzt und damit die Gefahr besteht, dass die o. g. inhaltlichen Ziele in Widerspruch zur Vergütungsoptimierung stehen.

Geeignet als echte und bürokratieärmere Alternative zur minutengenauen Erfassung von Einzelleistungen könnte dagegen die Überprüfung geeigneter Qualitätsindikatoren sein. Das neue Vergütungssystem sollte an konkrete Vorgaben zur Struktur- und Prozessqualität geknüpft sein, die über Qualitätsindikatoren mit vertretbarem Aufwand überprüft werden können. Die Ergebnisqualität könnte bei Entlassung mittels der Erfassung der Zielvariablen der Qualifizierten Entzugsbehandlung (Vermittlung in Anschlussbehandlungen; Wahrnehmung weiterer stabilisierender abstinentensichernder Maßnahmen, wie Psychotherapie, medikamentöse Revidivprophylaxe, Selbsthilfegruppen, Abstinenzdauer, Funktionseinbußen und Lebensqualität) und durch Katamneseerhebungen zu Rückfallhäufigkeiten, Weitervermittlungsraten in Suchtrehabilitationsbehandlungen und Wiederaufnahmeraten registriert werden.

Die dargestellten Berechnungen orientieren sich an den Notwendigkeiten im Rahmen einer qualifizierten Entzugsbehandlung bei einer reinen Alkoholabhängigkeit. Bei einer bestehenden psychiatrischen Komorbidität sowie schweren somatischen Begleiterkrankungen, die einen späteren Beginn der psychotherapeutischen Behandlung z. B. aufgrund einer ausgeprägten depressiven oder psychotischen Antriebsminderung bzw. psychomotorischen Agitiertheit oder einem protrahierten Entzugssyndrom notwendig machen, werden, wie bisher, auch in Zukunft

längere stationäre Behandlungen notwendig sein. Durch einen Ausbau qualifizierter ambulanter suchtmmedizinischer Behandlungsangebote und eine bessere Verzahnung des ambulanten und teilstationären Behandlungssektors mit dem stationären Behandlungssektor kann eine leitlinienbasierte Behandlung kosteneffektiver gestaltet werden und eine leitlinienbasierte, effektive, stationäre, teilstationäre und komplex-ambulante Versorgung von Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit sichergestellt werden. Erste Schritte für eine Umsetzung eines solchen Alternativentwurfs sind klar definierte Behandlungspfade, die klinisch sowie betriebswirtschaftlich evaluierbar sind.

Fazit für die Praxis

Die qualifizierte Alkoholentzugsbehandlung ist seit vielen Jahren als „State of the Art“ zur frühzeitigen Integration psycho- und psychotherapeutischer Ansätze in die Behandlung der Alkoholabhängigkeit etabliert. Dies ist in den aktuellen S3-Leitlinien abgebildet. Die qualifizierte Entzugsbehandlung ist eine Domäne der Psychiatrie/ Psychotherapie mit Schwerpunktsetzung auf motivationaler Intervention, kognitiver und übender Verhaltenstherapie sowie Psychoedukation. Die multimodale Behandlung erfordert ein multidisziplinäres Behandlungsteam mit psychotherapeutischer Kompetenz. Es ist davon auszugehen, dass der Personalbedarf für die qualifizierte Alkoholentzugsbehandlung in Stunden pro Woche und Patient durch den aktuell gültigen vorgeschlagenen Personalschlüssel nicht gedeckt ist. Um langfristig negative Konsequenzen zu vermeiden, ist eine bedarfsgerechte Personalausstattung zu fordern.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. F. Kiefer

Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg
Quadrat J5, 68159 Mannheim, Deutschland
falk.kiefer@zi-mannheim.de

Einleitung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Kiefer, A. Koopmann, F. Gode-mann, J. Olff, A. Batra und K. Mann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Bauer I, Hasenöhl G (2000) Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach Qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). Sucht 46:250–259
2. Driessen M, Eltrup C, Junghans K et al (1999) Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluierter Behandlungsprogramme. Erweiterte Entgiftungstherapie bei Alkoholabhängigkeit. Nervenarzt 70:463–470
3. Godemann F, Olff M, Menzler C, Löhr M (2015) Berechnung der Personalbemessung bei einer Umsetzung von 100% Psych-PV. Kann diese auf der Grundlage vorliegender Routedaten erfolgen? Nervenarzt 86:845–851
4. Kunze H, Kaltenbach L (2005) Psychiatrie-Personalverordnung: Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis, 5. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
5. Lange J, Eltrup C, Driessen M (1999) Entgiftung und qualifizierte Entzugsbehandlung: Kur-, mittel- und langfristige Katamnesen. Sucht 45:235–244
6. Loeber S, Kiefer F, Wagner F et al (2009) Behandlungserfolg nach qualifizierter Alkoholentzugsbehandlung: Welche Einflussfaktoren haben motivationale Interventionen? Eine Vergleichsstudie. Nervenarzt 80:1085–1092
7. Mann K, Loeber S, Croissant B, Kiefer F (2006) Die qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen: Psychotherapeutische und pharmakologische Strategien. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
8. Reker T, Richter D, Bätge B et al (2004) Kurzfristige Effekte der stationären Akutbehandlung alkoholabhängiger Patienten: eine prospektive, multizentrische Evaluationsstudie. Nervenarzt 75:234–241
9. Reymann G, Preising M (2003) Rahmenkonzept für die stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen in Nordrhein-Westfalen. Versicherungsmedizin 55:27–32
10. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht) S3-Leitlinien Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html>. Zugegriffen 28. Dezember 2015
11. Salize HJ, Jacke C, Kief S, Franz M, Mann K (2013) Treating alcoholism reduces financial burden on care-givers and increases quality-adjusted life years. Addiction 108:62–70
12. Stetter F, Mann K (1997) Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. Nervenarzt 68:574–581
13. Olff J, Berger M, Normann C et al (2005) Ohn führt die Konvergenz der Psychriatriebudgets? Nervenarzt 86:852–856
14. Olff J, McCrone P, al Berger M (2015) A work time study analysing differences in resource e

- use between psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50:1309–1315
15. Colff-Menzler C, Maier B, Junne F, Löhr M, Große C, Falkai P, Pollmächer T, Salize HJ, Nitschke R, Hauth I, Deister A, Godemann F (2014) Indicators of patient care in Psychiatric and Psychosomatic Facilities IPP project – a database project. *Fortschr Neurol Psychiatr* 82:394–400

Dank Online First immer aktuell

(Fortsetzung von S. 294)

- Psychiatrie als praktische Wissenschaft
M. Jäger, M.E. Siegel, T. Becker
DOI 10.1007/s00115-015-0064-y
- Umfragestudie zur Behandlung des malignen Mediainfarakts an deutschen Kliniken
H. Neugebauer, S. Siegel, E. Jüttler
DOI 10.1007/s00115-016-0073-5
- Mechanismen der Alzheimer-Krankheit
A. Busche, M. Staufenbiel, M. Hillemann
DOI 10.1007/s00115-015-0041-5
- Elektrokonvulsionstherapie gegen den natürlichen Patientenwillen
M. Besse, I. Methfessel, J. Hillemann et al.
DOI 10.1007/s00115-015-0043-3
- Prävention von Alzheimer-Demenz in Deutschland
T. Luck, S.G. Riedel-Heller
DOI 10.1007/s00115-015-0045-1
- Epilepsieassoziierte Tumoren des Zentralnervensystems
M. Hirsch, V.A. Coenen, D.H. Heiland et al.
DOI 10.1007/s00115-015-0031-7
- Evidenz zur Behandlung der Parkinson-assoziierten Psychose
R. Haussmann, M. Bauer, M. Donix
DOI 10.1007/s00115-015-4438-y
- Schizophrene Psychosen mit affektdominanter Symptomatik
F.U. Lang, K. Stegmayer, T. Becker et al.
DOI 10.1007/s00115-015-0036-2
- Gendergerechte Versorgung von Gewaltopfern
A. Evler, M. Scheller, L. Siegel et al.
DOI 10.1007/s00115-015-0024-6
- Das nichtentzugsbedingte Delir
R. Haussmann, M. Bauer, M. Donix
DOI 10.1007/s00115-015-0027-3
- Überwindung der Therapieresistenz bei chronischer Depression
S. Köhler, P. Sterzer, C. Normann et al.
DOI 10.1007/s00115-015-0034-4
- Chancen und Kontroversen von Depotantipsychotika in der Behandlung von Patienten mit Schizophrenie
S. Breit, G. Hasler
DOI 10.1007/s00115-015-0021-9
- Depression und Epilepsie
M. Borgmann, M. Holtkamp, M. Adli et al.
DOI 10.1007/s00115-015-0026-4
- Aufnahme- und Entlassentscheidungen in der Psychiatrie
C. Colff-Menzler, S. Gyßer, C. Große et al.
DOI 10.1007/s00115-015-4385-7
- Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie
A.-K. Jakovljević, C. Siegemann
DOI 10.1007/s00115-015-4437-z

Sie finden alle Online-First-Beiträge für *Der Nervenarzt* unter
<http://link.springer.com/journal/115/onlineFirst>

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre.
Ihre Redaktion *Der Nervenarzt*



Stellungnahme

Beschlussentwurf über eine Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie vom 08.05.2019

Teil 1: Grundlegende Aussagen
(ergänzend siehe Teil 2: Stellungnahme zu den Einzelparagrafen)

Die DFPP e.V. lehnt den vorliegenden Richtlinienentwurf in weiten Teilen ab. Diese Personalausstattungsrichtlinie ist als Personaluntergrenzenverordnung ausgestaltet, was dem in § 136a Abs. 2 SGB V beschriebenen gesetzlichen Auftrag zu qualitätsbezogenen und leitliniengerechten Personalmindestvorgaben nicht im Ansatz gerecht wird, da sie sich nicht an den Patientenbedarfen orientiert.

Die DFPP e.V. ist erschrocken, dass insgesamt nur wenig die geforderten Elemente umgesetzt wurden und dass die Ergebnisse der umfänglichen Expertenanhörungen im G-BA sich nicht im Beschlussentwurf spiegeln. Im vorliegenden Beschlussentwurf belegen die zwischen der GKV und der DKG oft diametral auseinanderliegenden Formulierungen, dass einvernehmliche Konsentierungen kaum möglich sein können.

Der vorliegende Beschlussentwurf gefährdet das Patientenwohl und darf in der Gestaltung einer Untergrenzenverordnung im Grunde keine Gültigkeit erlangen. Aufgrund der derzeit diese Vorgaben unterschreitenden Besetzung in Psychiatrischen Kliniken würden wir eine nur kurzzeitige, zeitlich konkret definierte und unter Berücksichtigung der nachfolgenden Vorschläge der Fachgesellschaft angepasste Regelung mittragen.

Die beigefügte Ausarbeitung der DFPP e.V. nimmt zu den konkreten Ausformulierungen des Beschlussentwurfes Stellung. Paragrafenübergreifend und bezogen auf das Gesamtdokument fordert die DFPP e.V. im Interesse der Patienten:

- 90% der Minutenwerte aus der Anlage 2 (Minutenwerte der PatV / des DPR / der BPtK) sind der allermindeste Wert, der als Untergrenze für eine die Versorgungssicherheit gewährende Personalbesetzung gelten kann. Tiefer darf die Untergrenze in keinem Fall definiert werden. Schon lange besteht über nahezu alle Gremien und Expertengruppen der psychiatrischen Versorgung Konsens, dass die Minutenwerte der Psych-PV das Leistungsgeschehen nicht ausreichend abbilden; eine bedarfsorientierte Personalberechnung dürfte zu einem deutlichen Personalaufbau führen. Und erst mit einer ca. 120%-igen Psych-PV-Besetzung kann eine 90%-Untergrenze sicher gewährleistet werden. Daher darf ein mögliches Malussystem, im Sinne einer Untergrenze, nur auf der Basis der realisierten 120% Psych-PV-Minuten greifen.

- Der in der Psych-PV formulierte, sogenannte „Sockelwert“ der Pflege sollte ein Anreiz für kleinere Stationen sein, dies hat aber in der Praxis nicht funktioniert. Faktisch fehlen nun in allen Settings der psychiatrischen Pflege ab dem 19. Patienten (Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie) 278 der in den Regeltätigkeiten beschriebenen Minuten pro Patient und Woche. Dieser Missstand darf nicht fortgeschrieben werden. Mit der zusätzlichen Absenkung der Pflegeminuten über die 90%-Regel würde die Beibehaltung des „Sockelwertes“ für die Pflege die Versorgungssicherheit bedrohlich gefährden. Der Zusammenhang von Konflikt- und Gefährdungssituationen mit der quantitativen und qualitativen Besetzung der Pflege ist hinreichend festgestellt.
- Die DFPP e.V. hatte sich bereits vor Jahren schon für die Einführung einer Nachweispflicht ausgesprochen und findet diese inhaltlich richtig. Für den vorliegenden Beschlussentwurf kann die DFPP allerdings nur den „Ganzhausansatz“ im „Jahresbezug“ für den Nachweis fordern. Nur eine bedarfsorientierte Personalberechnung darf mit einer stationsbezogenen und monatsbezogenen Nachweispflicht kombiniert werden. (Beispielsweise ist bereits jetzt zur Vermeidung von Gefährdungen für die Patienten und das Personal eine deutliche höhere Besetzung auf Akutstationen erforderlich, die auch in der vorgeschlagenen Regelung nur zu Lasten anderer, weniger gefährdenden Stationen hergestellt werden kann. Daher darf eine stationsbezogenen Besetzungsgrenze nur zum Tragen kommen, wenn sichergestellt ist, dass alle Stationen bedarfsgerecht besetzt werden können.)
- Alle Minutenwerte sind – wie in der Psychiatrie-Personalverordnung auch – als Netto-Arbeitszeit zu berechnen, reale Ausfallzeiten sind in jedem Fall vollumfänglich durch die Krankenkassen vor Ort anzuerkennen und zu finanzieren.
- Positiv registriert die DFPP e.V., dass die Richtlinie eine Regelung für Genesungsbegleiter vorsieht. Der im § 11 (GKV-SV)/§ 13 (PatV)/LV formulierte Text wird der Tatsache gerecht, dass es schwierig wäre, den Einsatz von Genesungsbegleitern über feste Minutenwerte im Sinne der Untergrenze festzulegen. Die aktuell sehr offene Formulierung macht jedoch den Einsatz der Genesungsbegleiter vom Verhandlungsaufwand bzw. ihrer Beschäftigungsakzeptanz durch Träger während der Budgetfindung abhängig. Die DFPP e.V. fordert, den Hinweis zu ergänzen, dass bis zu 0,5 Stellen pro Station (18-Betten in der Erwachsenenpsychiatrie, bei größeren Stationen analog höherrechnen) finanziert werden müssen.
- Die DFPP e.V. bittet im gesamten Dokument den Begriff „Pflegefachpersonen“ anstelle von „Krankenpflegekräften“ zu nutzen. Es ist der zeitgemäße Begriff, der die im Pflegeberufegesetz bezeichneten Pflegefachfrauen und –männer zusammenfasst und sich auch in den Selbstvereinbarungen der Konzentrierten Aktion Pflege wiederfindet.

Ulm, den 14.06.2019

[Redacted Signature]

[Redacted Name]
Präsidentin
[Redacted Address]

[Redacted Signature]

[Redacted Name]
Stellv. Präsident
[Redacted Address]

[Redacted Signature]

[Redacted Name]
Stellv. Präsident
[Redacted Address]

**Stellungnahme der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege (DFPP)
zum Beschlussentwurf gemeinsamer Bundesausschuss über eine
Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik**

Teil 2: Stellungnahme zu den Einzelparagrafen (Ergänzung zu Teil 1: Grundlegende Aussagen)

Lfd. Nr.	Paragraph	Absatz	Stellungnahme
1	§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich (GKV-SV/PatV)	Absatz 3	Die Version des GKV-SV/PatV wird abgelehnt. Begründung: Die hier formulierten Aspekte sind zu unkonkret.
2	§ 2 Grundsätze (GKV-SV/PatV/DPR/BPtK/LV)	Absatz 1	Der Vorschlag wird abgelehnt. Begründung: Die hier beschriebene Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung der Patienten impliziert, dass die Leitlinie das Personal für eine solche Behandlung bemessen würde und vorsieht. Dieses Vorgehen ist im Weiteren aber nicht zu erkennen, da beispielsweise die Minutenwerte der GKV – SV der Anlage 2 den Minutenwerten der Psych PV entsprechen. Diese ist jedoch auf der Evidenzlage der 80er Jahre entstanden. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass diese Minutenwerte eine evidenzbasierte Versorgung gewährleisten.
3	§ 2 Grundsätze (GKV-SV/PatV)	Absatz 2	Vorschlag des GKV –SV/PatV wird nicht unterstützt. Begründung: Die hier formulierte absolutistische Regelung, dass eine Behandlung nur dann möglich ist, wenn die in § 6 und 7 geregelten verbindlichen Mindestvorgaben erfüllt werden, könnte zu einer absurden Situation innerhalb der stationären Psychiatrischen Versorgung führen. Die hier dargestellte Regelung umfasst eine Sanktion bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben, die da heißt, keine Patienten mehr behandeln zu dürfen. Ein gestuftes Malus System scheint hier angebracht.
4	§ 2 Grundsätze (DKG) und (GKV-SV/PatV/DPR)	Absatz 5	Die DFPP unterstützt den Ganzhausansatz in der Nachweispflicht unter den aktuellen Bedingungen einer Personaluntergrenze. Begründung: Der Vorschlag der DKG jahresdurchschnittlich auf Einrichtungsebene

Anlage IV der Tragenden Gründe

			<p>differenziert nach Erwachsenen und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik die Nachweise zu führen, scheint aus unserer Perspektive solange zielführend zu sein, bis eine Überarbeitung der Richtlinie neben Personaluntergrenzen auch eine Personalmindestanforderung vorsieht. Grundsätzlich können bei dieser Form der Nachweispflicht (Ganzhausansatz) kaum Aussagen zur Patientensicherheit gemacht werden. Jedoch scheint ein differenzierter Ansatz, im aktuellen Duktus der Richtlinienentwurfsvorschläge nicht sinnvoll. Der Vorschlag des GKV – SV/Pat V/ DPR kalendermonatlich auf den Stationen nachzuweisen, scheint nur dann zielführend zu sein, wenn eine Personalbedarfsverordnung und keine Verordnung von Mindestanforderungen in Kraft tritt.</p>
5	<p>§ 2 Grundsätze (PatV/DPR)</p>	Absatz 6	<p>Der Ergänzung der PatV /DPR (Ersetzung regelt Anlage 4) kann nur eingeschränkt zugestimmt werden.</p> <p>Begründung: Die in Anlage 4 Absatz 3 dargestellten Ersetzungsmöglichkeiten zwischen a und c und zwischen b,d,e,f erscheinen nicht zeitgemäß. Aufgrund der Akademisierung und Weiterentwicklung vieler Berufsgruppen werden schon heute unter Delegation oder Substitution Tätigkeitsbereiche aus a und c durch b oder andere übernommen. Die hier formulierte Ersatzmöglichkeit entspricht nicht der aktuellen Versorgungslage in den Kliniken. Vielmehr zementiert diese Form der Ersetzungsmöglichkeiten eine antiquierte Denkweise und entspricht nicht den Grade und Skill-Mix Diskussionen der Gegenwart und Zukunft. Sollte diese Form wie abgedruckt in Kraft treten, handelt es sich hier um ein anachronistisches Relikt und hat nichts mit moderner und leitliniengerechter Versorgung zu tun.</p>
6	<p>§ 2 Grundsätze (GKV-SV, PatV/DPR)</p>	Absatz 7	<p>Wir lehnen den Formulierungsvorschlag des GKV – SV/PatV /DPR in dieser Form ab.</p> <p>Begründung: Wir verweisen auf unseren Vorschlag, den Nachweis in einem Ganzhausansatz und jahresbezogen zu führen (vgl. Lfd.Nr. 4).</p>
7	<p>§ 2 Grundsätze (GKV-SV)</p>	Absatz 9	<p>Wir lehnen den Vorschlag des GKV-SV ab.</p> <p>Begründung: Wir unterstützen explizit den Vorschlag des DPR. Eine Personalbemessung macht ohne einen beschriebenen Kontext wenig Sinn. Das zur Verfügung stehende Personal braucht dementsprechend eine Bezugsgröße (Mitarbeiter -Patientenrelation). Ohne Bezugsgröße scheint eine Richtlinie zur Personalausstattung wenig zielführend. Wie in einer aktuellen Studie in Deutschland gezeigt werden konnte</p>

Anlage IV der Tragenden Gründe

			(Nienaber et al. 2018), gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl an Patienten und der Menge der Mitarbeitenden. Steigt die Anzahl der Patienten bei wenig Mitarbeitenden so erhöht sich das Konfliktpotenzial. Hier braucht es entsprechende Qualitätskriterien, die die Struktur der Stationsgrößen reguliert. Hier sei auf §10 (GKV-SV/§12 (PatV) verwiesen. Die Regelung in Absatz 1 wird unterstützt.
8	§ 3 Definition der Tag und Nachdienste (GKV-SV/PatV BPtK/LV)	Absatz 1	Wir unterstützen den Vorschlag des GKV-SV/PatV BPtK/LV. Die hier beschriebenen Zeiten helfen ebenfalls bei der Strukturierung des Tag und Nachdienstes und somit auch bei der Frage der Personalbemessung. Eine Änderung der Zeiten würde eine Veränderung der PsychPV Minuten nach sich ziehen. Ob die dargestellten Zeiträume noch zeitgemäß sind sollte in der zweiten Stufe der Richtlinie mit diskutiert werden.
9	§ 3 Definition der Tag und Nachdienste (DPR)	Absatz 2	Der Vorschlag des DPR, 30 Minuten Übergabezeit zu berücksichtigen wird unterstützt. Auf eine Übergabe kann im Kontext der Patientensicherheit auf keinen Fall verzichtet werden. Zusätzlich sind als Übergabezeit die notwendigen interprofessionellen Abstimmungen, Supervisionen, Dokumentationszeiten etc. so festzulegen, dass die gemeinsame Dienstzeit der Tagesdienste 60 – 90 Minuten ergibt.
10	§3 Behandlungsbereiche (DKG) und (GKV-SV)		Folgende Veränderung der Psych PV Kategorien halten wir für nicht sinnvoll. Begründung: A Allgemeine Psychiatrie, Vorschlag GKV – SV „und Psychosomatik“ als eine Kategorie zu setzen halten wir nicht für zielführend. Die Psychosomatik sollte bei Aufnahme in die Personalausstattung als extra Bereich SO aufgeführt werden (vgl. auch Vorschlag der DKG in diesem Absatz). Bei der Kategorie A 5 halten wir den Vorschlag der GKV – SV, die Psychotherapeutische Psychosomatische Komplexbehandlung aufzuführen für nicht zielführend. Dieser Begriff kommt aus dem OPS Katalog und hat grundsätzlich nichts mit der Psychotherapie zu tun, sondern vielmehr mit der komplexen Anforderung der psychotherapeutisch psychosomatischen Behandlung, in der Psychotherapie ein Teilaspekt ist. Mit der Zuordnung in die Kategorie A5 besteht die Gefahr, dass parallel der OPS Katalog als Indikator zur richtigen Zuordnung herangezogen wird. Dies würde aber Patienten exkludieren, die ausschließlich in einer Psychotherapeutischen Behandlung sind. Die Aufnahme von einer Kategorie P, durch die DKG vorgeschlagen, halten wir für zielführend, damit wäre der Psychosomatische Bereich abgedeckt.
11	§ 6 Berufsgruppen		Der unter (D) dargestellte Vorschlag der GKV – SV /PatV Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten

Anlage IV der Tragenden Gründe

	(GKV-SV/PatV)		<p>und Kreativtherapeuten statt Spezialtherapeuten zu nennen, ist im ersten Moment nachvollziehbar. Jedoch entsteht bei diesem Vorgehen folgende Problematik. Mit der Exklusivität der genannten 4 Therapeutencluster entsteht eine Exklusion für alle weiteren Spezialtherapeuten. Dementsprechend sind Sporttherapeuten oder andere nicht mehr Teil des therapeutischen Teams. Wir schlagen vor, den Begriff „Fachtherapeuten“ zu nutzen, um Krankenhausindividuell zu definieren, welche Form der Therapie für die Patienten bedarfsgerecht und nutzbringend ist.</p>
12	<p>§ 6 Ermittlung der Mindestvorgabe für die Personalausstattung</p> <p>(DKG)</p>		<p>Die DKG schlägt vor, die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung anhand der PsychPV zu ermitteln. Dieser Vorschlag enthält einige systematische Fehler, die wir im Folgenden skizzieren.</p> <p>Entweder wird eine Malusregelung bei großen Stationen über alle Berufsgruppen definiert (vgl. § 10 (GKV-SV)/§ 12 (PatV) Absatz 2). Der Schutz von kleineren Stationseinheiten ist ein wichtiges Gut in der stationären Psychiatrie. Daher wird primär der Vorschlag § 10 (GKV-SV)/§ 12 (PatV) Absatz 2 unterstützt. Sollte diese Regelung nicht konsensfähig sein muss die Malusregelung für den Pflegedienst abgeschafft werden.</p> <p>Begründung: Die ausschließliche Malusregelung für den Pflegedienst muss ZWINGEND abgeschafft werden. Der Malus nur für die Pflege hat in der Vergangenheit keine ausreichende Anreizwirkung gezeigt, umgekehrt aber bei den wachsenden Stationsgrößen zur einer Unterversorgung der Patienten mit Pflegeangeboten geführt. Diese Situation führt auf großen Stationen zur Gefährdung der Patienten (vgl. Anlage 1 am Ende dieses Dokuments).</p>
13		Absatz 3	<p>Hier beschreibt die DKG, dass für das Krankenpflegepersonal je Station und Behandlungswoche ein Wert von 5000 Minuten hinzuzurechnen ist. Allerdings wird in Anlage 2 diese Hinzurechnung nicht deutlich. Vielmehr wird der gleiche Kardinalfehler aus der PsychPV wiederholt. Auch in der PsychPV waren die 5000 Minuten Basiswert für den Pflegedienst keineswegs eine additive Höherbewertung der tabellarisch aufgelisteten Minuten. Vielmehr wurden sie aus den Tabellen der unterschiedlichen Kategorien der Patientenversorgung abgezogen und am Ende im Basiswert wieder aufaddiert. Dieses Vorgehen sollte kleine Stationen protektiv schützen und damit die Behandlungsqualität über dieses strukturelle Merkmal erhöhen. Die PsychPV gab an, dass diese 5000 Minuten für Stationsgrößen zwischen 16 und 18 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie anzurechnen sind</p>

Anlage IV der Tragenden Gründe

			(durchschnittliche Belegung). Damit wurden auch kleinere Stationseinheiten gefördert. Allerdings impliziert dies, dass Stationseinheiten über 18 Patienten dazu führen, dass der Pflegedienst systematisch weniger Minuten pro Patient bekommt.
14		Absatz 5	In diesem Absatz wird dargestellt, dass die umgerechneten Personalstellen mit dem Faktor 0,8 zu multiplizieren sind. Daraus ergibt sich, dass die DKG eine Mindestpersonalausstattung von 80 % der Psych PV vorsieht. Berücksichtigt man nun die Malus Regel aus Absatz 3 (5000 Minuten Basiswert Pflege) kann dies z.B. für eine Tagesklinik im Kontext der Sucht (S6) bedeuten, dass bei einer Belegung von 18 Patienten in der Tagesklinik eine Mindestpersonalausstattung von 80 % vorgegeben ist. Erhöhen sich die Patientenzahlen auf durchschnittlich 20, so liegt die Mindestpersonalausstattung nur noch bei 73 %. Bei einer Tagesklinik mit durchschnittlich 25 Patienten, liegt die Mindestpersonalvorgabe verglichen zu 18 Patienten nur noch bei 60 %. Bei 30 Patienten verringert sich die Mindestpersonalvorgabe auf 52 %. Die Rechenbeispiele sind der Anlage 1 dieser Stellungnahme zu entnehmen.
15		Absatz 4	Würde nun noch die Regelung aus Absatz 4 in Kraft treten, die vorsieht, die Minutenwerte um 10 % zu verringern, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat, würde das bei einer Anzahl von 25 Patienten bedeuten, dass über alle Kategorien nur noch 50 – 67 % Psych PV als Mindestpersonalausstattung vorgesehen ist. Dieses ist aus Sicht der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege ein Affront und kann nicht als zielführende Vorgabe im Sinne dieser Richtlinie sein.
16		Absatz 8	In diesem Absatz werden die Ausfallzeiten konkretisiert. Hier fehlt aus Perspektive der DFPP die Ausfallzeiten für Hygienebeauftragte. Die Konkretisierung, dass Personalstellen entsprechend der Ausfallzeiten zu erhöhen sind, halten wir für zielführend.
17	§7 Ermittlung der Mindestvorgabe für die Personalausstattung (GKV – SV / PatV).	Absatz 1	Die hier vorgenommene Konkretisierung der Ermittlung der verbindlichen Mindestvorgaben ist nachvollziehbar dargestellt. Anders als im Vorschlag der DKG (§6) wird die Mindestvorgabe nicht um 20 % der PsychPV reduziert. Der Vorschlag sieht im Weiteren vor, dass die Einstufung nach Anlage 2 tagesbezogen zu erfolgen hat. Diesen Vorschlag lehnen wir ab. Begründung: Der Vorschlag zieht einen hohen Dokumentationsaufwand nach sich. Hier schlagen wir vor, die Regelung der DKG zu übernehmen, dass 6 Einstufungen pro Jahr zu erfolgen haben. Dies wäre ein Kompromissvorschlag zur alten PsychPV, die nur 4 Einstufungen vorgesehen hat.

Anlage IV der Tragenden Gründe

18		Absatz 2	In diesem Absatz wird die konkrete Berechnung der Vollkraftstunden in der Mindestbesetzung dargestellt. Der Verzicht auf die Malus Regelung der 5000 Basisminuten halten wir für unterstützenswert.
19		Absatz 3	Die hier beschriebene Spannweite von 2,5 % mehr oder 2,5 % weniger Belegung als im Kalendermonat halten wir für zu gering und den Zeitraum von einem Monat für unangemessen. Begründung: Die dargestellte Toleranzabweichung von 2,5% und die Bezugsgröße von einem Monat ist zu gering. Wir schlagen vor, eine Toleranzabweichung von 10 % nach oben und 10 % nach unten festzulegen.
20		Absatz 9	Wir lehnen diese Formulierung ab, dass die Richtlinie nicht die Ausfallzeiten regeln soll. Begründung: Bei einer verbindlichen Mindestpersonalausstattung müssen auch die Ausfallzeiten berücksichtigt werden um zu einer Erhöhung des VK Anteiles der Berufsgruppen zu kommen. Hier wird vorgeschlagen, die Regelungen aus dem § 6 DKG Absatz 8 zu übernehmen.
21	§ 8 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad (GKV – SV / PatV)	Absatz 5	Die Anforderungen für die Mindestpersonalausstattung im Tagdienst, soll nach Ansicht des GKV-SV/PatV monatlich erfolgen. Dies lehnen wir ab. Begründung: Wie schon an anderer Stelle (LfdNr. 17) dargestellt, scheint uns eine monatliche Erhebung mit einer zu hohen Dokumentationslast einherzugehen. Auch ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass Verwaltungsstellen aufgebaut werden müssen, um diesen Aufwand zu realisieren, der ebenfalls über andere Mechanismen zu refinanzieren ist. Aus diesem Grund schlagen wir eine jährliche Ermittlung zur Mindestpersonalausstattung vor, die spätestens am Ende des ersten Quartal des neuen Jahres durch den Wirtschaftsprüfer attestiert werden sollte. Im Weiteren definiert die GKV–SV/PatV die Mindestpersonalausstattung mit einem Umsetzungsgrad von 100 %. Hier schlagen wir einen Umsetzungsgrad von mind. 90 %, auf der Grundlage des Vorschlages der Minutenwerte des DPR in Anlage 2 vor.
22		Absatz 6, 7 und 8	Die hier vorgeschlagene Regelung für den Nachtdienst sieht ebenfalls eine monatliche Überprüfung vor. Auch hier schlagen wir analog zur Lfd.Nr. 6, eine Jahresbetrachtung vor.
23		Absatz 9	Die in diesem Absatz dargestellte Regelung scheint unvollständig, da es keinen Bezugspunkt zu 1,6 und 1,4 Pflegekräften je Nachschicht gibt.

Anlage IV der Tragenden Gründe

			<p>Begründung: Hier möchten wir auf den § 11 Nachtdienste des DPR hinweisen. Diese Regelung erscheint uns zielführend, da die Flexibilität des Einsatzes im Nachdienst gegeben ist. Dieser ist aufgrund von unterschiedlichen tagesbezogenen Patientenaufwänden unterschiedlich. Hier braucht es eine hohe Dispositionsmöglichkeit vor Ort, um diese unterschiedlichen Aufwände abzubilden. Wir schlagen vor, hier eine weitere Differenzierung einzubauen. Unser Vorschlag ist, mit 3 Vollkräften (netto) in den Bereichen A2,S2 sowie G2 und mit 2 Vollkräften (netto) in allen weiteren Bereichen G und 1,5 Vollkräften (netto) in allen weiteren Bereichen A und S zu rechnen. Die Berechnung sollte allerdings nicht auf der Basis des Strukturelementes, Anzahl der Stationen, durchgeführt werden. Die Anzahl der netto Nachtdienstbesetzung sollte nach folgender Formel berechnet werden (Beispiele):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durchschnittliche Jahresbelegung mit Patienten aus dem Bereich (A2) / 18 x 3 = Anzahl der netto VK pro Nacht 2. Durchschnittliche Jahresbelegung mit Patienten aus dem Bereich (G1) / 18 x 2 = Anzahl der netto VK pro Nacht 3. Durchschnittliche Jahresbelegung mit Patienten aus dem Bereich (S1) / 18 x 1,5 = Anzahl der netto VK pro Nacht
24	§ 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen (DKG)	Absatz 1	<p>Hier wird dargestellt, dass bei der tatsächlichen Personalausstattung im Bereich der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege auch die Krankenpflegehilfe anzurechnen sei. Dies wird unsererseits abgelehnt.</p> <p>Begründung: Diese Forderung würde den Qualifikationsmix innerhalb der Kliniken herabsetzen und zu einer schlechteren Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten führen. Auch die Anrechnung von Psychotherapeuten in Ausbildung scheint aus qualitativen Gesichtspunkten nicht zielführend zu sein. Das Grundgehalt scheint hier nicht der ausschlaggebende Faktor zu sein, da die Qualität nicht über die Vergütung zu manifestieren ist, sondern über die Ausbildung und Berufserfahrung.</p>
25		Absatz 2	<p>Hier wird die Anrechnungsmöglichkeit anderer Berufsgruppen dargestellt. Diese Regelung ist grundsätzlich begrüßenswert und macht in Zeiten der Akademisierung von Gesundheitsberufen Sinn.</p> <p>Begründung: Hier muss zukünftig deutlich mehr in Grade und Skill-Mix Ansätzen gedacht werden.</p>

Anlage IV der Tragenden Gründe

			<p>Aus diesem Grund lehnen wir die Regelung ab, dass die Anrechnung nur zwischen Berufsgruppen a und c sowie den Berufsgruppen b, d, e, f und g möglich ist.</p> <p>Begründung: Dies widerspricht modernen Ansätzen der Arbeitsorganisation in Krankenhäusern sowie Substitutions- und Delegationsgegebenheiten.</p>
26		Absatz 3	<p>Die hier dargestellte Regelung zur Anerkennung von Fachkräften, die nicht in dieser Richtlinie geregelt sind, ist mit Ausnahme des ärztlichen Dienstes als nicht zielführend abzulehnen.</p> <p>Begründung: Gerade im ärztlichen Dienst werden durchaus Berufsgruppen zum Einsatz gebracht, die innerhalb der Dokumentation oder auch bei medizinischen Hilfstätigkeiten eingesetzt werden (z.B. MTAs).</p>
27	§ 10 Leitungskräfte (PatV/DPR/BPtk)		<p>Die vorgeschlagene Regelung wird unsererseits unterstützt.</p> <p>Begründung: Sollte es keine Regelung zu den Leitungsstellen geben, wird dieser wichtige Punkt dem Verhandlungsverhalten der Vertragspartner überlassen. Leitung hat einen hohen direkten Patientenbezug und sollte Teil dieser Richtlinie sein. Die Stärkung der personell und fachlich ausreichend ausgestatteten Leitung in den Einrichtungen wurde aktuell in der Konzertierte(n) Aktion Pflege (AG2) befördert.</p>
28	§ 11 Nachtdienste (PatV)		<p>Wir lehnen den Vorschlag der (PatV) ab.</p> <p>Begründung: Der Vorschlag berücksichtigt nicht die Dispositionsmöglichkeiten, die der Vorschlag des DPR vorsieht. Daher wird der Vorschlag zum § 11 des DPR unterstützt.</p>
29	§ 10 (GKV-SV)/§ 12 (PatV) Stationsgröße	Absatz 2	<p>Es wird vorgeschlagen diese Regelung anzupassen.</p> <p>Begründung: Die dargestellte Regelung führt dazu, dass bei einer erhöhten durchschnittlichen Belegung der Station (über 18 Patienten in der EP, in der KJP über 12 und über 24 Behandlungsplätze in der Psychosomatik) nicht nur die Minutenwerte der Richtlinie pro Pat. und Woche anzuerkennen sind. Die Regelung führt dazu, dass für jeden durchschnittlichen Pat. ein 20%iger Anstieg der Zeiten für Pflegenden und Ärzte vorgesehen sind. Dies entspricht faktisch einer Bonusregelung für große Stationseinheiten.</p> <p>Um die im Absatz 1 dargestellten Strukturqualitätsindikatoren zu „schützen“ empfehlen wir den Absatz 2 wie folgt zu formulieren:</p>

Anlage IV der Tragenden Gründe

			(2) Sofern die mittlere Anzahl der Patienten über die in Absatz 1 definiert Anzahl hinausgeht, sind die Minutenwerte für die über die Empfehlung hinausgehende Patienten abzusenken. Dies heißt, für die Berufsgruppen die in Anlage 4 genannt sind, werden die festgelegten Minuten je Patient und Woche um 25% reduziert.
30	§ 11 (GKV-SV)/§ 13 (PatV)/LV Genesungsbegleiter		Die hier dargestellte Regelung, die durch GKV-SV/PatV/BPtK/DPR getragen wird, wird auch durch die DFPP unterstützt. Ergänzung: Wir machen folgenden Ergänzungsvorschlag. Ergänzung eines Satz 2 des Absatz 1 „Die Genesungsbegleiter sind durch den Verhandlungspartner, der Krankenkasse vor Ort, anzuerkennen und zu finanzieren. Für jeweils 18 Patienten ist bis zu 1/2 Stelle als Genesungsbegleiter zu finanzieren, sofern diese vorgehalten werden können“
31	§ 12 (GKV-SV)/§ 14 (PatV) Umsetzung in ein Behandlungsprogramm		Wir lehnen diese Passus ab Begründung: Die hier formulierte implizite Unterstellung, dass es keine Behandlungsprogramme in deutschen Psychiatrien geben würde, weisen wir weit von uns. Die genannten Ziele sind Teil psychiatrischer Behandlung. Eine explizite Aufzählung ist nicht notwendig. Man stelle sich vor, dass für eine entsprechende Richtlinie in der Chirurgie Ziele wie z.B. operieren mit sterilem Instrumentarium, aseptischer Verbandswechsel und ein multiprofessionelles Operationsteam gefordert würde.
32	§ 9 Ausnahmestatbestände (DKG)	Absatz 1 erstens	Diese Regelung lehnen wir ab. Begründung: Die Formulierung „über das übliche Maß hinausgehend“ ist zu unspezifisch und wird wahrscheinlich zahlreiche juristische Auseinandersetzungen nach sich ziehen. Wir empfehlen den Vorschlag des GKV-SV § 13 Absatz 1 zu übernehmen.
33	§9 /§15 Ausnahmestatbestände (DKG/PatV)	Absatz 1 zweitens	Diese Regelung lehnen wir ab. Begründung: Die Formulierung „über das übliche Maß hinausgehend“ ist zu unspezifisch und wird wahrscheinlich zahlreiche juristische Auseinandersetzungen nach sich ziehen. Hier empfehlen wir eine Konkretisierung auf 20 % zu integrieren.
34	§ 9 Ausnahmestatbestände (DKG/DPR)	Absatz 1 drittens	Wir empfehlen diese Regelung zu übernehmen.

Anlage IV der Tragenden Gründe

35	§ 9 Ausnahmetatbestände (DKG/DPR)	Absatz 2	Wird unterstützen diesen Absatz, in Verbindung mit unserem Änderungsvorschlag (Lfd.Nr. 37).
36	§ 13 (GKV-SV/BPtK)/§ 15 (PatV) Ausnahmetatbestände		Der Absatz wird in dieser Form abgelehnt. Begründung: Der geforderte Nachweis in diesem Absatz in Kombination mit § 14 (GKV-SV)/§ 16 (PatV). Ist aus unserer Perspektive zu aufwendig und wird zu einem administrativen Dokumentationsmonster führen.
37	§ 10 Nachweisverfahren und Strukturabfrage (DKG)		Wir schlagen vor, den Paragraphen umzuformulieren: § 10 Nachweisverfahren und Strukturabfrage (1) Die Einrichtungen weisen jahresdurchschnittlich die Einhaltung der Mindestpersonalvorgabe auf Stationsebene nach. Hierzu ist die ermittelte Mindestpersonalausstattung, die tatsächliche Personalausstattung, strukturelle Informationen der Einrichtung sowie Gründe für ggf. auftretende Abweichungen standortbezogen anhand der standardisierten Checklisten in Anlage 3 abzubilden. (2) Die Nachweise der Einrichtungen gemäß Anlage 3 sind stationsbezogen und für den Nachtdienst (Pflegedienst) standortbezogen jährlich zu übermitteln an: <ul style="list-style-type: none"> • die Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung • das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) • bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zusätzlich an die jeweilige Arbeitsgemeinschaft (LAG) Absatz 3 und 4 bleiben unverändert.
38	§14 (GKV-SV)§16 (PatV) Nachweisverfahren		Diese Regelungen lehnen wir ab Begründung: Das dargestellte Nachweisverfahren ist zu bürokratisch und lässt keine Steuerungsoptionen zu.
39	§ 15 (GKV-SV)/ § 17 (PatV) Strukturabfrage.	Abs. 1-3	Die Absätze 1 bis 3 werden nicht unterstützt. Begründung: Hier unterstützen wir den Vorschlag nach § 10 (DKG) Nachweisverfahren und Strukturabfrage, Absatz 1-4, mit den von uns vorgeschlagenen Änderungen (vgl. Lfd.Nr. 37).
40	§11 (DKG)		Dieser Passus wird in dieser Form abgelehnt.

Anlage IV der Tragenden Gründe

	Veröffentlichungspflichten für Einrichtungen		Begründung: Die hier dargestellte Regelung ist zu unspezifisch.
41	§ 16 (GKV-SV)/ § 18 (PatV) Veröffentlichungspflichten für Einrichtungen	Abs. 1	Es wird vorgeschlagen, die folgende Regelung dahingehend zu ändern, dass die Erfüllung der Mindestvorgaben auf Stationsebene auszuweisen ist. Die Fachabteilungen sollten gestrichen werden. Begründung: Aufgrund der Heterogenität der Kliniken und Abteilungen für Psychiatrie in Deutschland gibt es durchaus Bereiche, in denen Patienten über die Fachabteilungen A, G und S gemischt behandelt werden. Dementsprechend ist eine Darstellung nach Fachabteilungen wenig aussagekräftig.
42	§ 12 (DKG) Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben § 17 (GKV-SV) / § 19 (PatV) Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben.		Beide Vorschläge werden in dieser Form abgelehnt. Begründung: Die dargestellten Durchsetzungsmaßnahmen und Folgen bei der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind bei den Vorschlägen der DKG und GKV – SV hochdifferenz. Die Vorschläge bewegen sich in einem Spannungsfeld zwischen gestuften Dialog mit wenig Sanktionen und einer sehr harten und wenig flexiblen Überprüfungsschleife mit hohem Sanktionspotential. Leitungspersonen in psychiatrischen Kliniken brauchen eine dispositive Möglichkeit, um auf Schwankungen von Belegung oder kurzfristigen Ausfällen oder Konzeptumstellungen reagieren zu können.
43	§ 13 (DKG)	Abs. 1-2	Absatz 1 und Absatz 2 der DKG / DPR / BPTK wird unterstützt. Im Weiteren wird der Absatz 3 der DKG / des DPS unterstützt. In der in § 13 folgenden Aufzählung wird 4., durch den Vorschlag der DKG / DPR unterstützt.
44	§ 14 (DKG) / § 19 (GKV-SV) / § 21 (PatV) Evaluation der Richtlinie	Abs. 1	Wir unterstützen hier die Formulierung der DKG / DPR.
44		Abs. 2,3 und 4	Absatz 2, 3 und 4 wird ebenfalls, durch den Vorschlag der DKG / des DPR unterstützt.
45	§ 15 (DKG) / § 20 (GKV-SV) / § 22 (PatV) Übergangsregelung	Abs. 1	Wir unterstützen hier den Vorschlag des GKV – SV insoweit, dass die dargestellte Anhebung über die Jahreszyklen sachgerecht erscheint. Allerdings sollte zu den Mindestvorgaben eine Personalbemessung hinzugefügt werden. Diese orientiert sich aus unserer Perspektive an den Minutenwerten der PatV / DPR / BPTK. Es muss berücksichtigt werden, dass für eine 95 %ige Erfüllung der Mindestvorgaben die Ausfallzeiten mit berücksichtigt werden müssen. Dementsprechend wird eine Verhandlungsgröße von ca. 125 – 130 % der in der Anlage 2 angegebenen Minutenwerte zu berücksichtigen sein. Die konkrete Anerkennung der

Anlage IV der Tragenden Gründe

			Ausfallzeit erfolgt auf der Ortsebene. Diese muss in Gänze durch die Krankenkassen anerkannt werden.
46		Abs. 4	<p>Der Absatz 4 des GKV-SV wird vom Grundsatz her unterstützt. Der Aufzählungspunkt 6. wird nicht unterstützt und wir bitten diesen zu streichen.</p> <p>Begründung: Die hier dargestellten Parameter für eine mögliche Neugruppierung der Patientengruppen könnte dazu führen, eine Pseudogenauigkeit herzustellen. Diese Pseudogenauigkeit entspricht evtl. nicht den Aufwänden. Mit einer Neugruppierung von Patienten müssten auch Minutenwerte abgepasst werden. Dies ist aber nicht in dieser Regelung zu erkennen.</p>
47	Anlage 1	Gliederungspunkt A	<p>Der Vorschlag des GKV SV, die Psychosomatik einzubinden, wird in dieser Form abgelehnt.</p> <p>Begründung: Die Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik in einer Kategorie abzubilden, wird beiden Bereichen nicht gerecht. Dementsprechend lehnen wir die Ergänzungen des GKV SV in der folgenden Tabelle in allen Psych PV Kategorien ab. In der Tabelle zu Anlage 1 unterstützen wir ausdrücklich den Vorschlag der DKG, die psychosomatische psychotherapeutische Behandlung als expliziten Bereich darzustellen.</p>
48	Anlage 2 Minutenwerttabellen		<p>Wir lehnen den Vorschlag der DKG ab.</p> <p>Begründung: Der hier dargestellte Vorschlag enthält die Sockelregelung für den Pflegedienst. Die Sockelregelung ist eine ausschließliche Malusregelung für große Stationen ab durchschnittlich 19 Patienten. Dies führt zu einer Degression im Kontext der Minutenwerte der Pflege von 278 Minuten pro Patient pro Woche.</p> <p>Wir unterstützen explizit den Vorschlag der PatV / des DPR / des BPTK. Die hier dargestellten Minutenwerte enthalten eine moderate Anpassung der Psych PV. Gerade in Bereichen der intensiv behandelungsbedürftigen Patienten sind aufgrund von Ansätzen der partizipativen Psychiatrie der Gesetzgebung des Bundesverfassungsgerichtes zur Selbstbestimmung und Fixierung sowie ethischer und menschenrechtsbezogener Anforderungen notwendig.</p>
49	Anlage 3 Checklisten		Zu den Checklisten können wir zu dem jetzigen Zeitpunkt keine Stellung nehmen, da diese in Abhängigkeit zum Richtlinien text stehen.
50	Anlage 4 (GKV-SV/PatV)		Zum Absatz 3 dieser Regelung wurde oben schon Stellung genommen.

Anlage IV der Tragenden Gründe

	Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung		
51	Anlage 4 / 5 Regelaufgaben (DKG/GKV-SV)		<p>Zur Erweiterung der Berufsabschlüsse im Kontext der Diplompsychologen bzw. Masterpsychologen, psychologische Psychotherapeuten, Kinder –und Jugendpsychotherapeuten (nur KJP) des GKV/SV wird unterstützt.</p> <p>Die Differenzierung der Spezialtherapeuten unter Gliederungspunkte wird nicht unterstützt.</p> <p>Begründung: Siehe (Lfd.Nr. 11) dieser Stellungnahme. Die unter D aufgeführten Anpassungen der psychologischen Berufsgruppen wird unterstützt. Die unter E aufgeführten Regelungen auf Seite 79 im Sinne der Spezifizierung der Spezialtherapeuten wird nicht unterstützt – siehe auch (Lfd.Nr. 11)</p>

Anlage 1 zu Ziffer 12 dieses Dokumentes

(zu: § 6 Ermittlung der Mindestvorgabe für die Personalausstattung)

Kategorie	18 Pat	18 Pat	DKG Vorschlag 80%	20 Pat	DKG Vorschlag 80%	25 Pat	DKG Vorschlag 80%	30 Pat	DKG Vorschlag 80%
	100% PsychPV	80% Auslastung		80% Auslastung		80% Auslastung		80% Auslastung	
	mit 5000 Min	mit 5000 Min		mit 5000 Min		mit 5000 Min		mit 5000 Min	
A1	856	685	80%	662	77%	622	73%	596	70%
A2	1396	1.117	80%	1.094	78%	1.054	76%	1.028	74%
A3	654	523	80%	501	77%	461	70%	434	66%
A4	1012	809	80%	787	78%	747	74%	721	71%
A5	476	381	80%	358	75%	318	67%	292	61%
A6	329	263	80%	241	73%	201	61%	174	53%
S1	835	668	80%	646	77%	606	73%	579	69%
S2	1420	1.136	80%	1.114	78%	1.074	76%	1.047	74%
S3	520	416	80%	394	76%	354	68%	327	63%
S4	961	769	80%	746	78%	706	74%	680	71%
S5	477	381	80%	359	75%	319	67%	293	61%
S6	318	254	80%	232	73%	192	60%	165	52%
G1	1270	1.016	80%	994	78%	954	75%	927	73%
G2	1499	1.199	80%	1.177	79%	1.137	76%	1.110	74%
G3	1187	949	80%	927	78%	887	75%	861	73%
G4	519	415	80%	393	76%	353	68%	326	63%
G5	372	297	80%	275	74%	235	63%	209	56%
G6	535	428	80%	406	76%	366	68%	339	63%
KJ1	1697	1.357	80%	1.335	79%	1.295	76%	1.269	75%
KJ2	1563	1.250	80%	1.228	79%	1.188	76%	1.161	74%
KJ3	2154	1.723	80%	1.701	79%	1.661	77%	1.634	76%
KJ5	1819	1.455	80%	1.433	79%	1.393	77%	1.366	75%
KJ6	583	466	80%	444	76%	404	69%	377	65%
KJ7	539	431	80%	409	76%	369	68%	342	64%

11.07.2019

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

§2 Grundsätze

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

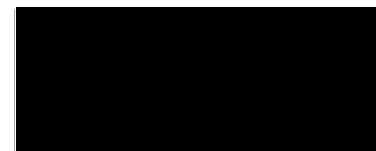
Psychiatrische Kliniken, insbesondere dann, wenn sie an der Pflichtversorgung teilnehmen, zeichnen sich durch einen hohen Anteil an Akut- und Notfallbehandlungen aus. Die Anzahl der elektiven Aufnahmen in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit Pflichtversorgung ist hingegen vernachlässigbar.

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

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

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

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



[Redacted]

Vorsitzende BDK
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Pfalzkrankenhaus AdöR
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster

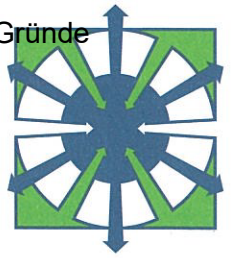


Literatur:

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

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

Nervenarzt 90: 285-292



DGSP · Zeltinger Strasse 9 · 50969 Köln

An den

Gemeinsamen Bundesausschuss

Via Email

Bundesgeschäftsstelle:

Zeltinger Strasse 9
50969 Köln
Telefon (0221) [REDACTED]
Telefax (0221) [REDACTED]
E-Mail: info@dgsp-ev.de
Internet: www.dgsp-ev.de



Mittwoch, 10. Juli 2019

**Stellungnahme der DGSP e.V. zu dem Beschlussentwurf über eine Erstfassung der
Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Möglichkeit der Stellungnahme der DGSP e.V. zu dem Beschlussentwurf wurde erst nach einem Widerspruchsverfahren unserem Verband gestattet. Wir erhielten mit Schreiben vom 20. Juni 2019 von dem Beschlussentwurf Kenntnis. Der Zeitrahmen zur Erarbeitung einer differenzierten an den einzelnen Paragraphen orientierten Stellungnahme war somit äußerst begrenzt, weshalb wir nachfolgend in einer generalisierten Form zu dem Beschlussentwurf Stellung nehmen werden.

Die aktuell gültigen Regelungen der 30 Jahre alten und damit von den Realitäten in den psychiatrischen Kliniken überholten PsychPV laufen zum Ende dieses Jahres aus. Der G-BA ist beauftragt, ein System der neuen Personalbemessung zu entwickeln, dass den zukünftigen Anforderungen der klinisch psychiatrischen Versorgung gerecht wird. Das vorliegende Papier wird diesem Anspruch nicht gerecht. Es hinterlässt durch breiten Dissens bei den einzelnen Regelungen den Eindruck, dass hier nicht die Belange der psychisch erkrankten und behandlungsbedürftigen Menschen im Vordergrund stehen, sondern ökonomische Partialinteressen.

Es wird die Systematik der PsychPV mangels alternativer Modelle fortgesetzt. Wir bezweifeln angesichts der sich weiter entwickelnden Bedarfe und Versorgungsformen, besonders im Bereich der Psychotherapie und der komplexen regionalen Vernetzung die Tauglichkeit dieses Ansatzes für die Zukunft. Ausrichtung und Ausstattung der Hilfen müssen von den

Bedarfen der einzelnen betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen gedacht werden, im Krankenhausbereich ebenso wie in ambulanter Therapie und Wiedereingliederung. Wir sehen aus fachlichen Gründen die psychiatrischen Kliniken als Teil der Gemeindepsychiatrie an. Damit verbunden ist das Bemühen, einen lebensweltorientierten Ansatz zu praktizieren, um die Hilfen bedürfnisangemessen und damit effektiv zu gestalten. Damit lassen sich bestehende Tendenzen der „Drehtürpsychiatrie“, der Fehl- und/oder Unterversorgung u. E. überwinden. Ohne eine solche Verbindung sind auch Personalzahlen wenig aussagekräftig.

Es bleibt schlussendlich unklar, ob es sich um eine Qualitätsrichtlinie i. S. von Qualitätsentwicklung oder aber Qualitätssicherung oder um eine Richtlinie für die Personalbemessung handelt. Dies zu klären wäre u.E. die vorrangige Aufgabe der Verhandlungspartner. Hier auf die weitere Entwicklung i.R. einer „zweiten Stufe“ der Personalbemessung zu hoffen, birgt die Gefahr in sich, dass notwendige Entscheidungen zum Nachteil der Patientinnen und Patienten verschleppt werden. Wir lehnen im Interesse der Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine Absenkung der Mindestvorgaben auf eine 80 -Prozentgrenze ab!

Die Transparenz hinsichtlich der Umsetzung der Personalausstattungs-Richtlinie ist eine unabdingbare Maßnahme, um eine leitlinienorientierte Behandlung und Versorgung sicherzustellen. Das Prozedere, wie diese Meldungen zu erfolgen haben, muss nach seiner Wirksamkeit gestaltet, erprobt und beurteilt werden. Unterschreitungen der Bemessungsgrenze sollten zwingend kurzfristig aufgehoben werden und als Chance begriffen werden, um über die Versorgungs- und Behandlungsqualität zu reflektieren. Dies sollte unter Einbezug der Vertreter der beteiligten Gruppen – auch der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen partizipativ - erfolgen. Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sollten sich an der Wirksamkeit orientieren und nicht dazu führen, dass bei Unterschreitung der Mindestanforderungen auf Grund der Verweigerung der Kostenerstattung Krankenhauskapazitäten geschlossen werden. Dies ließe befürchten, dass eine im Interesse der Patientinnen/Patienten und deren Angehörige wohnortnahe Versorgung mitsamt den Behandlungsangeboten in ihrer Existenz gefährdet würden.

Die Anhaltszahlen für die Gruppe der Pflegefachpersonen sollten mit dem Anspruch geplant werden, dass durch den angemessenen Personaleinsatz dieser Berufsgruppe im Wesentlichen das stationäre Milieu geprägt wird. Unterbesetzungen können dazu führen, dass sich das Stationsklima negativ entwickelt und sich belastend für die Patienten und Patientinnen und die Mitarbeitenden auswirkt. Mit angemessen Personaleinsatz läßt sich eine mögliche Gefährdungssituation deeskalieren und so Eingrenzungen unter Einsatz von Gewalt verhindern. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nach höchstrichterlichem Urteil nach einem festgelegten patientenorientierten Ablauf zu gestalten. Auch dies ist nur erfüllbar, wenn die Personalausstattung stimmig ist. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass durch die Vorgaben der S3 Leitlinie "Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" und der UN-Behindertenrechtskonvention Zeitaufwände für Konzeptentwicklungen und Kooperationsmassnahmen einzuplanen sind.

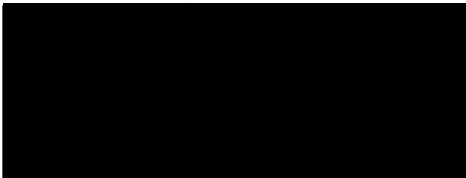
Die Behandlungsqualität ist neben der Personalpräsenz auch von der fachlichen und sozialen Kompetenz der Mitarbeitenden abhängig. Die Gestaltung hilfreicher/heilsamer/ unterstützender und förderlicher Beziehungen sehen wir als wesentliches Moment

psychiatrischer Tätigkeit an. Dies entspricht der von uns für psychiatrisch Tätige geforderte sozialpsychiatrischen Grundhaltung. Um dieser Notwendigkeit zu entsprechen sind neben einer guten grundständigen Qualifikation kontinuierliche Weiterbildung und Reflektionsmöglichkeiten wie z.B. Teamcoaching, Supervision u. a. in ausreichendem Umfang in Qualitätsrichtlinien und Personalanzahlzahlen verbindlich zu berücksichtigen.

Wir begrüßen sehr die Einbindung von EX-IN- Genesungsbegleiter i.R. der Richtlinie bzw. deren Berücksichtigung bei der Personalbemessung. Eine verbindliche Regelung wird die breite Etablierung dieser für die Umsetzung des Recoveryansatzes wichtigen Unterstützungspersonen befördern.

Die Einbindung von Fachkräften für Kunst- und Musiktherapie ist ebenfalls zu begrüßen, da hiermit alternative bzw. ergänzende Therapieformen zur pharmakologischen Behandlung angeboten werden können, deren Wirksamkeit in anderen Kontexten (NICE) nachgewiesen wurde.

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.



Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

- via E-Mail -

Köln, den 14.06.2019

Stellungnahme des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie e.V.

zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V, PPP-RL) / Stellungnahmeverfahren

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu dem vorgelegten Beschlussentwurf nehmen wir wie folgt Stellung.

Grundsätzliche Bemerkungen

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie begrüßt, dass der Gesetzgeber die Selbstverwaltung aufgefordert hat, die 1991 eingeführte und damit bald 30 Jahre alte Psych-PV qualitativ und damit auch quantitativ durch eine angepasste Personalausstattung zu modernisieren.

Damit legte der Gesetzgeber fest, dass Überprüfungen und ggf. Anpassungen der Minutenwerte der therapeutischen Berufsgruppen, Schwerpunkte der Behandlungsverfahren, wie die psychotherapeutische Behandlung und Verfahren der Qualitätssicherung erforderlich sind.

Der Selbstverwaltung liegt seit dem 23.12.2016 der Auftrag vor.

An dem Status Quo der Psych-PV wie vor fast 30 Jahren festzuhalten oder gar für eine Nicht-Umsetzung der PPP RL durch Beibehaltung der alten Minutenwerte zu plädieren, wäre Ausdruck einer rückwärtsgewandten, die aktuellen Behandlungsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten negierenden Fehlentscheidung. Moderne, auf den AMWF-Leitlinien und damit auf Evidenz basierende Behandlungsverfahren machen eine Anpassung der Minutenwerte der therapeutischen und sonstigen Berufsgruppen erforderlich, auch wenn infolge des Verzichtes auf die sog. „Wittchen-Studie“ die ansonsten heranziehbaren empirischen Studien eine nur schwache Berechenbarkeit des evidenzbasierten Personalbedarfs ermöglichen.

Es liegen jedoch mit den Minutenwerten der Schussenrieder Tabellen (Anlage 2 der PPP RL) empirisch begründete Personalbedarfe für die therapeutischen und sonstigen Berufsgruppen vor.

Wir stimmen als Dachverband Gemeindepsychiatrie dem Richtlinienentwurf damit grundsätzlich zu und fordern die Selbstverwaltung auf, den gesetzlichen Auftrag gemäß § 136a Abs. 2 SGB V bis Ende d.J. zu erfüllen.

Wir begrüßen, dass die Richtlinie vorsieht, Menschen, die die eigene Erfahrung von seelischen Krisen gemacht und erfolgreich bewältigt haben, als sog. „Genesungsbegleiter“ in die klinische Arbeit regelhaft als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzubeziehen. Die Tätigkeit dieser neuen Berufsgruppe darf jedoch durch keine andere Berufsgruppe ersetzt oder z.B. mit Stellen aus der Pflege gegengerechnet werden.

Die Verfahren zur Qualitätssicherung, zur Überprüfung des tatsächlichen Personaleinsatzes, Sanktionen des Krankenhauses etc. nehmen in der PPP-RL und im klinischen Alltag eine immer größere Rolle ein. Damit wird wertvolle therapeutische Arbeitszeit für nicht therapeutische Zwecke gebunden. Diese Entwicklung verfolgen wir mit Sorge, da sie mit einem falschen Ressourcenverbrauch einhergeht. Wir halten diese Maßnahmen jedoch immer dann für notwendig, wenn diese tatsächlich im unmittelbaren Behandlungsinteresse der Patienten erfolgen. Das kann z.B. die Frage sein, warum ein Patient bereits entlassen wurde, obwohl seine Behandlung hätte länger dauern müssen, warum er oder sie keine Psychotherapie erhalten hat oder warum die Angehörigen der Patientin nicht einbezogen wurden.

Sind die Prüfungen jedoch Ausdruck einer primär begründeten Kostenkontrolle ohne Rücksicht auf die qualitativen Behandlungsfolgen für den Patienten, sehen wir in dieser primär monetär motivierten Vorgehensweise das Gegenteil des Ziels einer qualitativ besseren Behandlung.

Daher sind wir der Auffassung, dass der Dokumentations- und Nachweisaufwand mit seinem bislang nicht belegten Ressourcenverbrauch nicht zu Lasten des therapeutischen, pflegerischen und sonstigen mit dem Patienten arbeitenden Personals gehen darf. Alle zeitlichen Belastungen des Krankenhauses für den Nachweis der Umsetzung der Richtlinie sind stets gesondert und durch ein dafür zusätzlich beschäftigtes Personal auszuweisen. Zeitliche Aufwendungen der Qualitätssicherung und des Nachweises gegenüber der GKV/MDK sind daher, wie die therapeutischen Tätigkeiten, mit entsprechenden Minutenwerten zu beziffern, in der Richtlinie mit einem zeitlichen Volumen auszuweisen und dem Auftraggeber somit in Rechnung zu stellen. Gemeinsames Ziel von GKV-SV und DKG muss sein, die dem Patienten zur Verfügung stehenden therapeutischen Zeiten (Minutenwerte) ihm auch zu 100% zukommen zu lassen. Wir vermissen daher eine entsprechende Minutentabelle des Personals für Nachweispflichten des Krankenhauses.

Auch wenn die fachliche Zielsetzung der sektorenübergreifenden Behandlung nicht der Auftrag der PPP-RL ist, vermissen wir dennoch in ihr zwei Positionierungen, die für die Behandlung der Patientinnen und Patienten erhebliche qualitative Auswirkungen haben:

- Die Öffnung hin zu einer sektorenübergreifenden Behandlung, die (teil-) stationäre und ambulante Behandlung besser mit einander verzahnt und das Ziel hat, die Grenzen zwischen stationär und ambulant durch ein einheitliches Finanzierungs-, Behandlungs- und Qualitätssicherungssystem aufzuheben. Wir vermissen daher in §1 der PPP-RL und in den Tragenden Gründen eine entsprechende Formulierung.

- Wir vermissen ebenfalls eine Abkehr von den Begriffen „Betten“ und „Stationen“, die durch die Begriffe „Behandlungsplätze“ bzw. „Behandlungseinheiten“ ersetzt werden kann. Auch hiermit hätte die AG PPP RL im G-BA ein entsprechendes Signal im Sinne der Qualitätssicherung formulieren können. Uns ist bewusst, dass auch dies nicht der Auftrag der AG war. Dennoch ist es u.E. aus fachlichen und qualitativen Gründen notwendig, zumindest in den Tragenden Gründen hierzu Stellung zu beziehen.

Ausgewählte Anmerkungen zur Entwurfsfassung

Anlage 2 / Minutenwerte

Die für die angepasste Behandlungsqualität entscheidenden Aussagen werden in der Anlage 2, als Minutenwertetabellen, Blatt 50 und 51, der PPP-RL getroffen. Die Zeitwerte in Minuten je Woche und Behandlungsbereich stellen das rechnerische Fundament des künftigen Personalbedarfs ab 2020 dar. Dies gilt für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche.

Der fachliche Auftrag an die AG PPP-RL war primär, für die qualitative Verbesserung der klinischen psychiatrischen Behandlung durch die Richtlinie zu sorgen. Der Auftrag hatte ausdrücklich nicht das Ziel, eine finanzielle Folgeabschätzung vorzunehmen. Dennoch haben die GKV-SV sowie die DKG genau dies indirekt getan, indem sie die alten Psych-PV Minutenwerte nahezu ungebrochen fortschreiben wollen.

Wir unterstützen daher die von der Patientenvertretung, dem Deutschen Pflegerat, der Bundespsychotherapeutenkammer sowie für die durch die PatV ausgewiesenen Berufsgruppen der Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Ergo-, Musik-, Kunst- und Kreativtherapeuten ausgewiesenen Minutenwerte und stellen fest, dass die von der GKV-SV sowie von der DKG vorgenommene Festschreibung der alten Werte zu keiner qualitativen Verbesserung führen kann.

Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich

Zu (1)

Letzter Satz: Wir unterstützen die Zielsetzung und Formulierung „verbindliche Mindestvorgaben“ für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen. **Von der „sollten“-Formulierung der DKG raten wir dringend ab.** „Verbindliche Mindestvorgabe“ meint verbindlich.

Zu (3)

Wir schließen uns der GKV-SV und PatV an und empfehlen für die Umsetzung keinen auf 2024 befristeten zeitlichen Korridor einzuräumen, **sondern zu einer sofortigen Umsetzung durch die Krankenhäuser im Rahmen der Machbarkeit** aufzufordern. Wenn aufgrund fehlenden qualifizierten Personals eine sofortige Umsetzung nicht erreicht werden kann, können die Krankenhäuser die Gründe im Detail nachweisen und sollten belegen, mit welchen Maßnahmen sie versuchen die personellen Engpässe zu überwinden.

§ 2 Grundsätze

Zu (1)

Wir unterstützen die Auffassung, dass die Krankenhäuser **jederzeit** das erforderliche Personal vorzuhalten haben.

(2)

Hier stimmen wir der GKV/PatV zu.

(5)

Hier stimmen wir der GKV/PatV zu.

Wir sind trotz des höheren Dokumentationsaufwandes der Auffassung, dass der **Nachweis des Personaleinsatzes kalendermonatlich je Station** zu erbringen ist. Nur so wird deutlich, ob das erforderliche Personal tatsächlich am Ort des Patienten eingesetzt wird. Der größte Teil dieser Personaldaten liegt dem Personal-Controlling bzw. der Pflegeplanung ohnehin vor. Auszuschließen ist zugleich, dass für diese Dokumentationsarbeiten Pflegekräfte oder anderes therapeutisches Personal herangezogen wird. Der entsprechende zusätzliche, nicht-therapeutische Personal- und Kostenaufwand ist dem Auftraggeber mit Angaben von Minutenwerten in Rechnung zu stellen.

Den ergänzenden Empfehlungen zur Berechnung des Bedarfs an Minutenwerten durch die Vorsitzenden des UA QS schließen wir uns an.

(7) findet unsere Unterstützung

(8) wird von uns unterstützt

§3 Behandlungsbereiche

Wir begrüßen den regelhaften **Einbezug der stationsäquivalenten Behandlung** als eigenen Behandlungsbereich, hätten uns aber eine stärkere Betonung der Konsequenzen gegenüber dem Personal bei der Verzahnung mit dem außerklinischen Sektor gewünscht.

§ 5 Berufsgruppen

Warum mit dem § 11 die Berufsgruppe der Genesungsbegleiter einer besonderen Ausweisung in einem eigenen Paragraphen bedarf und nicht im Sinne einer Gleichstellung in § 5 integriert ist, können wir nicht nachvollziehen. **Wir begrüßen, dass Genesungsbegleiter regelhaft zu der Personalausstattung der Stationen gehören, schlagen aber deren Integration in den § 5 vor.** Sie sind mit den anderen Berufsgruppen auch in der Textdarstellung der PPP-RL gleich zu stellen.

§§ 7 ff Tagdienst

Wie bereits oben ausgeführt, sind erhebliche Anpassungen an die überholten Psych-PV Vorgaben erforderlich. Der Erhalt des Status Quo, wie von der GKV-SV sowie der DKG vorgeschlagen, entspricht nicht dem Auftrag der Verbesserung der Behandlungsqualität. Das Recht des Patienten auf eine fachlich qualifizierte psychiatrische Behandlung kann nur mit zeitlichen Ressourcen ausgestatteten Personal realisiert werden. **Eine Anpassung der Minutenwerte analog zur Schussenrieder Tabelle ist zu realisieren.**

Zu §§ 7 und 8/9: Wir schließen uns mit Bezug auf die Schussenrieder Tabellen (Anlage 2) den Minutenwerten der PatV an.

§§ 9, 13, 15 Ausnahmetatbestände

Nachweis der Ausnahmetatbestände: Eine Festsetzung auf vier Wochen ist u.E. zu starr formuliert. Textvorschlag: **„Sollte der Ausnahmetatbestand länger als vier Wochen andauern, hat das Krankenhaus die Fortdauer des Ausnahmetatbestandes für jede weiteren zwei Wochen zu belegen“.**

§§ 10, 14, 16, 15 Nachweisverfahren

Hier folgen wir im Wesentlichen den Vorschlägen der GKV, fordern aber bei der Beauftragung des IQTIG in der Strukturabfrage, dass dieses jährlich die Stellungnahme **auch der allgemeinen Öffentlichkeit, also der Bevölkerung zur Verfügung stellt.**

Mit freundlichen Grüßen

██████████

Vorsitzender

Facharzt für Psychiatrie / Psychotherapeut ...

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie versteht sich als Verband der Anbieter und Träger gemeindepsychiatrischer Arbeit. Er versucht durch eine sektorenübergreifende Herangehensweise die Trennung der stationären Behandlung durch Kliniken einerseits und niedergelassene Fachärzte/ Psychotherapeuten andererseits zu überwinden. Er bemüht sich deshalb auch darum, alle SGB Leistungen übergreifend zu gestalten und setzt sich für sektorenübergreifende Modelle wie „Integrierte Versorgung“, „Modellvorhaben nach 64 B SGB V“, „Soziotherapie“, „Ambulante Psychiatrische Pflege“, „Ambulante Ergotherapie“ ein. Seine 200 institutionellen Mitglieder haben erkannt, dass nahtlose Übergänge zwischen den SGB V Sektoren und mit sonstigen SGB Hilfen, die für Patientinnen und Patienten qualitativ beste Behandlung bzw. Versorgung darstellt.

Richartzstrasse 12

50670 Köln

dachverband@psychiatrie.de

www.psychiatrie.de/dachverband



Vereinte

Dienstleistungs-

gewerkschaft

Stellungnahme

der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

zum

Beschlussentwurf über eine Erstfassung der

Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

(PPP-RL)

zur Anhörung am 7. August 2019

Berlin, 14. Juni 2019

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di

Bundesvorstand – Bereich Gesundheitspolitik,

Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin

Vorbemerkung

Beschäftigte in der psychiatrischen Krankenhausversorgung wollen gute Arbeit leisten und für die Sicherheit der Patient*innen sorgen und wissen doch, dass sie das unter den gegebenen Umständen immer weniger einlösen können. Der Handlungsbedarf für die Arbeitsbedingungen und die psychiatrische Versorgung ist enorm. Mit dem Ende 2016 beschlossenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) konnte – unter dem Druck vielfältiger Proteste der Beschäftigten und ihrer Gewerkschaft ver.di, von Betroffenen und Verbänden – u. a. die Abschaffung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) verhindert werden. Stattdessen hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in § 136 a Abs. 2 SGB V beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal festzulegen. 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) und ist vom G-BA erstmals bis zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 01. Januar 2020 zu beschließen. Um lückenlose Vorgaben für die psychiatrische Versorgung sicherzustellen, ist das zwingend erforderlich, da ab dem 01. Januar 2020 die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) außer Kraft treten.

Die Zeit bis zum Inkrafttreten neuer Mindestpersonalvorgaben für Psychiatrie und Psychosomatik sollte genutzt werden – so die Intention des Gesetzgebers – die Psych-PV in möglichst allen Kliniken vollständig umzusetzen. Allerdings zeigt sich bis heute, dass die Vorgaben der Psych-PV oft nicht eingehalten werden, insbesondere in der Pflege.

Ziel neuer Vorgaben muss die bedarfsgerechte Versorgung sein

Mit der Psychiatrie-Enquete von 1975 war ein Reformschub auch für die personelle Ausstattung in der Psychiatrie verbunden, der für den Bereich der Kliniken im Jahr 1990 mit der Psych-PV verstetigt wurde: Erstmals wurden verbindliche Personalangaben gemacht, um die Voraussetzungen für eine gute Versorgungsqualität zu gewährleisten.

Gute psychiatrische Behandlung braucht vor allem eins: genug Zeit. Schließlich hat die Beziehungsaufnahme der Patient*innen mit qualifiziertem Personal entscheidende Bedeutung. Voraussetzung ist die Schaffung eines entsprechenden Milieus.

Bei den Mindestvorgaben zur Personalausstattung durch den G-BA ist zu berücksichtigen, dass sich seit Inkrafttreten der Psych-PV im Jahr 1990 in der psychiatrischen Krankenhausversorgung vieles verändert hat: Während die Anzahl der Aufnahmen stark anstieg, ist die Verweildauer in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in den letzten Jahren drastisch zurückgegangen. Zugleich weist ein zunehmender Anteil von Patient*innen komplexe Behandlungs-, Pflege- und Hilfebedarfe auf. Eine erhebliche Leistungsverdichtung im stationären und teilstationären Bereich ist die Folge.

Die Anforderungen an die Mitarbeiter*innen steigen zusätzlich durch neue Behandlungskonzepte, einen stetig wachsenden Dokumentationsaufwand, die in vielen Häusern unvollständige Umsetzung der Psych-PV-Vorgaben sowie die Vernetzung von stationären und außerklinischen Angeboten. Die Wahrung der Patientenautonomie, die möglichst weitgehende Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, aber auch von aggressiven Vorfällen und Übergriffen gegen das Personal erfordern erhebliche Zeitressourcen. Insgesamt ist darum in den letzten drei Jahrzehnten die positive Wirkung der Psych-PV immer weiter hinter den Aufgaben der Krankenhäuser zurückgeblieben.

Wenn Kliniken und Krankenkassen im G-BA über neue Personalvorgaben verhandeln, muss das Ziel eine bedarfsgerechte, umfassende, kohärente und lückenlose verbindliche Personalbemessung sein. Alle Aufgaben und Tätigkeiten, Berufsgruppen, medizinischen und fachpflegerischen Diagnosen und Settings müssen abgebildet werden. Dazu gehören insbesondere auch therapeutische Ansätze, die in der Psych-PV noch nicht ausreichend abgebildet waren, wie z. B. Psychotherapie und Spezialtherapien. Auch die neue Berufsgruppe der Genesungsbegleiter*innen muss berücksichtigt werden. Jene, also psychiatrieerfahrene Menschen mit einer spezifischen Zusatzausbildung, bieten in immer mehr psychiatrischen Einrichtungen eine wichtige Ergänzung des Versorgungsangebots.¹

Alle Beteiligten leiden infolge des Personalmangels unter Zeitdruck und Arbeitsverdichtung. Es braucht zusätzliches gut qualifiziertes Personal, um den Arbeitsdruck zu verringern, die Ausbildungsqualität zu verbessern und gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen zu schaffen. So hat eine im ersten Halbjahr 2017 durchgeführte ver.di-Online-Befragung unter Interessenvertretungen in der psychiatrischen Krankenhausversorgung ergeben, dass Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte stark zugenommen haben. 80 Prozent der Antwortenden gaben an, dass in ihrer Einrichtung physische Angriffe mit Arbeitsunfähigkeitstagen in den letzten fünf Jahren zugenommen haben; fast 40 Prozent stellten eine starke Zunahme fest. Bei den Angriffen ohne Arbeitsunfähigkeit waren es insgesamt 87 bis 89 Prozent (starke Zunahme: 44 bis 68 Prozent). Eine

¹ Vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): „Es ist Zeit für einen neuen Aufbruch! Handlungsbedarfe zur Reform der psychosozialen Versorgung 44 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete“, Juni 2019, S. 16f

Abnahme wurde nur in sehr wenigen Fällen vermerkt. Die Ergebnisse zeigen an, dass Gesundheitsgefährdung durch Übergriffe ein dringliches Thema ist. Personalmangel wurde eindeutig als eine der wichtigsten Ursachen für die Zunahme bezeichnet².

Den Arbeitsbedingungen von Beschäftigten in der psychiatrischen Versorgung kommt eine zentrale Bedeutung zu, um eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. Gemeinsames Ziel muss es sein, psychisch kranken Menschen die individuelle Versorgung und Unterstützung zukommen zu lassen, die sie benötigen.

Der Beschlussentwurf des G-BA über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatikrichtlinie (PPP-RL) enthält aus Sicht der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) Maßnahmen, die aner kennenswert sind und in die richtige Richtung weisen. Er erfüllt mit der quantitativen und qualitativen Fortschreibung der 30 Jahre alten Psych-PV jedoch nicht die Anforderungen, die im Auftrag des Gesetzgebers an den G-BA enthalten waren. Die jetzt vorgeschlagene Lösung bringt keine qualitativen und strukturellen Verbesserungen der Versorgungssituation. Aufgrund vorgesehener Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen könnte sich die Lage in den psychiatrischen Fachabteilungen und Kliniken sogar verschlechtern, wenn erst bei deutlichem Unterschreiten der Mindestvorgaben Sanktionen greifen, diese dann direkt zum Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen führen.

Nachbesserungen erforderlich

Für spürbare und nachhaltige Verbesserungen der psychiatrischen Krankenhausversorgung sind Nachbesserungen und Ergänzungen erforderlich. ver.di setzt sich für bedarfsgerechte Personalvorgaben ein, die eine sichere Versorgung gewährleisten, Basis für gesundheitsfördernde und attraktive Arbeitsbedingungen bilden, Transparenz herstellen und zweckentsprechend vergütet werden. Der Richtlinienentwurf darf sich nicht zu einer „Psych-PV minus“ entwickeln, er muss deutlich verbessert werden, um den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu erfüllen.

Zu den Regelungen im Einzelnen

Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich

Absatz 3

² vgl. <https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/psychiatrie/++co++b19c78e6-f532-11e7-8e34-525400afa9cc>

ver.di bekräftigt, dass es zur Sicherstellung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung eine deutliche Verbesserung gegenüber der geltenden Psych-PV geben muss. Der Gesetzgeber verweist darauf, dass die Mindestvorgaben möglichst evidenzbasiert sein sollten. Wenn die darauf durchgeführten Befragungen und Recherchen ergeben haben, dass dies nach derzeitigem Stand des Fachwissens nicht möglich ist, stützt das die ver.di-Position, wonach normative Vorgaben gesetzt werden müssen. Die notwendigen verbesserten Mindestvorgaben können unter den gegebenen Umständen nicht mehr fristgerecht entwickelt werden. Daher muss in einer zweiten Stufe zwingend die Psych-PV umfassend überarbeitet werden, um die gestiegenen Anforderungen abzubilden. Ein verbindliches Zeitziel (z. B. 2022) muss dazu bereits in die PPP-RL aufgenommen werden.

§ 2 Grundsätze

Absatz 1

Mindestvorgaben müssen jederzeit eine sichere und bedarfsgerechte Patientenversorgung gewährleisten. Aufgrund struktureller und organisatorischer Gegebenheiten kann eine höhere Personalausstattung erforderlich sein, um eine leitliniengerechte Versorgung zu ermöglichen.

Absatz 2

ver.di unterstützt den Grundsatz, wonach die Erfüllung der verbindlichen Mindestvorgaben Voraussetzung für die Behandlung der in den Behandlungsbereichen zugeordneten Patient*innen ist.

Absatz 3

ver.di unterstützt die Aufnahme von Regelungen für alle zu besetzenden Schichten, also auch in der Nacht.

Absatz 4 bzw. Anlage 1

Die langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter erfordert für eine bedarfsgerechte und sichere Versorgung hohe Zeitressourcen. Es ist deshalb erforderlich, diesen Behandlungsbereich der Psych-PV mit den entsprechenden Minutenwerten in die PPP-RL aufzunehmen.

Absatz 5

Bisher haben lediglich 47 Prozent der Krankenhäuser die Vorgaben der Psych-PV erfüllt, obwohl der Stand der Umsetzung lediglich im Jahresdurchschnitt nachgewiesen werden muss. Die Erfahrungen

zeigen, dass die vollständige Umsetzung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung sehr verbindlich reguliert werden muss. Aus diesem Grund spricht sich ver.di im Rahmen der ersten Umsetzungsstufe für kalendermonatliche Einhaltung auf den Stationen aus.

Hinsichtlich der Ausfallzeiten setzt sich ver.di dafür ein, dass diese, wie ursprünglich auch in der Psych-PV vorgesehen, anhand der realen Werte eingeplant werden. Dazu gehören Krankenstand (nach Berufsgruppen), Fort- und Weiterbildungszeiten, Urlaub, Abwesenheiten durch innerbetriebliche Koordination (zum Beispiel betriebliches Gesundheitsmanagement, Hygiene, Qualitätsmanagement), notwendige Netzwerkarbeit nach außen und sonstige Abwesenheitszeiten. Nur so kann eine systematische Personalunterdeckung vermieden werden.

Absatz 7

Der Nachweis über die Einhaltung der Mindestvorgaben muss differenziert nach Berufsgruppen sowie stations- und monatsbezogen erfolgen. Um den Dokumentationsaufwand auf ein notwendiges Maß zu reduzieren, sind hierfür die vorhandenen Daten der Dienstplanung digital zu nutzen. Leistungs- und Verhaltenskontrolle muss ausgeschlossen und die Beteiligung der Interessenvertretung garantiert sein.

Absatz 9

Im Sinne der Qualitätssicherung und der Schaffung gewaltarmer Stationsmilieus sind die Stationsgrößen nach Patientenzahl zu begrenzen. Stationsleitungen müssen den Überblick behalten können. Die maximale Stationsgröße sollte 18 Betten betragen, im Akutbereich 15. Der Vorschlag des Deutschen Pflegerats (sowie des GKV-SV und der Patientenvertretung in § 10) setzt an einem wichtigen Punkt an, den ver.di ausdrücklich unterstützt. Auch die vom GKV-SV vorgeschlagene Erhöhung der Minutenwerte für Ärzt*innen und Pflege bei Überschreitung dieser Anzahl wird von ver.di befürwortet.

§ 3 (GKV-SV/PatV/BPtK/LV/DPR) Definition der Tag- und Nachtdienste

Aufgrund der schichtgenauen Nachweisführung der Mindestpersonalvorgaben ist die Definition der Tag- und Nachtdienste mit festen Stundenzahlen zur Berechnung der Personalausstattung erforderlich. Der Vorschlag des GKV-SV/ der PatV ist deshalb sachgerecht.

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

Die Psych-PV beruht auf der Einteilung in Teilgebiete (Allgemein-, Geronto-, Sucht- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) sowie verschiedene Behandlungsbereiche (zum Beispiel Regel- und Intensivbehandlung). Nicht erfasst waren bisher die Psychosomatik sowie neuere Formen teilstationärer und ambulanten Behandlung bzw. die stationsäquivalente Behandlung. Jedem und jeder Patient*in werden in der so entstehenden Matrix Minutenwerte pro Woche für die verschiedenen Berufsgruppen zugeordnet, die auf detaillierten Aufgabenlisten beruhen. Diese Struktur ist grundlegend sinnvoll, jedoch spätestens mit der zweiten Stufe der Weiterentwicklung inhaltlich zu überprüfen. Dabei ist entscheidend, Überkomplexität zu vermeiden. Die Regelungen müssen handhabbar sein, um den Dokumentationsaufwand gering zu halten und die Überprüfbarkeit zu gewährleisten.

Zusätzlich aufzunehmen ist ein neues Teilgebiet „Psychosomatik“. Die entsprechenden Aufgabenlisten und Minutenwerte sind – ebenso wie bei der Überprüfung der bisherigen Teilgebiete – anhand von Expertengesprächen, Input von Praktiker/innen und Arbeitsplatzbeobachtungen zu erstellen. Der aktuelle Ist-Zustand ist keine sachgerechte Ausgangsbasis, weil derzeit eine personelle Unterausstattung vorliegt, die nicht fortgeschrieben werden darf.

Die Anzahl der Behandlungsbereiche sollte die jetzige Anzahl nicht nennenswert überschreiten. Allerdings sollten diese neu strukturiert werden. „Psychotherapie“ als gesonderter Behandlungsbereich ist nicht mehr zeitgemäß. Psychotherapeutische Anteile sind spätestens mit der zweiten Stufe der Weiterentwicklung in allen Behandlungsbereichen in angemessener Weise abzubilden.

Der Vorschlag des GKV-SV, den Behandlungsbereich „Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter“ zu streichen, ist nicht sachgerecht. Gerade diese Patientengruppen benötigen intensive Versorgung – siehe dazu auch Anmerkungen zu § 2 Abs. 4.

Neue Behandlungsbereiche zur Abbildung teilstationärer und ambulanten Versorgung aus dem Krankenhaus heraus, wie „psychiatrische Institutsambulanz /PIA“, und „stationsäquivalente Behandlung (StäB)“, müssen spätestens im zweiten Schritt ebenfalls eingefügt werden. Das Ergänzen der StäB ohne Benennung von Minutenwerten ist nicht sachgerecht.

§ 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen

Die gestiegenen Anforderungen an die pflegerische Versorgung machen es notwendig, mehr Fachpersonal einzusetzen. Pflegefachpersonen sind die Voraussetzung für eine hohe Patientensicherheit und Versorgungsqualität. ver.di setzt sich aus diesem Grund dafür ein, dass zur Ermittlung der Mindestpersonalausstattung unter Buchstabe b) an dieser Stelle sowie insgesamt in der PPP-RL der Begriff der Pflegefachkräfte verwendet wird.

Grundsätzlich spricht sich ver.di dafür aus, neu entstandene Berufsgruppen wie Psycholog, Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilerziehungspflege, Musik-Theater- und Kunsttherapeuten sowie ggf. Dolmetscher zusätzlich aufzunehmen.

Soll in einem ersten Schritt eine Erweiterung der in c) und d) aufgelisteten Psych-PV-Berufsgruppen um zusätzliche Berufsgruppen erfolgen, so ist dies nur sinnvoll, wenn dafür auch die Minutenwerte erhöht werden. Diese Beschäftigten haben die bisherigen Berufe nicht ersetzt, sondern das Behandlungsspektrum erweitert und sind daher zusätzlich eingesetzt. Darüber hinaus unterscheiden sich die Aufgaben und Tätigkeitsprofile zum Teil erheblich. Spätestens im zweiten Schritt sind hier neue Aufgabenlisten und Minutenwerte zu erstellen.

Darüber hinaus sind spätestens im zweiten Schritt zusätzlich Quoten für fachweitergebildete Pflegekräfte (DKG-Weiterbildung), Fachärzte und weitergebildete Psychotherapeuten festzulegen.

§ 6 (DKG)/§ 7 (GKV-SV/PatV) Ermittlung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung

Absatz 1

Sinnvoll für die Berechnung der Mindestvorgaben ist eine prospektive Vorgabe, um eine entsprechende Dienstplanung zu ermöglichen. Hier schließt sich ver.di dem Vorschlag des GKV-SV und der Patientenvertretung an.

Absatz 3

Die Regelung zu Abweichungen von den Vorjahreswerten im Formulierungsvorschlag des GKV-SV und der PatV erscheint nicht praktikabel. Eine Personalausstattung nach der Ist-Belegung wäre nicht planbar. Wenn Abweichungen aufgefangen werden sollen, muss eine Reserve kalkuliert werden, um Schwankungen beim Personalbedarf im Dienstplan vorsehen zu können (z.B. Bereitschaftsdienst, Springerpool).

Absatz 3 (§ 6 DKG)

Die Sockelwerte pro Station sind eine wichtige Größe für die Personalbemessung in der Pflege. Viele grundlegende Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege sind im Einzelnen nicht vorplanbar und nicht an einzelne Patient*innen gebunden. Der Sockelwert von 5.000 Minuten pro Woche/Station

war ursprünglich für eine maximale Stationsgröße von 16 Patientinnen und Patienten ausgelegt, die als normative Zielgröße galt. Inzwischen sind Stationen häufig wesentlich größer. Der ursprüngliche Anreiz, mit dem Sockelwert kleinere Stationen vorzuhalten, greift nicht mehr aufgrund verschiedener Umstände. Vielmehr dienen die größeren Stationen inzwischen der Personaleinsparung. Zum Teil werden Stationen auch systematisch überbelegt, um die Notwendigkeit einer Erhöhung der Zahl von Planbetten begründen zu können. Es wird aber nicht entsprechend mehr Personal eingesetzt.

ver.di unterstützt daher die Vorstellungen, die Sockelwerte auf Minuten/Patient*in/Woche umzurechnen. Dabei sind die realen Durchschnitts-Belegungswerte zugrunde zu legen.

Absatz 4

Der Vorschlag der DKG, ohne Versorgungsverpflichtung die Minutenwerte um 10 Prozent zu verringern, ist nicht sachgerecht. Für die Versorgungsverpflichtung ist dagegen ein personeller Zuschlag für die Einrichtung zu vereinbaren, der z.B. den Personalbedarf für vorzuhaltende freie Betten für Notfälle bzw. Krisendienste abdeckt.

Absatz 8

ver.di bekräftigt die Notwendigkeit, Ausfallzeiten anhand der realen Werte in die Mindestvorgaben für die Personalausstattung einzurechnen und nachzuweisen.

Krankenhäuser müssen in die Lage versetzt werden, die Mindestvorgaben verbindlich einzuhalten, ohne vom Personal beständige Überstunden und unbegrenzte Flexibilität („Einspringen“) zu erwarten. Dies geht nur mit realistisch geplanten Ausfallzeiten, die auch die Kompensation kurzfristiger Ausfälle, z.B. durch Springerdienste, erlauben. Es gehört zur Qualitätssicherung, diese Bedingungen für die Einhaltung der Mindestvorgaben verbindlich zu vorzugeben.

§ 8 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad (GKV-SV/PatV)

Der Begriff „Vollkraftstunde“ erscheint nicht sachgerecht. Eine Arbeitsstunde bleibt eine Arbeitsstunde, unabhängig ob von einer Voll- oder Teilzeitkraft erbracht.

Ein stations- und monatsgenauer Nachweis pro Berufsgruppe ist sinnvoll. Dieser kann weniger komplex gestaltet werden, in dem die Besetzung laut IST-Dienstplänen nach Vollkräften über den Umsetzungsgrad in Prozent der errechneten Personalvorgabe nach § 7 (GKV-SV/PatV) in Vollkräften dargestellt wird. Dabei sind die Ausfallzeiten entweder in beide Berechnungen mit einzufügen oder aus beiden Berechnungen zu entfernen, in jedem Fall jedoch gesondert auszuweisen.

§ 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen (DKG) Anlage 4 (GKV-SV/PatV)

Die Anrechnung von Auszubildenden auf die Mindestpersonalausstattung lehnt ver.di ab. Mindestvorgaben der Personalausstattung müssen die Aufgaben und Tätigkeiten von Fachkräften umfassend erfassen und Berufsgruppen nach ihrer entsprechenden Qualifikation zuordnen. Wo mehrere Berufsgruppen bestimmte Aufgaben erfüllen können, können – wie bisher in der Psych-PV – bis zu einem gewissen Grad Berufsgruppen gleicher Qualifikationsniveaus miteinander ausgetauscht werden. Dazu sollte eine maximal zulässige Quote festgelegt werden. Ein Austausch gegen geringer qualifiziertes Personal ist unzulässig, um Fehlanreize zu Lasten der Versorgungsqualität und attraktiver Arbeitsbedingungen zu vermeiden.

Leiharbeitskräfte können, bei aller fachlichen Qualifikation, Fachkräfte der Stammebelegschaft nicht vollständig ersetzen. Die Anrechnung von Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, im allgemeinen Beschäftigte in der Arbeitnehmerüberlassung, wird von ver.di deshalb grundsätzlich nicht unterstützt. Mindestens ist eine Anrechnung zu begrenzen.

§ 8 (DKG)/§ 9 (GKV-SV/PatV) Minutenwerte Tagdienst

Für die stark gestiegene Zahl der Fälle von 1:1-Betreuung wird bis dato häufig Personal abgezogen, das für die Versorgung anderer Patient*innen fehlt. Personal für 1:1-Betreuung, sowohl für die Betreuung während als auch zur Vermeidung von Zwangsfixierungen, muss zusätzlich zu den Regelstellen für die entsprechende Station „on top“ bereitgestellt werden.

Für akute Notsituationen und 1:1-Situationen ist ein Beschäftigtenpool einzurichten, der mit Fachkräften besetzt wird. 1:1-Betreuung ist ein Beleg für eine komplexe Pflege- und Behandlungssituation, die auch spezifische Lösungsansätze unter Einbeziehung aktueller

wissenschaftlicher Erkenntnisse verlangt. Das kann nicht Hilfskräften überlassen werden. Die Zahl der Pool-Stellen pro Schicht sollte der durchschnittlichen Anzahl von 1:1-Betreuungen und Notsituationen in einer vergleichbaren Schicht entsprechen. Dabei ist sicherzustellen, dass 1:1-Betreuungen nur durch Fachpersonal durchgeführt werden (so auch vom Bundesverfassungsgericht gefordert und zum Teil auch schon in den Psychiatrie-Krankenhausgesetzen der Länder auch so festgelegt) und eine Ablösung von der 1:1-Betreuung nach maximal vier Stunden erfolgt. Zusätzlich müssen Ablösungen bei Kurzpausen eingeplant werden.

Im Rahmen der mündlichen Verhandlung des Bundesverfassungsgerichts in Sachen "Fixierung im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung" am 30. und 31. Januar 2018 wurden die Anforderungen an die Personalausstattung zur Vermeidung von Zwangsfixierungen deutlich herausgestellt³.

§ 11 Nachtdienste (PatV/DPR)

Grundsätzlich gilt auf allen psychiatrischen Stationen zur Unfallverhütung und Vermeidung gefährlicher Alleinarbeit, dass mindestens zwei Fachkräfte in jeder Schicht im Dienst sein müssen. ver.di bekräftigt daher die Notwendigkeit einer Mindestbesetzung pro Schicht, wie sie der Vorschlag der Patientenvertretung vorsieht. Notwendig ist eine verbindliche Mindestvorgabe für Pflegefachpersonen im Nachtdienst. Eine Angabe zu Durchschnittswerten führt in der Praxis erfahrungsgemäß zu großen Problemen bei der Erfassung.

§ 10 (GKV-SV)/§ 12 (PatV) Stationsgröße

Im Sinne der Qualitätssicherung und der Schaffung gewaltarmer Stationsmilieus sind die Stationsgrößen nach Patientenzahl zu begrenzen. Stationsleitungen müssen den Überblick behalten können. ver.di setzt sich deshalb dafür ein, die maximale Stationsgröße auf 18 Betten zu begrenzen, im Akutbereich 15. (siehe auch die Ausführungen zu § 2 Abs. 9)

³ vgl.: https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Publikationen/Kammeier_Fixierungen_bei_PsychKG-Unterbringungen_-_BVerfG_-_m%C3%BCndliche_Verhandlung_2018-01.pdf

§ 11 (GKV-SV)/§ 13 (PatV)/LV Genesungsbegleiter

Die neue Beschäftigtengruppe der Genesungsbegleiter*innen muss bei den Mindestpersonalvorgaben berücksichtigt werden. Sie bieten in immer mehr psychiatrischen Einrichtungen eine wichtige Ergänzung des Versorgungsangebots. Der Vorschlag wird ausdrücklich unterstützt.

Es ist sicherzustellen, dass Genesungsbegleiter nicht auf die Mindestpersonalausstattung anderer Berufsgruppen angerechnet werden können.

§ 12 (GKV-SV)/§ 14 (PatV) Umsetzung in ein Behandlungsangebot

Die Anforderungen, die für die Umsetzung in ein Behandlungsangebot an die Mindestpersonalvorgaben mit dieser Formulierung gestellt werden, unterstützt ver.di ausdrücklich. Jedoch müssen die hinterlegten Minutenwerte das Erreichen dieser wichtigen Ziele abbilden. Dazu sind sie bedarfsgerecht an die richtig beschriebenen, gestiegenen Anforderungen realistisch anzupassen.

§ 9 (DKG)/§ 13 (GKV-SV)/§ 15 (PatV) Ausnahmetatbestände

Damit Ausnahmetatbestände keine Schlupflöcher zum Umgehen der Mindestpersonalvorgaben bieten, müssen sie quantifiziert werden. Bei krankheitsbedingten Personalausfällen, die das übliche Maß übersteigen, muss das genauso klar formuliert werden wie für stark erhöhten Patient*innenzahlen.

§ 10 Nachweisverfahren und Strukturabfrage/§ 14 (GKV-SV)/§ 16 (PatV) Nachweisverfahren

Die Umsetzung von Personalvorgaben muss konkret vor Ort geprüft werden. Dazu sind gesetzliche Interessenvertretungen in die Lage zu versetzen, hier tätig zu werden. In den Bestimmungen zur Nachweispflicht ist festzulegen, dass Betriebs- und Personalräte sowie Mitarbeitervertretungen beteiligt werden, bevor der Wirtschaftsprüfer seine Bestätigung zur Umsetzung Mindestpersonalvorgaben erteilen darf.

Stichproben durch Landesaufsicht, Besuchskommissionen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) müssen möglich sein.

§ 11 (DKG)/§ 16 (GKV-SV)/§ 18 (PatV) Veröffentlichungspflichten für Einrichtungen

Die Personalvorgaben müssen für Beschäftigte, Patient*innen und ihre Vertretungen verständlich und nachvollziehbar sein. Dazu ist die durchschnittliche Ist-Personalbesetzung (Pro Station/Bereich) und ihre Abweichung von der Soll-Personalbesetzung in den Qualitätsberichten auszuweisen. Der Nachweis über den Einsatz des erforderlichen Personals muss über die Qualitätsberichte in verständlicher Form öffentlich gemacht werden. Die Veröffentlichung muss die Mindestbesetzung für die jeweilige Station umfassen.

§ 12 (DKG) Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung von Mindestvorgaben/§ 17 (GKV-SV)/§ 19 (PatV) Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

ver.di setzt sich für eine Sanktionskaskade ein, die greifen muss, wenn Personalvorgaben nicht eingehalten werden. Das Ziel muss die Sicherung guter Patientenversorgung sein. Bei Unterschreitung der Personalvorgaben sind folgende Maßnahmen geeignet:

- Es erfolgt ein Aufnahmestopp. Gegebenenfalls werden Patient*innen verlegt und Betten gesperrt, bis der Engpass behoben ist. Verantwortlich dafür ist das Management des Krankenhauses. Die Notfall- und Krisenversorgung ist jederzeit sicherzustellen.
- Wenn ein Krankenhausträger kurzfristig nicht in der Lage ist, für ausreichend Personal in bestimmten Versorgungsbereichen bzw. auf bestimmten Stationen zu sorgen, werden Patient*innen in andere Krankenhäuser gelenkt. Verantwortlich ist die Aufsichtsbehörde.
- Ist ein Krankenhausträger über einen längeren Zeitraum nicht in der Lage, für ausreichend Personal in bestimmten Versorgungsbereichen bzw. Stationen zu sorgen, leitet die Aufsichtsbehörde (zum Beispiel zusammen mit der regionalen Gesundheitskonferenz) eine Änderung der Versorgungsplanung für diese Bereiche ein. Der Versorgungsauftrag wird entsprechend geändert. Das vorhandene Personal wird zur Entlastung anderer Bereiche eingesetzt. Alternativ wird sichergestellt, dass Beschäftigte ohne Verlust von erworbenen Ansprüchen auf den neuen Träger des Versorgungsauftrages übergehen können.

ver.di spricht sich dafür aus, dass durch die Kostenträger nur Ausgaben für tatsächlich durchgeführte Behandlungen und nur Personalkosten in Höhe der tatsächlich aufgewandten Beträge gegenüber den Leistungserbringern erstattet werden. Wenn der Vergütungsanspruch

aufgrund der Nichterfüllung von Mindestanforderungen vollständig entfällt, führt das nicht zu einer verbesserten Versorgungsqualität. Zusätzlich steigt der Druck auf die vorhandenen Beschäftigten. Durchsetzungsmaßnahmen über klärende Dialoge sind aus unserer Sicht keinesfalls geeignet, die Mindestvorgaben zur Personalausstattung wirksam und kurzfristig umzusetzen.

§ 13 (DKG)/§ 18 (GKV-SV)/§ 20 (PatV) Anpassung der Richtlinie

ver.di setzt sich für einen kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess von Struktur, berücksichtigten Aufgaben und Zeitvorgaben ein. Entscheidendes Kriterium dabei ist die bedarfsgerechte Versorgung gemäß den aktuellen medizinischen Standards bei gleichzeitigem Schutz der Beschäftigten vor Überlastung. Spätestens nach zwei Jahren ist eine notwendige Anpassung der Richtlinie zu prüfen. In die Überprüfung ist die tatsächliche Personalausstattung mit einzubeziehen. Diese darf jedoch nicht zum Maßstab für die Anpassung gemacht werden. Der Vorschlag des GKV-SV, die Einstufung der Patienten an den OPS-Daten zu orientieren, ist nicht zielführend, da hier bei weitem nicht alle Tätigkeiten erfasst werden.

Darüber hinaus ist eine zweite Stufe der Weiterentwicklung erforderlich. Im Rahmen der zweiten Stufe wird ein neues Modell zur Ausgestaltung der Personalvorgaben entwickelt und in die Umsetzung gebracht, welches eine am Patient*innenbedarf orientierte Personalausstattung, ergänzt um settingbezogene Aspekte, verbindlich vorgibt.

§ 14 (DKG)/§ 19 (GKV-SV)/§ 21 (PatV) Evaluation der Richtlinie

ver.di begrüßt die im Richtlinienentwurf vorgesehene Evaluation der Auswirkungen der Vorgaben auf die Versorgungsqualität.

§ 15 (DKG)/§ 20 (GKV-SV)/§ 22 (PatV) Übergangsregelungen

Grundsätzlich kritisiert ver.di, dass nach 30 Jahren Psych-PV und zuletzt fast dreijähriger Entwicklung von Personalmindestvorgaben Übergangsregelungen notwendig sein sollen, da noch immer 47 Prozent der Kliniken die geltende Psych-PV unterschreiten. Wir sehen mit den Übergangsregelungen im Richtlinienentwurf eine große Gefahr, dass Unterschreitungen der Psych-PV zur Norm werden, die Versorgungsqualität verschlechtert wird und die Belastung für Beschäftigte zunimmt. Eine auch zeitweilige Festlegung der Mindestausstattung unterhalb der

Werte der Psych-PV ist mit einer guten Patientenversorgung und guten Arbeitsbedingungen nicht vereinbar.

Von den im Richtlinienentwurf vorgeschlagenen Übergangsregelungen spricht sich ver.di für den Vorschlag der Patientenvertretung mit einer Übergangszeit bis zum 31.12.2021 aus. Ergänzend ist es nach unserer Auffassung erforderlich, dass die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben unter Berücksichtigung der Übergangsregelungen ab 01. Januar 2020 sanktioniert werden müssen (Vorschlag Vorsitzende des UA QS zu Abs. 2).

Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen

ver.di schließt sich dem Vorschlag der DKG an, den Behandlungsbereich „Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter“ aus der Psych-PV zu übernehmen.

Anlage 2 Minutenwerte

Für eine bedarfsgerechte und sichere Versorgung sind die Minutenwerte zu erhöhen. In Ermangelung einer fertiggestellten Analyse der Aufgaben und Zeiterfordernisse schließt sich ver.di den Vorschlägen der Patientenvertretung an.

**Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik (AGPPS) zum
Beschlussentwurf über eine Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und
Psychosomatik-Richtlinie vom 08.05.2019**

Zunächst möchten wir uns dafür bedanken, dass unsere Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik (AGPPS) zu einer Stellungnahme aufgefordert und berechtigt ist.

Wir möchten konstatieren, dass die Pädiatrische Psychosomatik in der Kinder- und Jugendmedizin im Geltungsbereich des § 17b KHG angesiedelt ist. Grundsätze zur Struktur- und Prozessqualität für den Bereich der Pädiatrischen Psychosomatik wurden von der AGPPS bereits in 2013 in entsprechenden Positionspapieren veröffentlicht (Monatsschrift Kinderheilkunde 1+9/2013).

Die differenzierte Ausgestaltung von Qualitätskriterien, vor allem zur Personalausstattung, ist richtungsweisend für die Schaffung verbesserter Rahmenbedingung für die Versorgung psychosomatisch kranker Kinder und deren Familien.

Gerne nutzen wir die Möglichkeit unsere Erfahrungen in den laufenden Prozess der Verfassung einer Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik einzubringen. Wenn es dem Prozess dient, sind wir bzw. Vertreter der AGPPS bereit, an einer Anhörung teilzunehmen. Allerdings ist der 7. August für uns kein geeigneter Termin. Von der Anhörung würden wir erwarten noch besser in den Prozess der Gestaltung der Richtlinie eingebunden zu werden, um die kinder- und jugendspezifischen Belange besser herausarbeiten zu können. Einzubringen ist auch die in Pädiatrie und pädiatrischen Einrichtungen in den letzten Jahren zunehmend entwickelte Psychosomatik-Expertise, die sich aus der zunehmenden Notwendigkeit einer fachlich angemessenen Versorgung pädiatrischer Patienten mit psychosomatischen und somatopsychischen Problemen zwangsläufig ergeben hat. Ein **psychosomatischer Konsiliar- und Liaisondienst** mit einer angemessenen Personalausstattung sollte in der Richtlinie berücksichtigt werden. Ein solcher Dienst hat eine wichtige Weichenstellungsfunktion für eine adäquate Versorgung und ein funktionierendes Versorgungsnetzwerk (siehe auch: Positionspapier zum psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst in Monatsschrift Kinderheilkunde 3-2017).

Aus den Erfahrungen der täglichen Arbeit im Rahmen der stationären pädiatrischen Psychosomatik ergibt sich eine besondere **Bedeutung psychotherapeutischer Leistungen**, deren differenzierte Ausarbeitung in den Richtlinien aus unserer Sicht dringend notwendig erscheint. Dies betrifft sowohl ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

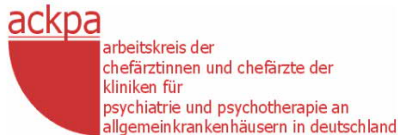
Gerne sind wir im Rahmen eines fruchtbaren Prozesses bereit, an der Herausarbeitung der für Kinder und Jugendliche relevanten Aspekte der Richtlinie mitzuarbeiten.

Für den Vorstand

██████████

██████████

Datteln 13.06.2019



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

Vorbemerkungen

Der Arbeitskreis der Chefärzt*Innen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa), der Verband leitender Ärzt*Innen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (Bundesdirektorenkonferenz, BDK e.V.) und der Verein der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs e.V.) sind die Krankenhausverbände, die mit über 400 Kliniken bzw. Krankenhäusern mit insgesamt über 56.000 vollstationären und über 15.000 teilstationären Behandlungsplätzen sowie Psychiatrischen Institutsambulanzen die klinische Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland vertreten.

Mit großem Interesse verfolgen die Krankenhausverbände ackpa-BDK-LIPPs den im Psych-VVG gem. § 136a Abs. 2 SGB V vorgegebenen politischen Prozess an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen. Insbesondere sind „verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu bestimmen“. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sind festzulegen. Dies hat mit einer Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik zu erfolgen (PPP-RL), die der G-BA bis zum 30. September 2019 zu beschließen und im Anschluss dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzulegen hat. Zum 1. Januar 2020 soll die Richtlinie in Kraft treten.

ackpa-BDK-LIPPs verfolgen die Entwicklung mit großem Interesse, da die Personalausstattung das wesentliche Element der Strukturqualität in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie darstellt. Für eine leitliniengerechte und patientenorientierte Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine angemessene Personalausstattung die entscheidende Grundlage. Zu begrüßen ist, dass nach den Vorgaben des §136a SGB V eine zukunftsorientierte Personalbemessung festzulegen ist und damit die seit 1991 geltende Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) abgelöst wird. Die Psych-PV stellte Anfang der 90er Jahre einen Meilenstein der Strukturqualität dar. Sie bildet allerdings die Behandlungs- und Versorgungsbedarfe am Anfang der 90er Jahre ab. Die dringende Notwendigkeit einer Weiterentwicklung ergibt sich insbesondere dadurch, dass in der Psych-PV keine Dynamisierung und Anpassungsmechanismen vorgesehen sind, die die Veränderungen der Behandlungskonzepte, der rechtlich-ethischen Aspekte und der Versorgungsrealität der letzten 28 Jahre berücksichtigen würden. Des Weiteren ergeben sich insbesondere im Bereich der Dokumentation weitreichende Erfordernisse durch die Implementierung der PEPPs, die mit einem erheblichen zeitlichen Mehraufwand einhergehen und in der Psych-PV kein Korrelat haben.

Anforderungen an eine zukunftsfähige Personalbemessung

Für ackpa-BDK-LIPPs sind folgende Punkte von entscheidender Bedeutung:

1. Im Mittelpunkt einer zukunftsfähigen Personalbemessung sollte der **Patientenbedarf** stehen, der mit einem therapeutischen Aufwand in Verbindung gesetzt wird. Daraus lassen sich Tätigkeitsprofile und entsprechende Berufsgruppen ableiten und die Personalausstattung errechnen. Im Sinne einer **patientenzentrierten Behandlung** leitet sich demgemäß die notwendige Personalausstattung nicht von den Strukturen, sondern von den Behandlungsbedarfen der Patienten ab.
2. Eine **zukunftsorientierte verbindliche Personalbemessung** sollte die Überwindung von Settinggrenzen ermöglichen und sowohl im voll-/teilstationären und stationsäquivalenten Behandlungsbereich wie auch im ambulanten Setting der Psychiatrischen Institutsambulanzen Anwendung finden.
3. Die **Veränderungen in der klinischen Behandlungs- und Versorgungsrealität** seit 1991 sind zu berücksichtigen. Dabei sind u.a. veränderte Patientenbedarfe, Leitlinien, neue therapeutische Konzepte, eine erhebliche Leistungsverdichtung, hoher Dokumentationsaufwand, veränderte juristische Rahmenbedingungen, Stärkung der Patientenrechte und veränderte gesellschaftliche Erwartungen zu nennen. All diese Aspekte haben sich in der Ausgestaltung einer neuen Personalbemessung wieder zu finden.
4. Die **Leitlinien** sind als eine Grundlage bei der Festsetzung einer neuen bedarfsgerechten Personalausstattung zu berücksichtigen. Gemäß § 136a Abs. 2 SGB V sollen die Mindestvorgaben der Personalausstattung evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Diese Vorgaben sind in der Personalbemessung im Sinne der Strukturqualität umzusetzen.
5. Eine **Personalbemessung sollte ausreichend flexibel** sein, um die unterschiedlichen Personalbedarfe in einer sehr heterogenen Versorgungslandschaft einrichtungsbezogen festzuschreiben. Unterschiedliche Größen und Organisationsformen der Kliniken bzw. Krankenhäuser, das Vorhalten mehrerer Standorte, divergente Behandlungskonzepte, krankenhausindividuelle Besonderheiten, regionale Unterschiede wie z.B. Versorgungsverpflichtung erfordern eine entsprechende Berücksichtigung in der Personalbemessung.

Für die Festlegung der von der Richtlinie betroffenen Berufsgruppen könnte die Psych-PV als Grundlage verwendet werden. Die Angaben müssen jedoch ebenfalls an aktuelle Entwicklungen im klinischen Alltag angepasst werden. Als Beispiel werden mittlerweile nicht nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Erzieher, Heilerzieher oder Heilpädagogen beschäftigt, sondern sie kommen oftmals auch in speziellen Behandlungssettings der Erwachsenenpsychiatrie zum Einsatz und müssen daher Berücksichtigung finden dürfen. Zudem entsprechen die in der Psych-PV detailliert beschriebenen Regelaufgaben der betroffenen Berufsgruppen längst nicht mehr dem aktuellen professionellen Verständnis der Fachkräfte. So wie sich die Therapieansätze in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in den letzten 30 Jahren deutlich weiterentwickelt und verbessert haben, gab es auch bei den Berufsbildern Weiterentwicklungen. Im Zeitalter des Fachkräftemangels ist es nicht mehr länger nachvollziehbar, wenn hochqualifizierte Mitarbeiter, die im multiprofessionellen Team gerne an einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten mitwirken wollen, mit Hilfsarbeiten beschäftigt werden müssen. Die Richtlinie muss dieser Entwicklung Rechnung tragen, in dem die Tätigkeitsprofile entsprechend überarbeitet werden. Parallel dazu sollte die Möglichkeit des Einsatzes von Hilfs- und Unterstützungspersonal im patientenfernen Bereich der Stationen Berücksichtigung finden. Bislang sieht die Richtlinie nur den Einsatz von Fachkräften vor und schreibt die Regelaufgaben und Tätigkeitsprofile der 30 Jahre alten Psych-PV unverändert fort.

Insgesamt kommen ackpa-BDK-LIPPs zu dem Schluss, dass eine gesetzeskonforme Anwendung des § 136a Abs. 2 SGB V zu begrüßen und die konsequente Umsetzung zu fordern ist.

Vorläufige Bewertung des PPP-RL

Mehrere Punkte des Richtlinienentwurfs des G-BA zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL), die uns zur Kenntnis gelangt sind, sehen ackpa-BDK-LIPPs allerdings mit großer Sorge. Aus dem Grund sehen sich ackpa-BDK-LIPPs veranlasst, auf folgende Aspekte hinzuweisen.

1. Überführung der Psych-PV in die PPP-Richtlinie

- Die weitestgehend unveränderte Fortschreibung der Psychiatrie-Personal-Verordnung (Psych-PV) ist nicht hinnehmbar. Sie missachtet hochgradig die Patientenbedarfe, bei denen u.a. medizinische, juristische und ethische Standards zu berücksichtigen sind und die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) uneingeschränkt Anwendung finden müssen. Es wird dabei keinesfalls die dringend notwendige Anpassung der Personalausstattung abgebildet, die aufgrund der Veränderungen in der klinischen Versorgungsrealität in den letzten 28 Jahren zwingend erforderlich ist. Die starren Versorgungsstrukturen werden durch das Ausbleiben einer dynamischen Anpassung der Personalausstattung und Fehlen einer settingübergreifenden Lebenswelt- und Patientenorientierung weiterhin festgeschrieben. Die notwendige Flexibilisierung und Entwicklung eines patientenzentrierten Versorgungssystems werden verhindert.

Wenn aufgrund aktuell nicht verfügbarer Alternativen die Psych-PV im Sinne einer Übergangs- und Notlösung in eine Richtlinie überführt wird, sind folgende Punkte unabdingbar:

- 1. eine Anpassung der Psych-PV**
- 2. eine neue Systematik der Personalbemessung in 5 Jahren (1.1.2025)**
- 3. Verankerung der verbindlichen Regelung struktureller Notwendigkeiten, Ausfallzeiten etc. auf Ortsebene bereits in der Richtlinie**

Ad 1

- a. Eine **Anpassung der Zeitwerte** pro Berufsgruppe ist zwingend erforderlich. Die Tätigkeitsprofile, Arbeitsinhalte und Inanspruchnahme haben sich in den letzten 28 Jahren deutlich verändert. Eine lineare Erhöhung der Minutenwerte der Psych-PV um mindestens 15% für alle Berufsgruppen ist aus fachlicher Sicht zwingend geboten.
- b. Bis zur Umsetzung einer wirklich neuen Personalbemessung ab 1.1.2025 sind **Übergangsregelungen** der Psych-PV zu schaffen, die mit Beginn am 1.1.2020 eine Erhöhung der Psych-PV-Minutenwerte um 5% für alle Berufsgruppen festschreiben und alle zwei Jahre um 5% erhöht werden bis zu einer Gesamterhöhung um 15%.
- c. Die definierte Personalausstattung wird mit Vollzeitkräften (VK) angegeben und ist als **Netto-Ausstattungsgröße** für die Regelarbeitszeit am Tagdienst zu betrachten. Ausfallzeiten (Ausbildung, Fort-Weiterbildung, Krankheit, etc.), Personalausstattung für die Bereitschaftsdienste, Nachtdienste, Zentrale Notaufnahme bzw. Rettungsstellen oder auch Konsil-/Liasiondienste sind davon unabhängig zu berechnen und gesondert festzuschreiben.
- d. Die neue Berufsgruppe der **Genesungsbegleiter** ist mit zu berücksichtigen und in der Personalausstattung additiv abzubilden.
- e. Die **stationsäquivalente Behandlung (StäB)** gewinnt bundesweit an Bedeutung und wird inzwischen auch fachspezifisch in der Gerontopsychiatrie und in der Suchtmedizin umgesetzt. Um den spezifischen Anforderungen dieser Patientengruppen gerecht zu werden bedarf es der Abbildung von StäB neben der A1 auch in G1 und S1 als spezifische Regelbehandlung in diesen Fachbereichen.

Ad 2

- a. Eine Richtlinie, die eine Fortschreibung der Psych-PV mit den unter Ad1 genannten zwingend notwendigen Punkten vorsieht, kann nur als eine **Übergangs- und Notlösung** betrachtet werden. Eine **qualitativ und quantitativ neue Systematik der Personalbemessung** ist erforderlich, die nicht Personalanzahlzahlen für die Budgetfindung festschreibt, sondern gemäß dem gesetzlichen Auftrag des § 136a Abs. 2 SGB V als Vorgabe der Strukturqualität verbindliche Zahlen der Personalausstattung festlegt.
- b. Die Entwicklung und Ausarbeitung einer neuen Systematik benötigt Zeit und differenzierte fachliche Expertise. Es wird dafür ein Zeitraum von 4 Jahren mit Einberufung einer **Expertenkommission** vorgeschlagen. In der Expertenkommission sollte sich die klinische Expertise der verschiedenen Berufsgruppen abbilden, insbesondere sind Vertreter der **klinischen Fachverbände** in die Entwicklung einzubeziehen.

Ad 3

- a. Der Wille zur Regelung von strukturell und organisatorisch notwendigen zusätzlichen Stellen und zur Vereinbarung von Ausfallzeiten auf Ortsebene muss bereits in der Richtlinie verbindlich benannt werden.

2. Mindestvorgaben für die Personalausstattung versus Personaluntergrenzen

- Eine unmissverständliche Unterscheidung zwischen **Mindestvorgaben für die Personalausstattung**, die eindeutig einen Bezug zu Qualität und Leitlinien erfüllen, und **Personaluntergrenzen**, die als Minimalausstattung die Patienten- und Arbeitssicherheit zu gewährleisten hat, ist erforderlich. Der gesetzliche Auftrag gem. § 136a Abs. 2 SGB V schreibt eine Personalausstattung mit eindeutigem Verweis auf Qualitätsaspekte wie Leitlinien und Evidenz vor. Von Personaluntergrenzen ist im Psych-VVG nicht die Rede.
- Unter einer pragmatischen Perspektive ist ein Korridor zwischen den Personalmindestvorgaben (Qualitätsbezug) und Personaluntergrenzen (Sicherheitsbezug) vorstellbar. Voraussetzung dafür ist, dass innerhalb einer Einrichtung eine bedarfsgerechte Ressourcenzuordnung möglich ist, flexibel auf personelle Engpässe reagiert werden kann und die unterschiedlichen Strukturen und Organisationsformen der Kliniken bzw. Krankenhäuser angemessen berücksichtigt sind. ackpa-BDK-LIPPs fordern mit aller Entschiedenheit, dass die Personalmindestvorgaben nicht mit den Personaluntergrenzen gleichgesetzt werden bzw. die Personalmindestvorgaben darüber definiert werden.

3. Nachweispflicht und Sanktionen

- Zu begrüßen ist, dass die Umsetzung der in den Budgetverhandlungen vereinbarten Personalausstattung durch eine **Nachweispflicht** überprüft wird. Die Überprüfung dient der Transparenz und leistet einen Beitrag zur Sicherung der Strukturqualität der Kliniken. Die entscheidende Frage stellt sich einerseits nach der Art und Weise wie der Nachweis zu erbringen ist und andererseits nach den Konsequenzen bei Nichterfüllung der Personalausstattung.
- Eine sinnhafte und praxistaugliche Nachweispflicht ist durch die Erfassung der Personalbesetzung im Jahresdurchschnitt und für die gesamte Einrichtung möglich. Eine

zu kleinteilige Sicht auf die Versorgungsstrukturen von Kliniken im Sinne von Stationen und Kalendermonaten lässt den auf Grund der jeweiligen Patientenbedarfe notwendigerweise flexiblen Ressourceneinsatz in der Alltags- und Versorgungsrealität außer Acht und verleitet aufgrund der skotomisierten Perspektive zu Fehlinterpretationen. Vor dem Hintergrund der Versorgungsverpflichtung und der damit einhergehenden Notfallversorgung bedarf es der Flexibilität auf Einrichtungsebene mit Jahresbezug.

- **Sanktionen** im Sinne von Leistungseinschränkungen sind zumindest im ersten Schritt nicht zielführend. Unterschreitet die Personalausstattung die Untergrenze, sind gezielte Maßnahmen zu fordern, die zu einer Behebung der kritischen Situation führen. Leistungseinschränkungen bzw. Leistungsausschluss sind mit dem Grundsatz der regionalen Versorgungsverpflichtung nicht vereinbar und führen dazu, dass Patienten, die einer stationären Behandlung bedürfen, abgewiesen werden müssten. Aufgrund der in den Landesgesetzen (Psychisch Kranken Hilfe Gesetze der Länder) vorgegebenen regionalen Versorgungsverpflichtung ist ein solches Vorgehen mit dem gesetzlichen Auftrag nicht vereinbar. Zudem setzen Sanktionen eine Abwärts spirale in Gang und gefährden die wirtschaftliche Existenzgrundlage insbesondere kleinerer Kliniken und Krankenhäuser in erheblichem Masse. Strategisch sinnvoller und nachhaltiger sind deshalb Maßnahmen, die dem Fachkräfte- und Nachwuchsmangel entgegen wirken. Dazu wären konzertierte Aktionen von Maßnahmen und Strategien der Personalgewinnung und -bindung hilfreicher.
- Auch das beschriebene Szenario zur Umsetzung des Leistungsausschlusses wird abgelehnt. Der Vorschlag würde den administrativen Abrechnungsaufwand unzumutbar erhöhen, da fallbezogen die Anzahl der Berechnungstage ohne Vergütungsanspruch ermittelt und mit einem Qualitätssicherungsabschlag auf den Rechnungen zum Abzug gebracht werden müssten. Dieser Vorgang wäre nur mit einer deutlichen personellen Aufstockung im administrativen Bereich der Patientenabrechnung zu bewältigen und kann daher unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht Ziel einer qualitätsorientierten Richtlinie zur Verbesserung und Gewährleistung der Personalbesetzung im klinischen Kontext sein.

Zusammenfassung

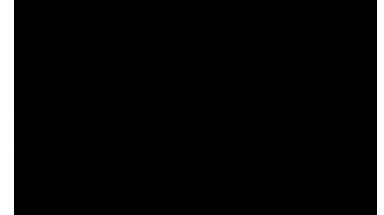
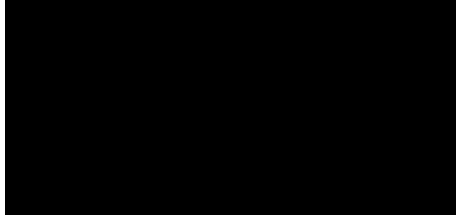
In der Zusammenfassung kommen die Krankenhausverbände ackpa-BDK-LIPPs zu dem Schluss, dass mit der PPP-Richtlinie große Gefahren für die Patientenversorgung und Patientensicherheit einhergehen und keine Ansätze für positive Veränderungen zu erkennen sind. Die Kernelemente und Anforderungen an eine zukunftsfähige Personalbemessung sind in dieser Richtlinie nicht zu finden. Die einfache Fortschreibung der Psych-PV mit verschärfte Nachweispflicht und Einführung von Sanktionen führt nicht zu der dringend notwendigen Verbesserung der Strukturqualität in den Einrichtungen für Psychiatrie und Psychosomatik.

Ganz im Gegenteil sehen ackpa-BDK-LIPPs folgende Risiken durch die PPP-RL:

- Verschlechterung der Patientenversorgung
- Zementierung starrer Versorgungsstrukturen
- Erschwerung regionaler Versorgungsverpflichtung
- existentielle Bedrohung von Kliniken und Krankenhäuser.

Der entscheidende Punkt ist allerdings, dass durch die PPP-RL der gesetzliche Auftrag gemäß § 136a Abs. 2 SGB V, der einen klaren Bezug von Personalausstattung zu Qualität und Evidenz vorgibt, völlig verfehlt wird. **Demgemäß ist die PPP-Richtlinie nicht gesetzeskonform und in Gänze abzulehnen.**

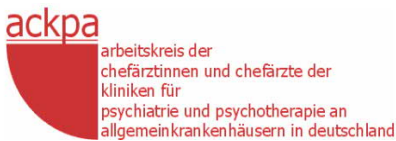
Für eine zeitgemäße und zukunftsorientierte Systematik der Personalbemessung ist zu fordern, dass die Patientenbedarfe uneingeschränkt im Mittelpunkt stehen sowie Qualitätsansprüche, ethische Aspekte und Menschenrechte Grundlagen unseres Handelns sind. Moderne psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungs- und Behandlungskonzepte erfordern einen patientenzentrierten und settingübergreifenden personellen Ressourceneinsatz. Nicht Kontrollen und Sanktionen, sondern Dynamik und Flexibilität sind zukunftsweisende Ansätze, um sowohl die Patientenversorgung zu verbessern, als auch die Arbeitsbedingungen in den Kliniken attraktiver zu gestalten. Nur dadurch kann es gelingen, engagiertes Personal für die herausfordernde Arbeit in den Kliniken zu gewinnen und wirksame Maßnahmen gegen den Nachwuchs- und Fachkräftemangel zu befördern.



Vorsitzender ackpa
Klinik für Psychiatrie, Psycho-
therapie und Psychosomatik
Ernst von Bergmann Klinikum
In der Aue 59 -61
14480 Potsdam

Vorsitzende BDK
Klinik für Psychiatrie, Psycho-
somatik und Psychotherapie
Pfalzlinikum AdöR
Weinstraße 100
76889 Klingenmünster

1. Vorsitzender LIPPs
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Tübingen
Calwerstraße 14



BAG-Psychiatrie c/o kbo – Kliniken des Bezirks Oberbayern
Prinzregentenstr. 18, 80538 München



BAG

Psychiatrie

Bundesarbeits-
gemeinschaft

der Träger

Psychiatrischer
Krankenhäuser

Datum: 14.06.2019
Auskunft erteilt: [REDACTED]
Telefon: 089 [REDACTED]
Telefax: 089 [REDACTED]
E-Mail-Adresse: [REDACTED]
Aktenzeichen: PPP-RL G-BA Entwurf 03-2019

Stellungnahme der

Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser in
Deutschland (BAG Psychiatrie)

zum

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

per mail: qs@g-ba.de

München, den 14.06.2019

Sehr geehrter Herr Professor [REDACTED],
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit zur gewillkürten Stellungnahme und deren Berücksichtigung zum Beschlussentwurf des G-BA über eine Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie.

Die BAG Psychiatrie ist sich der Komplexität und Verantwortung sowie der Herausforderung der oben genannten Aufgabe, die dem G-BA mit dem PsychVVG zum 01.01.2017 zugewiesen wurde, sehr bewusst. Wir sehen auch die, von den Verantwortlichen im G-BA nicht zu antizipierenden oder zu verantwortenden Widrigkeiten – wie die nicht bzw. derzeit nicht nutzbar zu machende – Datengrundlage der PPP-Studie, die als empirische Basis für die Entwicklung einer neuen PPP-RL wichtige Grundlagen liefern sollte. Viele BAG-Kliniken, vor allem die patientennah Mitarbeitenden, deren Träger durch die BAG Psychiatrie vertreten

werden, haben sich sehr engagiert in diese Studie eingebracht und sind sehr enttäuscht, dass die Erkenntnisse der letzten Jahre bzgl. der nicht mehr angemessenen Psych-PV von 1991, die auch in den Experten-Workshops des G-BA und den wissenschaftlichen Publikationen der letzten Jahre immer wieder deutlich geworden sind – nun mit diesem G-BA-Entwurf vollständig ignoriert werden.

Gerade weil die BAG überzeugt ist, dass der G-BA mit der PPP-RL der Gesellschaft, den Menschen in Deutschland, eine qualitätsvolle und auf Evidenz und Nachhaltigkeit angelegte PPP-RL übergeben wollte und - davon gehen wir aus - auch weiterhin will, ist der jetzt vorliegende Beschlussentwurf grundsätzlich abzulehnen. Er erfüllt nicht ansatzweise den gesetzlichen Auftrag gemäß §136a Abs. 2 SGB V und ignoriert, dass es bereits sehr gute Grundlagen gibt, die bei systematischer Weiterentwicklung – und die erforderlichen Schritte sind bereits methodisch, quantitativ und bzgl. des zeitlichen Horizonts definier- und absehbar, geeignetere Lösungen für eine moderne, anschluss- und zukunftsfähige Personalbemessung in der Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik etabliert werden können - wenn das von allen gewollt ist.

Im Stellungnahme-Verfahren zum Richtlinienentwurf trägt die BAG Psychiatrie auch die wesentlichen Positionen der DKG mit, teilt darüber hinaus auch viele grundlegende Bewertungen der DGPPN. Insbesondere die Differenzierung zwischen Mindestvorgaben für eine leitlinienorientierte Behandlung und einer mit Restriktionen belegten „Untergrenze“ muss sehr deutlich sein.

Darüber hinaus **hält es die BAG Psychiatrie aber für einen diskriminierenden Sachverhalt – wenn nicht sogar Skandal, dass ausgerechnet die medizinischen Psych-Fächer die ersten klinischen Fachgebiete als Ganzes sein sollen**, in dem Qualitätsvorgaben des G-BA bei Unterschreitung von Qualitätsrichtlinien **direkt ökonomisch und womöglich auch krankenhauplanerisch sanktioniert werden sollen**.

Bisher ist es bundesweit etablierte Praxis des G-BA in allen somatisch-klinischen Fachdisziplinen - , dass die Qualitäts-RLs des G-BA in einem Eskalationsverfahren um- und durchgesetzt werden. Dieses Eskalationsverfahren soll laut GKV-SV für die Umsetzung der PPP-RL in den Psych-Kliniken aber nicht gelten. Kein Recht zur Stellungnahme der Psych-Kliniken und Abteilungen bei QS-Auffälligkeiten, kein fachlicher Dialog und keine Beratung oder Unterstützung der Psych-Kliniken zur Erreichung der Qualitätsvorgaben laut G-BA-Richtlinie.

Selbst die mit Einschränkungen „scharf“ geschaltete QFR-RL des G-BA, der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene, bei der es um die qualitative und quantitative Personalausstattung auf Intensivstationen zur Sicherung des Überlebens von Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 1500g geht, ist in seiner Ausgestaltung weniger restriktiv ausgestaltet als der vorliegende Richtlinienentwurf nach Vorstellung des GKV-SV für die klinische Psychiatrie.

Um Wiederholungen zu vermeiden sollen in dieser Stellungnahme in Ergänzung zu den erwähnten Stellungnahmen jedoch noch einige uns besonders wichtige Sachverhalte dargestellt werden, die zum Teil leider sehr deutlich machen, dass relevante Positionen in dem Beschlussentwurf bar wesentlicher Sachkenntnisse vertreten worden sein müssen, ein Umstand, den es in solch einem bedeutenden bundesdeutschen Gremium eigentlich nicht geben sollte.

§ 2 Grundsätze (5) bis (7):

In dem vorliegenden PPP-Richtlinien-Entwurf wird von einigen Seiten vorausgesetzt und gefordert, dass künftig auf Basis der täglichen Einstufung der Patienten in die jeweiligen Psych-PV-Behandlungsbereiche auch täglich und stationsbezogen eine entsprechende Personaleinsatzplanung qualitativ und quantitativ erfolgt und monatlich nachzuweisen sein soll. Wenn sich dann im Nachhinein herausstellt, dass die Personalausstattung nicht ausreichend gemäß der Mindestvorgaben vorhanden war, sollen die Krankenhäuser für die quantitativ überzähligen oder zu aufwändigen Patienten, die dennoch auf einer Station behandelt worden waren, keine Vergütung mehr erhalten.

Nur die Position der DKG ist hierzu vernünftig, die jahresdurchschnittlich auf Einrichtungsebene und differenziert nach Fachgebieten die Mindestvorgaben und deren Nachweise fordert.

Begründung: Eine stationsbezogene und monatsdurchschnittliche Personalplanung auf erst retrospektiv feststellbarem Personalbedarf anhand einer täglich neuen Einstufung der Patienten zu den Psych-PV-Behandlungsbereichen ist mit einem sinnvollen und organisierten Betrieb eines psychiatrischen Akutkrankenhauses nicht vereinbar. Diese Forderung würde bedeuten, dass ein Krankenhaus über den gesamten patientennah arbeitenden Personalkörper und über alle Stationen hinweg **täglich eine aktualisierte Personaleinsatzplanung auf Basis der täglichen Patientenzusammensetzung und deren Krankheitsverläufen machen müsste.**

In der Psychiatrie ist eine industrialisierte Ablauforganisation mit frei disponiblen Personal über das gesamte Krankenhaus hinweg und stationsübergreifend – wie dies vielleicht in operativen Fachgebieten zumindest im OP-Betrieb mit stark standardisierten und arbeitsteiligen Routinen möglicherweise effizient, sachgerecht und trotzdem qualitativ ist, im Sinne der Patienten mit psychischen Erkrankungen und deren spezifischen Bedarfen nicht anzustreben.

Überblick über die noch weiter konkretisierten Textstellen mit Forderungen der GKV-SV in dem PPP-Richtlinien-Entwurf die auf allen Ebenen zu zusätzlichem administrativem Aufwand führen, in besonderem Maße aber für die Kliniken:

- § 10 DKG, §§ 14 & 15 GKV-SV
Der Standpunkt des GKV-SV sieht eine **tägliche Psych-PV-Einstufung** der Patienten vor mit konsekutiv erforderliche **täglicher Berechnung der notwendigen Psych-PV-Ausstattung** der Klinik **pro Station, Monat, Jahr.**
- Als Folge, eines sich täglich ändern könnenden Personalbedarfs auf den einzelnen Stationen, entsteht ein hoher zusätzlicher Planungsaufwand und Unsicherheit bei den einzelnen Mitarbeitenden bzgl. der Personalallokation. Pro Station soll es einen **Monatsnachweis** geben. Aus der Summe der Monatsnachweise ergibt sich der **Jahresnachweis**, der standortbezogen an die Kassen zu übermitteln ist.
- **Für die Monatsnachweise** sehen die Kassen eine **umfangreiche Checkliste** vor (Anlage 3 der Richtlinie). Für die elektronische Übermittlung der Checkliste **soll der G-BA eine neue Spezifikation** festlegen.
- **Der Jahresnachweis**, und damit auch die Monatsnachweise, sind **standortbezogen** (wohl nach der Definition des Standortverzeichnisses) zu führen und **bereits am**

15.02. des Folgejahres an die Kostenträger zu übermitteln. Bisher können jedoch viele Kliniken den PsychPV-Jahresnachweis erst am Ende des Folgejahres verbindlich vom WiPrüfer gezeichnet liefern).

- Im Rahmen einer **neuen Strukturabfrage soll der G-BA die Erfüllung der Mindestanforderungen nach der PPP-RL überwachen.**
- § 12 DKG, § 17 GKV-SV, Abs. 3
Das **Krankenhaus soll**, bezogen auf jeden **einzelnen Standort, ständig überwachen**, ob im **Monatsdurchschnitt der Umsetzungsgrad dieses Standorts 105% der Mindestvorgabe nicht unterschreitet**. Ist dies der Fall, muss bis spätestens zum 15. des Folgemonats eine entsprechende Meldung an die Krankenkassen und die für die **Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde** ergehen.
- § 11 GKV-SV, DKG keine Übernahme
Kassen und Patientenvertreter fordern verbindlich den Einsatz von Genesungsbegleitern auf den Stationen. Dies verkompliziert die Personalsituation auf den Stationen zusätzlich (z.B. fehlende regionale Verfügbarkeit von Genesungsbegleitern).

Folgen der Nichteinhaltung der Mindestpersonalvorgaben:

Das SGB V sieht verschiedene Maßnahmen vor, wenn die Qualitätsanforderungen von G-BA Richtlinien nicht eingehalten werden (zu finden in § 137 Abs. 1 SGB V). Dabei handelt es sich um ein gestuftes System von Folgen (Vergütungsabschläge, Wegfall des Vergütungsanspruchs, Information Dritter über die Verstöße, einrichtungsbezogene Veröffentlichung) nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.

§ 12 DKG, § 17 GKV-SV

Im Falle der Unterschreitung der Mindestvorgaben sehen die Kassen den Wegfall des Vergütungsanspruchs für die Patienten vor, bei denen eine Behandlung aufgrund einer zu geringen Personalausstattung **gerade nicht mehr zulässig** gewesen wäre. Das Ganze soll auf den monatlichen Umsetzungsgrad pro Station retrospektiv gerechnet werden, zusätzlich zum laufenden Monitoring Auftrag (105% Umsetzung, siehe oben). Liegt die monatliche Mindestbesetzung einer Station unter 100%, soll die Woche ermittelt werden, in der das Personal-IST unter dem Personal-SOLL liegt.

Sind an einem Tag 20 Patienten auf der betreffenden Station behandelt worden, aber im Nachhinein stellt sich heraus, dass nur eine Personalausstattung im IST vorhanden war, die nur die Behandlung von 19 Patienten erlaubt hätte, darf dieser eine Behandlungstag **nicht als Berechnungstag gegenüber den Kassen abgerechnet** werden. Unabhängig vom drohenden Wegfall der Vergütung, entsteht ein **sehr hoher administrativer Aufwand genau den individuellen Patienten zu ermitteln**, der gerade nicht mehr behandelt werden dürfen. Dies kann im einen Fall ein Patient mit hohem, im anderen Fall ein Patient mit niedrigem DM sein. Dies führt zu weiteren Unsicherheiten bzgl. der Erlössituation von psychiatrischen Krankenhäusern.

Beispielrechnung der Auswirkungen einer tageweisen PP-Bedarfsberechnung:
Für eine Gerontopsychiatrie-Station am kbo-Isar-Amper-Klinikum würde eine tageweise

Einstufung der Patienten folgendes „Soll“ nur auf die Berufsgruppe der Pflegekräfte bedeuten:

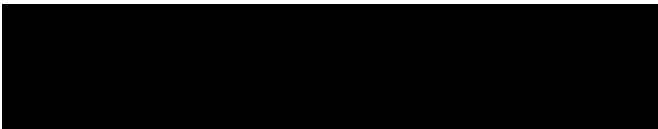
Im Jahresdurchschnitt sind im Betrachtungszeitraum 35,8% in dem Psych-PV-Bereich G1 und 64,2% in G2 eingestuft worden. Bei einer Stichtagsbetrachtung ändert sich das Bild jedoch drastisch. Am Stichtag 1 ist das Verhältnis mit 29,41% (G1) und 70,59% (G2) noch ähnlich, an Stichtag 2 mit 54,55% (G1) und 45,45% (G2) jedoch grundlegend anderes. **Dies würde deutliche Schwankungen im Personalbedarf von täglich bis zu ca. 2,66 VK allein in der Pflege für eine Station bedeuten.** Diese 2,66 VK müssten nun nach Vorstellung der Kassen zusätzlich auf der Station eingesetzt werden, um die Mindestanforderungen an diesem Tag laut Bedarf der Patienten zu 100% zu erfüllen. Bei den Stichtagen im Beispiel handelt es sich um die Quartalsstichtage nach PsychPV, hier der 16.01.19 und der 17.04.19.

Weitere Berechnungen, in denen gezeigt werden kann, dass monats- und stationsbezogene Nachweispflichten der Patienten-Einstufungen nach Psych-PV und die jährlichen Einsatzplanungen für den Nachweis der Personalmindestvorgaben halte ich konkret nicht für zielführend – kann sie aber nachliefern, falsch gewünscht.

Ich hoffe sehr, dass ich Ihnen vielleicht den ein oder anderen neuen Impuls zum Thema QS und Psychiatrie geben konnte – und vertraue auf Ihre Klugheit und Bewußtheit der Verantwortung bei diesen Entscheidungen.

Für Rückfragen und Erläuterungen stehe ich Ihnen sehr gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Vorsitzende der BAG Psychiatrie

Die BAG Psychiatrie | www.bag-psychiatrie.de

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Fachkrankenhäuser (BAG Psychiatrie) ist bundesweit der größte Zusammenschluss zur Vertretung der Träger von Akutversorgungskliniken für psychische, psychosomatische und neuropsychiatrische Erkrankungen.

Sie bildet das gesamte Trägerspektrum der Bundesrepublik Deutschland ab und vertritt kommunale, freigemeinnützige, kirchliche, private sowie staatliche Träger. Mit ca. 65.000 Betten und tagesklinischen Plätzen ihrer Mitglieder repräsentiert die BAG Psychiatrie rund zwei Drittel der gesamten stationären und teilstationären klinischen Versorgungskapazitäten für psychische, psychosomatische und neuropsychiatrische Erkrankungen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Die BAG-Mitglieder betreiben Akutkliniken und Abteilungen für Menschen mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen sowie Tageskliniken und Institutsambulanzen. Ferner werden neurologische Abteilungen sowie Abteilungen für forensische Psychiatrie, Rehabilitationseinrichtungen, Wohn- und Pflegeheime für seelisch

behinderte Menschen und heilpädagogische Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung betrieben.

Die BAG Psychiatrie vertritt die Interessen ihrer Mitglieder, stimmt gemeinsame Strategien ab, entwickelt neue Versorgungskonzepte und Finanzierungsmodelle und pflegt den Erfahrungsaustausch. Die BAG Psychiatrie setzt sich dafür ein, die strukturellen und finanziellen Versorgungsbedingungen für die klinisch-stationäre, teilstationäre und komplex-ambulante Versorgung von Menschen mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen zu verbessern und zu sichern. Sie treibt versorgungspolitisch die Beseitigung institutioneller Stigmatisierung von Menschen mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen voran.

**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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie
und Psychosomatik-Richtlinie**

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- III. Unaufgefordert eingegangene Stellungnahmen
- IV. Anhörung

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

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

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
1	Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	6. Juni 2019	Stellungnahme
2	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	11. Juni 2019	Stellungnahme
3	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	12. Juni 2019	Stellungnahme
4	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)	12. Juni 2019	Stellungnahme
5	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)	12. Juni 2019	Stellungnahme
6	Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V. (DGVM)	13. Juni 2019	Stellungnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

7	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	13. Juni 2019	Stellungnahme
8	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	14. Juni 2019	Stellungnahme
9	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	14. Juni 2019	Stellungnahme
10	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	14. Juni 2019	Stellungnahme
11	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	14. Juni 2019	Stellungnahme
12	Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)	14. Juni 2019	Stellungnahme
13	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	14. Juni 2019	Stellungnahme
14	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)	14. Juni 2019	Stellungnahme
15	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	14. Juni 2019	Stellungnahme
16	Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	14. Juni 2019	Stellungnahme
17	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)	14. Juni 2019	Stellungnahme
18	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatische Pflege e.V. (DFPP)	14. Juni 2019	Stellungnahme
19	Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BDK)	12. Juli 2019	Stellungnahme
20	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)	18. Juli 2019	Stellungnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in sechs Arbeitsgruppen-Sitzungen am 19. Juni 2019, 26. Juni 2019, 27. Juni 2019, 2. Juli 2019, 25. Juli 2019 und 30. Juli 2019 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 8. August 2019 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 8. August 2019)
1.	Der Bundesbeauftragte für die Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), 6. Juni 2019		
1.1	BfDI	<p><u>Zu Anlage 3: Checkliste</u></p> <p>Zu diesem Beschlussentwurf empfehle ich Ihnen aufgrund der Vielzahl der Freitextfelder in Anlage 3 - „Checkliste für das Nachweisverfahren und Strukturabfrage gemäß der PPP-RL“ lediglich die Aufnahme eines zusätzlichen Ausfüllhinweises, dass keine personenbezogenen Daten, sondern ausschließlich statistische Angaben in der Checkliste zu treffen sind.</p>	<p>Es wurde ein zusätzlicher Ausfüllhinweis in Anlage 3 ergänzt.</p>
2.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), 11. Juni 2019		
2.1	DGPPN	<p>Allgemeine Hinweise: <i>[Zusammenfassung, daher teilweise redundant?]</i></p> <p>Die DGPPN lehnt den vorliegenden Richtlinienentwurf in seiner gegenwärtigen Form grundsätzlich ab, da er den gesetzlichen Auftrag zu qualitätsbezogenen und leitliniengerechten Personalmindestvorgaben nicht erfüllt. Es wird gefordert, die Richtlinie mit verbindlichem Zeitplan weiterzuentwickeln, die zugrundeliegenden Minutenwerte so-</p>	<p>GKV-SV: Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>fort gemäß den aktuellen ethischen, medizinischen und rechtlichen Standards aufzuwerten und die flächendeckende regionale Krankenhausversorgung nicht durch kontroproduktive Sanktionen zu gefährden.</p> <p>Bezug auf Versorgungsqualität und Leitlinien fehlt</p> <p>Während der gesetzliche Auftrag die Sicherstellung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in den Vordergrund gestellt hat, fehlt der Bezug zur Versorgungsqualität und zu den Leitlinien im vorliegenden Richtlinienentwurf vollständig. Die Vorstellungen der Partner der Selbstverwaltung (hier: DKG und GKV-SV) hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung der Mindestvorgaben divergieren zwar beträchtlich, fest steht jedoch, dass keine Mindestvorgaben definiert werden konnten, die zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen. Denn mit der Entscheidung, die veraltete Psych-PV quantitativ und strukturell völlig unverändert in Mindestvorgaben zu überführen, wird der Bezug auf Empirie und Evidenz ersatzlos aufgegeben.</p> <p>Gesetzliche Vorgaben werden nicht berücksichtigt</p> <p>Zusammenfassend entspricht der Richtlinienentwurf in wesentlichen Punkten nicht den politischen und gesetzlichen Vorgaben. Die dringend erforderliche Qualitätssicherung für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung ist auf dieser Grundlage nicht möglich. Es steht zu befürchten, dass es im Gegenteil zu einer gravierenden Beeinträchtigung der aktuellen Ansätze zur Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung kommt und die Versorgung sich perspektivisch verschlechtern wird.</p>	<p>verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>Die DGPPN verkennt bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.</p>
--	--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Der Hinweis der DGPPN in Bezug auf Evidenz und Leitlinien scheint nachvollziehbar, ist aber nicht berechtigt, da der Bezug auf vorhandene Evidenz und Leitlinien nicht per se fehlt, sondern aufgrund einer weltweit nicht vorhandenen Datengrundlage nicht hergestellt werden konnte.</p> <p>Der Stellungnahmeberechtigte belegt nicht, warum die vorliegenden Mindestvorgaben nicht zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen.</p> <p>DKG: Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienbewertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise. Die Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der PPP-RL festzulegenden Mindestpersonalvorgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA – zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie – in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psych-PV derzeit der einzige existierende Standard</p>
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.</p> <p>Wir teilen die Auffassung, dass die Richtlinie mit einem verbindlichen Zeitplan weiterentwickelt werden muss (§ 13) und die flächendeckende Versorgung nicht durch Sanktionen in Form eines Behandlungsverbots und Vergütungsausschlusses gefährdet werden darf (§ 12 Absatz 9).</p> <p>PatV/DPR/BPtK: Es wird bedauert, dass Vorschläge der Patientenvertretung und der Beteiligten (DPR, BPtK) in der Stellungnahme der DGPPN keine Berücksichtigung gefunden haben.</p> <p>In den Vorschlägen von PatV, DPR und BPtK wurden die Minutenwerte der Psych-PV, die der Richtlinie zugrunde liegen, aufgewertet. Hierfür wurde auf Ergebnisse und Hinweise aus den vom G-BA durchgeführten Fachgesprächen zur leitlinienorientierten Versorgung, die Schussenrieder</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			Tabellen sowie auf weitere Expertenmeinungen zurückgegriffen.
2.2	DGPPN	<p>1. Verbindliche Weiterentwicklung der Richtlinie</p> <p>Die jetzt vorgeschlagene Lösung bringt keine qualitativen und strukturellen Verbesserungen der Versorgungssituation. Eine notwendige zweite Stufe, die strukturelle Veränderungen der Personalbemessung umfassen muss, wird bislang nicht verbindlich festgeschrieben. Es besteht somit die konkrete Gefahr, dass der Entwicklungsprozess mit der ersten Stufe endet.</p> <p>Es ist festzuschreiben, dass die Richtlinie in der ersten Stufe nur eine Übergangslösung beschreibt und mit einem <u>verbindlichen Zeitplan</u> zu einem zukunftsfähigen Personalbemessungsinstrument weiterentwickelt wird, welches geeignet ist, eine leitliniengerechte Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken zu garantieren. (Ein solches Modell wird aktuell von der Plattform Personalbemessung der psychiatrischen und psychosomatischen Fachgesellschaften und Verbände entwickelt und evaluiert. Es wird voraussichtlich im September 2019 vorliegen.)</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Eine entsprechende verbindliche Vorgabe ist in § 13 des DKG-Entwurfs vorgesehen.</p> <p>GKV-SV: Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p>
2.3	DGPPN	<p><u>Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich:</u></p> <p><u>Abs. 3:</u> muss wie folgt formuliert werden:</p> <p><i>„Diese Richtlinie stellt die erste Stufe einer gemäß § 136a Abs. 2 SGB V vorzulegenden Richtlinie dar. Die erforderliche Entwicklung eines zukunftsfähigen Konzeptes zur Personalbemessung, das die Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sichert, ist verbindlich in einer zweiten Stufe vorgesehen, die spätestens zum 1.1.2025 in Kraft tritt. Die aus dieser Richtlinie zunächst resultierenden Personalvorgaben gestalten somit nur den Übergang in die zweite Stufe und gelten deshalb bis längstens zum 31. Dezember 2024.“</i></p>	<p>BÄK: Zustimmung</p> <p>DKG: Da die Inhalte dieses Absatzes der Aussage, die mit der Position von DKG/DPR/BPtK/LV getroffen wird, entsprechen, wird von einer Änderung dieses Abschnitts abgesehen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

2.4	DGPPN	<p><u>Zu § 13/18/20 Anpassung der Richtlinie:</u></p> <p><u>Abs. 1 und 2:</u></p> <p>Die DGPPN schließt sich der Position der Vorsitzenden des UA QS an.</p>	<p>DKG/GKV-SV/PatV: Die Position der Vorsitzenden des UA QS wurde mit aufgenommen.</p>
2.5	DGPPN	<p><u>Zu § 13/18/20 Anpassung der Richtlinie:</u></p> <p><u>Abs. 3:</u></p> <p>ist bezüglich des neu zu entwickelnden Systems der Personalbemessung wie folgt zu formulieren:</p> <p><i>„Darüber hinaus beschließt der G-BA bis spätestens zum 30. September 2024 ein neues Konzept zur Ausgestaltung der Personalmindestvorgaben, welches die Vorgaben gemäß § 13 Abs. 1 bis 5 ersetzt. Das Konzept muss geeignet sein, den individuellen patientenbezogenen Behandlungsbedarf ausreichend differenziert zu erfassen, eine sachgerechte Differenzierung zwischen patientenbezogenem, auf das Setting und die Institution bezogenem Bedarf zu ermöglichen sowie zu einer Setting-übergreifenden Personalausstattung beizutragen.“</i></p> <p>Begründung:</p> <p>Aufgrund einhelliger Expertenmeinung und verfügbarer Empirie (Nervenarzt Sonderheft 2018: Normativer Personalbedarf in der stationären Psychiatrie und Psychotherapie) kann davon ausgegangen werden, dass die Psych-PV nicht mehr geeignet ist, die aktuelle Situation der Versorgung in den psychiatrischen Fächern adäquat abzubilden. Es sind grundlegende Veränderungen sowohl im Bereich der Struktur der Psych-PV als auch bezüglich der zur Verfügung gestellten personellen Ressourcen (auf der Basis der Minutenwerte) erforderlich. Wenn jetzt der G-BA aufgrund des nach seiner eigenen Einschätzung Fehlens belastbarer empirischer und leitlinienbezogener Grundlagen eine erste Stufe der Richtlinienentwicklung unternimmt und diese zur Stellungnahme vorlegt, so ist es zwingend erforderlich, verbindliche Regelungen zu</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Um sicherzustellen, dass es sich bei dem vorliegenden Richtlinienentwurf nur um die erste Stufe von Personalvorgaben durch den G-BA handelt, werden in § 13 verbindliche Vorgaben zur Weiterentwicklung der Richtlinie getroffen, die die Entwicklung einer zweiten Stufe zur Ausgestaltung der Personalvorgaben umfasst.</p> <p>Die Notwendigkeit einer Differenzierung innerhalb der zweiten Stufe zwischen Patientenbedarfen und Settings wird im Entwurf von DKG und DPR bereits adressiert.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>vereinbaren, damit es nicht bei dieser ersten Stufe bleibt. Es muss verhindert werden, dass aufgrund von außerhalb der Qualitätssicherung liegenden Aspekten (zum Beispiel aufgrund von ökonomischen Aspekten) eine zweite Stufe nicht durchgeführt wird bzw. diese langfristig hinausgeschoben wird.</p> <p>In der erforderlichen zweiten Stufe müssen zwingend diejenigen strukturellen Veränderungen vorgenommen werden, die für eine zukunftsfähige Abbildung des patientenbezogenen Behandlungsbedarfs erforderlich sind. Dabei geht es insbesondere um die Erfassung des individuellen patientenbezogenen Behandlungsbedarfs, einer Differenzierung zwischen dem patientenbezogenen Bedarf und dem auf das Setting und die Institution bezogenen Bedarf und der Förderung einer Setting-übergreifenden ausreichenden Personalausstattung.</p>	<p>Mit dem Verweis auf § 13 wird vermutlich § 6 Absatz 1 bis 5 adressiert. Dieser Verweis ist bereits ebenfalls im vorliegenden Richtlinientext enthalten.</p>
2.6	DGPPN	<p>2. Anpassung der Personalmindestvorgaben an die aktuellen ethischen, medizinischen und rechtlichen Standards</p> <p>Die Psych-PV kann zwar als Grundlage der übergangsweisen Personalmindestvorgaben dienen, ihre Vorgaben müssen aber sofort quantitativ an die durch die Leitlinien vorgegebenen aktuellen ethischen, medizinischen und rechtlichen Standards angepasst werden. Es ist eine lineare Erhöhung der Minutenwerte vorzunehmen, um der Weiterentwicklung der Versorgung der letzten 30 Jahre gerecht zu werden.</p> <p>An folgenden Stellen sind Änderungen notwendig, damit die Psych-PV als Grundlage der Mindestvorgaben sofort an die aktuellen Standards einer leitliniengerechten und menschenrechtsfördernden Behandlung angepasst werden kann:</p>	<p>PatV/DPR/BPtK: Eine Erhöhung der Minutenwerte ist durch den Vorschlag der PatV/DPR/BPtK erfolgt.</p> <p>GKV-SV: Die DGPPN verkennt bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zu neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stimmungsverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stimmungsverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			hin-weg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.
2.7	DGPPN	<p><u>Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich</u></p> <p><u>Abs. 4 und 5</u></p> <p>müssen ergänzt werden:</p> <p><i>„(4) Durch die Richtlinie werden die bestehenden Minutenwerte der Psych-PV inso- weit angepasst, als es auch in der Übergangszeit bis zum Inkrafttreten einer notwen- digen zweiten Stufe erforderlich ist, die Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung sicherzustellen.</i></p> <p><i>(5) Die angepassten Minutenwerte entsprechen den Personalmindestvorgaben, die geeignet sind, die Qualität in der Versorgung sicherzustellen“</i></p> <p><u>Zu § 2 Grundsätze</u></p> <p><u>Abs. 5:</u></p> <p>muss folgendermaßen formuliert werden:</p> <p><i>„(5) Die Mindestvorgaben für den Tagdienst werden gemäß § 8/§ 9 festgelegt. Für</i></p>	<p>GKV-SV: siehe zu Zeilenr. 2.6</p> <p>Die vorgeschlagene Änderung in § 2 Abs. 5 letzter Satz, die Mindestvorgaben kalendermonatlich einzuhalten, ist bereits in der Richtlinie formuliert.</p> <p>DKG: Wie bereits beschrieben, ergaben die Auswertungen der vom G-BA durchge- führten Leitlinienauswertungen und Fach- expertengespräche zu den Aufwänden einer leitliniengerechten Behandlung hetero- gene Ergebnisse und Hinweise. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtli- nie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychi- atrie und Psychosomatik derzeit nicht zur</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p><i>jeden Behandlungsbereich gemäß § 3/§ 4 in Verbindung mit Anlage 1 und jede Berufsgruppe gemäß § 5/§ 6 werden Minutenwerte je Patient und Woche gemäß Anlage 2 vorgegeben. Die am 31.12.2019 geltenden Minutenwerte werden in der ersten Stufe durchgehend um insgesamt 15 % erhöht. Dabei werden die Minutenwerte zum 1.1.2020, zum 1.1.2022 und zum 1.1.2024 jeweils um jeweils 5 % des Ausgangswertes erhöht. Die Mindestvorgaben sind jahresdurchschnittlich auf Einrichtungsebene, differenziert nach Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik kalendermonatlich auf den Stationen einzuhalten.“</i></p>	<p>Verfügung. Daher wird innerhalb der ersten Stufe keine Anpassung der Minutenwerte vorgenommen. Die Ergebnisse der Fachexpertengespräche werden bei der Weiterentwicklung der Richtlinie Berücksichtigung finden.</p> <p>BPTK zu § 2 Abs. 5: Zustimmung, dass eine Erhöhung der Minutenwerte bereits in Stufe 1 erforderlich ist, um die gravierendsten Versorgungsmängel zu beheben. Eine gleichförmige Erhöhung der Minutenwerte um 15 % über alle Behandlungsbereiche und Berufsgruppen hinweg ist jedoch nicht sachgerecht. Relative Unterschiede in den Minutenwerten zwischen Behandlungsbereichen und zwischen Berufsgruppen werden hierdurch fortgeschrieben unabhängig von den in den letzten fast 30 Jahren seit Erscheinen der Psych-PV stattgefundenen Weiterentwicklungen der Behandlungskonzepte. So entspricht das Behandlungskonzept in der Tagesklinik heute einer tagesklinischen Regelbehandlung weshalb die Minutenwerten an die für die Regelbehandlung (A1, KJ1) geltenden Minutenwerte angepasst werden müssten. In allen Behandlungsbereichen der Psych-PV werden zudem psychischen Erkrankungen behandelt bei denen gemäß Leitlinien Psy-</p>
--	--	---	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			chotherapie – angepasst an den Patientenbedarf – indiziert ist. Auch bspw. bei älteren Patienten, wie sie in den Behandlungsbereichen der Gerontopsychiatrie behandelt werden oder im Intensivbehandlungsbereich. Die Psych-PV sieht in diesen Behandlungsbereichen fast keine Psychotherapie vor, weshalb eine Erhöhung um 15 % der Minutenwerte der Berufsgruppe der „Psychologen“ nicht ausreichend wäre.
2.8	DGPPN	<u>Zu § 3 DKG / § 4 (GKV-SV/PatV) Behandlungsbereiche:</u> Hier schließt sich die DGPPN der Position der DKG an.	GKV-SV: Kenntnisnahme DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme
2.9	DGPPN	<u>Zu § 10 (GKV-SV)/§ 12 (PatV) Stationsgröße:</u> Hier tritt die DGPPN für folgende Änderung ein: <i>„(1) Aus Qualitätsgründen sollte eine Station in der Erwachsenenpsychiatrie 18 Behandlungsplätze, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zwölf Behandlungsplätze und in der Psychosomatik 24 Behandlungsplätze nicht überschreiten. (2) Sofern die mittlere Anzahl der Patienten die in Abs. 1 definierte Anzahl um mehr als ein Drittel übersteigt (24 bzw. 16 bzw. 32 Behandlungsplätze), sind die Minutenwerte für die über die Empfehlung hinausgehenden Patienten unter Berücksichtigung möglicher institutionsbezogener Besonderheiten sachgerecht zu vermindern.“</i>	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
2.10	DGPPN	<u>Zu § 11 (Genesungsbegleiter):</u>	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Hier schließt sich die DGPPN der Position der GKV an.	PatV: Die Einführung von Genesungsbegleitern erfolgte von PatV/BPtK/DPR/LV/GKV-SV.
2.11	DGPPN	<p>Begründung:</p> <p>Die empirischen Daten, die zur Erstellung der Minutenwerte in der heute gültigen Version der Psych-PV geführt haben, sind 30 Jahre alt. Zum damaligen Zeitpunkt gab es eine in wesentlichen Punkten zum heutigen Stand unterschiedliche Struktur der psychiatrischen Versorgung sowie weniger personalintensive medizinische, rechtliche und ethische Standards. Dies gilt sowohl für fachlich-inhaltliche Behandlungskonzepte als auch für die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen.</p> <p>Die Psychiatrie-Personalverordnung verfügte über kein durchgängiges konzeptuelles Prinzip zur Anpassung an fachlich-inhaltliche sowie darüberhinausgehende strukturelle Veränderungen. In der Folge wurden seit Inkrafttreten im Jahr 1991 keine Anpassungen an die seitdem festzustellende umfassende inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklung des Faches vorgenommen. In diesem Zusammenhang kann darauf hingewiesen werden, dass sich die durchschnittliche fallbezogene Verweildauer seit Inkrafttreten der Psych-PV bei gleichzeitig massiv erhöhter Zahl der behandelten Patienten auf etwa ein Drittel des Ausgangswertes verkürzt und sich somit der patientenbezogene Aufwand massiv erhöht hat. Dies muss in der Richtlinie Berücksichtigung finden.</p> <p>Die hier geforderte Steigerung der Minutenwerte stellt im Wesentlichen einen Ausgleich der in den letzten Jahren nicht erfolgten erforderlichen Steigerung dar.</p>	DKG: Dank und Kenntnisnahme (siehe Kommentar der DKG zu den Allgemeinen Hinweisen der DGPPN, sowie zum Änderungsvorschlag der DGPPN zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich, Abs. 4 und 5).
2.12	DGPPN	<p>3. Differenzierung zwischen „Mindestvorgaben“ und „Untergrenze“</p> <p>Folgt man den Vorschlägen der Krankenkassen, so sollen die zukünftigen Minutenwerte keine Personalmindestausstattung, sondern eine „Personaluntergrenze“ dar-</p>	GKV-SV: Eine Einführung von zwei Mindestanforderungen in unterschiedlicher Höhe wie hier vorgeschlagen (Mindestvorgabe und Untergrenze) ist unsinnig. Der Gesetzgeber hat in § 137i Abs. 1 SGB V

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>stellen, bei deren Unterschreitung ein Leistungsausschluss erfolgt. Die vorgeschlagenen Minutenwerte sind gegenüber den bisherigen Werten der Psych-PV nicht verändert, obwohl es dafür eindeutige Hinweise gibt.</p> <p>An folgenden Stellen sind Änderungen der Richtlinie notwendig, um zwischen einer an der erforderlichen Qualität ausgerichteten Personalmindestbesetzung und einer zur Aufrechterhaltung der Versorgung und Patientensicherheit erforderlichen Personaluntergrenze zu differenzieren.</p> <p><u>Zu § 2 Grundsätze</u></p> <p><u>§ 2 Abs. 1 Neu:</u></p> <p><i>„Durch die Richtlinie werden Mindestvorgaben zur Personalausstattung definiert, die geeignet sind, die Qualität der Versorgung sicherzustellen (qualitätsorientierte Personalmindestvorgaben). Darüber hinaus wird eine Personaluntergrenze definiert, bei deren Unterschreitung die Patientensicherheit nicht mehr gewährleistet werden kann (sicherheitsbezogene Personaluntergrenzen).“</i></p>	<p>zudem festgelegt, dass die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 von der Festlegung von Personaluntergrenzen unberührt bleiben. Eine prinzipielle Unterscheidung zwischen einer Mindestvorgabe und einer Personalanzahl ist dagegen sinnvoll, ist aber rechtlich im Rahmen dieser Richtlinie möglich..</p> <p>DKG: Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf. Wir adressieren diese Problematik in § 2 Absatz 1, mit dem Hinweis, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann. Daher ist in den Vereinbarungen auf der Ortsebene gemäß § 6 Absatz 7 das Personal gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen.</p>
2.13	DGPPN	<p><u>§ 12 (DKG) Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgabe:</u></p>	<p>GKV-SV: zu § 13: Der Schutz und das Vertrauen der Patienten erfordern es, dass</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Hier sind Änderungen im Sinne einer Anpassung an die Stufen der Personalbesetzung erforderlich.</p> <p><u>Zu § 17 (GKV-SV) / § 19 (PatV) Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben:</u></p> <p>Dieser Paragraph wird abgelehnt.</p> <p>Die DGPPN schlägt vor, die Personaluntergrenze bei 80 % der jeweils gültigen qualitätsorientierten Personalmindestvorgaben anzusetzen. Ein bereits im ersten Schritt durchzuführender vollständiger Leistungsausschluss bei Unterschreiten der sicherheitsbezogenen Personaluntergrenze wird abgelehnt.</p> <p>Darüber hinaus ist insbesondere in diesem Zusammenhang darauf zu achten, dass die bereits bestehenden ausufernden und qualitätsreduzierenden Dokumentationsverpflichtungen aller Berufsgruppen nicht ausgebaut, sondern reduziert werden.</p>	<p>vom G-BA festgelegte, verpflichtende Qualitätsanforderungen konsequent eingehalten werden. Der Gesetzgeber hat in § 137 Abs. 1 SGB V aus Qualitätsgründen vorgesehen, dass die Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zum Wegfall des Vergütungsanspruchs führt; entsprechend hat dies der G-BA in der QFD-RL festgelegt. Die Streichung des Paragraphen zu Folgen der Nichteinhaltung muss deshalb abgelehnt werden.</p> <p>Eine Mindestpersonalausstattung von nur 80 % der Psych-PV-Werte ist 30 Jahre nach der Einführung der verbindlichen Psych-PV-Werte weder der Öffentlichkeit noch der Fachwelt vermittelbar.</p> <p>DKG: zu § 12: Gemäß § 136a Absatz 2 handelt es sich bei den Personalvorgaben um verbindliche Mindestvorgaben. Selbige dürfen somit nicht unterschritten werden. Es wird aus diesem Grund von Durchsetzungsmaßnahmen in Abhängigkeit von der Höhe der Personalbesetzung abgesehen. Die Durchsetzungsmaßnahmen kommen direkt nach Unterschreitung der Mindestvorgaben zum Tragen.</p> <p>DKG: zu § 17/19: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
--	--	---	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

2.14	DGPPN	<p>Begründung:</p> <p>Der gesetzliche Auftrag besteht darin, Personalmindestvorgaben zu beschreiben, die geeignet sind, zu einer leitliniengerechten Versorgung beizutragen. In dem vorgelegten Entwurf der Richtlinie wird jedoch eine Personaluntergrenze beschrieben, die – wenn sie unterschritten wird – Sanktionen bis zum sofortigen Leistungsausschluss vorsieht. Dies ignoriert die Notwendigkeit der Sicherstellung einer umfassenden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die psychiatrischen Fächer. Es muss deshalb unterschieden werden zwischen Personalmindestvorgaben zur Qualitätssicherung und einer deutlich darunterliegenden Personaluntergrenze, die zur Aufrechterhaltung der Patientensicherheit erforderlich ist. Beide Grenzen sind inhaltlich und bezüglich der Konsequenzen zu unterscheiden.</p> <p>Der vorgeschlagene Abstand zwischen beiden Grenzen ist unter anderem auch davon abhängig, inwieweit eine Anpassung der Minutenwerte der Psych-PV erfolgt.</p>	
2.15	DGPPN	<p>4. Unterstützung bei der Erfüllung der Personalmindestvorgaben statt Sanktionen</p> <p>Statt ökonomischer Sanktionen, welche die flächendeckende regionale Versorgung grundlegend gefährden, muss ein differenziertes und auf die Erreichung der Qualität ausgerichtete System von Maßnahmen vorgesehen werden, welche die Kliniken angesichts von hohen Ausfallquoten und Nachwuchsmangel bei der Erfüllung der Mindestvorgaben unterstützen.</p> <p>An folgenden Stellen sind dafür Änderungen notwendig:</p> <p><u>Zu § 12 (DKG) Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgabe</u></p> <p>Dieser muss wie folgt formuliert werden:</p> <p><i>„(1) Bei Nichteinhaltung der sicherheitsbezogenen Personaluntergrenzen kommt gemäß der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie des G-BA ein gestuftes</i></p>	<p>GKV-SV: zu § 13: Der GKV-SV setzt sich prinzipiell für ein gestuftes System von Folgen bei der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach § 137 Abs. 1 SGB V ein. Allerdings handelt es sich hier um Mindestanforderungen. Nach der QFD-Richtlinie des G-BA wird bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen von dem gestuften System abgewichen. So heißt es dort in § 5 Abs. 2: „Werden Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V nicht erfüllt, ist der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzule-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p><i>System an Folgen der Nichteinhaltung zum Tragen. Die Maßnahmen müssen als ein differenziertes System der Reaktion auf die Nichteinhaltung der Personalbemessung gestaltet sein. Sämtliche Maßnahmen müssen das Ziel verfolgen, schnellstmöglich die erforderliche Personalbesetzung, die geeignet ist, die Qualität der Versorgung sicherzustellen (qualitätsorientierte Personalmindestvorgaben), dauerhaft wiederherzustellen.“</i></p> <p>Begründung:</p> <p>Es ist davon auszugehen, dass bei einer Unterschreitung der Personalmindestvorgaben, die zur Qualitätssicherung erforderlich sind, sehr unterschiedliche Gründe vorliegen können. Nicht in jedem Fall ist davon auszugehen, dass diese Gründe von den jeweiligen Leistungserbringern direkt zu verantworten sind. In besonderer Weise ist hier auf den bestehenden Fachkräftemangel hinzuweisen. Eine Reduktion der zur Verfügung stehenden Budgetmittel oder gar der sofortige Leistungsausschluss würden die Qualität der regionalen Versorgung erheblich reduzieren und mit den Prinzipien einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung nicht vereinbar sein. Es ist deshalb erforderlich, dass die erforderlichen gestuften und differenzierten Maßnahmen darauf ausgerichtet sind, die Qualität der Versorgung dauerhaft wiederherzustellen.</p>	<p>gen.“ https://www.g-ba.de/beschluesse/3766/.</p> <p>Das gestufte Verfahren ist ab diesem Punkt nicht mehr anzuwenden, sondern kann nur vor der Unterschreitung der Mindestanforderung Anwendung finden. Dem hat der GKV-SV in 13 Abs. 3 Rechnung getragen, und das Krankenhaus verpflichtet schon vor Erreichung der Mindestanforderung eine Zielvereinbarung abzuschließen, falls es sich der Mindestanforderung nähert.</p> <p>Dem Problem des Fachkräftemangels versucht der GKV-SV u.a. mit einer vierjährigen Übergangszeit zu begegnen sowie den o.g. Zielvereinbarungen mit den Krankenkassen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme bezüglich der Erläuterung des Formulierungsvorschlags. Der Formulierungsvorschlag wird nicht aufgenommen, da er auf die Differenzierung von zwei quantifizierten Personalvorgaben abzielt, die aus den in Zeilenr. 2.12 genannten Gründen in dieser Richtlinie nicht vorgenommen wird.</p>
2.16	DGPPN	Schlussbemerkung	DKG: Dank und Kenntnisnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Darüber hinaus schließt sich die DGPPN der Position der DKG an, insofern nicht durch die o. g. Änderungen redaktionelle Anpassungen in anderen Bereichen notwendig werden.	
	DGPPN	Literatur: <i>Normativer Personalbedarf in der stationären Psychiatrie und Psychotherapie, 2018, Nervenarzt Sonderheft</i>	
3.	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), 12. Juni 2019		
	DKPM	Allgemeiner Hinweis: Diese Stellungnahme ist in wesentlichen Punkten mit der separaten Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) abgestimmt und daher in weiten Teilen textgleich.	
3.1	DKPM	<u>Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereiche</u> <u>Abs. 1:</u> Das DKPM unterstützt die Zielsetzungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG), insbesondere den Anspruch, die Transparenz und die Qualitätsorientierung der Vergütung verbessern zu wollen. Der Hinweis der DKG auf die Bedeutung der Mindestvorgaben für eine leitliniengerechte Behandlung (§ 1 Abs. 1) ist dabei wesentlich.	Dank und Kenntnisnahme
3.2	DKPM	<u>Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereiche:</u> <u>Abs. 3:</u> Kernpunkt bei der Budgetbemessung im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind die Personalkosten, die mehr als 80% des Krankenhausbudgets	GKV-SV: Um die Besonderheiten bei der Behandlung von Patienten in psychosomatischen Einrichtungen abbilden zu können, wird

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>ausmachen. Hierzu sollten in den zurückliegenden 2 Jahren Richtlinien nur Personalausstattung entwickelt werden auf Grundlage der bestehenden PsychPV, der S3-Leitlinien, einer empirischen Studie zur Erfassung des IST-Zustandes der Personalausstattung (PPP-Studie, Wittchen et al.) und von Expertengesprächen zum Personalbedarf zur leitliniengerechten Behandlung bestimmter Patientengruppen (diagnose- und settingbezogen). Leider haben sich 3 dieser 4 als „Grundlagen“ erhoffte Zugänge zu einer empirischen Bestimmung der Personalbemessung entweder als nicht brauchbar erwiesen oder die Freigabe der Daten steht noch aus, sodass derzeit nur die PsychPV als Bezugsgröße für eine zumindest vorübergehende Regelung der Personalbemessung für das Fachgebiet Psychiatrie übrig zu bleiben scheint. Alle Experten sind sich dabei aber einig, dass die 30 Jahre alte PsychPV einer Anpassung an die inzwischen gültigen Behandlungsstandards in der Psychiatrie bedarf. Da die Psychosomatik bisher kein Teil der PsychPV war, bedarf es bei der Adaption der PsychPV-„Logik“ auf die Psychosomatik deutlicher Modifikationen. Darüber hinaus kann das jetzt zunächst festzulegende Modell nur vorübergehender Natur sein, da es die im PsychVVG vorgesehenen Vorgaben nicht vollständig und differenziert genug aufgreift. Daher stimmt das DKPM den Ausführungen von DKG/DPR/BPtK/LV zu.</p>	<p>der Behandlungsbereich A5 im Vorschlag des GKV-SV für die Psychosomatik geöffnet und heißt neu „Psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung“. Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens schlägt der GKV-SV vor, einen neuen Behandlungsbereich A7 für die psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung aufzunehmen. Dieser wird mit dem OPS 9.63 bzw. 9.62 verknüpft und steht psychiatrischen als auch psychosomatischen Patienten offen, die über die gleichen Störungen, Behandlungsmittel und Behandlungsziele verfügen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
<p>3.3</p>	<p>DKPM</p>	<p><u>Zu § 2 Grundsätze</u> <u>Abs. 1 und 2:</u></p> <p>Die Mindestvorgaben müssen, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, nicht nur qualitativ anspruchsvoll, sondern auch praktikabel sein. Daher ist zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ein „Korridor“ zu bilden, der es erlaubt, unter Berücksichtigung struktureller und organisatorischer Gegebenheiten sowohl eine höhere Personalausstattung vorzusehen, als auch kurzfristig eine Unterschreitung zuzulassen.</p>	<p>Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf.</p> <p>GKV-SV: Strukturelle und organisatorische Besonderheiten, die zu einer Personalerhöhung führen, können nur auf der Ortbene nach BPfIV verhandelt werden – sie sind nicht Teil dieser RL. Nichtsdestotrotz nehmen wir hier die Sorge zur Kenntnis,</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>dass dies aus Sicht der DKPM nicht ausreichend gesetzlich geregelt zu sein scheint.</p> <p>Das in § 7 des GKV-SV-Richtlinienentwurfs etablierte Verfahren zur Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und dem Umsetzungsgrad stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen möglich sind. Die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können so ausgeglichen werden.</p> <p>DKG: Dieser Auftrag wird durch eine Mindestvorgabe in Höhe von 80 % der gemäß § 6 Abs. 1 bis 4 ermittelten Personalstellen und mit dem Hinweis in § 2 Abs. 1, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann, umgesetzt. Auf der Ortsebene ist das Personal gemäß § 6 Abs. 7 gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind, um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen.</p>
3.4	DKPM	<u>Zu § 2 Grundsätze</u>	GKV-SV: Eine Erfassung der Station –

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p><u>Abs. 5:</u> Die Mindestvorgaben sind daher jahresdurchschnittlich auf Einrichtungsebene, differenziert nach den Fachabteilungsschlüsseln (Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik) einzuhalten. Eine kalendermonatliche Erfassung auf einzelnen Stationen wird der Versorgungsrealität nicht gerecht.</p>	<p>möglichst kalendermonatlich – ist unabdingbar und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
3.5	DKPM	<p><u>Zu § 2 Grundsätze</u> <u>Abs. 5:</u> Darüber hinaus müssen bei den Personal-Mindestvorgaben die obligaten durchschnittlichen Abwesenheitszeiten aufgrund von Erholungsurlauben, sonstigen Ausfallzeiten sowie Fort- und Weiterbildung berücksichtigt werden.</p>	<p>Die Ausfallzeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher – wie bisher auch bei der Psych-PV – als Add-on vor Ort verhandelt werden (siehe dazu auch § 7 Abs. 9 (GKV-SV), § 6 Abs. 8 (DKG)).</p>
3.6	DKPM	<p><u>Zu § 2 Grundsätze</u> <u>Abs. 9:</u> Der von der GKV und DPR vorgegebene Rahmen für eine Stationsgröße erscheint willkürlich. Generell sollten demnach Stationsgrößen von 22 (DPR) bzw. 24 (GKV) Pat. nicht überschritten werden. Da die Minutenwerte für jede Berufsgruppe je Patient und Woche vorgegeben sind, können sie auch gut auf Stationen unterschiedlicher Größe bezogen werden, sodass eine derartige Größenvorgabe entbehrlich ist (siehe auch Kommentar zu § 10 / Stationsgröße).</p>	<p>GKV-SV/DPR: Die Anzahl der Patienten auf einer Station hat einen erheblichen Einfluss auf das Stationsmilieu und die Qualität der Behandlung.</p> <p>Es handelt sich um eine Soll-Vorschrift. Die Empfehlungen zur Stationsgröße sind Ableitungen aus den Expertengesprächen des G-BA, die als Expertenmeinung zu werten sind.</p> <p>DKG: Der gesetzliche Auftrag umfasst die Festlegung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung und nicht für Stationsgrößen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

3.7	DKPM	<p><u>Zu § 3 Definition der Tag- und Nachtdienste:</u></p> <p>Bei Psychosomatischen Tageskliniken gelten die Minutenwerte für einen Tagdienst von 9 Stunden.</p>	<p>GKV-SV/PatV:</p> <p>Es liegen widersprüchliche Aussagen zum Umfang der Tagdienste der Tageskliniken vor (DGPM, S. 71), sodass GKV-SV/PatV zunächst den Umfang von acht Stunden beibehalten.</p>
3.8	DKPM	<p><u>Zu § 3 und § 4 Behandlungsbereiche (unter Berücksichtigung der „Tragenden Gründe“ S. 14 -21):</u></p> <p><u>Abs. 1:</u></p> <p>Eine Zuordnung der Psychosomatik zum Behandlungsbereich A Allgemeine Psychiatrie ist nicht sachgerecht und inakzeptabel. Die im Behandlungsbereich A5 Psychotherapie angegebenen berufsgruppenbezogenen Minutenwerte bilden den Aufwand der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung gemäß OPS-Prozedur 9-634 und damit die psychosomatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung nicht annähernd adäquat ab. Dies ist in den Expertenanhörungen, die der G-BA-Unterausschuss durchgeführt hat, immer wieder betont worden. Die Psychiatriepersonalverordnung in der aktuell gültigen Fassung hat sich explizit immer auf die „klinisch-psychiatrische Behandlung“ bezogen und war daher zurecht und anerkannt niemals Grundlage einer Personalbemessung in der Psychosomatischen Medizin. Dies wird in der Psych-PV selbst mehrfach begründet:</p> <p>In den Erläuterungen zu § 1 Psych-PV Abs. 5.4 wird u.a. festgestellt:</p> <p><i>Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat in seinem Schreiben vom 10.01.1991 V a 6-43541-24 zur Frage der Anwendbarkeit der Psych-PV auf Kliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausgeführt, dass diese „...hinsichtlich ihres Personalbedarfs nicht mit psychotherapeutischen Abteilungen in psychiatrischen Kliniken vergleichbar sind. Eine direkte Anwendung der Minutenwerte</i></p>	<p>GKV-SV:</p> <p>Um die Besonderheiten bei der Behandlung von Patienten in psychosomatischen Einrichtungen abbilden zu können, wird der Behandlungsbereich A5 im Vorschlag des GKV-SV für die Psychosomatik geöffnet und heißt neu „Psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung“. Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens schlägt der GKV-SV vor, einen neuen Behandlungsbereich A7 für die psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung aufzunehmen. Dieser wird mit dem OPS 9.63 bzw. 9.62 verknüpft und steht psychiatrischen als auch psychosomatischen Patienten offen, die über die gleichen Störungen, Behandlungsmittel und Behandlungsziele verfügen.</p> <p>Eine flächendeckende Anwendung der</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p><i>A5, S5 und G5 ist nicht möglich. Es ist deshalb bei den Pflegesatzverhandlungen <u>auf das medizinisch erforderliche Leistungsangebot der Einrichtung abzustellen</u> (Psych-PV S. 102f)“.</i></p> <p><i>Im Besonderen kann die Psych-PV nicht Grundlage einer Personalbemessung für eine psychosomatische Tagesklinik sein, da die in einer solchen Tagesklinik behandelten Patienten nicht psychiatrisch, sondern gem. den oben genannten Unterscheidungskriterien intensiv psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und akut erkrankt sind.</i></p> <p><i>Die Erläuterung zu § 5 Psych-PV führt hierzu in Abs. 1.8 aus: „Bei den Tageskliniken wurde von sog. verbundenen Tageskliniken und einer 5-Tage-Woche ausgegangen, in der Erwachsenenpsychiatrie von solchen, welche vorwiegend rehabilitativ behandeln.....Die Personalbemessung für andere Formen der Tagesklinik sind gesondert zu verhandeln“ (Psych-PV S. 137f.).</i></p> <p><i>In Erläuterung 1.6 A6 (Tagesklinische Behandlung) zu Anlage 1 Psych-PV heißt es: „Der Personalbemessung sind Patienten zugrundegelegt, deren Behandlungsaufwand daran bemessen ist, dass sie im Anschluß an eine vollstationäre Behandlung in der gleichen Einrichtung teilstationär weiterbehandelt werden.....Es gibt jedoch tagesklinische Behandlungen, zu denen die Kranken primär, d.h. ohne vorangegangene vollstationäre Behandlung aufgenommen werden. Diese Patienten sind akut krank. Die Minutenwerte nach Behandlungsbereich A6 sind dann nicht bedarfsgerecht.“</i></p> <p>Da die Personalausstattung für psychosomatische Einrichtungen (außerhalb der Psychiatrie) zu keiner Zeit gemäß der PsychPV kalkuliert werden konnte, wurden in den bisherigen Kostenverhandlungen die Vorgaben der Fachgesellschaft zur Personalbemessung zu Grunde gelegt</p> <p>und von den Kostenträgern akzeptiert. Diese stützen sich auf die von Heuft et al. 1993 normativ ermittelten berufsgruppendifferenzierenden Minutenwerte, die das Mindestmaß der Personalausstattung von psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrich-</p>	<p>Heuft-Zahlen bei den Budgetverhandlungen ist dem GKV-SV nicht bekannt.</p> <p>DKG/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>tungen zur Durchführung einer Komplexbehandlung beschreiben. Dabei ist hervorzuheben, dass die Minutenwerte nach Heuft et al. (1993) exakt den Konstruktionsprinzipien der Psych-PV folgen, aber auf die typischen in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinik applizierten Prozeduren bezogen werden.</p> <p>Neben den gesetzlichen Erläuterungen sowie grundlegenden Unterschieden in den Tätigkeitsprofilen machen auch die erheblich abweichenden Minutenwerte für die psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung deutlich, dass diese nicht über die bestehenden Behandlungsbereiche der PsychPV abgebildet werden können:</p> <p>Die folgende Tabelle stellt die Personalanforderungen (Vollkräfte; VK) nach PsychPV (A1, A5) und die Personalanhaltszahlen nach Heuft et al. (1993), gerechnet für eine Station mit 24 Betten, gegenüber:</p> <table border="1" data-bbox="459 783 1516 1177"> <thead> <tr> <th>Personal</th> <th>PsychPV A1 (VK)</th> <th>PsychPV A5 (VK)</th> <th>Personalanhaltszahlen (VK)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ärzte</td> <td>2,07</td> <td>1,54</td> <td>2,6</td> </tr> <tr> <td>Pflege</td> <td>5,78</td> <td>1,98</td> <td>6,9</td> </tr> <tr> <td>Dipl.-Psychologe</td> <td>0,29</td> <td>1,07</td> <td>2,6</td> </tr> <tr> <td>Ergotherapie/Spezialtherapie</td> <td>1,22</td> <td>1,03</td> <td>1,4</td> </tr> <tr> <td>BWT/Physiotherapie</td> <td>0,28</td> <td>0,31</td> <td>1,4</td> </tr> <tr> <td>Sozialtherapie</td> <td>0,76</td> <td>0,14</td> <td>1,3</td> </tr> <tr> <td>stationsbez. Pflege</td> <td>2,1</td> <td>2,1</td> <td>2,3</td> </tr> <tr> <td>Summe VK</td> <td>12,5</td> <td>8,2</td> <td>18,5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Im Unterschied zu den Strukturvorgaben der PsychPV vertritt das DKPM die Auffassung, dass sich die Anzahl budgetrelevanter Vollkräfte aus den jeweils mittelbar und unmittelbar am Patienten erbrachten, notwendigen Leistungen ergeben muss. Somit erlaubt die wöchentliche Eingruppierung der Patienten nach Art und Schwere keine</p>	Personal	PsychPV A1 (VK)	PsychPV A5 (VK)	Personalanhaltszahlen (VK)	Ärzte	2,07	1,54	2,6	Pflege	5,78	1,98	6,9	Dipl.-Psychologe	0,29	1,07	2,6	Ergotherapie/Spezialtherapie	1,22	1,03	1,4	BWT/Physiotherapie	0,28	0,31	1,4	Sozialtherapie	0,76	0,14	1,3	stationsbez. Pflege	2,1	2,1	2,3	Summe VK	12,5	8,2	18,5	
Personal	PsychPV A1 (VK)	PsychPV A5 (VK)	Personalanhaltszahlen (VK)																																			
Ärzte	2,07	1,54	2,6																																			
Pflege	5,78	1,98	6,9																																			
Dipl.-Psychologe	0,29	1,07	2,6																																			
Ergotherapie/Spezialtherapie	1,22	1,03	1,4																																			
BWT/Physiotherapie	0,28	0,31	1,4																																			
Sozialtherapie	0,76	0,14	1,3																																			
stationsbez. Pflege	2,1	2,1	2,3																																			
Summe VK	12,5	8,2	18,5																																			

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>adäquate Ableitung des notwendigen Personalbedarfs für eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung. Die Kernleistungen der PSM-PT sind die über die OPS-Prozedur 9-634 und den Zusatzkode 9-642 definierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung und die integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung. Hier sind transparent und überprüfbar die fachspezifischen Behandlungsprozesse angesprochen, die den entsprechenden und unabdingbaren Personalbedarf auslösen. Weder die Kategorien A1 noch A5 der PsychPV sind geeignet, den Stellenbedarf entsprechend der Standards der heutigen psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung zu bestimmen.</p> <p>Zwischenzeitlich wurden die Berechnungen der Personalanforderungen von Heuft et al. (1993) und damit die Personalanzahlzahlen der Fachgesellschaft empirisch überprüft. Gemeinsam mit dem Deutschen Krankenhaus Institut (DKI) wurde eine Studie zur Personalausstattung psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken und Abteilungen im Sinne eine IST-Erhebung durchgeführt (Friederich et al. 2018). Die folgende Tabelle zeigt die Personalausstattung der Kalkulationskliniken bei einer angenommenen Stationsgröße von 24 Betten gemäß den InEK-Zahlen und stellt sie den Ergebnissen der DKI-Studie gegenüber.</p> <table border="1" data-bbox="470 922 1243 1241"> <thead> <tr> <th></th> <th>InEK (VK)</th> <th>DKI Studie (VK)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ärztlicher Dienst + Psychologen</td> <td>5,3</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>nur Ärztlicher Dienst</td> <td>3,4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>nur Psychologen</td> <td>1,9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pflege-/ Erziehungsdienst</td> <td>7,7</td> <td>6,7</td> </tr> <tr> <td>Sozialarbeiter/Sozial-/ Heilpädago</td> <td>0,4</td> <td>0,3</td> </tr> <tr> <td>Spezialtherapeuten</td> <td>1,9</td> <td>1,6</td> </tr> <tr> <td>med.-techn. Dienst/ Funktionsdienst</td> <td>0,4</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Außerdem wurden die Personalanzahlzahlen von Heuft et al. (1993) mit den im Rahmen der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems von Seiten der Universitätsklinika für das InEK erhobenen Leistungsdaten in Beziehung gesetzt, die eine Umrechnung in</p>		InEK (VK)	DKI Studie (VK)	Ärztlicher Dienst + Psychologen	5,3	6,0	nur Ärztlicher Dienst	3,4		nur Psychologen	1,9		Pflege-/ Erziehungsdienst	7,7	6,7	Sozialarbeiter/Sozial-/ Heilpädago	0,4	0,3	Spezialtherapeuten	1,9	1,6	med.-techn. Dienst/ Funktionsdienst	0,4		
	InEK (VK)	DKI Studie (VK)																								
Ärztlicher Dienst + Psychologen	5,3	6,0																								
nur Ärztlicher Dienst	3,4																									
nur Psychologen	1,9																									
Pflege-/ Erziehungsdienst	7,7	6,7																								
Sozialarbeiter/Sozial-/ Heilpädago	0,4	0,3																								
Spezialtherapeuten	1,9	1,6																								
med.-techn. Dienst/ Funktionsdienst	0,4																									

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Minutenwerte ermöglichen, welche sich wiederum an den Konstruktionsprinzipien der PsychPV orientieren. Ziel war hierbei eine empirische Überprüfung der normativ definierten Personalanzahlzahlen mit der nach dem PEPP-System anzunehmenden Finanzierungsgrundlage (Quelle: Heuft, Hochlehner et al 2015).

PEPP-Minutenwerte (kalkuliert für die Datenjahre 2013 und 2014) bei einem Basisentgeltwert von 285 EUR für eine Station mit 18 stationären Behandlungsplätzen im Vergleich mit den Minutenwerten von Heuft et al. (1993).

	PEPP-Minuten 2013	PEPP-Minuten 2014	Minutenwerte [Heuft 1999]	Minutenwerte Heuft angepasst
Ärzte Station	3830	3852		
Psychologen	2876	2892		
Zwischensumme	6706	6744	7524	7524
Oberärzte	962	968		968
Zwischensumme	7668	7711	7524	8492
Pflegedienst	6456	6582	4629	4629
Zuschlag Pflege	5000	5000	5000	5000
Sozialarbeiter	557	563	1888	1888
Spezialtherapeuten	2988	2974	2880	2880
Gesamtsumme	22669	22830	21921	22889

Die aus den PEPP-Daten auf der Basis eines Basisentgeltwertes von 285 € berechneten Minutenwerte weisen in der Summe eine bemerkenswerte Konvergenz zu den Minutenwerten von Heuft et al. (1993 bzw. 1999) auf, wobei sich lediglich moderate Verschiebungen zwischen den Berufsgruppen zeigen.

Zur Erhaltung einer qualitativ ausreichenden Versorgung psychosomatisch erkrankter Patienten im Krankenhaus kann vorübergehend eine Personalbemessung analog der Konstruktionsprinzipien der PsychPV erwogen werden. Es bedarf dann allerdings, wie

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>von der DKG und der BPTk gefordert, einen eigenen, neu zu definierenden Behandlungsbereich „P“ (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung).</p> <p>Darüber hinaus verweist das DKPM auf die parallel zum G-BA-Prozess inaugurierten „Plattform“ Personal. Diese Plattform versucht auf empirischer Grundlage ein Modell zur Personalbemessung zu entwickeln, das individuumsbezogene, settingbezogene und institutionsbezogene Aufwände (Kosten) berücksichtigt und sich damit von einer überwiegend diagnosebezogenen Kostenkalkulation löst und bisherige Modelle der Personalbemessung weiterentwickelt.</p> <p>Dabei wurde für die Einrichtungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie im Unterschied zur Psychiatrie und der KJPPP ein settingbezogenes Modell entworfen: die Personalvorgaben richten sich danach, ob die Klinik die übliche Intensität therapeutischer und medizinischer Versorgung tatsächlich anbietet und somit therapeutische Settings vorhält, wie sie beispielsweise bei der Behandlungen von posttraumatischen Belastungsstörungen oder schweren Persönlichkeitsstörungen zum Einsatz kommen oder ob auf der anderen Seite medizinisch besonders aufwendige Rahmenbedingungen bereit gehalten werden, wie sie bei der Behandlung von mager-süchtigen Patientinnen mit höchstgradigem Untergewicht, in der komplexen psychosomatischen Schmerztherapie oder der integrierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung von Patienten mit schweren behandlungsrelevanten somatischen Komorbiditäten angeboten werden. Aus Sicht der Fachgesellschaft sollte der Personalstand zumindest so hoch sein, dass neben der ggfs. erforderlichen somatisch-medizinischen Behandlung eine Mindesttherapiedosis von drei ärztlich-psychologischen Therapieeinheiten und 2 Therapieeinheiten in den Spezialtherapien pro Woche angeboten werden kann. Die gesetzlichen Vorgaben müssen den Krankenhäusern und Abteilungen eine personelle Ausstattung ermöglichen, mit der allen Patienten in psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen eine den Quali-</p>	
--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		tätsanforderungen des PEPP-Systems und der Leitlinien entsprechende psychosomatisch-psychotherapeutische und medizinische Versorgung angeboten werden kann.	
3.9	DKPM	<u>Zu § 5 Berufsgruppen:</u> Bei der Berufsgruppe der Psychologen sollten bezüglich der Anzahl der Psychologen mit Approbation keine Vorgaben gemacht werden, da diese auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht im ausreichenden Umfang für die Krankenhausbehandlung zur Verfügung stehen.	█ Eine Anzahl der Psychologen mit Approbation ist im Richtlinienentwurf nicht vorgegeben.
3.10	DKPM	<u>Zu § 5 Berufsgruppen:</u> Auch hinsichtlich der Art der Spezialtherapeuten ist nur die Gesamtzahl, aber nicht deren Spezialisierung anzugeben, da je nach den zu behandelnden Krankheitsbildern unterschiedliche Qualifikationen benötigt werden (z.B. Körpertherapeuten bei Essstörungen, Kunst- oder Musiktherapeuten bei somatoformen Störungen etc.).	GKV-SV/PatV: Die Flexibilität bei der Beschäftigung der Ergotherapeuten und künstlerischen Therapeuten ist im Vorschlag des GKV-SV in § 6 gegeben. DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme
3.11	DKPM	<u>Zu § 6 und 7 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalverordnung</u> Der Vorschlag der DKG zur Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalverordnung ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten unter Berücksichtigung einer notwendigen Flexibilität, die erforderlich ist, um Schwankungen bei der Anzahl verfügbaren Personals auffangen und Versorgung in einem für eine leitliniengerechte Behandlung notwendigen Umfang aufrecht erhalten zu können. Es sollte unbedingt vermieden werden, durch eine zu kleinteilige und zu engmaschig überprüfte Personalverordnung Nachteile für die Patientenversorgung durch z.B. kurzfristige Belegungssperren zu erzeugen.	GKV-SV/PatV: Das in § 6 im Vorschlag des GKV-SV etablierte Verfahren zur Ermittlung der Mindestvorgaben ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten je nach Belegung der Station in einem Kalendermonat. Sie stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen ohne Bettensperrungen möglich sind, denn die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Kurze Unterschreitungen können also ausgeglichen werden.</p> <p>Aus Qualitätsgesichtspunkten ist es relevant, dass das Personal auch dort ankommt, wo es benötigt wird: am Patienten. Besonders vulnerable Patientengruppen sind häufig auf bestimmten Stationen untergebracht: Akutstation, Demenzstation, Kinder- und Jugendstation. So kann ein Haus zwar einrichtungsbezogen eine Personalausstattung über 100 % nachweisen, auf den Akutstationen kann aber trotzdem nur 90 % des erforderlichen Personals anwesend sein. Deshalb sollte der Personalnachweis pro Station erfolgen.</p> <p>Der Wunsch, (zeitlich) nicht zu kleinteilig zu erfassen, muss vor dem Anliegen relativiert werden, dass eine Nichterfüllung auch über begrenzte Zeitabschnitte vorliegen kann und dann über das Jahr statistisch nicht ins Gewicht fällt. Für die Patienten ist jedoch nicht der Jahresdurchschnitt relevant, sondern die Versorgungsqualität in der jeweiligen Situation.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
3.12	DKPM	<u>Zu § 8 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad</u>	GKV-SV/PatV: Die Anrechenbarkeit der Berufsgruppen ist gegeben und in Anlage

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Der Vorschlag des GKV-SV zur Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und des Umsetzungsgrades erscheint nicht realitätsgerecht. Die Kleinteiligkeit der zeitlichen wie auch berufsgruppenbezogenen Betrachtung nimmt den Kliniken jede Möglichkeit, Schwankungen in der Personalbesetzung auszugleichen und laufende Behandlungsprozesse kontinuierlich zu führen. Insbesondere kleine Behandlungseinheiten, die in der wohnortnahen Versorgung eine wichtige Rolle spielen, wären bei der Krankenhausfinanzierung und damit existenziell deutlich beeinträchtigt. Um die politisch gewünschte Erhaltung einer wohnortnahen Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen gerecht zu werden, müssen hier Regelungen getroffen werden, die größere Episoden (Jahre oder Quartale) betrachten und eine Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppe ermöglichen (wie es der DKG-Position in §7 entspricht).</p>	<p>4 verortet.</p> <p>Die Erfassung der Station – möglichst kalendermonatlich – ist unabdingbar und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird. Kurzfristige Unterschreitungen sind dabei möglich (siehe Auswertung zu Zeilennr. 3.9).</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
<p>3.13</p>	<p>DKPM</p>	<p><u>Zu § 10 Leitungskräfte</u></p> <p>Zur Sicherstellung einer leitliniengerechten und qualitätsgesicherten Behandlung ist eine Personalbemessung für leitende Ärzte/Psychologen, sofern damit auch die Oberärzte gemeint sind, im Verhältnis 1:8 zu den ermittelten Ärzten/Psychologen nicht sachgerecht, da mit diesem Zuordnungsverhältnis qualitätssichernde Maßnahmen einschließlich der in der Weiterbildungsordnung geforderten engmaschigen Supervisionen nicht in ausreichendem Umfang zu erbringen sind. Für eine leitliniengerechte qualitativ gute Behandlung ist ein Verhältnis von 1:4 leitende Ärzte/Psychologen zu den ermittelten Ärzten/Psychologen erforderlich.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Minutenwerte für Ärzte umfassen zusammengefasst sowohl die Regelaufgaben der Stationsärzte als auch die Regelaufgaben der Oberärzte. Leitende Ärzte sind definiert als Letztverantwortliche für die Behandlung (Chefärzte). Je nach Organisationsstruktur einer Klinik können sich rein rechnerisch mehr leitende Ärzte als tatsächliche Chefärzte ergeben. Dieser „Überhang“ wird dann dem ärztlichen Bereich zugeordnet.</p> <p>BPtK: Beim Verhältnis 1:8 werden zu den 8 Ärzten/Psychologen nicht nur Weiterbildungsteilnehmer, sondern auch Ärzte/Psychologen mit abgeschlossener Weiterbildung/Ausbildung gezählt. Nach den Ergebnissen einer Studie des Deutschen</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Krankenhaus weisen „good practice“-Beispiele der Weiterbildung ein Verhältnis von 1 Weiterbildungsbefugten zu 6 Weiterzubildenden aus. (Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten im Krankenhaus, DKI-Projekt im Auftrag der BPtK 2017, https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/aus-und-weiterbildung-von-psychotherapeuten-im-krankenhaus.pdf)</p> <p>DKG/GKV-SV: Leitungskräfte sind u.a. neben Bereitschaftsdiensten und Geneungsbegleitern in den Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu berücksichtigen (§ 2 Abs. 11). Es wird in dieser Richtlinie keine verbindliche Mindestvorgabe für Leitungskräfte definiert.</p>
3.14	DKPM	<p><u>Zu § 10 / §12 Stationsgröße</u></p> <p>Im Bereich der Psychosomatik sind Stationsgrößen >18 Pat., in Fachkrankenhäuser bis 28 Pat. möglich, wobei innerhalb einer Station vielfach unterschiedliche Behandlungssettings vorgehalten werden. Es gibt hier keine empirischen Erkenntnisse, dass alleine die Stationsgröße Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben könnte. Daher wird eine Begrenzung auf 24 Behandlungsplätze nicht unterstützt.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Es handelt sich um eine Soll-Vorschrift. Die Empfehlungen zur Stationsgröße sind Ableitungen aus den Expertengesprächen des G-BA, die als Expertenmeinung zu werten sind und im ersten Anpassungsprozess in zwei Jahren ggf. nachjustiert werden.</p> <p>Die Erhöhung der Minutenwerte in §9 Abs. 2 bei Überschreitung der empfohlenen Stationsgröße wird für die Psychosomatik ausgesetzt.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme
3.15	DKPM	<p><u>Zu § 11 Genesungsbegleiter</u></p> <p>Genesungsbegleiter spielen in der Psychosomatischen Medizin aufgrund der spezifischen Behandlungsziele und –mittel keine wichtige Rolle und sollten nicht zum verpflichtenden Strukturmerkmal werden.</p>	<p>GKV-SV/PatV/BPtK: Es handelt sich um eine Empfehlung, die bei ähnlichem Indikationsspektrum auch in der Psychosomatik sinnvoll sein kann.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
3.16	DKPM	<p><u>Zu § 12 Umsetzung in ein Behandlungsangebot</u></p> <p>Die Forderung, die Mindestvorgaben für die Personalausstattung nach dieser Richtlinie in ein konkretes Behandlungsangebot umzusetzen bedeuten einen erheblichen Eingriff in die Gestaltung der Behandlungskonzepte und überschreitet damit deutlich den Auftrag einer solchen Richtlinie. Die genannten Ziele sind zum Teil keine Behandlungsziele einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung (z.B. Verzicht auf geschlossenen Stationen / Vermeidung geschlossener Türen, Verhinderung von Zwang und Prävention von aggressivem Verhalten) oder widersprechen den Anforderungen an die stets aufrechtzuerhaltenden Personalmengen (z.B. möglichst leistungssektorenübergreifende Behandlerkonstanz).</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die vom GKV-SV und der PatV benannten Punkte sind nicht als „Eingriffe in die Gestaltung von Behandlungskonzepten“ anzusehen. Es handelt sich um eine Listung von Einzel- und Systeminterventionen, die sich aus den gängigen Leitlinien ableiten lassen und den gegenwärtigen Erkenntnisstand einer zeitgemäßen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung widerspiegeln. Somit sollten sie auch für die Psychosomatik von Relevanz sein.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
3.17	DKPM	<p><u>Zu § 9/13/15 Ausnahmetatbestände</u></p> <p>Die Definition von Ausnahmetatbeständen, wie von der DKG formuliert, werden von</p>	Dank und Kenntnisnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		uns unterstützt.	
3.18	DKPM	<p><u>Zu § 10/14/16 Nachweisverfahren und Strukturabfrage</u></p> <p>Der Nachweis des jahresdurchschnittlichen Umsetzungsgrad der Mindestvorgaben, wie von der DKG vorgeschlagen, ist realistisch und reicht für die Umsetzung einer leitliniengerechten, transparenten, leistungsbezogenen Behandlung, wie sie das PsychVVG fordert, aus. Die kleinteiligen Nachweisverfahren von GKV-SV und PatV gefährden hingegen eine kontinuierliche Funktionsfähigkeit von Kliniken und Abteilungen und damit die Versorgungssicherheit der Patienten.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Erfassung der Station – möglichst kalendermonatlich – ist unabhängig und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird.</p> <p>Das in § 11 im Vorschlag des GKV-SV und der PatV etablierte Nachweisverfahren stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen möglich sind. Die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können so ausgeglichen werden. Die Flexibilität des Krankenhauses bleibt so erhalten.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
3.19	DKPM	<p><u>Zu § 12/17 Durchsetzungsmaßnahmen/Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</u></p> <p>Die Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind von großer Bedeutung, um die gesetzgeberisch beabsichtigten Effekte auch erreichen zu können. Sie sollten die Leistungserbringer aber in erster Linie unterstützen und Entwicklungs- und Anpassungsprozesse fördern und ermöglichen, wie in den Vorschlägen der DGK, die wir unterstützen, vorgesehen. Die Vorschläge von Sanktionen der GKV-SV sind hingegen vorwiegend nicht entwicklungsfördernd und nicht geeignet</p>	<p>GKV-SV/PatV: Auch der GKV-SV setzt sich für ein gestuftes System bei der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach § 137 Abs. 1 SGB V, konkretisiert in der QFD-RL des G-BA, ein. Allerdings wird nach QFD-RL bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen von dem gestuften System abgewichen. So heißt es dort in § 5 Abs. 2: „Werden Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Verbesserungen zu ermöglichen sondern sie sind existenzgefährdend, dem Patientenwohl nicht dienlich und damit abzulehnen.</p>	<p>SGB V nicht erfüllt, ist der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen.“ https://www.g-ba.de/beschluesse/3766/.</p> <p>Das gestufte Verfahren ist ab diesem Punkt nicht mehr anzuwenden, sondern kann nur vor der Unterschreitung der Mindestanforderung Anwendung finden. Dem hat der GKV-SV in § 13 Abs. 3 Rechnung getragen, und dass Krankenhaus verpflichtet schon vor Erreichung der Mindestanforderung eine Zielvereinbarung abzuschließen, falls es sich der Mindestanforderung nähern sollte.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
<p>3.20</p>	<p>DKPM</p>	<p><u>Zu § 13/18/20 Anpassung der Richtlinie</u></p> <p>Das DKPM unterstützt die Vorschläge von DKG und BpTK zur Anpassung der Richtlinie. Bis zum 30. September 2024 soll ein neues Modell zur Ausgestaltung der Personalvorgaben entwickelt werden, das der Ableitung des Personalbedarfs in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in einem ausreichend differenzierten Modell auch eventuelle psychische bzw. psychosomatische Multimorbiditäten und entsprechend individuell und bedarfsgerecht angepasste Behandlungssettings zugrundelegen sollte. Für die Bestimmung des patientenbezogenen Personalbedarfs sind die sich aus einer multiaxialen Diagnostik ergebenden Behandlungsziele und –mittel (Settings) differenziert und überprüfbar darzustellen (z.B. über eine Erfassung berufsgruppenspezifischer Therapieeinheiten sowie des medizinischen Behandlungs-</p>	<p>GKV-SV: Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>Das Plattform-Modell wurde neben anderen (Setting-Modell, PEPP-basiertes Modell) zur Ermittlung von Personalvorgaben oder Mindestpersonalvorgaben in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik vom G-BA geprüft. Keines der ge-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>aufwands). Das neue Modell ermöglicht dann eine differenzierte Überprüfung der Einhaltung der Mindestanforderungen sowie der Umsetzung in eine leitliniengerechte Patientenversorgung.</p>	<p>prüften Modelle hatte hinreichenden Reifegrad erlangt. Keines der Modelle war in der Praxis erprobt – Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen lagen nicht vor – so dass eine jetzige Einführung nicht in Frage kommt.</p> <p>BPtK: Grundsätzliche Zustimmung, aber keine Vorfestlegung auf die Ermittlung des patientenbezogenen Behandlungsbedarfs anhand einer multiaxialen Diagnostik, wie sie im „Plattform Modell“ vorgeschlagen wird. Das „Plattform Modell“ ist noch zu wenig ausgearbeitet, um beurteilen zu können, nach welchen Kriterien der Patientenbedarf bestimmt und operationalisiert werden soll und ob und inwieweit Transparenz und Überprüfbarkeit der Einstufung sowie der Leistungen gewährleistet werden.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
<p>3.21</p>	<p>DKPM</p>	<p><u>Zu § 15/20/22 Übergangsregelungen</u></p> <p>Um den Leistungserbringern notwendige Anpassungen zu ermöglichen sind Übergangsregelungen wichtig. Eine Erfüllung der Mindestvorgaben in Höhe von 80% in den Jahren 2020 und 2021 und in Höhe von 90% in den Jahren 2022 und 2023, wie von der Vorsitzenden UA QS vorgeschlagen, ist sachgerecht.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Wie in den Tragenden Gründen zu § 6 Abs. 5 erörtert, wird die Psych-PV derzeit von 52 % der Krankenhäuser zu 80 % bis 100 % umgesetzt. In Anbetracht der Streuung wird die Mindestvorgabe, die zukünftig von allen Einrichtungen verbindlich eingehalten werden muss, in Höhe von</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			80 % der Personalstellen angesetzt, die sich nach § 6 Abs. 1 bis 4 ergeben.
3.22	DKPM	<p><u>Zu Anlage 1 Eingruppierungsempfehlung</u></p> <p>Eine Eingruppierung der Psychosomatischen Medizin in den Behandlungsbereich Psychiatrie ist nicht sachgerecht. Zur Begründung wird auf die Ausführungen zu § 3 und §4 Behandlungsbereiche dieser Stellungnahme verwiesen. Das Beispiel des GKV-SV zur Begründung der Eingruppierung einer Pat. mit Anorexia nervosa in den Behandlungsbereich A1 ist merkwürdig, da hier eine für eine Krankenhausbehandlung der AN eher untypische Konstellation dargestellt wird und der bei diesem Krankheitsbild zu betreibende diagnostische und therapeutische Aufwand in A1 weder adäquat abgebildet ist noch nach 2 Wochen eine Konstellation erreicht werden kann, die eine andere Eingruppierung in eine noch aufwandsärmere Gruppe rechtfertigen würde. Dass in eine Intensivbehandlung nur psychiatrische Patienten eingestuft werden sollen, macht deutlich, dass der GKV-SV sich nicht wirklich mit der Definition eines medizinisch begründeten sachgerechten Aufwandes zur Behandlung von Patienten mit schweren psychosomatischen Erkrankungen auseinandergesetzt hat. Wie bereits gezeigt kann empirisch belegt werden, dass die Gleichsetzung der Kategorie A5 mit der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung nicht sachgerecht ist.</p> <p>Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist, wie dargelegt, ein eigenständiger medizinisch-wissenschaftlich begründeter Behandlungsbereich mit differenziert ausgearbeiteten und empirisch überprüften Behandlungsmitteln und benötigt, um in das jetzt vorgeschlagene System der Mindestpersonalbemessung einbezogen werden zu können, einen eigenen Behandlungsbereich, wie von der DKG mit der Bezeichnung P = psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung vorgeschlagen (Seite 41/42 PPP-RL). Hierzu existieren seit 1993 in Analogie zur PsychPV berufsgruppenspezifische Minutenwerte (Heuft G et al 1993), die seit 25 Jahren Grundlage der Per-</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir verweisen auf die Tragenden Gründe zu § 3 (GKV-SV) Behandlungsbereiche und zu Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen.</p> <p>Um die Besonderheiten bei der Behandlung von Patienten in psychosomatischen Einrichtungen abbilden zu können, wird der Behandlungsbereich A5 im Vorschlag des GKV-SV für die Psychosomatik geöffnet und heißt neu „Psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung“. Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens schlägt der GKV-SV vor, einen neuen Behandlungsbereich A7 für die psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung aufzunehmen. Dieser wird mit dem OPS 9.63 bzw. 9.62 verknüpft und steht psychiatrischen als auch psychosomatischen Patienten offen, die über die gleichen Störungen, Behandlungsmittel und Behandlungsziele verfügen.</p> <p>DKG/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		sonalbemessung in Kliniken/Abteilungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und Grundlage für die Krankenhausplanung in einigen Bundesländern sind (Janssen PL et al. 1999), die empirisch geprüft (Heuft G et al. 2015) und mit Daten des InEK und des DKI verglichen wurden.	
3.23	DKPM	<p><u>Zu Anlage 4/5:</u></p> <p><u>DKG: 3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik</u></p> <p>Das Tätigkeitsprofil des Arztes in der Psychosomatik unterscheidet sich wesentlich von dem des Arztes in der Psychiatrie. Er versteht sich schwerpunktmäßig als ärztlicher Psychotherapeut und ist in seiner konkreten Tätigkeit in extrem hohem Umfang auch selbst psychotherapeutisch tätig. Das bildet sich in seinem Tätigkeitsprofil deutlich ab und wird noch deutlicher, wenn eine zeitliche Gewichtung einzelner Tätigkeiten vorgenommen wird. Zusätzlich umfasst – gerade im Rahmen integrierter klinisch-psychosomatischer Komplexbehandlung im Sinne der OPS 9-642 – die ärztliche Tätigkeit in substanziellem Umfang auch eine somatisch-medizinische (Simultan-)Diagnostik, regelmäßige Abstimmung und Besprechungen mit kooperierenden somatischen Abteilungen, Organisation und Bewertung von Konsiliaruntersuchungen etc.</p> <p>Die im Anhang befindliche Liste (DKG: 3.) ist nicht umfassend, bildet nur einen Teil der Aufgaben der Berufsgruppen bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung ab und bedarf einer gründlichen Überarbeitung und Ausdifferenzierung.</p>	<p>GKV-SV: Ein Arzt in der Psychiatrie und Psychotherapie versteht sich ebenfalls (unter anderem) als ärztlicher Psychotherapeut.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p>
3.24	DKPM	<p><u>Schlussbemerkung</u></p> <p>Insgesamt stimmt das DKPM den von der DKG vertretenen Positionen zu, insofern nicht durch die vorgenannten Anmerkungen Anpassungen vorgenommen werden müssen. Im Gegensatz zu den vorwiegend ökonomiegetriebenen Vorschlägen des</p>	<p>GKV-SV: Der GKV-SV hat den Richtlinienentwurf konsequent aus der Patientenperspektive und damit aus der Sicht seiner Versicherten geschrieben. Die Unterstel-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>GKV-SV, die insgesamt zu einer deutlichen Verschlechterung der Behandlungsbedingungen von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen führen würden, nehmen die Vorschläge der DKG differenziert Bezug zu den vom Gesetzgeber beabsichtigten Entwicklungen im Hinblick auf Leistungsorientierung und -transparenz, Verbesserung der Behandlungsqualität durch sachgerechte Personalausstattung und Leitlinienbezug bei insgesamt vertretbarem Bürokratieaufwand für die Leistungserbringer.</p>	<p>lung, der Entwurf sei rein ökonomiegetrieben, ist nicht zutreffend.</p> <p>Es ist doch wohl eher so, dass die langfristige Absenkung der Mindestanforderungen auf 80 % der bisherigen Psych-PV – wie von der DKPM vorgeschlagen eine deutliche Verschlechterung der Behandlungsbedingungen der Patienten darstellt.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p>
	DKPM	<p>Literatur:</p> <p><i>Friederich HC, Heuft G, Cuntz U, Hildenbrand G, Rothe HM, Blum K, Krüger C, Hochlehnert A, Kruse J, Raible C (2018) Personalausstattung: Befragung psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken und Abteilungen in Deutschland. Z Psychosom Med Psychother 64, 334–349.</i></p> <p><i>Heuft G, Hochlehnert A, Barufka S, Nikendei S, Kruse J, Zipfel S, Hofmann T, Hildenbrand G, Cuntz U, Herzog W, Heller M (2015) Normativ-empirische Bestimmung des Personalbedarfs in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 61, 384–398.</i></p> <p><i>Heuft G, Senf W, Janssen PL, Pontzen W, Streeck U (1993) Personalanhaltszahlen in psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen der Regelversorgung. Psychotherapie, Psychosom., Med. Psychol. 43, 262-270.</i></p> <p><i>Janssen PL, Franz M, Herzog T, Heuft G, Paar G, Schneider W (1999) Wissenschaftliches Gutachten zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg.</i></p> <p><i>Kunze H, Kaltenbach L (1996) Psychiatriepersonalverordnung. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln.</i></p>	
4.	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE), 12. Juni 2019		
4.1	BPE	<p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Der BPE begrüßt die Bestrebungen die Mindestpersonalvorgaben für das Klinikpersonal in der Psychiatrie in der Richtlinie PPP festzulegen, weil die bisher nur als Anhaltszahlen geltenden Vorgaben der PsychPV mit der Realität der psychiatrischen</p>	Dank und Kenntnisnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Versorgung in den Kliniken nicht vereinbar sind.	
4.2	BPE	<p><u>Zu § 5 DKG / § 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen</u></p> <p>Für den BPE ist nicht nur Zahl und formale Qualifikation des therapeutischen Personals wichtig, sondern auch Haltung und Einstellung des therapeutischen Personals, die mit Vorgaben der UN-BRK und geltenden Menschenrechten vereinbar sein müsste.</p> <p>In diesem Zusammenhang schlagen wir vor, dass in der neuen Richtlinie PPP die Verpflichtung des gesamten therapeutischen Personals entsprechende Schulungen im Bereich der Menschenrechte und Deeskalation zu absolvieren festgelegt werden.</p> <p>Die psychiatrische Behandlung und Pflege darf außerdem nur von den in der Richtlinie aufgeführten Berufsgruppen ausgeübt werden und keinesfalls auf andere unqualifizierte Berufsgruppen, wie beispielsweise Sicherheitsdienste übertragen werden. Weil die jetzige Praxis leider oft anders aussieht, müsste ein Verbot der therapeutischen und pflegerischen Tätigkeit durch andere Berufsgruppen in der Richtlinie klar formuliert werden.</p>	<p>GKV-SV/PatV/DPR: Grundsätzliche Übereinstimmung. Die Richtlinie regelt erst in einem zweiten, zeitnahen Schritt die Qualifikation des therapeutischen Personals. Der Vorschlag des BPE, nicht nur die formale Qualifikation festzulegen, sondern auch verpflichtende Schulungen vorzusehen, wird unterstützt und in die Weiterentwicklung der Richtlinie eingebracht.</p> <p>DKG: Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienbewertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise – auch bzgl. des Themas „Qualifikationsanforderungen“. Die Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der PPP-RL festzulegenden Mindestpersonalsvorgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA – zu Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie – in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psych-PV</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.</p> <p>GKV-SV/PatV: Welche Ersetzungen des fehlenden Personals zulässig sind, wird in § 8 geregelt. Darin wird deutlich, dass Ersetzungen ausschließlich innerhalb der in der Richtlinie genannten Berufsgruppen möglich sind.</p> <p>DKG: Die Möglichkeit der Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen wird im vorliegenden Richtlinienentwurf bereits beschränkt. Die Anrechenbarkeit ist gemäß § 6 Absatz 6 nur möglich, wenn es sich hierbei um Tätigkeiten im Rahmen therapeutischer Aufgaben handelt. Auch in der Psych-PV bestand die Möglichkeit, Fachkräfte anderer Berufsgruppen der Psych-PV und anderer nicht in der Psych-PV genannter Berufsgruppen auf die Personalstellen anzurechnen. Auch der Bundesrat führte in seiner Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf des</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			PsychVVG aus, dass in Anbetracht des herrschenden Fachkräftemangels die Einrichtungen die Möglichkeit haben müssen, Personalengpässe mit Hilfe anderer Berufsgruppen auszugleichen und diese dementsprechend weiterhin angerechnet werden können.
4.3	BPE	<p><u>Zu § 11 (GKV-S V) / §13 (PatV,LV) Genesungsbegleiter</u></p> <p>Wir begrüßen, dass die Berufsgruppe der Genesungsbegleiter in dem neuen Richtlinienentwurf fest verankert ist. Einige Studien haben schon gezeigt, dass der Präsenz und die Arbeit der Genesungsbegleiter sich positiv auf die Behandlung, auf die Stationsabläufe und auf die Atmosphäre auswirken.</p> <p>Die Beschäftigung dieser Berufsgruppe darf aber nicht nur eine Alibifunktion erfüllen, sondern ihre Tätigkeit sollte gleichberechtigt mit anderen Berufsgruppen erfolgen und entsprechend tariflich bezahlt werden.</p> <p>Der BPE plädiert deshalb dafür, dass alle Beteiligten der Richtlinie PPP und insbesondere DKG und GKV sich dafür einsetzen, dass die flächendeckende Beschäftigung der Genesungsbegleiter (zumindest ein Genesungsbegleiter mit halber Stelle pro Station) bis zum bestimmten Datum gesichert werden. Diese Absichtserklärung soll auch ein Bestandteil dieser Richtlinie werden.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG/DPR: Genesungsbegleiter übernehmen bereits in vielen Einrichtungen eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten, es gibt derzeit jedoch noch keine einheitliche Ausbildungsform dieser Berufsgruppe. Vor diesem Hintergrund wird der Einsatz von Genesungsbegleitern nicht unter den Mindestvorgaben dieser Richtlinie verortet. Genesungsbegleiter sind jedoch gemäß § 6 Abs. 7 bei den Vereinbarungen auf Ortsebene zu berücksichtigen.</p> <p>PatV: Die PatV unterstützt den Vorschlag dankend und wird sich dafür einsetzen, dass die erforderlichen Minutenwerte im Rahmen der zweiten Stufe konkretisiert werden.</p>
4.4	BPE	<p><u>Zu §12 DKG Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben</u></p> <p><u>Zu §17 (GKV-SV).§19 (PatV) Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</u></p>	<p>GKV-SV: Der Schutz und das Vertrauen der Patienten erfordern es, dass vom G-BA</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Was Konsequenzen der Nichterfüllung der neuen Personalvorgaben betrifft, sind wir der Meinung dass der Vergütungsabschlag, bzw. Vergütungsausfall nicht ausreicht, sondern um gefährliche Behandlung und Pflege zu vermeiden, müsste beim bestimmten Nichterfüllungsgrad Behandlungsverbot und Schließung der (Teil)Stationen als Konsequenzen erfolgen.</p>	<p>festgelegte, verpflichtende Qualitätsanforderungen konsequent eingehalten werden.</p> <p>GKV-SV/PatV: Die Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen des G-BA sind in der QFD-RL des G-BA geregelt. Landesaufsichtsbehörden werden über die Nichterfüllung oder drohende Nichterfüllung informiert. Entsprechende Konsequenzen obliegen den Landesaufsichtsbehörden.</p> <p>DKG: Die Folgen der Unterschreitung der Mindestvorgaben sind gesetzlich in § 137 Abs. 1 SGB V festgelegt. Gemäß dieser gesetzlichen Vorgabe ist ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen vorzusehen. Ein Behandlungsverbot und eine Schließung von Stationen kann in diesem gestuften System nicht vorgesehen werden, da diese Konsequenzen zu einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung der Patienten führen würden.</p>
4.5	BPE	<p><u>Zu § 10 DKG Nachweisverfahren und Strukturabfrage</u></p> <p><u>Zu § 14 (GKV-SV), §16 (PatV) Nachweisverfahren</u></p> <p>Schließlich müssten auch, außer regelmäßigen, in der Richtlinie aufgeführten Nachweisen und Kontrollen der Mindestpersonalausstattung zusätzliche unangemeldete</p>	<p>GKV-SV/PatV: Der G-BA hat in seiner Richtlinie nach § 137 Abs. 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a SGB V (MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, MDK-QK-RL) festgelegt, dass</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Kontrollen der Zahl und Qualifikation des Personals festgelegt werden, wenn es ernsthafte Hinweise von anderen Gremien, wie Besuchskommissionen und unabhängige Ombuds- und Beschwerdestellen gibt, dass es strukturelle Probleme in den Krankenhäusern, insbesondere bei der Behandlung von gegen ihren Willen untergebrachten Patienten stattfinden.</p> <p>Die Zusammenarbeit zwischen der Kontrollinstanz MDK und Besuchskommissionen und Ombuds- und Beschwerdestellen müsste verpflichtend sein und in der neuen Richtlinie PPP fest verankert werden.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrollen des MDK durch Anhaltspunkte begründet sein müssen (Anhaltspunkte können durch sonstige Dritte gemeldet werden) sowie 2. Stichprobenprüfungen zur Datenvalidierung möglich sind. <p>Es ist darauf zu achten, dass bei der Konkretisierung der MDK-QK-RL im besonderen Teil diese Gesichtspunkte aufgenommen werden.</p> <p>DKG: Gemäß § 8 Abs. 1 der Richtlinie nach § 137 Abs. 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a SGB V (MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, MDK-QK-RL) sind aufgrund von Anhaltspunkten unangemeldete Kontrollen der Einhaltung der Vorgaben möglich. Die Konkretisierung dieser Kontrollen wird noch im entsprechenden Abschnitt der MDK-QK-RL ausgestaltet. Art und Verfahren von Qualitätskontrollen werden somit nicht in dieser Richtlinie, sondern in der MDK-QK-RL festgelegt.</p>
4.6	BPE	<p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Insgesamt fordert der BPE weitere kontinuierliche Arbeit der AG-PPP im G-BA, damit zumindest die geplante erste Stufe der Umsetzung der Richtlinie PPP ab 1.1.2020 fertig wird. Die erste Stufe sollte aber keinesfalls die Letzte bleiben, sondern es muss in absehbarer Zeit die zweite und letzte Stufe fertig erarbeitet werden, um die jetzige</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV/PatV: Der G-BA ist verpflichtet, eine Erstfassung der PPP-RL bis zum 30.09.2019 zu beschließen, damit die PPP-RL fristgerecht zum 01.01.20120 in</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		mangelhafte personelle und strukturelle Lage in der klinischen Psychiatrie im Interesse der Patienten wesentlich zu verbessern.	Kraft treten kann. Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben. BPtK/DPR: Zustimmung. DKG: Eine verbindliche Regelung zur Entwicklung einer zweiten Stufe wird in § 13 aufgeführt.
5.	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE), 13. Juni 2019		
5.1	DVE	<u>Allgemeiner Hinweis:</u> Der DVE bewertet den Richtlinienentwurf als problematisch, er wird dem gesetzlichen Auftrag zu qualitätsbezogenen und leitliniengerechten Personalmindestvorgaben nicht gerecht. Da das ursprüngliche Konzept zur Ermittlung belastbarer Daten für eine Berechnungsgrundlage keine nutzbaren Ergebnisse gebracht hat und sich nun tendenziell eine Fortschreibung der bisherigen PsychPV-Berechnung abzeichnet, muss die Richtlinie mit verbindlichem Zeitplan weiterentwickelt werden. Das sich aktuell abzeichnende Verfahren kann nur eine Übergangslösung sein. In diesem Sinne sind unsere Ausführungen zu den einzelnen Abschnitten zu verstehen.	Dank und Kenntnisnahme. Der verbindliche Zeitplan zur Weiterentwicklung der Richtlinie findet sich in §13/18/20
5.2	DVE	<u>Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich</u> <u>Abs. 3 (DKG etc)</u> Stellungnahme/Änderungsvorschl	DKG: Dank und Kenntnisnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Die aus dieser Richtlinie resultierenden Personalvorgaben gestalten somit den Übergang in die zweite Stufe bis zum 31. Dezember 2024.</p> <p>Begründung: Die konkrete Begrenzung der Übergangszeit wird vom DVE ausdrücklich begrüßt.</p>	
5.3	DVE	<p><u>Zu § 2 Grundsätze</u> <u>Abs. 9 (DPR):</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorschl</p> <p>Die Anzahl der Patienten einer Station (Stationsgröße) hat einen erheblichen Einfluss auf das Stationsmilieu und die Qualität der Behandlung. Ziel ist deshalb, auf den Stationen der Erwachsenenpsychiatrie 18 Behandlungsplätze, der Kinder- und Jugendpsychiatrie zehn Behandlungsplätze und der Psychosomatik 22 Behandlungsplätze nicht zu überschreiten</p> <p>Begründung: Diese Zielgrößendefinition der Stationsgrößen unterstützen wir unter qualitativen Gesichtspunkten ausdrücklich.</p>	<p>GKV-SV/DPR/PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Der gesetzliche Auftrag umfasst die Festlegung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung und nicht für Stationsgrößen.</p>
5.4	DVE	<p><u>Zu § 2 Grundsätze</u> <u>Abs. 10 (neu):</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorschl</p> <p>Die Anzahl der Patienten in einer Gruppe bei der Gruppentherapie hat einen erheblichen Einfluss auf die Durchführbarkeit und die Qualität der Behandlung. Ziel ist deshalb, dass die Gruppengröße von 3 - 8 Personen in therapeutischen Gruppen eingehalten wird.</p>	<p>Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienbewertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise auch zu den Gruppengrößen in therapeutischen Gruppen. Hinweise für entsprechende Empfehlungen können bei der Weiterentwicklung gemäß § 13/§18/20 der Richtlinie geprüft werden.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Begründung:</p> <p>Eine wirksame therapeutische Gruppe, die den Bedürfnissen der einzelnen Patienten gerecht wird, muss in der Anzahl der Teilnehmer begrenzt sein. Im Rahmen der Heilmittelrichtlinie (HMR) in der ambulanten Versorgung der Ergotherapie sind Gruppengrößen mit 3-6 Personen festgelegt; eine wesentliche Abweichung davon wäre bei Patienten, die im Vergleich zur ambulanten Situation in der stationären Versorgung eher schwerer betroffen sind, nicht nachvollziehbar. (Quelle: Anlage1 zur HMR, Leistungsbeschreibung Ergotherapie, 10.4 Psychisch-funktionelle Behandlung)</p>	
5.5	DVE	<p><u>Zu § 3 Behandlungsbereiche</u></p> <p><u>Abs. 1 und 2:</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorschl</p> <p>Streichung der A3, S3, G3, KJ4</p> <p>Begründung:</p> <p>Auf Grundlage der vorgelegten Daten und Erläuterungen können wir der Streichung der Positionen A3, S3, G3, KJ4 folgen, allerdings ist dies dann mit ein Argument dafür, die Minutenwerte bei den Ergotherapeuten anzuheben (diese waren bei A3 höher, wenn diese nun in A1 aufgehen braucht es eine Angleichung)</p>	<p>GKV-SV: _Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens wurde die Streichung der Kategorien A4, S4 und G4 zurück genommen.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Warum in der Erstfassung der Richtlinie keine Anpassung der Minutenwerte erfolgt, wird ausführlich in den Tragenden Gründen dargestellt.</p>
5.6	DVE	<p><u>Zu § 3 Behandlungsbereiche</u></p> <p><u>Abs. 1 und 2:</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorschl</p> <p>Beibehaltung der A4, S4, G4, KJ5</p> <p>Begründung:</p>	<p>GKV-SV: Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens wurde die Streichung der Kategorien A4, S4 und G4 zurück genommen.</p> <p>BPtK: Unter Verweis auf die Häufigkeit, in der die einzelnen Behandlungsbereiche genutzt werden, keine Zustimmung.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Wir sprechen uns für die Beibehaltung der Positionen A4, S4, G4, KJ5 aus. Auch wenn eine Langzeitbehandlung vermieden werden soll, so erfordert eine Klientel mit schwerer oder mehrfacher Erkrankung ein angepasstes Behandlungskonzept. Leider bilden die derzeitigen Minutenwerte hier keine angemessene Grundlage, sodass hier Anpassungsbedarf besteht. Dies spricht aber nicht gegen die Kategorisierung.	DKG: Dank und Kenntnisnahme
5.7	DVE	<p><u>Zu § 3 Behandlungsbereiche</u></p> <p><u>Abs. 1 und 2:</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorsch</p> <p>Auflösung A5, S5, G5</p> <p>Begründung:</p> <p>Hier können wir der vorgelegten Argumentation folgen bzgl. der inhaltlichen Integration der A5/S5/G5 in die anderen Behandlungsbereiche.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>BPtK: Unter Verweis auf die Häufigkeit, in der die einzelnen Behandlungsbereiche genutzt werden, keine Zustimmung der Auflösung von A5. Siehe Erläuterungen in den Tragenden Gründen (aber von S5 und G5).</p> <p>DKG: In der Erstfassung der Richtlinie werden keine wesentlichen Änderungen in der Systematik der Psych-PV vorgenommen und die Gründe ausführlich in den Tragenden Gründen dargestellt.</p>
5.8	DVE	<p><u>Zu § 3 Behandlungsbereiche</u></p> <p><u>Abs. 1 und 2:</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorsch</p> <p>Erweiterung um A9, KJ9 (StäB)</p> <p>Begründung:</p> <p>Wir unterstützen die Einrichtung der Behandlungsbereiche A9, KJ9, die eine eigenständige Kategorisierung verlangen.</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

5.9	DVE	<p><u>Zu § 3 Behandlungsbereiche</u></p> <p><u>Abs. 1 und 2:</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorschl</p> <p>Neudefinition P oder alternativ Umwidmung A5</p> <p>Begründung:</p> <p>Wir unterstützen eine (Neu-) Definition eines Behandlungsbereichs für die Psychosomatik.</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p>
5.10	DVE	<p><u>Zu § 5 Berufsgruppen:</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorschl</p> <p>d) Spezialtherapeuten [GKV-SV / PatV: (Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten)]</p> <p>Änderung in</p> <p>d) Ergotherapeuten e) Künstlerische Therapeuten f) Bewegungstherapeuten / Physiotherapeuten g) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP) h) Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)</p> <p>Begründung:</p> <p>Ergotherapeuten bilden eine eigenständige Berufsgruppe und unterscheiden sich von den anderen Fachtherapeuten wie Kunst-, Musik- oder Kreativtherapeuten. Jede dieser Berufsgruppen verfügt über eine eigenständige Ausbildung und eigenständige Inhalte und Konzepte. Ebenso erfolgt eine eigenständige, spezifische Befunderhebung, Therapieplanung und Evaluation. Zudem beinhaltet zeitgemäße Ergotherapie eine Ausrichtung auf Alltags- und Handlungskompetenz. Kreative Aspekte sind nur ein Zugang unter vielen zur Verbesserung von Handlungskompetenz, Alltagsfähigkeiten und</p>	<p>Der G-BA sieht es nicht als Aufgabe der Richtlinie an, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p> <p>DKG: Bei der Definition der Berufsgruppe werden hier verschiedene Berufe und Qualifikationen unter der Bezeichnung der „Spezialtherapeuten“ subsummiert. Eine abschließende Aufzählung birgt das Risiko, dass spezifische Therapeuten oder auch sich neu entwickelnde Berufe nicht berücksichtigt werden.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Teilhabe. In der Ergotherapie ist die konkrete Lebenswelt des Patienten der Bezugsrahmen. Diese Spezifika finden sich so nicht in den künstlerischen Therapien, es kann also nicht egal sein, welche Berufsgruppe welche Therapie erbringt.</p>	
5.11	DVE	<p><u>Zu § 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung</u> <u>Abs. 6 (GKV-SV)</u> Stellungnahme/Änderungsvorsch Der G-BA legt bis zum 31. Dezember 2021 die Qualifikation und die fachlichen Anforderungen an das Personal fest. Für die zukünftige Festlegung ist die tatsächliche diesbezügliche Personalausstattung zu erheben Begründung: Eine Festlegung von Qualifikation und fachlichen Anforderungen unterstützen wir unter qualitativen Gesichtspunkten ausdrücklich.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienbewertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise auch zu den Qualifikationsanforderungen. Hinweise für entsprechende Empfehlungen können bei der Weiterentwicklung gemäß § 13 der Richtlinie geprüft werden.</p>
5.12	DVE	<p><u>Zu § 6 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung</u> <u>Abs. 8 (DKG)</u> Stellungnahme/Änderungsvorsch (Urlaub, Arbeitsunfähigkeit, Kur- und Heilverfahren, Externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Tätigkeiten als Personalrat / Betriebsrat / Angehöriger der Mitarbeitervertretung / Sicherheitsbeauftragter / Beauftragter für Arbeitssicherheit / Suchthelfer für eigene Mitarbeiter / Vertrauensmann für Schwerbehinderte / Vertreter der ausländischen Beschäftigten, Wochenfeiertage, Schutzfristen, Wehrübungen und weitere relevante Ausfallzeiten) sind bei der Vereinbarung von Personalstellen zwischen den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu berücksichtigen. Die gemäß Absatz 1 bis 6</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>ermittelten Personalstellen sind bei der Vereinbarung auf Ortsebene um die den Ausfallzeiten entsprechende Anzahl an Personalstellen zu erhöhen</p> <p>Begründung:</p> <p>Im Sinne der Klarstellung unterstützen wir eine entsprechende Formulierung.</p>	
5.13	DVE	<p><u>Zu § 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen</u></p> <p><u>Abs. 2 (DKG)</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorsch</p> <p>Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräfte aus den Berufsgruppen nach §5 <u>begrenzt</u> auf andere Berufsgruppen nach §5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß §5 möglich: zwischen a und c und zwischen <u>b</u>, d, e, f <u>und g</u>. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern. <u>Voraussetzung für eine Anrechnung ist eine gleichwertige Ausbildung.</u></p> <p>Begründung:</p> <p><u>Abs. 2</u></p> <p>Eine grundsätzliche Anrechnung von Berufsgruppen auf andere Berufsgruppen kann nur in engen Grenzen erfolgen, da die Überschneidungsbereiche inhaltlich sehr begrenzt sind. Sie ist für die Ergotherapie nur innerhalb der Fachtherapien (Ergotherapie(d), Bewegungstherapie / Physiotherapie (e), Künstlerische Therapien (f)) denkbar.</p>	<p>GKV-SV: Zustimmung. In § 8 ist die Anrechenbarkeit unter den Berufsgruppen entsprechend geregelt. Die Frage der gleichwertigen Ausbildung ist relevant. Eine Definition von Kriterien kann aber in dieser ersten Stufe der Richtlinie nicht erstellt werden.</p> <p>DKG: Die Möglichkeit der Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen wird im vorliegenden Richtlinienentwurf bereits beschränkt. Die Anrechenbarkeit ist gemäß § 6 Abs. 6 nur möglich, wenn es sich hierbei um Tätigkeiten im Rahmen therapeutischer Aufgaben handelt. Auch in der Psych-PV bestand die Möglichkeit, Fachkräfte anderer Berufsgruppen der Psych-PV und anderer nicht in der Psych-PV genannter Berufsgruppen auf die Personalstellen anzurechnen. Auch der Bundesrat führte in seiner Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf des PsychVVG aus, dass in Anbetracht des herrschenden Fachkräftemangels die Einrichtungen die Möglichkeit haben müssen,</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			Personalengpässe mit Hilfe anderer Berufsgruppen auszugleichen und diese dementsprechend weiterhin angerechnet werden können.
5.14	DVE	<p><u>Zu § 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen</u> <u>Abs. 3 (DKG)</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorschl</p> <p>Gemäß § 6 Absatz 6 können für den Nachweis der tatsächlichen Personalausstattung Fachkräfte anderer, in §5 nicht genannter Berufsgruppen im begrenzten Umfang auf die Berufsgruppen gemäß §5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. <u>Dies gilt nicht für Genesungshelfer.</u> Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern. Eine Anrechnung anderer, in §5 nicht genannter Berufsgruppen auf die Berufsgruppe des ärztlichen Dienstes ist ausgeschlossen. <u>Voraussetzung für eine Anrechnung ist eine gleichwertige Ausbildung.</u></p> <p>Begründung:</p> <p>Im Sinne der Klarstellung sollten diese Ergänzungen erfolgen.</p>	<p>BPtK/DPR/PatV: Zustimmung zum Punkt „Genesungsbegleiter“</p> <p>GKV-SV: bezüglich der Anrechenbarkeit siehe Zeilenr. 5.13</p> <p>DKG: siehe Erläuterung zu Zeilenr. 5.13</p>
5.15	DVE	<p><u>Zu § 8 (DKG) Minutenwerte Tagdienst</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorschl</p> <p>[DKG :In Abgrenzung zu den anderen in Anlage 2 aufgeführten Behandlungsbereichen, werden für die Behandlungsbereiche der stationsäquivalenten Behandlung keine Minutenwerte quantifiziert.]</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die Behandlungsbereiche in den Eingruppierungsempfehlungen wurden im Vorschlag des GKV-SV erweitert um die Stationsäquivalente Behandlung (ST1 und KJ9).</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Begründung:</p> <p>Aus unserer Sicht sollte eine Richtlinie auch eine Maßgabe bzgl. der StäB beinhalten.</p>	<p>Im Bereich ST1 können alle Kranken eingruppiert werden, die eine StäB benötigen (siehe Eingruppierungsempfehlung).</p> <p>Mit Hilfe der Nachweise und der Strukturabfrage sollen künftig empirische Werte, die eine Maßgabe für die StäB ermöglichen, gewonnen werden.</p> <p>DKG: Da die neue Behandlungsform „Stationsäquivalente Behandlung“ noch nicht lange in der Praxis angewendet wird, liegen keine empirischen Daten vor, die die Quantifizierung entsprechender Mindestpersonalvorgaben ermöglicht. Dies kann bei der Weiterentwicklung gemäß § 13 der Richtlinie Eingang finden.</p>
5.16	DVE	<p><u>Zu § 8 Minutenwerte Tagdienst / §10(PatV etc) Leitungskräfte</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorschl</p> <p>(1) ...</p> <p>(2) ...</p> <p><u>(3) Für den Bereich der Fachtherapien (Ergotherapeuten (d), Künstlerische Therapeuten (e), Bewegungstherapeuten / Physiotherapeuten(f), Sprachheiltherapeuten / Logopäden (h)) sowie ggf. in Kombination mit Sozialarbeitern / Sozialpädagogen(g), gibt es eine (eigenständige) Leitung.</u></p> <p>Begründung:</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Leitungstätigkeiten sind in den Minutenwerten der einzelnen Berufsgruppen integriert. Bei den Ergotherapeuten und künstlerischen Therapeuten ist eine stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination beinhaltet. Eine Richtlinienänderung ist an dieser Stelle nicht erforderlich.</p> <p>DPR: Zustimmung</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Eine eigenständige Leitung der Fachtherapien ggf. in Kombination mit Sozialarbeitern/ Sozialpädagogen ist eine notwendige Maßnahme im Rahmen des Qualitätsmanagements. Sie sorgt für die Sicherstellung und Koordination von Prozessen der Patientenversorgung und der Einrichtung.	
5.17	DVE	<p><u>Zu § 10 (GKV-SV) Stationsgröße</u></p> <p><u>Abs 2:</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorsch</p> <p>Sofern die mittlere Anzahl der Patienten über die in Absatz 1 definierte Anzahl hinausgeht, sind die Minutenwerte für die über die Empfehlung hinausgehenden Patienten zu erhöhen. Das heißt, für die Berufsgruppen der Ärzte und Krankenpflegepersonen <u>sowie der Fachtherapeuten</u> werden die je Patient und Woche festgelegten Minutenwerte um 20 Prozent erhöht.</p> <p>Begründung:</p> <p>Auch für die Ergotherapeuten bedeuten größere Stationen einen Mehraufwand bzw. wirken sich auf die Patienten und damit die Behandlungsanforderungen aus.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Es geht hier um einen überproportionalen Faktor. Der einzelne Patient benötigt nicht mehr Therapie, sondern für die Betreuung in großen Stationen wird mehr Personal benötigt, weil es zu mehr Konflikten kommen kann.</p>
5.18	DVE	<p><u>Zu § 11 (GKV-SV) Genesungsbegleiter</u></p> <p><u>Abs. 1:</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorsch</p> <p>Aus Qualitätsgründen sollen zusätzlich zu den in §6 genannten Berufsgruppen Genesungsbegleiter auf den Stationen eingesetzt werden.</p> <p>Begründung:</p>	<p>GKV-SV/PatV/DPR: Dank und Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Als zusätzliches Angebot wird der Einsatz von Genesungsbegleiter seitens des DVE unterstützt	
5.19	DVE	<p><u>Zu § 11 (DKG) Veröffentlichungspflichten für Einrichtungen</u></p> <p><u>Abs. 1 (GKV-SV etc.):</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorsch</p> <p>Die Erfüllung der Mindestvorgaben (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) ist für die einzelnen Berufsgruppen differenziert nach Fachabteilungen und Stationen im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser darzustellen.</p> <p>Begründung:</p> <p>Wir unterstützen eine differenzierte berufsgruppenspezifische Darstellung als Datengrundlage im Sinne der Versorgungsforschung.</p>	Dank und Kenntnisnahme
5.20	DVE	<p><u>Zu § 13 (DKG) Anpassung der Richtlinie</u></p> <p><u>Abs. 1:</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorsch</p> <p>(1) Der G-BA ist verpflichtet, die Erreichung der Ziele nach §1 zu überprüfen. <u>[GKV-SV/PatV: die tatsächliche Personalausstattung,]</u> den Umsetzungsgrad der Richtlinie sowie ggf. vorliegende Umsetzungshindernisse zu bewerten und ggf. eine Anpassung der Richtlinie vorzunehmen. Grundlage für die Bewertungen <u>stellen die Nachweise</u></p> <p>Begründung:</p> <p>Diese Ergänzung im Sinne der Klarstellung unterstützen wir.</p>	GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme
5.21	DVE	<u>Zu Anlage 1: Eingruppierungsempfehlungen</u>	Der G-BA sieht es nicht als Aufgabe der

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Stellungnahme/Änderungsvorschl</p> <p>Explizite Nennung der Ergotherapie in Spalte 4 bei allen Behandlungsbereichen</p> <p>Begründung:</p> <p>Allgemein: aus Anlage 2 ist aufgrund der vorgesehenen Minutenwerte zu entnehmen, dass in allen Behandlungsbereichen Ergotherapie vorgesehen ist.</p> <p>Behandlungsbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none">- A1 Regelbehandlung: ET ist bereits genannt, → kein Handlungsbedarf- A2 Intensivbehandlung: auch im Rahmen von Kriseninterventionen/ Intensivversorgung leistet Ergotherapie (im Einzelsetting bzw. Kleinstgruppensetting) einen Beitrag zur Stabilisierung und Entaktualisierung (s. Spalte 5) → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4- A4 Schwer-/Mehrfacherkrankte: gerade bei diesem Klientel ist Ergotherapie für die individuelle Förderung und Stabilisierung von Alltagskompetenzen und Selbstversorgung von größter Relevanz, diese kann im Einzel und/oder Kleingruppensetting erfolgen; zudem ist aus den Erläuterungen in Spalte 5 zu entnehmen, dass eine Teilnahme an „therapeutische Aktivitäten“ vorgesehen ist. → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4- A6 Tagesklinik: ET ist bereits genannt → kein Handlungsbedarf- S1 Regelbehandlung: Ergotherapie ist ein zentrales und etabliertes Element in der Suchtbehandlung (s. z.B. Leitlinien, Heilmittelrichtlinie) → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4	<p>Richtlinie an, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p> <p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<ul style="list-style-type: none">- S2 Intensivbehandlung: auch im Rahmen von Entzugsbehandlung/Intensivversorgung leistet Ergotherapie (im Einzelsetting bzw. Kleinstgruppensetting) einen Beitrag zur Stabilisierung und Entaktualisierung → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4- S4 Schwer-/Mehrfacherkrankte: gerade bei diesem Klientel ist Ergotherapie für die individuelle Förderung und Stabilisierung von Alltagskompetenzen und Selbstversorgung unter Berücksichtigung von Komorbiditäten oder andauernden Schädigungen von größter Relevanz, diese kann im Einzel und/oder Kleingruppensetting erfolgen → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4- S6 Tagesklinik: ET ist bereits genannt → kein Handlungsbedarf- G1 Regelbehandlung: Ergotherapie ist ein zentrales Element in der Behandlung gerontopsychiatrischer Patienten und muss entsprechend benannt werden. Ergotherapie kann in besonderem Maße auf die Kombination von psychischen und somatischen Problemen und hier konkret Alltags- und Handlungskompetenz stabilisieren, fördern und anpassen. Dies erfolgt im Einzel- oder Kleingruppensetting. → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4- G2 Intensivbehandlung: auch im Rahmen von Intensivversorgung leistet Ergotherapie (im Einzelsetting bzw. Kleinstgruppensetting) einen Beitrag zur Stabilisierung und zum Ausbau der Therapiefähigkeit. → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4- G4 Schwer-/Mehrfacherkrankte: gerade bei diesem Klientel ist Ergotherapie für die individuelle Förderung und Stabilisierung von Alltagskompetenzen und Selbstversorgung unter Berücksichtigung von Komorbiditäten oder andauernden Schädigungen von größter Relevanz, diese kann im Einzel und/oder Kleingruppensetting erfolgen	
--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>→ Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - S6 Tagesklinik: Es sind zwar Maßnahmen und Inhalte von Ergotherapie genannt, aber nicht die Ergotherapie selbst → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - KJ1 Regelbehandlung Kinder: Die explizite Nennung der Ergotherapie fehlt, obwohl sie zentrales Element der kinderpsychiatrischen Therapie etabliert ist, Heilpädagogik wird auch erwähnt, von daher muss auch die Ergotherapie benannt werden. → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - KJ2 Regelbehandlung Jugendliche: Hier findet sich der Begriff der „Beschäftigungstherapie“. Dieser ist nicht mehr zeitgemäß und bereits seit 1999 auch rechtlich durch „Ergotherapie“ ersetzt worden. - KJ3 Intensivbehandlung: Intensivbehandlung: auch im Rahmen von Kriseninterventionen/Intensivversorgung leistet Ergotherapie (im Einzelsetting bzw. Kleinstgruppensetting) einen Beitrag zur Stabilisierung und Entaktualisierung → Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4 - KJ5 / KJ6 / KJ7: Die explizite Nennung der Ergotherapie fehlt, obwohl sie als zentrales Element der kinder-/jugendpsychiatrischen Therapie etabliert ist, Heilpädagogik wird auch erwähnt, von daher muss auch die Ergotherapie benannt werden. <p>→ Ergänzung „Ergotherapie“ in Spalte 4</p>	
5.22	DVE	<p>Zu Anlage 1: <u>Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorschl</p> <p><u>Begriff „Soziotherapie“</u></p>	<p>Zustimmung und redaktionelle Änderung in „psychosoziale Therapie“.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Begründung:</p> <p>Der in Anlage 1 verwendete Begriff „Soziotherapie“ wurde als Überbegriff für Fachtherapien verwendet. Da mittlerweile Soziotherapie eine eigenständige, ambulante und im SGB V verortete Leistung ist, sollte der Begriff hier ersetzt bzw. gestrichen werden.</p> <p>Möglicherweise wäre der Begriff „psycho-soziale Therapie“, wie er in den Leitlinien Verwendung findet, sinnvoll.</p>	
5.23	DVE	<p><u>Zu Anlage 2: Minutenwertetabellen</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorschlag</p> <p>Minutenwerttabellen</p> <p>Begründung:</p> <p>In logischer Konsequenz der Differenzierung zwischen Ergotherapie und Künstlerischen Therapie (Nr. 5) und der Begrenzung der Ersetzbarkeit (Nr. 8), sind diese auch in den Minutenwerttabellen getrennt zu führen.</p> <p>Bezüglich der Minutenwerte folgen wir grundsätzlich der Argumentation des PatV. Es kann nicht sein, dass nach 30 Jahren keine Anpassung erfolgt und die Werte der PsychPV nur fortgeschrieben werden. Da es derzeit keine belastbaren Daten für eine zeitgemäße Minutenwertberechnung gibt, sollte eine Orientierung an den „Schussenrieder Tabellen“ erfolgen, die zumindest einige Veränderungen der letzten Jahre berücksichtigt. Hier zeigt sich für die Ergotherapie in den Hauptpositionen eine Steigerung von 13% und in den anderen Positionen zwischen 9 und 48%.</p> <p>Da hier aber die Veränderungen in der Ergotherapie nur begrenzt berücksichtigt wurden und auch durch die Streichung der A3/S3/G3 einen Mehrbedarf in der A1/S1/G1 generiert wird sowie sollte für die Ergotherapie ein Aufschlag von 15% auf die Werte der PsychPV erfolgen.</p>	<p>GKV-SV: Der GKV-SV sieht es nicht als Aufgabe der Richtlinie an, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich.</p> <p>Durch eine übergreifende Festlegung der Ergotherapeuten und künstlerischen Therapeuten als Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p> <p>Der DVE verkennt bei seiner Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Denn zeitgemäße ergotherapeutische Maßnahmen und Prozesse (wie z.B. der Einsatz spezifischer ergotherapiespezifischer Befunderhebung u.a. mittels Assessmentverfahren und die Evaluation, die vermehrte Einbeziehung der Patienten und Bezugspersonen; die vermehrten einzeltherapeutische Maßnahmen, ...) müssen abgebildet werden. Zudem ist aufgrund der Verweildauerverkürzungen und verbesserten ambulanten Versorgung das Klientel in der stationären Versorgung heute deutlich schwerer krank als zu Zeiten der Etablierung der PsychPV.</p>	<p>GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen. DKG: Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienauswertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise. Die Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der PPP-RL festzulegenden Mindestpersonalausgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA – zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie – in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur</p>
--	--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psych-PV derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.</p> <p>PatV: Dank und Zustimmung</p>
5.24	DVE	<p><u>Zu Anlage 4/5 Regelaufgaben:</u></p> <p>Stellungnahme/Änderungsvorschl</p> <p>Abschnitt Erwachsenenpsychiatrie</p> <p>e) Ergotherapeuten</p> <p>Anpassung s.u.</p> <p>Abschnitt KJP</p> <p>e) Ergotherapeuten</p>	<p>GKV-SV/DKG: siehe Kommentar zu Zeilenr. 5.23</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Anpassung s.u.</p> <p>Abschnitt Psychosomatik</p> <p>d) Ergotherapeuten</p> <p>Anpassung analog der Systematik aus dem Erwachsenenbereich s.u.</p> <p>Begründung:</p> <p>Allgemein:</p> <p>Eine Tätigkeitsbeschreibung lässt keine gemeinsame Darstellung der Ergotherapie und der künstlerischen Therapien zu, sie muss berufsspezifisch erfolgen (Hintergrund s.o. Zeilennr. 5). Eine Darstellung von Musik-, Kunst- oder Kreativtherapie muss separat erfolgen. Von daher hier jeweils die Anpassung auf die (zeitgemäße) Ergotherapie. Auch ist die Bezeichnung „Beschäftigungstherapie“ bereits seit 1999 überholt und muss ersetzt werden.</p>	
		<p>Literatur:</p> <p><i>Klier, R.; Görmar, Y. (2016): Leistungsbeschreibung erstmals ICF-basiert und teilhabeorientiert - Neufassung der Rahmenempfehlung Ergotherapie; Ergotherapie & Rehabilitation 07/2016</i></p> <p><i>Klier, R., George, S. (2008): Ergotherapie in der ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen - Eine Leistungsbeschreibung orientiert an der ICF; DVE, Karlsbad 2008</i></p> <p>https://dve.info/resources/pdf/service/marketing-service/volle-kraft-im-leben/2445-pdf-gruppe-04-psychiatrie-1/file</p>	
5.25	DVE	<p><u>Zu Anlage 4/5 Regelaufgaben</u></p> <p>Tätigkeitsbeschreibungen → Anlage 4:</p> <p>Hinweis: gelb hinterlegt sind die Elemente, die aus der Anlage 4 übernommen wurden</p>	<p>GKV-SV/DKG: siehe Kommentar zu Zeilenr. 5.23</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>I Erwachsenenpsychiatrie</p> <p>e) Regelaufgaben der Ergotherapeuten [GKV-SV-, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten]</p> <p>1. Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none">- ergotherapiespezifische Anamnese und Befunderhebung in Ergänzung zur allgemeinen Anamnese/Diagnostik: Erfassung und Analyse krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf Aktivitäten im Alltag und auf die Teilhabe in den Bereichen Selbstversorgung, Arbeit/Beruf und Freizeitaktivitäten mit Schwerpunkt im sozioemotionalen Bereich- interprofessionell abgestimmte Therapieplanung- Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung und Entlassmanagement- Dokumentation und Evaluation <p>2. Einzelfallbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none">- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung- Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten- Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Skillstraining, ausdruckszentrierte Verfahren, arbeitsbezogene Maßnahmen, ... <p>3. Gruppenbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none">- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung- Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten- Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Soziales Kompetenztraining, Skillstraining, Projektarbeit, ausdruckszentrierte Verfahren, präventive Verfahren- Arbeitstherapie und Belastungserprobung	
--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<ul style="list-style-type: none">- Aktivitäten im Rahmen von Freizeitgestaltung- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen (interaktionelle Aktivitäten) <p>4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none">- Vor- und Nachbereitung- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben, Leitungstätigkeiten, Anleitung von Lernenden in der Ergotherapie- Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie <p>II Kinder-/Jugendpsychiatrie</p> <p>e) Regelaufgaben der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten Ergotherapeuten [GKV-SV-, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten]</p> <p>1. Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none">- ergotherapiespezifische Anamnese und Befunderhebung in Ergänzung zur allgemeinen Anamnese/Diagnostik: Erfassung und Analyse krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf Aktivitäten im Alltag und auf die Teilhabe in den Bereichen Selbstversorgung, Schule/Beruf und Freizeitaktivitäten mit Schwerpunkt im sozioemotionalen Bereich- interprofessionell abgestimmte Therapieplanung- Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung und Entlassmanagement- Dokumentation und Evaluation <p>2. Einzelfallbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none">- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training, neurophysiologisch orientierte Behandlung	
--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<ul style="list-style-type: none">- Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten unter spezieller Berücksichtigung emotionaler Probleme- Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Skillstraining, ausdruckszentrierte Verfahren, Entwicklungsförderung, Eltern-Kind-Angebote, ... <p>3. Gruppenbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none">- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung- Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten unter spezieller Berücksichtigung emotionaler Probleme- Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie z.B. Soziales Kompetenztraining, Skillstraining, Projektarbeit, ausdruckszentrierte Verfahren, erlebnispädagogische Maßnahmen- Schulspezifisches Kompetenztraining / Arbeitstherapie, Fertigungs- und Belastungserprobung- Aktivitäten im Rahmen von Freizeitgestaltung- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen (interaktionelle Aktivitäten) <p>4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none">- Vor- und Nachbereitung- Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team- Netzwerkgespräche mit Patient, Angehörigen, Sorgeberechtigten, Betreuern, Vormund- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision- Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben, Leitungstätigkeiten, Anleitung von Lernenden in der Ergotherapie- Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie	
--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>III Psychosomatik</p> <p>d) Regelaufgaben der Spezialtherapeuten Ergotherapeuten</p> <p>1. Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none">- ergotherapiespezifische Anamnese und Befunderhebung in Ergänzung zur allgemeinen Anamnese/Diagnostik: Erfassung und Analyse krankheitsbedingter Defizite und Ressourcen sowie deren Auswirkungen auf Aktivitäten im Alltag und auf die Teilhabe in den Bereichen Selbstversorgung, Arbeit/Beruf und Freizeitaktivitäten mit Schwerpunkt im sozioemotionalen Bereich- interprofessionell abgestimmte Therapieplanung und Evaluation- Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung und Entlassmanagement- Dokumentation und Evaluation <p>2. Einzelfallbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none">- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung- Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten- Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie Skillstraining, ausdruckszentrierte Verfahren, arbeitsbezogene Maßnahmen, ... <p>3. Gruppenbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none">- Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung- Spezifische Förderung von Alltagskompetenzen und Handlungsfähigkeit sowie Durchführung entsprechender Aktivitäten- Spezifische Behandlungsmaßnahmen wie Soziales Kompetenztraining, Skillstraining, Projektarbeit, ausdruckszentrierte Verfahren, präventive Verfahren- Arbeitstherapie und Belastungserprobung- Aktivitäten im Rahmen von Freizeitgestaltung- Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen	
--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vor- und Nachbereitung - Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team - Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision - Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben, Leitungstätigkeiten - Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie 	
6.	Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM), 13. Juni 2019		
6.1	DGVM	<p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation unterstützt die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) zum Beschlussentwurf über eine Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie und schließt sich dieser vollinhaltlich an.</p>	
7.	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK), 13. Juni 2019		
7.1	BApK	Der BApK begrüßt die Anerkennung des PsychVVG als Grundlage für eine auskömmliche Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik.	GKV-SV/DKG: Dank und Kenntnisnahme
7.2	BApK	Jedoch ist auch deutlich, dass die derzeitige Personalausstattung nicht ausreichend ist. Der BApK bedauert, dass die Ergebnisse der sogenannten „PPP-Studie“ nicht verfügbar sein sollen und bittet den G-BA, schnellstens dafür zu sorgen, dass diese Ergebnisse der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.	Informationen zur vom G-BA beauftragten Studie PPP finden Sie in den Tragenden Gründen.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>7.3</p>	<p>BApK</p>	<p>Wiederholt hat der BApK gefordert, dass eine rasche und lückenlose Bestandsaufnahme der Situation in psychiatrischen Kliniken erfolgen muss. Immer wieder auftauchende erschütternde Beispiele wie die Wallraff-Sendung vom 18.03.2019 sprechen dafür, dass immer noch Missstände herrschen, für die eine zu geringe Personalausstattung aus unserer Sicht wesentlich mitverantwortlich ist.</p> <p>Wir begrüßen ausdrücklich eine externe Kontrolle der Personalausstattung. Personalstellen für psychisch kranke Menschen dürfen nicht zur Quersubventionierung oder zur Profitmaximierung „abgezweigt“ werden.</p> <p>Die nahezu 30 Jahre alten Psych-PV-Werte zur Minimalausstattung zu erklären und davon auszugehen, dass eine – auch erst in mehreren Jahren zu erreichende – Erfüllung dieser Vorgabe für die Versorgung ausreichen könnte, ist in hohem Masse irreführend. Über eine zusätzliche Regelung, die wir dem Entwurf über die zu allgemeinen Formulierungen des § 2 hinaus nicht entnehmen können, ist sicherzustellen, dass die Regelausstattung der psychiatrischen Stationen mit Personal deutlich höher sichergestellt werden muss als die hier vorgelegten Mindestvorgaben. Dazu gehört auch ein verbindlich festzulegender Aufschlag für die diversen Ausfallzeiten über krankheitsbedingte Ausfallzeiten hinaus.</p> <p>Des Weiteren erwarten wir vom G-BA in einem weiteren Prozess die Entwicklung eines neuen Personalbemessungsinstruments, das seinen Namen verdient.</p>	<p>GKV-SV: Ein Nachweisverfahren ist in 11 geregelt. Die monatliche Meldung der Erfüllung der Vorgaben sollten nicht in diesem ersten Schritt auf vierteljährlich aufgeweicht werden. Eine tagesbezogene, bedarfsorientierte Flexibilität ist ausreichend gewährleistet.</p> <p>Strukturelle und organisatorische Besonderheiten, die zu einer Personalerhöhung führen, können nur auf der Ortsebene nach BpflV verhandelt werden. Die Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments ist nicht Aufgabe des G-BA. Nichtsdestotrotz ist sich der GKG-SV dieser Problematik bewusst und arbeitet an einer Lösung.</p> <p>DKG: Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienauswertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise. Die Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der PPP-RL festzulegenden Mindestpersonalausstattungen abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur</p>
------------	-------------	---	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Personal-ausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.</p> <p>Es werden mit dieser Richtlinie nun Mindestvorgaben festgelegt, die nicht unterschritten werden dürfen. Die Psych-PV diente bisher als Personalbemessungsinstrument und gleichzeitig als Grundlage zur Budgetfindung. Daher ist es folgerichtig, eine neue Mindestvorgabe deutlich unter 100 % Psych-PV-Umsetzung festzulegen. Davon ist unbenommen, dass für eine Sicherstellung leitliniengerechter Behandlung im Sinne einer Personalbemessungsgrundlage die Minutenwerte oder die Anforderungen an den Umsetzungsgrad der Psych-PV höher anzusetzen wären. Eine</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>„veraltete“ Personalbemessung als neue Mindestvorgabe normativ festzulegen, entbehrt jeglicher empirischen Grundlage.</p> <p>Mit § 2 Absatz 1 wird klargestellt, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann.</p> <p>Ausfallzeiten sind gemäß § 6 Absatz 8 bei der Vereinbarung auf der Ortsebene zu berücksichtigen. Eine Quantifizierung von zu vereinbarenden Ausfallzeiten liegt nicht im Regelungsbereich dieser Richtlinie.</p> <p>Mit den in § 13 getroffenen Regelungen wird die Entwicklung einer zweiten Stufe zur Ausgestaltung der Personalvorgaben verbindlich festgelegt.</p> <p>DPR: Dank und Kenntnisnahme</p>
7.4	BApK	<p>Im Besonderen:</p> <p>Aus Sicht der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen ist unbedingt sicherzustellen, dass</p> <p>- die Besetzung mit ärztlichem, pflegerischem und therapeutischem Personal ausreichend ist, um den Angehörigen auch abends und an Wochenenden hinreichende Auskünfte geben und sie beraten zu können. Die jetzt von uns angetroffene Situation in Kliniken ist diesbezüglich äußerst unbefriedigend. Schon lange ist nachgewiesen</p>	<p>GKV-SV: Die Angebote für Angehörige werden regelhaft vorgesehen.</p> <p>In den Minutenwerten ist die Pflichtversorgung prinzipiell enthalten. Aufgrund des Stellungsnahmeverfahrens wird die Pflicht-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>(Hoffmann und Rieger 2010), dass bei Personalknappheit auf einer psychiatrischen Akutstation vor allem die Angehörigengespräche unterbleiben.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Angehörige regelhaft gemacht werden können, die zur Stabilisierung der Patienten und zur Reduzierung von Wiederaufnahmen beitragen, wie z. B. psychoedukative Angebote. - die menschenwürdige Begleitung von Fixierungen entsprechend des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom 24.07.2018 sicher gewährleistet ist und vorherige, personalintensive Deeskalationsmaßnahmen vollständig ausgeschöpft und dokumentiert werden. <p>→ daher schließen wir uns der Forderung der Patientenvertreter, des Deutschen Pflegerates und der Bundespsychotherapeutenkammer an, dass eine deutliche Erhöhung der Minutenwerte bei den Ärzten, den Pflegefachpersonen und den Psychologen erfolgen muss. Der vorgelegte Entwurf lässt diesbezüglich nicht erkennen, dass sich der G-BA bereits auf Nachbesserungen geeinigt hätte.</p>	<p>versorgung aber im Rahmen eines Ausnahmetatbestandes zusätzlich im Vorschlag des GKV-SV berücksichtigt.</p> <p>PatV/DPR/BPtK: Dank und Zustimmung, dass eine Erhöhung der Minutenwerte wie sie in den Vorschlägen von PatV, DPR und BPtK vorgesehen ist zwingend erforderlich ist, um qualitätsorientierte Versorgung gewährleisten zu können.</p> <p>DKG: Aufgrund der unspezifischen Ergebnisse sowie den derzeit nicht zur Verfügung stehenden Ergebnissen der vom G-BA in Auftrag gegebenen Studie, findet in der ersten Stufe keine Erhöhung der Minutenwerte statt (siehe DKG-Kommentar unter Zeilenr. 7.3).</p>
7.5	BApK	<ul style="list-style-type: none"> - durch handlungsorientierte Therapieverfahren die Aktivierung und Wiedererreichung der Alltagsbefähigung der psychisch erkrankten Menschen auf den Stationen und die Unterstützung des Übergangs nach Hause besser stattfinden kann. Es kann nicht länger angehen, all diese Aufgaben überwiegend ihren Angehörigen zu überlassen, ebenso wenig, dass an den Wochenenden solche Behandlungsverfahren unterbleiben müssen und ein Übungsverlust eintritt. <p>→ daher unterstützen wir die Forderung der Patientenvertreter nach Aufstockung des fachtherapeutischen Personals (Ergotherapie, Bewegungstherapie, Sozialdienst) entsprechend der Werte der „Schussenrieder Tabelle“.</p>	<p>PatV: Dank und Anerkennung</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

7.6	BApK	<p>- die notfallmäßige Versorgung unserer erkrankten Familienmitglieder jederzeit sichergestellt ist, ohne dass überkommene personalsparende Konzepte wie geschlossene Stationen für den Nachweis einer Pflichtversorgung erhalten müssen und ohne dass sich die Aufnahme-Abläufe für die erkrankten Menschen langwierig oder gar traumatisch gestalten.</p> <p>→ daher fordern wir eine moderne Definition von Pflichtversorgung, mit Aufschlägen auf die Personalausstattung, orientiert an der Anzahl von Aufnahmen außerhalb der regulären Dienstzeit, die eine ausreichende Personalreserve für die Notfallversorgung garantieren.</p>	<p>DKG: Eine bundeseinheitliche Definition für Versorgungsverpflichtung steht nicht zur Verfügung. Die Festlegung einer Definition liegt außerhalb des Regelungsbereichs dieser Richtlinie. Die Richtlinie rekurriert auf das Konzept einer regionalen Versorgungsverpflichtung aus Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete (1975) und den "Empfehlungen der Expertenkommission" (1988) zu strukturellen Qualitätsverbesserungen in der psychiatrischen Versorgung (s. Tragende Gründe zu § 6 Absatz 4).</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung</p>
7.7	BApK	<p>- eine Nachtwachenbesetzung nicht nur minimal definiert wird, sondern so, dass psychisch kranke Menschen nachts nicht sich selbst überlassen sind und jederzeit, d.h. 24 Stunden rund um die Uhr, einen Ansprechpartner finden; es darf nicht geschehen, dass z. B. alte Menschen nachts in hilflosen Positionen verharren und viel zu lange auf Hilfe warten müssen.</p> <p>→ daher schließt sich der BApK der Forderung der Patientenvertreter und des Deutschen Pflegerates an, für die Nachtwachenbesetzung eine Untergrenze von 1,6 anwesenden Kräften für den Bereich G zu definieren und einen Aufschlag für größere Stationen zu bestimmen, und für die anderen Bereiche eine Untergrenze von 1,4 anwesenden Kräften zu definieren. Allerdings geben wir zu bedenken, dass im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Akutversorgung diese Zahl u.E. zu gering ist, um die nächtliche Aufsicht und Verfügbarkeit sicherzustellen. Hier muss ggfs. eine</p>	<p>GKV-SV: vgl. „Angebote für Angehörige“: Dies gilt auch für die vorgeschlagene Nachtwachenbesetzung. Bisher fehlt wissenschaftliche Evidenz zur Festlegung einer Grenze. Deswegen sieht der G-BA in §14 vor, dass er bis zum 31. Dezember 2021 die Mindestpersonalausstattung für die Nachtdienste festlegt. Für die zukünftige Festlegung ist die tatsächliche diesbezügliche Personalausstattung zu erheben.</p> <p>DKG: In der Systematik der Psych-PV bleibend, werden keine Mindestvorgaben für den Nachtdienst in dieser Richtlinie quantifiziert. Nachtwachenplätze Pflege sind so</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		zusätzliche, flexible Personalreserve verfügbar gemacht werden. Auch ist für alle Patienten bis 22.00 h eine ausreichende personelle Mitarbeiterbesetzung sicherzustellen.	weiterhin auf der Ortsebene zu vereinbaren. Derartige Abweichungen von der Psych-PV würden eine Auswirkungsanalyse in der Praxis erfordern. PatV/DPR: Dank und Anerkennung
7.8	BApK	- die Stationsgrößen verträglich groß definiert werden, um den Patienten eine bessere Orientierung zu geben und Aggressionen untereinander, die nachweislich aufgrund der Gruppengröße zunehmen, zu verhindern und damit neue Traumatisierungen zu vermeiden → daher schließen wir uns dem Vorschlag der DKG an, die Minuten-Sockelwerte zu erhalten und nicht, diese (Vorschlag des GKV-SV) auf die Minutenwerte des Pflegepersonals umzurechnen. Letzteres würde einen Fehlanreiz für das Definieren von zu großen Stationseinheiten darstellen. Des Weiteren sehen wir kritisch, ob eine Definition der anzustrebenden Stationsgrößen wie vom Deutschen Pflegerat in § 2 (9) und vom GKV-SV und den Patientenvertretern in § 10/12 (1) vorgeschlagen, praktikabel ist; beim letzteren Vorschlag zusätzlich, dass aus der in (2) angekündigten Personalerhöhung bei Überschreitung der Platzzahl nicht ein Fehlanreiz erwächst.	GKV-SV/DPR: Eine Beibehaltung des Stationssockels führt bei Mindestvorgaben zu einem gegenteiligen Anreiz. Besonders große Stationen müssten weniger Pflegepersonal pro Patient vorhalten. Dies würde dem ursprünglichen Ziel bei Einführung der Psych-PV widersprechen. Deshalb haben der GKV-SV und der DPR den Sockel gestrichen und in die Minutenwerte entsprechend hinzugerechnet.
7.9	BApK	- die Beziehungskontinuität des Behandlungsteams für die Patienten gewährleistet sein muss, was bedeutet, dass wir einen Zustand großer „Springerpools“ für die Nachsteuerung der Mindest-Personalausstattung unerträglich fänden. Wir befürchten aber, dass eine solche Regelung als Antwort der Kliniken auf die Vorgabe monatlicher bzw., folgt man den vorgeschlagenen Regelungen in § 17, sogar tageweiser Erhebungen der Personalausstattung in einer schwankenden Belegung mit Patienten resultieren würde.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. DPR: Um die Beziehungskontinuität zu erhalten und große Springerpools zu vermeiden, ist eine deutliche Anhebung der Minutenwerte in der Pflege notwendig, deren Umsetzung stationsweise kontrolliert werden muss.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

7.10	BApK	<p>- unnötiger Bürokratieaufwand vermieden wird, der der Zeit für unsere psychisch kranken Familienmitglieder abgeht. Dieser würde entstehen, wenn die Stationen verpflichtet würden, zusätzlich zu dem bereits gestiegenen Aufwand durch die OPS/PEPP-Nachweise fortlaufend entsprechend der Durchschnittsbelegung die Personalbesetzung je Station nachzuhalten.</p> <p>→ daher schließen wir uns dem Vorschlag an, die Personalausstattung je Station monatlich oder alternativ auch nur quartalsweise zu melden, um eine tagesbezogene bedarfsorientierte Flexibilität zu ermöglichen.</p> <p>Wir begrüßen ausdrücklich die Mitteilungsverpflichtung.</p>	<p>DKG: Wir teilen die Auffassung, dass die tägliche Patienteneinstufung zur Ermittlung der Mindestvorgaben mit Monatsbezug, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, mit einem unnötigen Bürokratieaufwand verbunden wäre. Um eine ausreichende bedarfsorientierte Flexibilität zu ermöglichen, ist nicht nur der Jahresbezug, sondern auch der Einrichtungsbezug erforderlich. Wie in den Tragenden Gründen zu § 2 Absatz 5 ausgeführt, kann nur so Personal bei gestiegenen Patientenzahlen, einer Veränderung der Patientenbedarfe oder auch Personalausfällen auf bestimmten Stationen, flexibel innerhalb der Einrichtung in Abhängigkeit von dem aktuellen Bedarf der einzelnen Stationen eingesetzt werden. Ebenfalls müssen Einrichtungen die Möglichkeit haben, Schwankungen in der Personalbesetzung, die innerhalb eines Jahres auftreten, und so zu einer zeitweisen Unter- wie auch Überschreitung der Mindestpersonalausstattung führen können, auszugleichen.</p>
	BApK	<p>- eine aufsuchende, stationsäquivalente Behandlung unter Einbeziehung der Angehörigen auch für den Bereich S9 und G9 möglich werden muss. Insbesondere viele gerontopsychiatrische Patienten können davon sehr profitieren, wenn die Angehörigen oder das versorgende Umfeld das mittragen.</p>	<p>DKG/PatV/DPR: Dank und Zustimmung. Die Bereiche S9 und G9 wurden entsprechend dem Hinweis in die Richtlinie mit aufgenommen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

8.	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM), 14. Juni 2019		
	DGPM	<p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Diese Stellungnahme ist abgestimmt mit der Chefarztkonferenz psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD).</p>	
8.1	DGPM	<p><u>Zu den Tragenden Gründen, 2. Eckpunkte der Entscheidung</u></p> <p>Die DGPM unterstützt die Zielsetzung des § 136a Absatz 2 SGB V zur Festlegung geeigneter Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung, insbesondere auch den Anspruch, die Mindestvorgaben der Personalausstattung möglichst anhand wissenschaftlicher Evidenz und zur Unterstützung einer leitliniengerechten Behandlung zu gestalten. Der Hinweis der DKG auf die Bedeutung der Mindestvorgaben für eine leitliniengerechte Behandlung (§ 1 Abs. 1) ist dabei wesentlich.</p> <p>Entscheidend ist das in den Eckpunkten formulierte Ziel dieser Richtlinie (S. 2, Tragende Gründe) „Mindestanforderungen der Strukturqualität zur Personalausstattung, nicht aber Personalanhaltszahlen zum Zwecke der Budgetfindung auf Ortsebene zu entwickeln“. Solange entsprechende Personalanhaltszahlen noch nicht vorliegen, entfalten die hier zu erlassenden Mindestvorgabe in den Budgetverhandlungen vor Ort jedoch Wirkung (Budgetwirksamkeit). Zwangsläufig stellt sich im Kontext der Budgetverhandlung die Frage, was unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit über die Mindestvorgaben hinaus überhaupt noch finanziert werden kann, wenn keine Personalanhaltszahlen mehr verfügbar sind. Genau dies ist der Fall, wenn die PsychPV zum Jahresende ihre Gültigkeit verliert und diese Richtlinie in Kraft tritt. Die Budgetwirksamkeit dieser Richtlinie muss deswegen durch entsprechende Formulierungen ausdrücklich ausgeschlossen werden und sie muss auch durch ihre wirkweise (z.B. keine Sanktionsmöglichkeiten der Krankenkassen, solange keine Personalanhaltszahlen</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Der GKV-SV teilt die Überlegungen der DGPM hinsichtlich der dargestellten Problematik der fehlenden Personalanhaltszahl bzw. budgetwirksamen Regelungen nach Wegfall der Psych-PV und hat dies an die BMG-Vertreterin in der AG PPP rückgemeldet. Im Rahmen dieser Richtlinie sind allerdings nur Mindestvorgaben zu regeln.</p> <p>Die dargestellte Problematik schließt allerdings nicht aus, dass bei der Nichteinhaltung der Mindestanforderungen Konsequenzen folgen, denn nach § 3 Abs. 3 BpflV sind die Anforderungen dieser RL in den Budgetverhandlungen zu berücksichtigen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Problematik wird durch eine Mindestvorgabe in Höhe von 80% der gemäß § 6 Absatz 1 bis 4 ermittelten Perso-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>vorliegen) ausgeschlossen werden. Es ist Expertenkonsens, dass die PsychPV als überholt gilt. Sie darf keinesfalls mehr normative Kraft über eine etwaige Budgetwirksamkeit entfalten. Dies gilt in besonderem Maße für die Psychosomatik, die bisher nicht in der Psych-PV abgebildet war und deren Behandlungsstrukturen, wenn überhaupt, entsprechend den besonderen Behandlungszielen und -mitteln in einem eigenen PsychPV-Behandlungsbereich („P“) abgebildet werden müssten. In der Ausgestaltung dieser Richtlinie muss aus Sicht der DGPM diesem Aspekt besondere Beachtung geschenkt werden.</p>	<p>nalstellen und mit dem Hinweis in § 2 Absatz 1, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann, adressiert. Daher ist in den Vereinbarungen auf der Ortsebene gemäß § 6 Absatz 7 das Personal gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen. Weiterhin sind gemäß § 6 Absatz 8 auch Ausfallzeiten innerhalb der Vereinbarung von Personalstellen zwischen den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu berücksichtigen.</p>
<p>8.2</p>	<p>DGPM</p>	<p><u>Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereiche:</u></p> <p><u>Abs. 3:</u></p> <p>Die Festlegung von Personalmindestvorgaben im Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie stellt in Ermangelung bisher verbindlicher Grundlagen, im Gegensatz zur Psychiatrie eine große Herausforderung dar. In den zurückliegenden 5 Jahren sollten Richtlinien zur Personalausstattung entwickelt werden auf Grundlage der bestehenden PsychPV, der S3-Leitlinien, einer empirischen Studie zur Erfassung des IST-Zustandes der Personalausstattung (PPP-Studie, Wittchen et al.) und von Expertengesprächen zum Personalbedarf zur leitliniengerechten Behandlung bestimmter Patientengruppen (diagnose- und settingbezogen). Leider haben sich 3 die-</p>	<p>GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme.</p> <p>Um die Besonderheiten bei der Behandlung von Patienten in psychosomatischen Einrichtungen abbilden zu können, wird der Behandlungsbereich A5 im Vorschlag des GKV-SV für die Psychosomatik geöffnet und heißt neu „Psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung“. Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens schlägt der GKV-SV vor, einen neuen Behandlungsbereich A7 für die psychosoma-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>ser 4 als „Grundlagen“ erhoffte Zugänge zu einer empirischen Bestimmung der Personalbemessung entweder als nicht brauchbar erwiesen oder die Freigabe der Daten steht noch aus, sodass derzeit nur die PsychPV als Bezugsgröße für eine zumindest vorübergehende Regelung der Personalbemessung für das Fachgebiet Psychiatrie übrig zu bleiben scheint. Alle Experten sind sich dabei aber einig, dass die 30 Jahre alte PsychPV einer Anpassung an die inzwischen gültigen Behandlungsstandards in der Psychiatrie bedarf. Die Psychosomatik war bisher kein Teil der PsychPV. Vor diesem Hintergrund sollte aus fachlicher Sicht eine Berücksichtigung der Psychosomatik in dieser Richtlinie erst in Stufe 2 (siehe § 13 (DKG) Abs. 3) erfolgen, wie es die BPtK in den tragenden Gründen (S.5) ebenfalls fordert. Ziel einer solchen Stufe 2 sollte eine Personalbemessungsmethodik sein, die zu abgestuften Personalvorgaben, orientiert am jeweiligen Leistungsgeschehen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken führt. Im Mindesten bedarf es bei der Adaption der PsychPV-„Logik“ auf die Psychosomatik jedoch deutlicher Modifikationen. Darüber hinaus kann das jetzt zunächst festzulegende Modell nur vorübergehender Natur sein, da es die im PsychVVG bzw. die in der Zielsetzung des § 136a Abs. 2 SGB V vorgesehenen Vorgaben nicht vollständig und differenziert genug aufgreift.</p> <p>Die PsychPV war bisher ein Budgetfindungsinstrument und hatte deshalb starke normative Wirkung in der Gestaltung der Strukturen der Versorgung. Die PsychPV entfällt ab dem 01.01.2020. In Budgetverhandlungen stellt sich deshalb künftig zwingend die Frage, was vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots über die Mindestvorgaben hinaus finanziert werden kann und darf, wenn keine Personalanhaltszahlen mehr vorliegen. Die PPP-RL wird über die Budgetverhandlungen vor Ort deshalb sofort normative Wirkung entfalten, wenn dies nicht expressis verbis und mittels der Wirkweise (keine Sanktionsmöglichkeiten der Krankenkassen ohne verbindliche Personalanhaltszahlen) in der Richtlinie ausgeschlossen und eine künftige Veröffentlichung von Personalanhaltszahlen in Aussicht gestellt wird. Daher stimmt die DGPM den Ausführungen von DKG/DPR/BPtK/LV zu.</p>	<p>tische und psychotherapeutische Komplexbehandlung aufzunehmen. Dieser wird mit dem OPS 9.63 bzw. 9.62 verknüpft und steht psychiatrischen als auch psychosomatischen Patienten offen, die über die gleichen Störungen, Behandlungsmittel und Behandlungsziele verfügen. Mit den in der Strukturabfrage generierten Daten von 2020 werden nach zwei Jahren die Vorgaben der Psychosomatik angepasst werden.</p> <p>Dank und Kenntnisnahme. Siehe dazu auch Auswertung zu Zeilennr. 8.1.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>8.3</p>	<p>DGPM</p>	<p><u>Zu § 2 Grundsätze:</u> <u>Abs. 1 und 2:</u> Die Mindestvorgaben müssen, um die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, nicht nur qualitativ anspruchsvoll, sondern auch praktikabel sein. Daher ist zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ein „Korridor“ zu bilden, der es erlaubt, unter Berücksichtigung struktureller und organisatorischer Gegebenheiten sowohl eine höhere Personalausstattung vorzusehen, als auch kurzfristig eine Unterschreitung zuzulassen. Ohne leitliniengerechte und evidenzbasierte Mindestvorgaben und ohne begleitende Personalanzahlzahlen ist die in diesen Absätzen erstmals vom GKV-SV vorgeschlagene verbindliche und starre Wirkungsweise der Mindestpersonalvorgaben (siehe auch tragenden Gründen S.8. u. 9), strikt abzulehnen. Die von der DKG vorgeschlagene Unterscheidung zu Personaluntergrenzen und Personalbemessungsstandards (= Personalanzahlzahlen) in den Tragenden Gründen (ebenda) ist als praktikable Definition zu berücksichtigen. Der Gesetzgeber intendiert die Einführung eines Instruments zur Verbesserung der Patientenversorgung und nicht die Festschreibung 30 Jahre alter und überholter Standards mit der Konsequenz von Sanktionen bei Nichteinhaltung.</p>	<p>Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf. DKG: Dieser Auftrag wird wie oben (s. DKG-Kommentar zu Zeilenr. 8.1) beschrieben, umgesetzt. GKV-SV: Strukturelle und organisatorische Besonderheiten, die zu einer Personalerhöhung führen, können nur auf der Ortbene nach BPfIV verhandelt werden – nicht im Rahmen dieser PPP-RL. Nichtsdestotrotz nehmen wir hier die Sorge zur Kenntnis, dass dies aus Sicht der DGPM nicht ausreichend gesetzlich geregelt zu sein scheint. Das in § 7 im Vorschlag des GKV-SV etablierte Verfahren zur Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und dem Umsetzungsgrad stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen möglich sind. Die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können so ausgeglichen werden.</p>
<p>8.4</p>	<p>DGPM</p>	<p><u>Zu § 2 Grundsätze:</u></p>	<p>GKV-SV/DPR/PatV: In den vom G-BA</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p><u>Abs. 3:</u></p> <p>Die PsychPV enthielt bisher keine Vorgaben für den Nachtdienst. Da die Vorgaben dieser Richtlinie nur vorübergehend Gültigkeit haben werden und die PsychPV ersetzt werden soll, lohnt keine Entwicklung einer Bewertung der Nachtdienste in Ergänzung zur PsychPV. Darüber hinaus unterscheidet sich gerade im Fachgebiet Psychosomatik-Psychotherapie der Bedarf je nach Größe der Einrichtung erheblich. Die in dieser Richtlinie enthaltenen Regelungen sind für die Psychosomatik deshalb nicht praktikabel. Sie sollten daher keine Wirkung für die Psychosomatik entfalten.</p>	<p>durchgeführten Fachgesprächen gab es Hinweise auf ein Qualitätsdefizit im Nachtdienst. Aus diesem Grund wird der Nachtdienst künftig mitgeregelt werden.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
8.5	DGPM	<p><u>Zu § 2 Grundsätze:</u></p> <p><u>Abs. 5 und 7:</u></p> <p>Die Mindestvorgaben sind jahresdurchschnittlich auf Einrichtungsebene, differenziert nach den Fachabteilungsschlüsseln (Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik) einzuhalten. Eine kalendermonatliche Erfassung auf einzelnen Stationen wird der Versorgungsrealität aus drei Gründen nicht gerecht:</p> <p>1.: In den tragenden Gründen (S. 11 und 12) wird der Patientenschutz zur Begründung der Notwendigkeit von kalendermonatlichen und stationsbezogenen Mindestvorgaben angeführt. Als einzige konkrete Beispiele werden „Gruppen von Patienten, die erstens gemäß § 1906 BGB wegen Eigen – oder Fremdgefährdung untergebracht sind...“ oder „[Gruppen von Patienten, die] ... nach § 1896 BGB unter Betreuung stehen oder ... noch nicht volljährig sind.“ genannt. Solche Patientengruppen werden in der Psychosomatik nicht behandelt. Die Teilnahme an intensiver psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung ist aus anderen medizinischen Gründen indiziert.</p> <p>2.: Darüber hinaus wird die Notwendigkeit von kalendermonatlichen und stationsbezogenen Mindestvorgaben mit der Behauptung angeblich großer Schwankungen zwischen der Besetzung der Stationen in größeren Einheiten, auch wenn die Gesamtbe-</p>	<p>GKV-SV: Eine Erfassung der Station – möglichst kalendermonatlich – ist unabdingbar und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird.</p> <p>Die Ausfallzeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher – wie bisher auch bei der Psych-PV – als Add-on vor Ort verhandelt werden.</p> <p>Besonderheiten der PSM sind über Patientenmerkmale abzubilden, nicht über eine institutionelle Differenzierung.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>setzung über eine Einrichtung die Mindestvorgaben erfüllt, begründet. Gerade in solchen Einrichtungen würden die Stationen mit vulnerablen Patienten vernachlässigt. Ganz abgesehen davon, dass die Behauptung dieses angeblich weit verbreiteten Missstands in der Psychiatrie erst noch belegt werden muss, ist die Psychosomatik fast ausschließlich in kleinen Einheiten organisiert, so dass die beschriebenen Schwankungen bei psychosomatischer Abteilungen nicht auftreten können.</p> <p>3.: Kurzfristige Personalschwankungen haben zudem in der Psychosomatik nicht annähernd so große Auswirkungen, wie beispielsweise auf einer somatischen Intensivstation. Aus diesem Grund ist die Übertragung von ähnlich kleinteiligen Qualitätsindikatoren, wie sie jüngst in der Somatik eingeführt wurden – und die dem Vernehmen nach auch zu großen Umsetzungsproblemen führen– für die Psychiatrie und Psychosomatik abzulehnen.</p> <p>Auf der o.g. monatsgenauen und stationsfeinen Logik setzen die unter § 14 (GKV-SV)/§ 16 (PatV) festgelegten „Nachweisverfahren“ und in § 17 (GKV-SV)/§ 19 (PatV) definierten „Folgen bei Nichteinhaltung“ auf, die extrem engmaschige Berichtspflichten an die Krankenkassen und gravierende Sanktionen bei Abweichungen von den Mindestvorgaben vorsehen. Zumindest was die Psychosomatik angeht, können diese Regelungen aufgrund der oben dargestellten drei Gründe sicher nicht aus Gründen des Patientenschutzes gerechtfertigt werden. Diese Zusammenhänge müssten dem GKV-SV bekannt sein. Die Vorschläge des GKV-SV erscheinen an dieser Stelle rein wirtschaftlich motiviert.</p> <p>Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich weder eine Notwendigkeit von kalendermonatlichen noch von stationsbezogenen Mindestvorgaben für die Psychosomatik begründen lässt. Sollten diese, trotz der fehlenden Begründbarkeit und der weiter unten dargestellten Bedenken zur Praktikabilität und zum Nutzen, doch für die Psychiatrie eingeführt werden, so müssen für den Fachbereich der Psychosomatik daher trotzdem abweichend jährliche Nachweispflichten auf Einrichtungsebene vorgesehen werden.</p>	
--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Darüber hinaus müssen bei den Personal-Mindestvorgaben aufgrund der Funktionsweise der Psych-PV die obligaten durchschnittlichen Abwesenheitszeiten aufgrund von Erholungsurlauben, sonstigen Ausfallzeiten sowie Fort- und Weiterbildung berücksichtigt werden, wie der Vorsitzende des UA QS zutreffend feststellt.	
8.6	DGPM	<p><u>Zu § 2 Grundsätze:</u></p> <p><u>Abs. 9:</u></p> <p>Der vom DPR vorgegebene Rahmen für eine Stationsgröße erscheint willkürlich. Generell sollten demnach Stationsgrößen von 22 Pat. nicht überschritten werden. Da die Minutenwerte für jede Berufsgruppe je Patient und Woche vorgegeben sind, können sie auch gut auf Stationen unterschiedlicher Größe bezogen werden. Es gibt keinerlei Evidenz für den in den tragenden Gründen auf S. 8 beschriebenen Anstieg von Konflikten oder von crowding-Phänomenen auf psychosomatischen Stationen. In der Psychosomatik gibt es daher auch keine Notwendigkeit von Eindämmungsmaßnahmen, wie in der Erwachsenenpsychiatrie. Die in den tragenden Gründen auf S. 9 getroffenen Ableitungen aus diesen Phänomenen für die Psychosomatik können deshalb nicht getroffen werden. Empfehlungen für eine Beschränkung von Stationsgrößen auf 18 oder 22 Plätze können aus Qualitätssicherungsgründen für die Psychosomatik nicht gegeben werden.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR/GKV-SV/PatV: Die Anzahl der Patienten auf einer Station hat einen erheblichen Einfluss auf das Stationsmilieu und die Qualität der Behandlung.</p> <p>Es handelt sich um eine Soll-Vorschrift. Die Empfehlungen zur Stationsgröße sind Ableitungen aus den Expertengesprächen des G-BA, die als Expertenmeinung zu werten sind.</p>
8.7	DGPM	<p><u>Zu § 3 Definition der Tag- und Nachtdienste:</u></p> <p>Bei Psychosomatischen Tageskliniken gelten die Minutenwerte für einen Tagdienst von 8 Stunden.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Zustimmung</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>8.8</p>	<p>DGPM</p>	<p><u>Zu § 3 (DKG) und § 4 (GKV-SV/PatV) Behandlungsbereiche (unter Berücksichtigung der „Tragenden Gründe“ S. 14 -21):</u></p> <p><u>Abs. 1:</u></p> <p>Eine Zuordnung der Psychosomatik zum Behandlungsbereich A Allgemeine Psychiatrie ist nicht sachgerecht und inakzeptabel. Die im Behandlungsbereich A5 Psychotherapie angegebenen berufsgruppenbezogenen Minutenwerte bilden den Aufwand der psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung gemäß OPS-Prozedur 9-634 und damit die psycho-somatisch-psychotherapeutische Regelbehandlung nicht annähernd adäquat ab. Dies ist in den Expertenanhörungen, die der G-BA-Unterausschuss durchgeführt hat, immer wieder betont worden.</p> <p>Die Psychiatriepersonalverordnung in der aktuell gültigen Fassung hat sich explizit immer auf die „klinisch-psychiatrische Behandlung“ bezogen und war daher zurecht und anerkannt niemals Grundlage einer Personalbemessung in der Psychosomatischen Medizin. Dies wird in der Psych-PV selbst mehrfach begründet:</p> <p>In den Erläuterungen zu § 1 Psych-PV Abs. 5.4 wird u.a. festgestellt:</p> <p><i>Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat in seinem Schreiben vom 10.01.1991 V a 6-43541-24 zur Frage der Anwendbarkeit der Psych-PV auf Kliniken für psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausgeführt, dass diese „... hinsichtlich ihres Personalbedarfs nicht mit psychotherapeutischen Abteilungen in psychiatrischen Kliniken vergleichbar sind. Eine direkte Anwendung der Minutenwerte A5, S5 und G5 ist nicht möglich. Es ist deshalb bei den Pflegesatzverhandlungen auf das medizinisch erforderliche Leistungsangebot der Einrichtung abzustellen (Psych-PV S. 102f)“.</i></p> <p><i>Im Besonderen kann die Psych-PV nicht Grundlage einer Personalbemessung für eine psychosomatische Tagesklinik sein, da die in einer solchen Tagesklinik behandelten Patienten nicht psychiatrisch, sondern gem. den oben genannten Unterscheidungskriterien intensiv psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und akut erkrankt sind.</i></p> <p>Die Erläuterung zu § 5 Psych-PV führt hierzu in Abs. 1.8 aus: „Bei den Tageskliniken wurde</p>	<p>GKV-SV: Um die Besonderheiten bei der Behandlung von Patienten in psychosomatischen Einrichtungen abbilden zu können, wird der Behandlungsbereich A5 im Vorschlag des GKV-SV für die Psychosomatik geöffnet und heißt neu „Psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung“. Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens schlägt der GKV-SV vor, einen neuen Behandlungsbereich A7 für die psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung aufzunehmen. Dieser wird mit dem OPS 9.63 bzw. 9.62 verknüpft und steht psychiatrischen als auch psychosomatischen Patienten offen, die über die gleichen Störungen, Behandlungsmittel und Behandlungsziele verfügen.</p> <p>Der GKV-SV wird aber aufgrund ihrer Anregung die Behandlung in Akut-Tageskliniken in die Beratungen bei der Weiterentwicklung der RL aufnehmen.</p> <p>Eine flächendeckende Anwendung der Heufft-Zahlen bei den Budgetverhandlungen ist dem GKV-SV nicht bekannt.</p> <p>DKG/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
------------	-------------	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p><i>von sog. verbundenen Tageskliniken und einer 5-Tage-Woche ausgegangen, in der Erwachsenenpsychiatrie von solchen, welche vorwiegend rehabilitativ behandeln ... Die Personalbemessung für andere Formen der Tagesklinik sind gesondert zu verhandeln“ (Psych-PV S. 137f.).</i></p> <p><i>In Erläuterung 1.6 A6 (Tagesklinische Behandlung) zu Anlage 1 Psych-PV heißt es: „Der Personalbemessung sind Patienten zugrundegelegt, deren Behandlungsaufwand daran bemessen ist, dass sie im Anschluß an eine vollstationäre Behandlung in der gleichen Einrichtung teilstationär weiterbehandelt werden.....Es gibt jedoch tagesklinische Behandlungen, zu denen die Kranken primär, d.h. ohne vorangegangene vollstationäre Behandlung aufgenommen werden.</i></p> <p><i>Diese Patienten sind akut krank. Die Minutenwerte nach Behandlungsbereich A6 sind dann nicht bedarfsgerecht.“</i></p> <p>Die Kategorie A5 stellt vielmehr den gescheiterten Versuch einer Versorgung des Patienten-spektrums in der Allgemeinpsychiatrie dar, das heute überwiegend und besser in der Psychosomatik versorgt wird. Aus der Tatsache, dass in der Psychosomatik die Methode Psychotherapie „im Vordergrund steht“, ist noch lange nicht die Einordnung der Psychosomatik in der Kategorie A5 abzuleiten, wie es der GKV-SV behauptet (S. 18 tragende Gründe). Auch unter „Bei-mischung“ der Kategorie A1 reicht die dadurch sichergestellte Therapiedosis für moderne leitliniengerechte, multimodale psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung (OPS Ziff. 9-63ff) in der Psychosomatik bei Weitem nicht aus. Die bereits heute besser abgebildete leitliniengerechte Versorgung in den psychosomatischen Einrichtungen wird zu Recht in den tragenden Gründen von der BPtK auf S. 5 erwähnt. Ein erneuter Versuch der Eingliederung der Psychosomatik in die Kategorie A5 unter „Beimischung“ der Kategorie A1 trägt deshalb nichts zur Verbesserung der Versorgung bei. Im Gegenteil. Sie gefährdet die bereits erreichten Verbesserungen der psychosomatischen Versorgung durch eine viel zu niedrige Festsetzung der Qualitätsindikatoren im Vergleich zu den in der Praxis etablierten Versorgungsstandards. Sie gefährdet die psychosomatische Versorgung darüber hinaus auch über nicht auszuschließende budgetwirksame, normative Wirkungen dieser Richtlinie solange keine Personalvorgaben existieren. Die Forderung</p>	
--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>nach einer Einordnung der Psychosomatik in die Kategorien A1 und A5 lässt zeitgemäße Versorgungsstandards der Psychosomatik außer Acht.</p> <p>Da die Personalausstattung für psychosomatische Einrichtungen (außerhalb der Psychiatrie) zu keiner Zeit gemäß der PsychPV kalkuliert werden konnten, wurden in den bisherigen Budgetverhandlungen mehrheitlich die Vorgaben der Fachgesellschaft zur Personalbemessung zu Grunde gelegt und von den Kostenträgern akzeptiert. Diese stützen sich auf die von Heuft et al. (1993) normativ ermittelten berufsgruppendifferenzierenden Minutenwerte, die das Mindestmaß der Personalausstattung von psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtungen zur Durchführung einer Komplexbehandlung beschreiben. Dabei ist hervorzuheben, dass die Minutenwerte nach Heuft et al. (1993) exakt den Konstruktionsprinzipien der Psych-PV folgen, aber auf die typischen, in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinik applizierten Prozeduren bezogen werden. Die vom GKV-SV in den tragenden Gründen auf S. 18 und 19 zitierte abweichende Praxis im Bundesland Hessen sowie die zwei (mittlerweile 14 und 18 Jahre alten) Entscheidungen in Vermittlungsausschüssen des Landes Baden-Württemberg stellen eine Ausnahme zur sonst gängigen Praxis in der Bundesrepublik dar. Dies belegt schon die hohe Übereinstimmung der aus der aktuellen InEK-Kalkulation (PEPP) ableitbaren Minutenwerten mit den Minutenwerten nach Heuft et al. (1993) (siehe nachfolgend). Sie sind ein Spiegelbild der aktuell verhandelten Budgets in den Kalkulationskrankenhäusern und bilden daher die etablierte Versorgungsrealität ab. Einschätzungen, wie die beiden oben zitierten und veralteten Entscheidungen der Vermittlungsausschüsse eines Bundeslandes kommen i.d.R. allenfalls unter Beteiligung von psychiatrischen Fachärzten aber ohne Fachexpertise der Psychosomatischen Medizin zu Stande und vertreten keine leitlinienkonformen Meinungen. Sie dürfen keinesfalls für die Formulierung einer Qualitätsrichtlinie in der Psychosomatik herangezogen werden.</p> <p>Neben den gesetzlichen Erläuterungen der durch die InEK-Kalkulation nachweisbaren Versorgungsrealität sowie grundlegenden Unterschieden in den Tätigkeitsprofilen, machen auch die erheblich abweichenden Minutenwerte für die psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung deutlich, dass diese nicht über</p>	
--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>die bestehenden Behandlungsbereiche der PsychPV abgebildet werden können:</p> <p>Die folgende Tabelle stellt die Personalanforderungen (Vollkräfte; VK) nach PsychPV (A1, A5) und die Personalanhaltszahlen nach Heuft et al. (1993), gerechnet für eine Station mit 24 Betten gegenüber:</p> <table border="1" data-bbox="459 483 1375 810"> <thead> <tr> <th>Personal</th> <th>PsychPV A1 (VK)</th> <th>PsychPV A5 (VK)</th> <th>Personalanhaltszahlen (VK) (DGPM, Heuft G et al. [1993])</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ärzte</td> <td>2,07</td> <td>1,54</td> <td>2,6</td> </tr> <tr> <td>Pflege</td> <td>5,78</td> <td>1,98</td> <td>6,9</td> </tr> <tr> <td>Dipl.-Psychologe</td> <td>0,29</td> <td>1,07</td> <td>2,6</td> </tr> <tr> <td>Ergotherapie/Spezialtherapie</td> <td>1,22</td> <td>1,03</td> <td>1,4</td> </tr> <tr> <td>BWT/Physiotherapie</td> <td>0,28</td> <td>0,31</td> <td>1,4</td> </tr> <tr> <td>Sozialtherapie</td> <td>0,76</td> <td>0,14</td> <td>1,3</td> </tr> <tr> <td>stationsbez. Pflege</td> <td>2,1</td> <td>2,1</td> <td>2,3</td> </tr> <tr> <td>Summe VK</td> <td>12,5</td> <td>8,2</td> <td>18,5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Im Unterschied zu den Strukturvorgaben der PsychPV hat die DGPM immer betont, dass sich die Anzahl budgetrelevanter Vollkräfte aus den jeweils mittelbar und unmittelbar am Patienten erbrachten, notwendigen Leistungen ergeben muss. Somit erlaubt die wöchentliche Eingruppierung der Patienten nach Art und Schwere seiner Erkrankung keine adäquate Ableitung des notwendigen Personalbedarfs für eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung. Die Kernleistungen der PSM-PT sind die über die OPS-Prozedur 9-634 und den Zusatzkode 9-642 definierte psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung und die integrierte internistisch-psychosomatische Komplexbehandlung. Hier sind transparent und überprüfbar die fachspezifischen Behandlungsprozesse angesprochen, die den entsprechenden und unabdingbaren Personalbedarf auslösen. Weder die Kategorien A1 noch A5 der PsychPV sind geeignet, den Stellenbedarf entsprechend der Anforderungen der heutigen psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung zu bestimmen.</p> <p>Zwischenzeitlich wurden die Berechnungen der Personalanforderungen von Heuft et</p>	Personal	PsychPV A1 (VK)	PsychPV A5 (VK)	Personalanhaltszahlen (VK) (DGPM, Heuft G et al. [1993])	Ärzte	2,07	1,54	2,6	Pflege	5,78	1,98	6,9	Dipl.-Psychologe	0,29	1,07	2,6	Ergotherapie/Spezialtherapie	1,22	1,03	1,4	BWT/Physiotherapie	0,28	0,31	1,4	Sozialtherapie	0,76	0,14	1,3	stationsbez. Pflege	2,1	2,1	2,3	Summe VK	12,5	8,2	18,5	
Personal	PsychPV A1 (VK)	PsychPV A5 (VK)	Personalanhaltszahlen (VK) (DGPM, Heuft G et al. [1993])																																			
Ärzte	2,07	1,54	2,6																																			
Pflege	5,78	1,98	6,9																																			
Dipl.-Psychologe	0,29	1,07	2,6																																			
Ergotherapie/Spezialtherapie	1,22	1,03	1,4																																			
BWT/Physiotherapie	0,28	0,31	1,4																																			
Sozialtherapie	0,76	0,14	1,3																																			
stationsbez. Pflege	2,1	2,1	2,3																																			
Summe VK	12,5	8,2	18,5																																			

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>al. (1993) und damit die Personalanhaltszahlen unserer Fachgesellschaft DGPM empirisch überprüft.</p> <p>Gemeinsam mit dem Deutschen Krankenhaus Institut (DKI) wurde eine Studie zur Personalausstattung psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken und Abteilungen im Sinne eine IST-Erhebung durchgeführt (Friederich et al. 2018). Die folgende Tabelle zeigt die Personalausstattung der Kalkulationskliniken bei einer angenommenen Stationsgröße von 24 Betten gemäß den InEK-Zahlen und stellt sie den Ergebnissen der DKI-Studie gegenüber.</p> <table border="1" data-bbox="472 619 1245 935"> <thead> <tr> <th></th> <th>InEK (VK)</th> <th>DKI Studie (VK)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ärztlicher Dienst + Psychologen</td> <td>5,3</td> <td>6,0</td> </tr> <tr> <td>nur Ärztlicher Dienst</td> <td>3,4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>nur Psychologen</td> <td>1,9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pflege-/ Erziehungsdienst</td> <td>7,7</td> <td>6,7</td> </tr> <tr> <td>Sozialarbeiter/Sozial-/ Heilpädago</td> <td>0,4</td> <td>0,3</td> </tr> <tr> <td>Spezialtherapeuten</td> <td>1,9</td> <td>1,6</td> </tr> <tr> <td>med.-techn. Dienst/ Funktionsdienst</td> <td>0,4</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Außerdem wurden die Personalanhaltszahlen von Heuft et al. (1993) mit den im Rahmen der Entwicklung des PEPP-Entgeltsystems von Seiten der Universitätsklinik für das InEK erhobenen Leistungsdaten in Beziehung gesetzt, die eine Umrechnung in Minutenwerte ermöglichen, welche sich wiederum an den Konstruktionsprinzipien der PsychPV orientieren. Ziel war hierbei eine empirische Überprüfung der normativ definierten Personalanhaltszahlen mit der nach dem PEPP-System anzunehmenden Finanzierungsgrundlage (Quelle: Heuft, Hochlehnert et al 2015).</p> <p>PEPP-Minutenwerte (kalkuliert für die Datenjahre 2013 und 2014) bei einem Basisentgeltwert von 285 EUR für eine Station mit 18 stationären Behandlungsplätzen im Vergleich mit den Minutenwerten von Heuft et al. (1993).</p>		InEK (VK)	DKI Studie (VK)	Ärztlicher Dienst + Psychologen	5,3	6,0	nur Ärztlicher Dienst	3,4		nur Psychologen	1,9		Pflege-/ Erziehungsdienst	7,7	6,7	Sozialarbeiter/Sozial-/ Heilpädago	0,4	0,3	Spezialtherapeuten	1,9	1,6	med.-techn. Dienst/ Funktionsdienst	0,4		
	InEK (VK)	DKI Studie (VK)																									
Ärztlicher Dienst + Psychologen	5,3	6,0																									
nur Ärztlicher Dienst	3,4																										
nur Psychologen	1,9																										
Pflege-/ Erziehungsdienst	7,7	6,7																									
Sozialarbeiter/Sozial-/ Heilpädago	0,4	0,3																									
Spezialtherapeuten	1,9	1,6																									
med.-techn. Dienst/ Funktionsdienst	0,4																										

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	PEPP-Minuten 2013	PEPP-Minuten 2014	Minutenwerte [Heuft 1999]	Minutenwerte Heuft angepasst
Ärzte Station	3830	3852		
Psychologen	2876	2892		
Zwischensumme	6706	6744	7524	7524
Oberärzte	962	968		968
Zwischensumme	7668	7711	7524	8492
Pflegedienst	6456	6582	4629	4629
Zuschlag Pflege	5000	5000	5000	5000
Sozialarbeiter	557	563	1888	1888
Spezialtherapeuten	2988	2974	2880	2880
Gesamtsumme	22669	22830	21921	22889

Die aus den PEPP-Daten auf der Basis eines Basisentgeltwertes von 285 € berechneten Minutenwerte weisen eine bemerkenswerte Konvergenz zu den Minutenwerten von Heuft et al. (1993; gleichlautend: 1999) auf.

Eine Einordnung der Psychosomatik in die Psych-PV wird deshalb aus fachlicher Sicht abgelehnt. Die Versorgungsstruktur in der Psychosomatik bedingt eine Personalbemessungsmethodik, die zu abgestuften Personalvorgaben, orientiert am jeweiligen Leistungsgeschehen der psychosomatischen Kliniken führt. Die Psychosomatik sollte deshalb erst in einer Stufe 2 (siehe § 13 (DKG) Abs. 3) der Richtlinie mit einem solchen adäquateren Modell erfolgen, wie es die BPtK in den tragenden Gründen (S.5) ebenfalls fordert. Sollen trotzdem jetzt schon Qualitätsindikatoren festgelegt werden müssen, so ist zur Erhaltung einer qualitativ ausreichenden Versorgung psychosomatisch erkrankter Patienten im Krankenhaus eine Personalbemessung analog den Konstruktionsprinzipien der PsychPV prinzipiell denkbar. Dies sollte jedoch nur vorübergehend erfolgen. Es bedarf dann allerdings, wie von der DKG gefordert, einen

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>eigenen, neu zu definierenden Behandlungsbereich „P“ (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung).</p> <p>Darüber hinaus beteiligt sich die DGPM an der parallel zum G-BA-Prozess inaugurierten verbändeübergreifenden „Plattform“ Personal, die versucht auf empirischer Grundlage ein Modell zur Personalbemessung zu entwickeln, das individuumsbezogene, settingbezogene und institutionsbezogene Aufwände (Kosten) berücksichtigt und bisherige Modelle der Personalbemessung weiterentwickelt. Dabei wurde für die Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapie (im Unterschied zur Psychiatrie und der KJPPP) ein therapieprozessbezogenes Modell entworfen: die Personalvorgaben richten sich danach, ob die Klinik die übliche Intensität therapeutischer und medizinischer Versorgung tatsächlich anbietet und somit therapieintensive Settings vorhält, wie sie beispielsweise bei der Behandlungen von posttraumatischen Belastungsstörungen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen zum Einsatz kommen oder ob auf der anderen Seite medizinische besonders aufwendige Rahmenbedingungen bereit gehalten werden, wie sie bei der Behandlung von magersüchtigen Patientinnen mit höchstgradigem Untergewicht oder in der komplexen psychosomatischen Schmerztherapie angeboten werden. Aus Sicht der Fachgesellschaft sollte der Personalstand zumindest so hoch sein, dass eine Mindesttherapiedosis von drei ärztlich-psychologischen Therapieeinheiten und 2 Therapieeinheiten in den Spezialtherapien pro Woche angeboten werden kann. Die gesetzlichen Vorgaben müssen den Krankenhäuern und Abteilungen eine personelle Ausstattung ermöglichen, mit der allen Patienten in psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen eine den Qualitätsanforderungen des PEPP-Systems und der Leitlinien entsprechende psychosomatisch-psychotherapeutische und medizinische Versorgung angeboten werden kann.</p> <p>Darüber hinaus unterstützen die Psychosomatischen Kliniken und Abteilungen in Deutschland auch die im Auftrag des G-BA durchgeführte PPP-Studie (Wittchen), die das Ziel hatte, die tatsächlichen Personalaufwände einrichtungsbezogen zu erfassen.</p>	
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>8.9</p>	<p>DGPM</p>	<p><u>Zu § 5 Berufsgruppen</u></p> <p>Bei der Berufsgruppe der Psychologen sollten bezüglich der Anzahl der Psychologen mit Approbation keine Vorgaben gemacht werden, da diese auf dem Arbeitsmarkt nicht im ausreichenden Umfang für die Krankenhausbehandlung zur Verfügung stehen. Auch hinsichtlich der Art der Spezialtherapeuten ist nur die Gesamtzahl, aber nicht deren Spezialisierung als Qualitätsindikator festzulegen, da je nach den zu behandelnden Krankheitsbildern unterschiedliche Qualifikationen benötigt werden (z.B. Körpertherapeuten bei Essstörungen, Musiktherapeuten bei somatoformen Störungen etc.). Die Klarstellung der DKG auf S. 22 der tragenden Gründe, nach der es sich bei der Aufzählung der beispielhaft genannten Berufsgruppen unter den Spezialtherapeuten nicht um eine abschließende Aufzählung handelt, muss deswegen berücksichtigt werden.</p>	<p>DKG: Wir stimmen der Auffassung der DGPM zu und lehnen die vom GKV-SV geforderte Differenzierung zwischen Psychologen mit und ohne Approbation in den Nachweisen ab. Von einer Differenzierung bezüglich der Spezialtherapeuten wird ebenfalls abgesehen.</p> <p>Es gibt keine Vorgabe für die Anzahl der Psychologen mit Approbation in diesem Richtlinienentwurf.</p> <p>GKV-SV: Die Flexibilität bei der Beschäftigung der Ergotherapeuten und künstlerischen Therapeuten ist in der RL gegeben.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
<p>8.10</p>	<p>DGPM</p>	<p><u>Zu § 6 (DKG) und 7 (GKV-SV/ PatV) Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalverordnung</u></p> <p>Der Vorschlag der DKG zur Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalverordnung ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten unter Berücksichtigung einer notwendigen Flexibilität, die erforderlich ist, um Schwankungen bei der Anzahl verfügbaren Personals auffangen und Versorgung in einem für eine leitliniengerechte Behandlung notwendigen Umfang aufrecht erhalten zu können. Es sollte unbedingt vermieden werden, dass, wie im DRG-Bereich aktuell zu beobachten, eine zu kleinteilige und zu engmaschig überprüfte Personalverordnung, zu teilweise dramatischen Anpassungen der Versorgungskapazitäten mit Nachteilen für die Patientenversorgung führt.</p>	<p>GKV-SV: Das in § 6 im Vorschlag des GKV-SV etablierte Verfahren zur Ermittlung der Mindestvorgaben ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten je nach Belegung der Station in einem Kalendermonat. Sie stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen ohne Bettenperrungen möglich sind, denn die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können also ausgeglichen werden.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme
8.11	DGPM	<p><u>Zu § 6 (DKG) und 7 (GKV-SV/ PatV) Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalverordnung</u></p> <p><u>Abs. 1, 2 und 3 (GKV-SV):</u></p> <p>Die Vorstellungen des GKV-SV zur Ermittlung der Mindestvorgaben und später der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung sind nicht praktikabel.</p> <p>Die stations-, berufsgruppen- und tagesbezogene Erfassung von Daten löst einen in der Praxis nicht zu bewältigenden Dokumentationsaufwand aus. Die Erfassung und Dokumentation soll nach den Forderungen des GKV-SV künftig auf universitärem Studienniveau erfolgen. Die empirische Studie zur Erfassung des Personalbedarfs konnte nicht rechtzeitig zur Verabschiedung der Erstfassung dieser Richtlinie fertig gestellt werden. Die Schlussfolgerung daraus kann jedoch nicht die Erfassung von Daten auf Studienniveau in allen ca. 815 Psych-Krankenhäusern und -abteilungen in Deutschland mittels Festlegung über die PPP-RL sein. Das Berufsbild der Pflege (oder aller anderen betroffenen dokumentierenden Berufsgruppen) würde durch den zusätzlichen enormen Dokumentationsaufwand negativ beeinflusst werden. Eine solche Festlegung hätte enorme Personalkosten für die Dokumentationsarbeiten zur Folge. Geht man von 0,25 Vollkräften je 18 Betten für zusätzliche und durch diese Richtlinie verursachte Dokumentationsarbeiten aus, so wären ca. 2.050 Vollkräfte in allen Einrichtungen zusätzlich einzustellen. Dies würde zusätzliche Personalkosten von ca. EUR 100 Mio. bis EUR 125 Mio. p.a. auslösen. Im Bereich der EDV ist zusätzlich mit einem niedrigen dreistelligen Millionenbetrag an Kosten für die Entwicklung und Lizenzierung entsprechender Soft- und Hardware zu rechnen.</p> <p>Wie bereits in den Kommentaren zu § 2 Abs. 5 und 7 weiter oben dargelegt, gibt es keine Gründe zur Qualitätssicherung in der Psychosomatik, die eine solche Dokumen-</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Ein zusätzlicher und unverhältnismäßiger Dokumentationsaufwand ist nicht nachvollziehbar. Eine kontinuierliche Einstufung der behandelten Patienten ist praktikabel und erfolgt bereits bisher über den entsprechenden OPS-Kode. Eine gesonderte Erfassung der Anwesenheit von Personal am Krankenhaus und auf Station ist nicht notwendig, da diese Angaben bereits heute aus arbeitsrechtlichen und haftungsrechtlichen Gründen bereits erhoben werden müssen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>tation auf stations- und monatssebene auch nur im Ansatz rechtfertigen könnten. Insbesondere in der Psychosomatik müssen keine vulnerablen Patientengruppen geschützt werden und es gibt auch keine Schwankungen in der Besetzung von Stationen. Deshalb ist die Formulierung gemäß § 6 Abs. 1 und 2 der DKG zu übernehmen.</p> <p>Am Rande sei zusätzlich bemerkt, dass die Vorschläge des GKV-SV/PatV sich in den Abs. 1-3 abwechselnd auf Stationen und Behandlungsbereich beziehen. Es ist unklar, was mit Behandlungsbereich gemeint sein soll.</p>	
8.12	DGPM	<p><u>Zu § 6 (DKG) und 7 (GKV-SV/ PatV) Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalverordnung</u></p> <p><u>Abs. 4 (GKV-SV):</u></p> <p>Es wird auf die Kommentare zu § 2 Abs. 3 (keine Anwendbarkeit der Regelungen zu Nachtdiensten in der Psychosomatik) verwiesen.</p>	<p>GKV-SV/PatV: In den vom G-BA durchgeführten Fachgesprächen ergaben sich Hinweise auf ein Qualitätsdefizit im Nachtdienst. Aus diesem Grund wird der Nachtdienst künftig mitgeregelt werden; in den ersten zwei Jahren wird aber allein die diesbezügliche Personalausstattung erhoben.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
8.13	DGPM	<p><u>Zu § 6 (DKG) und 7 (GKV-SV/ PatV) Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalverordnung</u></p> <p><u>Abs. 4 (DKG) / Abs. 5 (GKV-SV):</u></p> <p>Dieser Absatz kann für die Minutenwerte der P-Kategorie der Psych-PV in Anlage 2 nicht gelten. Sie müssen ohne Abschläge übernommen werden.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Dem Hinweis folgend wurde die Wirksamkeit der Reduktion der Minutenwerte um 10 % bei nicht vorhandener Versorgungsverpflichtung für die Psychosomatik aufgelöst. Während die Psych-PV, deren Minutenwerte in dieser Richtlinie für psychiatrische Einrichtungen Geltung finden, die Reduktion der Minutenwerte für</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung vorsah, wurden die Personalanhaltszahlen von Heuft (1999), welche in dieser Richtlinie für den Bereich der Psychosomatik Geltung finden, ohne eine derartige Reduktion festgelegt. Der Aspekt des unterschiedlichen Personalbedarfs zwischen Einrichtungen mit und ohne Versorgungsverpflichtung wurde bei der Kalkulation der Minutenwerte in der Psychosomatik bereits berücksichtigt. So wurde die entsprechende Verringerung der Minutenwerte für Einrichtungen der Psychosomatik – Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung – bereits bei der Festlegung der Minutenwerte vorgenommen. Aus diesem Grund findet eine Verringerung der Minutenwerte um 10 % nur bezüglich psychiatrischer Einrichtungen statt.</p>
<p>8.14</p>	<p>DGPM</p>	<p><u>Zu § 6 (DKG) und 7 (GKV-SV/ PatV) Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalverordnung</u> <u>Abs. 5 (DKG):</u> Der Faktor 0,8 für die Berechnung der Mindestbesetzung sollte angesichts der geringen normativen Fundierung der Minutenwerte in Anlage 2 (weder evidenzbasiert noch leitliniengerecht) übernommen werden. So können die Qualitätsindikatoren realistisch festgelegt werden und es wird gleichzeitig eine unerwünschte normative Wirkung zu gering bemessener Qualitätsvorgaben verhindert. Die Versorgungslandschaft der Psychosomatik zeigt, wie auch in der Psychiatrie (siehe tragende Gründe der DKG S.</p>	<p>Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		27), eine starke Streuung in der Personaldichte auf (siehe auch DKI-Studie). Solange keine evidenzbasierten und leitliniengerechten Vorgaben existieren, müssen Versorgungsformen auch bis zu 20% unterhalb der Mindestvorgaben zugelassen werden, damit nicht ineffizient viel Personal vorgehalten werden muss. Mit Hilfe dieses Faktors können sich die Mindestvorgaben in der vorgeschlagenen Kategorie P der Anlage 2 am Durchschnitt der Versorgung orientieren, weil kein ungerechtfertigter Ausschluss von möglicherweise legitimen und effizienten Versorgungskonzepten droht.	
8.15	DGPM	<p><u>Zu § 6 (DKG) und 7 (GKV-SV/ PatV) Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalverordnung</u></p> <p><u>Abs. 6 (DKG)/Abs. 6 (GKV-SV):</u></p> <p>Die Regelung der DKG ist zu übernehmen. Beispielsweise übernimmt die Berufsgruppe der Medizinischen Fachangestellten zahlreiche Aufgaben der Pflege (Blutabnahme, richten von Medikamenten, Unterstützung bei der Diagnostik, etc. pp.) und teilweise auch der Spezialtherapeuten. Sie muss anrechenbar im Sinne des Personalnachweises sein. Sonst wären die Träger gezwungen dieses Personal mit Personal der in § 5 genannten Berufsgruppen zu ersetzen. Vollkommen zutreffend stellt die DKG darüber hinaus fest, dass in Anbetracht des herrschenden Fachkräftemangels die Einrichtungen die Möglichkeit haben müssen, Personalengpässe mit Hilfe anderer Berufsgruppen auszugleichen. Die bereits bewährte Anrechenbarkeit in der Psych-PV ist beizubehalten.</p>	<p>GKV-SV: Anrechenbarkeit ist zu gewährleisten, allerdings muss spezifiziert werden, wer wen ersetzen darf und in welcher Höhe Berufsgruppen ersetzt werden dürfen. Eine Ergotherapeutin kann etwa nicht die Ärztin ersetzen. Eine vollständige Ersetzung einer Berufsgruppe durch eine andere wäre ebenfalls abzulehnen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
8.16	DGPM	<p><u>Zu § 6 (DKG) und 7 (GKV-SV/ PatV) Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalverordnung</u></p> <p><u>Abs. 8 (DKG)/ Abs. 9 (GKV-SV):</u></p> <p>Die Ausfallzeiten müssen aus der Logik der Psych-PV heraus geregelt und berücksichtigt werden, wie der Vorsitzende des UA QS zu § 2 Abs. 5 bereits zutreffend fest-</p>	<p>Die Ausfallzeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher – wie bisher auch bei der Psych-PV – als Add-on vor Ort verhandelt werden (siehe dazu auch § 7 Abs. 9 (GKV-SV), § 6 Abs. 8 (DKG)).</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		gestellt hat. Wie in den tragenden Gründen von der DKG erwähnt, müssen Ausfallzeiten von 20%-30%, wie sie in der Praxis regelmäßig vorkommen, bei der Berechnung der Personalausstattung berücksichtigt werden können.	
8.17	DGPM	<p><u>Zu § 8 (GKV-SV/PatV) Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad</u></p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV zur Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und des Umsetzungsgrades erscheint nicht realitätsgerecht. Auf die Anmerkungen zu § 7 (GKV-SV) Zu Abs. 1, 2 und 3 (GKV-SV) wird verwiesen. Die dort und in § 8 (GKV-SV/PatV) geregelten Dokumentationspflichten lösen enormen Dokumentationsaufwand aus. Es werde dadurch keine Qualitätsziele gesichert, die diesen Aufwand rechtfertigen. Für die Psychosomatik sind überhaupt keine sinnvollen Qualitätsziele erkennbar, die damit verfolgt werden könnten.</p> <p>Die Kleinteiligkeit der zeitlichen wie auch berufsgruppenbezogenen Betrachtung, wie beispielsweise in Abs. 5, nimmt den Kliniken jede Möglichkeit, Schwankungen in der Personalbesetzung auszugleichen und laufende Behandlungsprozesse kontinuierlich zu führen. Dies ist in Anbetracht des herrschenden Fachkräftemangels nicht darstellbar. Insbesondere kleine Behandlungseinheiten, die in der wohnortnahen Versorgung eine wichtige Rolle spielen, wären bei der Krankenhausfinanzierung und damit existenziell deutlich beeinträchtigt. Um die politisch gewünschte Erhaltung einer wohnortnahen Versorgung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen gerecht zu werden, müssen hier Regelungen getroffen werden, die größere Episoden (Jahre oder Quartale) betrachten und eine Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppe ermöglichen (wie es der DKG-Position in §7 entspricht).</p> <p>Die Regelungen in Abs. 6 bis 9 sind für die Psychosomatik nicht anzuwenden. Es wird auf die Kommentare zu § 2 Abs. 3 (keine Anwendbarkeit der Regelungen zu Nachtdiensten in der Psychosomatik) verwiesen.</p>	<p>GKV-SV: Die Anrechenbarkeit der Berufsgruppen ist gegeben und in § 8 verortet.</p> <p>Die Dokumentationspflichten sind unentbehrlich. Sie dienen der Qualitätssicherung und dem Schutz der Patientinnen und Patienten</p> <p>Die Erfassung der Station – möglichst kalendermonatlich – ist unabdingbar und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird. Das in vom GKV-SV vorgeschlagene Verfahren stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen möglich sind. Die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können so ausgeglichen werden. Die Flexibilität des Krankenhauses bleibt so erhalten.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>8.18</p>	<p>DGPM</p>	<p><u>Zu § 10 Leitungskräfte (PatV/DPR/BPtK)</u></p> <p>Zur Sicherstellung einer leitliniengerechten und qualitätsgesicherten Behandlung ist eine Personalbemessung für leitende Ärzte/Psychologen, sofern damit auch die Oberärzte gemeint sind, im Verhältnis 1:8 zu den ermittelten Ärzten/Psychologen nicht sachgerecht, da mit diesem Zuordnungsverhältnis qualitätssichernde Maßnahmen nicht in ausreichendem Umfang zu erbringen sind. Für eine leitliniengerechte qualitativ gute Behandlung ist ein Verhältnis von 1:6 leitende Ärzte/Psychologen zu den ermittelten Ärzten/Psychologen erforderlich.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Leitungskräfte sind u.a. neben Bereitschaftsdiensten und Genesungsbegleitern in den Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu berücksichtigen. Es wird in dieser Richtlinie keine verbindliche Mindestvorgabe für Leitungskräfte definiert.</p> <p>BPtK: Beim Verhältnis 1:8 werden zu den 8 Ärzten/Psychologen nicht nur Weiterbildungsteilnehmer, sondern auch Ärzte/Psychologen mit abgeschlossener Weiterbildung/Ausbildung gezählt. Nach den Ergebnissen einer Studie des Deutschen Krankenhaus weisen „good practice“-Beispiele der Weiterbildung ein Verhältnis von 1 Weiterbildungsbefugten zu 6 Weiterzubildenden aus. (Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten im Krankenhaus, DKI-Projekt im Auftrag der BPtK 2017, https://www.dki.de/sites/default/files/2019-01/aus-und weiterbildung_von psychotherapeuten_im_krankenhaus.pdf)</p>
<p>8.19</p>	<p>DGPM</p>	<p><u>Zu § 10 (GKV-SV) /§ 12 (PatV) Stationsgröße</u></p> <p>Im Bereich der Psychosomatik sind Stationsgrößen >18 Pat., in Fachkrankenhäuser bis 28 Pat. möglich. Es gibt hier keine empirischen Erkenntnisse, dass alleine die Stationsgröße Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben könnte. Daher wird eine Be-</p>	<p>GKV-SV/DPR: Die Anzahl der Patienten auf einer Station hat einen erheblichen Einfluss auf das Stationsmilieu und die Qualität der Behandlung.</p> <p>Es handelt sich um eine Soll-Vorschrift. Die</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>grenzung auch auf 22 Behandlungsplätze nicht unterstützt. Es wird auf die Ausführungen zu § 2 Abs. 9 verwiesen (siehe oben).</p>	<p>Empfehlungen zur Stationsgröße sind ein Ergebnis aus den Fachexpertengesprächen des G-BA.</p> <p>GKV-SV/PatV: Es handelt sich um eine Soll-Vorschrift. Die Empfehlungen zur Stationsgröße sind Ableitungen aus den Expertengesprächen des G-BA, die als Expertenmeinung zu werten sind und im ersten Anpassungsprozess in zwei Jahren ggf. nachjustiert werden.</p> <p>Die Erhöhung der Minutenwerte in § 9 Abs. 2 bei Überschreitung der empfohlenen Stationsgröße wird für die Psychosomatik ausgesetzt.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
8.20	DGPM	<p><u>Zu § 11 (PatV/DPR)</u></p> <p>Es wird auf die Kommentare zu § 2 Abs. 3 (keine Anwendbarkeit der Regelungen zu Nachtdiensten in der Psychosomatik) verwiesen.</p>	<p>PatV/DPR: In den vom G-BA durchgeführten Fachgesprächen gibt es Hinweise auf ein Qualitätsdefizit im Nachtdienst. Aus diesem Grund wird der Nachtdienst künftig mitgeregelt werden.</p>
8.21	DGPM	<p><u>Zu § 11 (GKV-SV) / § 13 (PatV) Genesungsbegleiter</u></p> <p>Genesungsbegleiter spielen in der Psychosomatischen Medizin aufgrund der spezifischen Behandlungsziele und –mittel keine wichtige Rolle und sollten nicht zum verpflichtenden Strukturmerkmal werden.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Es handelt sich um eine Empfehlung, die bei ähnlichem Indikationsspektrum auch in der Psychosomatik sinnvoll sein kann.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme
8.22	DGPM	<p><u>Zu § 12 Umsetzung in ein Behandlungsangebot</u></p> <p>Die Forderung, die Mindestvorgaben für die Personalausstattung nach dieser Richtlinie in ein konkretes Behandlungsangebot umzusetzen bedeuten einen erheblichen Eingriff in die Gestaltung der Behandlungskonzepte und überschreitet damit deutlich den Auftrag einer solchen Richtlinie. Die genannten Ziele sind zum Teil keine Behandlungsziele einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung (z.B. Verzicht auf geschlossenen Stationen / Vermeidung geschlossener Türen, Verhinderung von Zwang und Prävention von aggressivem Verhalten) oder widersprechen den Anforderungen an die stets aufrechtzuerhaltenden Personalmengen (z.B. möglichst leistungssektorenübergreifende Behandlerkonstanz).</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die vom GKV-SV benannten Punkte sind nicht als „Eingriffe in die Gestaltung von Behandlungskonzepten“ anzusehen. Es handelt sich um eine Leistung von Einzel- und Systeminterventionen, die sich aus den gängigen Leitlinien ableiten lassen und den gegenwärtigen Erkenntnisstand einer zeitgemäßen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung widerspiegeln. Somit sollten sie auch für die Psychosomatik von Relevanz sein.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
8.23	DGPM	<p><u>Zu § 9 (DKG)/13 (GKV-SV)/15 (PatV) Ausnahmetatbestände</u></p> <p>Die Definition von Ausnahmetatbeständen, wie von der DKG formuliert und in den tragenden Gründen begründet, werden von uns vollumfänglich unterstützt. Ein Ausnahmetatbestand liegt nicht nur dann vor, wenn die Ausfallquote 20% beträgt. Hat ein Krankenhaus bisher beispielsweise seine Mindestpersonalvorgaben auf einer Ausfallquote von 10% belegt, kann ein Anstieg auf 18% durchaus einen Ausnahmetatbestand darstellen. Wie von der DKG auf S. 37 der tragenden Gründe zutreffend dargestellt, kann das übliche Maß krankheitsbedingter Personalausfälle nur krankenhausspezifisch festgestellt werden. Insgesamt sind die sehr aufwendigen Berechnungen der Personalausstattung dieser Richtlinie für die Kliniken nicht berechenbar. Wesentliche Kennziffern, wie die Ausfallquote sowie eine Vielzahl von Personalstellen, muss auf Ortsebene festgelegt werden. Hiermit soll der strukturellen und organisatorischen</p>	<p>GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme. Strukturqualitätsvorgaben müssen sich auf die therapeutischen Tätigkeiten beziehen. Es liegt in der Organisationsverantwortung des Krankenhauses ausreichend Personal zu beschäftigen. Organisationsprobleme dürfen kein regulärer Ausnahmetatbestand sein.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Situation der Einrichtung Rechnung getragen werden. Ohne einheitliche Bemessungsgrößen wird sich dies, wie es sich auch in der Realität der Budgetverhandlungen bereits seit Jahren zeigt, nicht umsetzen lassen.	
8.24	DGPM	<p><u>Zu § 10 (DGK)/14, 15 (GKV-SV)/16, 17 (PatV) Nachweisverfahren und Strukturabfrage</u></p> <p>Der Nachweis des jahresdurchschnittlichen Umsetzungsgrad der Mindestvorgaben, wie von der DKG vorgeschlagen, ist realistisch und reicht für die Umsetzung einer leitliniengerechten, transparenten, leistungsbezogenen Behandlung, wie sie das PsychVVG, bzw. § 136a SGB V Abs. 2 Satz 1 SGB V fordert, aus. Die kleinteiligen Nachweisverfahren von GKV-SV und PatV gefährden hingegen eine kontinuierliche Funktionsfähigkeit von Kliniken und Abteilungen und damit die Versorgungssicherheit der Patienten.</p> <p><u>Abs. 1, 3, 5 und 7:</u></p> <p>Auf die Anmerkungen zu § 7 (GKV-SV) Zu Abs. 1, 2 und 3 (GKV-SV) wird verwiesen. Sie gelten sinngemäß für die in § 14 (GKV-SV) § 16 (PatV) geforderten Dokumentationspflichten, insbesondere zu Anlage 3, die enormen Dokumentationsaufwand auslöst. Es werde dadurch keine Qualitätsziele gesichert, die diesen Aufwand rechtfertigen. Für die Psychosomatik sind überhaupt keine sinnvollen Qualitätsziele erkennbar. Ein Datenvalidierungsverfahren erscheint zusätzlich zum Verfahren nach Abs. 6 überflüssig.</p>	<p>GKV-SV: Die Erfassung der Station – möglichst kalendermonatlich – ist unabdingbar und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird.</p> <p>Das in § 11 vom GKV-SV vorgeschlagene Nachweisverfahren stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen möglich sind. Die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können so ausgeglichen werden. Die Flexibilität des Krankenhauses bleibt so erhalten.</p> <p>Das Nachweisverfahren von GKV-SV und PatV gewährleistet damit eine kontinuierliche Funktionsfähigkeit von Kliniken und Abteilungen. Dieses ist, insbesondere vor dem Hintergrund einer zunehmenden marktwirtschaftlichen Orientierung vieler Krankenhausträger, unverzichtbar</p> <p>Aufgrund des Stimmnahmeverfahrens wurde auf ein Datenvalidierungsverfahren verzichtet.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme
8.25	DGPM	<p><u>Zu § 10 (DGK)/14, 15 (GKV-SV)/16, 17 (PatV) Nachweisverfahren und Strukturabfrage</u></p> <p><u>Abs. 3 und 4:</u></p> <p>Eine Übermittlung an die Krankenkassen ist weder sinnvoll noch erforderlich. Diese Forderung würde nur Sinn machen, wenn die Krankenkassen diese Daten für die Budgetverhandlungen oder Vergütungskürzungen heranziehen sollen. Dies ist nicht Ziel und Zweck dieser Richtlinie. Darüber hinaus eignet sich der Stand der Erkenntnis (keine Evidenzbasierung und keine Leitliniengerechtigkeit), auf dem die Qualitätsindikatoren dieser Richtlinie beruhen, grundsätzlich nicht zur Formulierung scharfer Sanktionsmöglichkeiten.</p>	<p>Der Nachweis über die Erfüllung der Anforderungen ist Teil aller Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und dient der Schaffung von Transparenz über den Umsetzungsgrad der Mindestvorgaben.</p> <p>GKV-SV: Die Meldung bei Nichterfüllung an die Krankenkassen ist Voraussetzung für die Sicherung der Strukturqualität.</p> <p>So sind bspw. nach QFD-RL des G-BA bei Nichterfüllung von Mindestanforderungen in Strukturrichtlinien Durchsetzungsmaßnahmen – hier der Vergütungsausschluss – vorzusehen. Die durchsetzenden Stellen sind in der jeweiligen Richtlinie zu benennen (siehe auch § 137 Abs. 1 SGB V). In diesem Fall sind das die Krankenkassen.</p>
8.26	DGPM	<p><u>Zu § 10 (DGK)/14, 15 (GKV-SV)/16, 17 (PatV) Nachweisverfahren und Strukturabfrage</u></p> <p><u>Abs. 8:</u></p> <p>Eine fallbezogener Nachweis der Struktur nach § 275a SGB V, wie vom GKV-SV gefordert, ist nicht erforderlich.</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Gemäß § 137 Abs. 3 SGB V können Qualitätskontrollen des MDK nach Inkrafttreten der Richtlinie nach § 137 Abs. 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a SGB V</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>(MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, MDK-QK-RL) durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zum Tragen kommen.</p> <p>GKV-SV: Eine Einzelfallprüfung ist nicht vorgesehen. Die Überprüfung der Einhaltung der Mindestvorgaben im Rahmen einer Strukturprüfung ist aus Sicht des GKV-SV aber zwingend erforderlich.</p>
8.27	DGPM	<p><u>Zu § 12 (DKG)/17 (GKV-SV)/ 19 (PatV) Durchsetzungsmaßnahmen/Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</u></p> <p>Die Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind von großer Bedeutung, um die gesetzgeberisch beabsichtigten Effekte auch erreichen zu können. Sie sollten die Leistungserbringer aber in erster Linie unterstützen und Entwicklungs- und Anpassungsprozesse fördern und ermöglichen, wie in den Vorschlägen der DKG, die wir unterstützen, vorgesehen. Die Vorschläge von Sanktionen der GKV-SV sind hingegen vorwiegend nicht entwicklungsfördernd und nicht geeignet Verbesserungen zu ermöglichen, sondern sind existenzgefährdend und damit abzulehnen. Im Einzelnen:</p>	<p>GKV-SV: Der GKV-SV setzt sich prinzipiell für ein gestuftes System bei der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach § 137 Abs. 1 SGB V ein. Allerdings handelt es sich hier um Mindestanforderungen. Nach der QFD-RL des G-BA wird bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen von dem gestuften System abgewichen. So heißt es dort in § 5 Abs. 2: „Werden Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V nicht erfüllt, ist der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen.“ https://www.g-ba.de/beschluesse/3766/</p> <p>Das gestufte Verfahren ist ab diesem Punkt nicht mehr anzuwenden, sondern kann nur vor der Unterschreitung der Mindestanforderung Anwendung finden. Dem hat der GKV-SV in § 13 Abs. 3 Rechnung</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>getragen und das Krankenhaus verpflichtet, schon vor Erreichung der Mindestanforderung eine Zielvereinbarung abzuschließen, falls es sich der Mindestanforderung nähern sollte.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
8.28	DGPM	<p><u>Zu § 12 (DKG)/17 (GKV-SV)/ 19 (PatV) Durchsetzungsmaßnahmen/Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</u></p> <p><u>Abs. 1, 7 (GKV-SV/PatV):</u></p> <p>Die Durchsetzung der finanziellen Interessen der Krankenkassen sollten nicht Gegenstand dieser Richtlinie werden, so dass diese als beteiligte Stellen zu streichen sind. Zudem dürfen die Krankenkassen auch nicht an den hoheitlichen Aufgaben der Krankenhausplanung beteiligt werden.</p>	<p>GKV-SV: Der Gesetzgeber hat in § 137 Abs. 1 SGB V aus Qualitätsgründen vorgesehen, dass die Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V zum Wegfall des Vergütungsanspruchs führt; entsprechend hat dies der G-BA in der QFD-RL festgelegt.</p> <p>Die Krankenkassen haben kein Interesse daran, dort Geld zu sparen, wo ihre Versicherten einer Behandlung bedürfen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
8.29	DGPM	<p><u>Zu § 12 (DKG)/17 (GKV-SV)/19 (PatV) Durchsetzungsmaßnahmen/Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</u></p> <p><u>Abs. 2.-7. (GKV-SV/PatV):</u></p> <p>Auf die Anmerkungen zu § 7 (GKV-SV) Zu Abs. 1, 2 und 3 (GKV-SV) wird verwiesen. Sie gelten sinngemäß für die in diesen Absätzen vorgeschlagenen Meldepflichten.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Es ist eine reguläre Berichtspflicht über die personelle Ausstattung der Einrichtung vorgesehen. Dies ist aus Sicht des GKV-SV für eine Umsetzung des gesetzlichen Auftrages auch zwingend erforderlich.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Solche Dokumentations- und Meldepflichten stehen vom Aufwand in keinem Verhältnis zu den zur Begründung genannten Qualitätszielen. Die zur Begründung angeführten Qualitätsziele, vulnerable Patientengruppen zu schützen und Schwankungen zwischen Stationen auszugleichen, treffen für die Psychosomatik darüber hinaus gar nicht zu. Nur am Rande sei zusätzlich bemerkt, dass eine Berichtspflicht ab einer Unterschreitung von 105% Besetzungsgrad vermutlich eine Dauerberichterstattung der Krankenhäuser an die Krankenkassen über ihre aktuelle Stellenbesetzung zur Folge hätte. Es sind, wie dargelegt, keine Qualitätsziele erkennbar, die dadurch verfolgt werden können.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
8.30	DGPM	<p><u>Zu § 12 (DKG)/17 (GKV-SV)/19 (PatV) Durchsetzungsmaßnahmen/Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</u></p> <p><u>Abs. 5 und 7 (GKV-SV/PatV):</u></p> <p>Grundsätzlich sollte die Nicht-Einhaltung von Qualitätsstandards bei wiederholten Verstößen planerische Konsequenzen haben. Die Einschaltung der Krankenkassen auf dieser Ebene jedoch führt zu einem Zielkonflikt und setzt Anreize überzogene Qualitätsziele und -kontrollen zur Verfolgung derer finanzieller Interessen durchzuführen, statt die Behandlungsqualität sicherzustellen, wie diese Richtlinie beabsichtigt. Diese Richtlinie basiert darüber hinaus noch nicht auf evidenzbasierten und leitliniengerechten Qualitätsindikatoren. Deswegen kann und darf die Durchsetzung der Erfüllung der Qualitätsziele noch keinesfalls mit scharfen Sanktionsinstrumenten erfolgen. Sonst würde lediglich die dreißig Jahre alte Psych-PV in den Versorgungsstrukturen zementiert. Wie erwähnt, sind sich alle Experten dabei einig, dass die 30 Jahre alte PsychPV einer Anpassung an die inzwischen gültigen Behandlungsstandards in der Psychiatrie bedarf. Für die Psychosomatik hat die Psych-PV aus gutem Grund nie Wirkung entfaltet. Aus all diesen Gründen dürfen die Sanktionsmechanismen keine Geltung erlangen, insbesondere nicht für das Fachgebiet der Psychosomatik.</p> <p>Die aktuelle Ausgestaltung der Richtlinie hätte bei Annahme der Vorschläge von GKV-SV und PatV zur Folge, dass psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser,</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen des G-BA sind in der QFD-RL des G-BA geregelt. Landesaufsichtsbehörden werden über die Nichterfüllung oder drohende Nichterfüllung informiert. Entsprechende Konsequenzen obliegen den Landesaufsichtsbehörden.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		die eine Überbelegung wegen vermehrten Notfallaufnahmen oder hohen Aufnahme- druck zulassen, ihren Vergütungsanspruch verlieren. Die vorgeschlagenen Sankti- onsmechanismen erscheinen auch vor diesem Hintergrund unpassend.	
8.31	DGPM	<p><u>Zu § 13 (DKG)/18 (GKV-SV)/20 (PatV) Anpassung der Richtlinie</u> <u>Abs. 1 (GKV-SV/PatV):</u></p> <p>Wie ersichtlich, soll nach Wünschen der GKV-SV/PatV eine Daten-erhebung auf Stu- dienniveau mittels dieser Richtlinie verordnet werden. In der Folge soll auf dieser Grundlage die Richtlinie weiterentwickelt werden. Dies ist, wie schon mehrfach er- wähnt, mangels Durchführbarkeit abzulehnen. Wie der Vorsitzende des UA QS zu- treffend vorschlägt, sollen die Daten des Nachweisverfahrens und der Strukturabfrage dem Zweck der Weiterentwicklung dienen. Diese Daten sollten in der praktisch durch- führbaren Ausgestaltung, wie sie die DKG vorschlägt, bereitgestellt werden müssen. Darüber hinausgehender Informationsbedarf sollte in wissenschaftlichen Studien ge- klärt werden, wie vom Vorsitzenden des UA QS vorgeschlagen.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Der GKV-SV schließt sich den Vorschlägen der Unterausschuss-Vor- sitzenden an – mit dem Zusatz, dass auch die Ergebnisse der Fachgespräche und ggf. der Studie PPP, so sie denn vorliegt, mit in die schrittweise Weiterentwicklung einbezogen werden sollen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnis- nahme</p>
8.32	DGPM	<p><u>Zu § 13 (DKG)/18 (GKV-SV)/20 (PatV) Anpassung der Richtlinie</u> <u>Abs. 3:</u></p> <p>Die DGPM unterstützt die Vorschläge von DKG und BPtK zur Anpassung der Richtli- nie.</p> <p>Bis zum 30. September 2024 soll ein neues Modell zur Ausgestaltung der Personal- vorgaben entwickelt werden, dass eine am Patientenbedarf orientierte Ableitung des Personalbedarfs ergänzt um settingbezogene Aspekte. Im Unterschied zum Vor- schlag der BPtK hält die DGPM dabei die Bildung von personalaufwandshomogenen Patientengruppen anhand empirisch ermittelter und überprüfbarer Kriterien für weni- ger zielführend. Für die Bestimmung des patientenbezogenen Personalbedarfs sind die sich aus einer multiaxialen Diagnostik ergebenden Behandlungsziele und –mittel</p>	<p>GKV-SV: Diese Anmerkung ist nachvoll- ziehbar.</p> <p>Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinu- ierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindli- chen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>Das Plattform-Modell wurde neben ande- ren (Setting-Modell, PEPP-basiertes Mo- dell) zur Ermittlung von Personalvorgaben oder Mindestpersonalvorgaben in den Ein-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>(Settings) differenziert und überprüfbar darzustellen (z.B. über eine Erfassung berufsgruppenspezifischer Therapieeinheiten). Das neue Modell ermöglicht dann eine differenzierte Überprüfung der Einhaltung der Mindestanforderungen sowie der Umsetzung in eine leitliniengerechte Patientenversorgung.</p>	<p>richtungen der Psychiatrie und Psychosomatik vom G-BA geprüft. Keines der geprüften Modelle hatte hinreichenden Reifegrad erlangt. Keines der Modelle war in der Praxis erprobt – Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen lagen nicht vor –, so dass eine jetzige Einführung nicht in Frage kommt.</p> <p>BPtK: Grundsätzliche Zustimmung, aber keine Vorfestlegung auf die Ermittlung des patientenbezogenen Behandlungsbedarfs anhand einer multiaxialen Diagnostik, wie sie im „Plattform Modell“ vorgeschlagen wird. Das „Plattform Modell“ ist noch zu wenig ausgearbeitet, um beurteilen zu können, nach welchen Kriterien der Patientenbedarf bestimmt und operationalisiert werden soll und ob und inwieweit Transparenz und Überprüfbarkeit der Einstufung sowie der Leistungen gewährleistet werden.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
8.33	DGPM	<p><u>Zu § 15/20/22 Übergangsregelungen</u></p> <p>Um den Leistungserbringern notwendige Anpassungen zu ermöglichen sind Übergangsregelungen wichtig. Eine Erfüllung der Mindestvorgaben in Höhe von 80% in den Jahren 2020 und 2021 und in Höhe von 90% in den Jahren 2022 und 2023, wie</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Eine zeitlich begrenzte Übergangsregelung ist nachvollziehbar.</p> <p>DKG: Wie in den Tragenden Gründen zu</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>von der Vorsitzenden UA QS vorgeschlagen, ist sachgerecht. Dies gilt jedoch nur unter der Voraussetzung, dass bis 2022 evidenzbasierte und leitliniengerechte Qualitätsindikatoren entwickelt wurden.</p> <p>Sollten eine monatsfeine und stationsbezogene Dokumentation sowie die vom GKV-SV/PatV geforderte Vorgehensweise zu Ermittlung der Mindestvorgaben, der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und des Umsetzungsgrads sowie die Nachweisfahren von GKV-SV/PatV übernommen werden, so muss eine unbestimmte Übergangsfrist für deren Einführung enthalten sein, bis EDV-gestützte Dokumentationssysteme diese hohen Dokumentationsanforderungen effizient ermöglichen.</p>	<p>§ 6 Abs. 5 erörtert, wird die Psych-PV derzeit von 52 % der Krankenhäuser zu 80 % bis 100 % umgesetzt. In Anbetracht der Streuung wird die Mindestvorgabe, die zukünftig von allen Einrichtungen verbindlich eingehalten werden muss, in Höhe von 80 % der Personalstellen angesetzt, die sich nach § 6 Abs. 1 bis 4 ergeben.</p>
8.34	DGPM	<p><u>Zu Anlage 1 und 2:</u></p> <p>Eine Eingruppierung der Psychosomatik in den Behandlungsbereich Psychiatrie ist nicht sachgerecht. Zur Begründung wird auf die Ausführungen zu § 3 und § 4 Behandlungsbereiche dieser Stellungnahme verwiesen. Das Beispiel des GKV-SV zur Begründung der Eingruppierung einer Pat. mit Anorexia nervosa in den Behandlungsbereich A1 ist merkwürdig, da hier eine für eine Krankenhausbehandlung der AN eher untypische Konstellation dargestellt wird und der bei diesem Krankheitsbild zu betreibende diagnostische und therapeutische Aufwand in A1 weder adäquat abgebildet ist noch nach 2 Wochen eine Konstellation erreicht werden kann, die eine andere Eingruppierung in eine noch aufwandsärmere Gruppe rechtfertigen würde. Warum in eine Intensivbehandlung nur Psychiatrische Patienten eingestuft werden können, macht deutlich, dass der GKV-SV hier unlauter politisch agiert und es um die Frage der Definition eines medizinisch begründeten sachgerechten Aufwandes zur Behandlung von Patienten mit schweren psychosomatischen Erkrankungen nicht mehr geht. Wie bereits gezeigt kann empirisch nachgewiesen werden, dass die Gleichsetzung der Kategorie A5 mit der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung nicht sachgerecht ist.</p> <p>Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist, wie dargelegt, ein eigenständiger medizinisch-wissenschaftlich begründeter Behandlungsbereich mit differenziert</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Wir verweisen auf die Tragenden Gründe zu den Behandlungsbereichen und Eingruppierungsempfehlungen.</p> <p>Um die Besonderheiten bei der Behandlung von Patienten in psychosomatischen Einrichtungen abbilden zu können, wird der Behandlungsbereich A5 im Vorschlag des GKV-SV für die Psychosomatik geöffnet und heißt neu „Psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung“. Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens schlägt der GKV-SV vor, einen neuen Behandlungsbereich A7 für die psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung aufzunehmen. Dieser wird mit dem OPS 9.63 bzw. 9.62 verknüpft und steht psychiatrischen als auch psychosomatischen Patienten offen, die über die</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>ausgearbeiteten und empirisch überprüften Behandlungsmitteln und benötigt, um in das jetzt vorgeschlagene System der Mindestpersonalbemessung einbezogen werden zu können, einen eigenen Behandlungsbereich, wie von der DKG mit der Bezeichnung P = psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung vorgeschlagen (Seite 41/42 PPP-RL). Hierzu existieren seit 1993 in Analogie zur PsychPV berufsgruppenspezifische Minutenwerte (Heuft G et al 1993), die seit 25 Jahren Grundlage der Personalbemessung in Kliniken/Abteilungen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und Grundlage für die Krankenhausplanung in einigen Bundesländern sind (Janssen PL et al. 1999), die empirisch geprüft (Heuft G et al. 2015) und mit Daten des InEK und des DKI abgeglichen wurden. Der Vergleich zeigte starke Übereinstimmung und unterstützt daher die Validität der vorliegenden Zahlen.</p> <p>Auch die Schussenrieder Zahlen der Anlage 2 (Vorschlag von PatV/DPR/BPtK) kommen in der Kategorie A1 und A5 z.B. nur auf 306 Minuten (A1) bzw. 297 Minuten (A5) Minuten für Ärzte und Diplompsychologen. Die in der neuen Kategorie P vorgeschlagenen Zahlen addieren sich für diese beiden (weitgehend austauschbaren) Berufsgruppen auf 418 Minuten. Ein Unterschied von mehr als 25% (!). Daraus lässt sich leicht erkennen, dass die moderne psychosomatische-psychotherapeutische Komplexbehandlung über die Einordnung in die Allgemeinpsychiatrie – auch in den „nachgebesserten“ Schussenrieder Tabellen – keine Abbildung des modernen Therapiegeschehens einer psychosomatischen Klinik ermöglicht.</p>	<p>gleichen Störungen, Behandlungsmittel und Behandlungsziele verfügen.</p> <p>DKG/BPtK: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>PatV/DPR/BPtK: Der Vorschlag von PatV/DPR/BPtK basiert nicht auf den Zahlen der Schussenrieder Tabellen, sondern auf Anpassungen auf Basis der Ergebnisse der Fachgespräche und weiterer Expertenmeinungen.</p>
8.35	DGPM	<p><u>Zu Anlage 4/5: DKG: 3. Regelaufgaben (Tätigkeitsprofile) – Psychosomatik</u></p> <p>Das Tätigkeitsprofil des Arztes in der Psychosomatik unterscheidet sich wesentlich von dem des Arztes in der Psychiatrie. Er versteht sich schwerpunktmäßig als ärztlicher Psychotherapeut und ist in seiner konkreten Tätigkeit in extrem hohem Umfang auch selbst psychotherapeutisch tätig. Das bildet sich in seinem Tätigkeitsprofil deutlich ab und wird noch deutlicher, wenn eine zeitliche Gewichtung einzelner Tätigkeiten vorgenommen wird.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV gibt zu bedenken, dass ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ebenfalls ein ärztlicher Psychotherapeut ist.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Bei der Erstfassung der PPP-RL</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Die im Anhang befindliche Liste (DKG: 3.) ist nicht umfassend, bildet nur einen Teil der Aufgaben der Berufsgruppen bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung ab und bedarf einer gründlichen Überarbeitung und Ausdifferenzierung.	wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.
8.36	DGPM	<p><u>Schlussbemerkung</u></p> <p>Insgesamt stimmt die DGPM in Abstimmung mit der CPKA und dem VPKD den von der DKG vertretenen Positionen zu, insofern nicht durch die vorgenannten Anmerkungen Anpassungen vorgenommen werden müssen. Im Gegensatz zu den vorwiegend ökonomiegetriebenen Vorschlägen des GKV-SV, die insgesamt zu einer deutlichen Verschlechterung der Behandlungsbedingungen von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen führen würden, nehmen die Vorschläge der DKG differenziert Bezug zu den vom Gesetzgeber beabsichtigten Entwicklungen im Hinblick auf Leistungsorientierung und -transparenz, Verbesserung der Behandlungsqualität durch sachgerechte Personalausstattung und Leitlinienbezug bei insgesamt vertretbarem Bürokratieaufwand für die Leistungserbringer.</p>	<p>GKV-SV: GKV-SV hat den Richtlinienentwurf konsequent aus der Patientenperspektive und damit aus der Sicht seiner Versicherten geschrieben. Die Unterstellung, der Entwurf sei rein ökonomiegetrieben, ist nicht zutreffend.</p> <p>Es ist doch wohl eher so, dass die langfristige Absenkung der Mindestanforderungen auf 80 % der bisherigen Psych-PV – wie von der DGPM vorgeschlagen eine deutliche Verschlechterung der Behandlungsbedingungen der Patienten darstellt.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p>
	DGPM	<i>Literatur:</i>	

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p><i>Friederich HC, Heuft G, Cuntz U, Hildenbrand G, Rothe HM, Blum K, Krüger C, Hochlehnert A, Kruse J, Raible C (2018) Personalausstattung: Befragung psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken und Abteilungen in Deutschland. Z Psychosom Med Psychother 64, 334–349.</i></p> <p><i>Heuft G, Hochlehnert A, Barufka S, Nikendei S, Kruse J, Zipfel S, Hofmann T, Hildenbrand G, Cuntz U, Herzog W, Heller M (2015) Normativ-empirische Bestimmung des Personalbedarfs in der Psychosomati-schen Medizin und Psychotherapie. Z Psychosom Med Psychother 61, 384–398.</i></p> <p><i>Heuft G, Senf W, Janssen PL, Pontzen W, Streeck U (1993) Personalanzahlzahlen in psychotherapeuti-schen und psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen der Regelversorgung. Psychotherapie, Psychosom., Med. Psychol. 43, 262-270.</i></p>
9.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP), 14. Juni 2019	
9.1	DGKJP	<p>Die DGKJP erkennt das Bemühen des Gemeinsamen Bundesausschusses an, zeitgerecht einen Lösungsvorschlag für eine Mindestausstattung auch der Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorzulegen. In der vorgelegten Form erfüllt der Entwurf jedoch nicht den gesetzlichen Auftrag zu qualitätsbezogenen und leitliniengerechten Personalmindestvorgaben. Es wird gefordert, die Richtlinie mit verbindlichem Zeitplan weiterzuentwickeln, die zugrundeliegenden Minutenwerte mit Wirkung zum 1.1.2020 gemäß den aktuellen ethischen, medizinischen und rechtlichen Standards aufzuwerten und die flächendeckende regionale Krankenhausversorgung in unserem kleinen Fachgebiet zu erhalten. Der vorgelegte Entwurf fällt weit hinter den gesetzlichen Auftrag gemäß § 136a Abs. 2 SGB V zurück.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>DPR: Dank und Kenntnisnahme</p>
9.2	DGKJP	<p>Die jetzt vorgeschlagene Lösung bringt keine qualitativen und strukturellen Verbesserungen der Versorgungssituation. Eine notwendige zweite Stufe, die strukturelle Veränderungen der Personalbemessung umfassen muss, wird bislang nicht verbindlich festgeschrieben. Es besteht somit die konkrete Gefahr, dass der Entwicklungsprozess mit der ersten Stufe endet. Aktuell werden neue Modelle, die den Bedarf der Patienten in den Vordergrund stellen, entwickelt (Hauth et al. 2019). Wir sehen die explizite Prüfung neuer Modelle in der Übergangsphase als unerlässlich an. Die Richtlinie muss hier eine explizite Prüfung alternativer Modelle enthalten. Die Fassung derzeit ist hier zu unverbindlich.</p> <p>DPR: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Siehe oben. Eine weitere Differenzierung der Richtlinie wird dabei angestrebt. Auch eine Prüfung neu entwickelter Modelle ist dabei möglich.</p> <p>DKG: Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienbewertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise. Die</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Wir vertreten die Auffassung, dass die damalige Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) gemessen an den Kriterien der AWMF und anhand der methodischen Veröffentlichungen zur Psych-PV einer S2k-Leitlinie gleichkommt (Expertenkonsens basierend auf der vorliegenden Evidenz). Die Psych-PV ist seither multipel erprobt; auch eine Überprüfungsmöglichkeit der Personalausstattung durch den Medizinischen Dienst war in der Psych-PV bereits vorgesehen. Daher haben wir keine prinzipiellen Einwände dagegen, dass die Psych-PV als Bezugsgröße für eine Personal-Mindestverordnung zugrunde gelegt wird.</p>	<p>Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der PPP-RL festzulegenden Mindestpersonalvorgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA – zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie – in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psych-PV derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.</p> <p>Wir teilen die Auffassung, dass die Richtlinie mit einem verbindlichen Zeitplan weiterentwickelt werden muss und haben dies entsprechend explizit in der Richtlinie aufgeführt (§ 13).</p>
--	--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>9.3</p>	<p>DGKJP</p>	<p>Während der gesetzliche Auftrag die Sicherstellung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in den Vordergrund gestellt hat, fehlt der Bezug zur Versorgungsqualität und zu den AWMF- und NV- Leitlinien im vorliegenden Richtlinienentwurf vollständig. Die Vorstellungen der Partner der Selbstverwaltung (hier: DKG und GKV-SV) hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung der Mindestvorgaben divergieren zwar beträchtlich, fest steht jedoch, dass keine Mindestvorgaben definiert werden konnten, die zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen.</p> <p>Im Gegenteil wird hier eine „Mindestvorgabe“ zur „Personaluntergrenze“ umdefiniert, d.h. es wird der gesetzliche Auftrag mit einer ganz anders determinierten Vorgabe vermengt. Folgt man den Vorschlägen der Krankenkassen, so sollen die zukünftigen Minutenwerte keine Personalmindestausstattung, sondern eine „Personaluntergrenze“ darstellen, bei deren Unterschreitung ein Leistungsausschluss erfolgt. Die vorgeschlagenen Minutenwerte sind gegenüber den bisherigen Werten der Psych-PV nicht verändert, obwohl aus dem aktuellen Erkenntnisstand die Notwendigkeit einer Anpassung zwingend folgt.“</p> <p>So hätten wir erwartet, dass der G-BA basierend auf zwischenzeitlich verfügbaren Forschungsergebnissen (Blume, Snellgrove und Steinert 2018, Hoffmann u. Rieger 2010, Nienaber et al. 2018), den durchgeführten Expertenanhörungen, sowie den Berechnungen des InEK anhand der jährlichen Vollerhebungen folgend, die Psych-PV einmütig und bereits geeint weiter differenziert hätte, z.B. hinsichtlich des Verhältnisses der Berufsgruppen oder der Eingruppierungs-Kategorien. Explizit erwarten wir vom G-BA, dass die jetzige Regelung als eine Übergangsregelung gekennzeichnet wird, bis ein zukunftsfähiges Modell erarbeitet ist. Mit der Entscheidung, die veraltete Psych-PV somit quantitativ und strukturell völlig unverändert in Mindestvorgaben zu überführen, wird der Bezug auf Empirie und Evidenz ersatzlos aufgegeben.</p>	<p>GKV-SV: Die DGKJP verkennt bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zu neuen Unter- grenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungs- nahme-verfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexperten- gesprächen und dem Stellungnahmever- fahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Be- handlung über alle Behandlungsbereiche hin- weg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychothe- rapie pro Woche in der KJP); zweitens Ein- führung einer Komplex-Psychotherapie- Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP wer- den die Minutenwerte in der Pflege für In- tensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreu- ung, Zwangsbehandlung) zu berücksichti- gen.</p> <p>DKG: Es ist der gesetzliche Auftrag, der zwei unterschiedliche Vorgaben miteinan- der „vermengt“. Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe</p>
------------	--------------	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet <u>und zugleich</u> nicht unterschritten werden darf. Die Problematik wird durch eine Mindestvorgabe in Höhe von 80 % der gemäß § 6 Abs. 1 bis 4 ermittelten Personalstellen und mit dem Hinweis in § 2 Abs. 1, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann, adressiert. Daher ist in den Vereinbarungen auf der Ortsebene gemäß § 6 Abs. 7 das Personal gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind, um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen. Bei den Budgetvereinbarungen auf der Ortsebene sind neben den Mindestvorgaben entsprechend der 80%-Psych-PV um die Ausfallzeiten und um weitere für eine leitliniengerechte Versorgung notwendigen Personalstellen zu erhöhen.</p>
<p>9.4</p>	<p>DGKJP</p>	<p>Wir bedauern ausdrücklich, dass die Ergebnisse der in unseren Kliniken mit hohem Aufwand durchgeführten Untersuchungen der PPP-Studie nicht zur Verfügung stehen, so dass der reale Mindestbedarf und der schon jetzt erkennbare Mehrbedarf anhand der konkreten Zeiterfassungen (s.a. Design PPP, Homepage der GWT) nicht</p>	<p>GKV-SV: Der GKV-SV nimmt zur Kenntnis, dass die DGKJP – wenn überhaupt – eine Mindestvorgabe von 90 % für angemessen hält.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>bezziffert werden kann. Daher ist uns eine Stellungnahme dazu, ob eine vorgeschlagene kontinuierliche Regelung einer Mindestpersonalbemessung im Sinne einer Personaluntergrenze, unterhalb derer eine Versorgung nicht mehr verantwortbar ist, von 80 % Psych-PV oder eine sich steigernde (80 %- 90 %-100 % bis 105 %, GKV-SV S. 19) der Realität angemessener ist, schlicht nicht begründet möglich. Aus der klinischen Erfahrung heraus müsste die Mindestpersonalbemessung in unserem Fachgebiet mindestens bei einer Untergrenze von jahresdurchschnittlich 90 % Psych-PV angesetzt werden.</p>	<p>PatV: Eine Erhöhung der Minutenwerte ist durch den Vorschlag von PatV/DPR/BPtK erfolgt.</p>
<p>9.5</p>	<p>DGKJP</p>	<p>Keinesfalls jedoch darf, wie im GKV-SV-Vorschlag, die Mindestpersonalbesetzung bei 80 % Psych-PV anstelle der bisherig in der BPfIV in § 18 (3) gemachten Vorgaben von 100 % für die Jahre bis 2019 zum definierten Verhandlungsziel vor Ort werden. Es besteht Einigkeit mit allen Experten auch der anderen Fachverbände, dass auch die bisherigen 100 % Psych-PV den heutigen Anforderungen keinesfalls mehr genügen. Für das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie würde überdies in der Mehrzahl der Krankenhäuser eine deutliche Absenkung der bisherigen Personalstellen resultieren. Wir sehen als wissenschaftliche Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie die Problematik, dass einerseits für Krankenhausbetreiber keine Anreize geschaffen werden dürfen, Personal einzusparen, andererseits muss aber auch der Realität des Fachkräftemangels Rechnung getragen werden, der regional einen raschen Personalaufwuchs (wie er fachlich wünschenswert ist) gegebenenfalls nicht ermöglicht. Ein Leistungsausschluss mit allen Konsequenzen bis hin zur Schließung kinder- und jugendpsychiatrischer Einheiten würde in einer Deregionalisierung der Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie resultieren, und das erfahrungsgemäß in ohnehin schon strukturschwachen Regionen. Das darf nicht die Folge dieser Richtlinie sein.</p> <p>Des Weiteren weisen wir darauf hin, dass die Richtlinie nur auf therapeutisches und pflegerisches Personal in der direkten Arbeit am Patienten eingeht. Die Notwendigkeiten durch weitere und zusätzliche Aufgaben, wie sie sich z.B. aus Dokumentati-</p>	<p>GKV-SV: Eine Mindestanforderung von 80 % wird von der DKG bis Ende 2025 gefordert. Dies wird von der GKV nicht unterstützt. Die GKV fordert eine Mindestanforderung von 80 % nur bis Ende 2021, um danach auf 90 % und dann 100 % erhöht zu werden.</p> <p>Die DGKJP verkennt bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hin-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>ansforderungen ergeben, müssen hier zwingend berücksichtigt werden – das leistet der GBA- Entwurf bisher nicht. Dennoch müssen z.B. Dokumentationsassistenten z.B. als Freistellung aus anderen Berufsgruppen, ebenfalls verhandelt werden, um die unmittelbar patientenbezogenen Tätigkeiten zu erhalten und zu stärken und nicht wiederum einen Trend „weg vom Bett“ zu befördern.</p>	<p>weg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Aus diesem Grund beinhaltet der DKG-Entwurf bei Unterschreitung der Mindestvorgaben ein gestuftes System an Durchsetzungsmaßnahmen bei denen die Beratung und Unterstützung der Einrichtungen zur Erfüllung der Mindestvorgaben im Vordergrund steht.</p>
<p>9.6</p>	<p>DGKJP</p>	<p>Zusammenfassend entspricht der Richtlinienentwurf in wesentlichen Punkten nicht den politischen und gesetzlichen Vorgaben. Die dringend erforderliche Qualitätssicherung für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung ist auf dieser Grundlage nicht möglich. Es steht zu befürchten, dass es im Gegenteil zu einer gravierenden Beeinträchtigung der aktuellen Ansätze zur Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung kommt und sich die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen perspektivisch verschlechtern wird.</p>	<p>DKG: Die Systematik der Psych-PV beibehaltend ist für uns die Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen, die nicht in § 5 aufgeführt werden, von großer Bedeutung. Insbesondere vor dem Hintergrund immer weiter steigender Dokumentationsanforderungen ist es auch unserer Ansicht nach wichtig, dass u.a. Dokumentationsassistenten weiterhin für die entsprechenden Tätigkeiten angerechnet werden können um zu vermeiden, dass sich vor allem in</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			der Berufsgruppe der Pflege die Zeit für direkte Patientenkontakte deutlich reduziert.
9.7	DGKJP	<p>Aus Sicht der DGKJP sind deshalb substanzielle Änderungen der Richtlinie unabdingbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist festzuschreiben, dass die Richtlinie in der ersten Stufe nur eine Übergangslösung beschreibt und mit einem verbindlichen Zeitplan zu einem zukunftsfähigen Personalbemessungsinstrument weiterentwickelt wird, welches geeignet ist, eine leitliniengerechte Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken zu garantieren. 	<p>GKV-SV: Siehe oben.</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung</p>
9.8	DGKJP	<ul style="list-style-type: none"> • Die Psych-PV kann zwar als Grundlage der übergangsweisen Personalmindestvorgaben dienen, ihre Vorgaben müssen aber sofort quantitativ an die durch die Leitlinien vorgegebenen aktuellen ethischen, medizinischen und rechtlichen Standards angepasst werden. Es ist eine lineare Erhöhung der Minutenwerte vorzunehmen, um die Weiterentwicklung der Versorgung der letzten 30 Jahre gerecht zu werden. 	<p>GKV-SV: Siehe oben.</p> <p>DKG: Wie oben bereits erläutert, ergaben die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienextraktionen und Fachexpertengespräche zu den Aufwänden einer leitliniengerechten Behandlung heterogene Ergebnisse, so dass zum jetzigen Zeitpunkt keine Erhöhung der Minutenwerte stattfindet. Die Fachexpertengespräche werden bei der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 Berücksichtigung finden.</p>
9.9	DGKJP	<ul style="list-style-type: none"> • Die Richtlinie muss zwischen an der erforderlichen Qualität ausgerichteten Personalmindestvorgaben und einer zur Gewährleistung der Patientensicherheit erforderlichen Personaluntergrenze differenzieren. • Statt ökonomischer Sanktionen, welche die flächendeckende regionale Versorgung grundlegend gefährden, muss ein differenziertes und auf die Erreichung der Qualität 	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>ausgerichtetes System von Maßnahmen vorgesehen werden, welche die Kliniken angesichts von hohen Ausfallquoten und Nachwuchsmangel bei der Erfüllung der Mindestvorgaben unterstützen.</p>	<p>GKV-SV: Der GKV-SV setzt sich prinzipiell für ein gestuftes System bei der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach § 137 Abs. 1 SGB V ein.</p> <p>Allerdings handelt es sich hier um Mindestanforderungen. Nach der QFD-RL des G-BA wird bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen von dem gestuften System abgewichen. So heißt es dort in § 5 Abs. 2: „Werden Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V nicht erfüllt, ist der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen.“ https://www.g-ba.de/beschluesse/3766/</p> <p>Das gestufte Verfahren ist ab diesem Punkt nicht mehr anzuwenden, sondern kann nur vor der Unterschreitung der Mindestanforderung Anwendung finden. Dem hat der GKV-SV in § 13 Abs. 3 Rechnung getragen und das Krankenhaus verpflichtet, schon vor Erreichung der Mindestanforderung eine Zielvereinbarung abzuschließen, falls es sich der Mindestanforderung nähern.</p>
<p>9.10</p>	<p>DGKJP</p>	<p><u>Zu § 1, Anlage 2 Behandlungsbereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie:</u> Bei KJ3, Spalte 5 schlagen wir folgende Ergänzung vor: „... bedürfen mehrmals täglich ärztlicher oder psychotherapeutischer Interventionen“. Hier ist der Fortschritt der Behandlungsmethoden abzubilden, etwa bei Psychose, Suizidalität oder schwerer</p>	<p>Die vorgeschlagene Ergänzung kann im Rahmen der Anpassung der Richtlinie überprüft werden.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Traumatisierung mit dissoziativen Zuständen. Die Interventionen können somit auch von der Berufsgruppe der klinischen Psychologen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden.	
9.11	DGKJP	<p><u>Zu § 2 Grundsätze</u></p> <p><u>Abs. 1:</u></p> <p>Eine klare Festlegung, dass zur Sicherstellung der Ausstattung mit Personal eine deutlich höhere Vereinbarung im Budget als die Mindestausstattung erfolgen muss, ist zu begrüßen. Jedoch sind die Formulierungen sowohl seitens der DKG („kann“) als auch seitens des GKV-SV („haben die Krankenhäuser jederzeit sicherzustellen“) und der Vorsitzenden des UA Qualitätssicherung („haben die Krankenhäuser im Rahmen ihrer eigenverantwortlichen Personalplanung sicherzustellen“) zu unkonkret. Erforderlich ist nach Wegfall der Psych-PV Regelungen zur Budgetfindung eine verbindliche Vorgabe zur Anrechnung der Ausfallzeiten und dazu, dass die notwendige Personalausstattung gemäß einer leitliniengerechten Behandlung das Verhandlungsziel ist.</p> <p>Die Auflistung der verschiedenen Bänke zu den Ausfallzeiten ist hier nicht umfassend, so enthält die differenzierteste der Vorgaben, vorgelegt von der DKG in § 5 (8) z.B. nicht die rechtlich verbindlichen Stellen für Beauftragte für Chancengleichheit/ Gleichstellungsbeauftragte oder Hygienefachkräfte. Die DGKJP fordert hier für die Budgetverhandlung vor Ort eine klare Festlegung des zusätzlich zu berücksichtigenden Charakters der Ausfallzeiten. Des Weiteren fordern wir die Orientierung am erforderlichen Personal, was in erster Annäherung entsprechend den „Schussenrieder Tabellen“ festgelegt werden könnte.</p>	<p>Kenntnisnahme und ggf. Würdigung an anderer Stelle</p> <p>In § 2 werden nur Grundsätze behandelt.</p> <p>DKG: Der gesetzliche Auftrag sieht die Definition von Mindestvorgaben vor. Mit der Aufnahme der angesprochenen Formulierung, wird darüber hinaus verdeutlicht, dass die zu vereinbarende Personalausstattung auf der Ortsebene über den Mindestvorgaben liegen wird.</p> <p>GKV-SV: Die hier vorgeschlagenen Regelungen liegen nicht in der Richtlinienkompetenz des G-BA.</p> <p>DKG: Bei der Auflistung der Ausfallzeiten handelt es sich nicht um eine abschließende Aufzählung. Aus diesem Grund endet die Aufzählung mit „weitere relevante Ausfallzeiten“. Dem Hinweis folgend wurden die genannten Personalstellen in die Liste aufgenommen.</p>
9.12	DGKJP	<p><u>Zu § 2 Grundsätze</u></p> <p><u>Abs. 2:</u></p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Erfüllung der Mindestanforderungen ist die Voraussetzung für eine sichere und fachgerechte Behandlung</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Würde der von der GKV und der Patientenvertretung geforderte Behandlungsaus-schluss realisiert, wäre in unserem Fach eine flächendeckende Notfall- und Krisen-versorgung nicht mehr gewährleistet. Es sei darauf hingewiesen, dass die Versor-gungsgebiete der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Durchschnitt dreimal so groß sind wie diejenigen der Erwachsenenpsychiatrie und dass im Bereich der Niedergelassenen nach der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA etliche neue offene Kassenarztsitze bestehen. Hier müssen alle erdenklichen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, die Mindestpersonalbesetzung doch noch zu realisieren, wofür ein gestuftes System vorzusehen ist.</p>	<p>der Patienten. Ein gestuftes System von Konsequenzen ist oberhalb der Mindestanforderungen vorzusehen, damit es erst gar nicht zu Unterschreitung kommt.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Die Sicherung der Strukturquali-tät ist auch im Versorgungsgebiet der KJP unverzichtbar. Der Hinweis auf die größe-ren Versorgungsgebiete überzeugt nicht.</p> <p>Das in § 6 im Vorschlag des GKV-SV vor-gesehene Verfahren zur Ermittlung der Mindestvorgaben ermöglicht eine quali-tätsgesicherte Versorgung der Patienten je nach Belegung der Station in einem Kalen-dermonat. Sie stellt sicher, dass kurzfris-tige Unterschreitungen ohne Bettensper-rungen möglich sind, denn die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unter-schreitungen können also ausgeglichen werden.</p>
<p>9.13</p>	<p>DGKJP</p>	<p><u>Zu § 2 Grundsätze</u> <u>Abs. 3 – siehe auch § 11 –:</u> Abzulehnen ist der Vorschlag der GKV und der Patientenvertreter sowie des Deut-schen Pflegerats, dass nach unserer Lesart anders als bisher die Zeiten der Nacht- und Wochenenddienste von den bisherigen Psych-PV-Minutenwerten ebenfalls mit</p>	<p>GKV-SV/PatV/DPR: Dies ist ein Missver-ständnis. Die aufgeführten Minutenwerte decken nicht den Nacht- und Bereitschafts-dienst ab.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>abgedeckt werden sollen. Das kommt gegenüber dem bisherigen Stand einer massiven Personalverminderung gleich. Soll eine solche Abdeckung eingeführt werden und auch die Wochenenddienste mit gleichbleibender Besetzung wie gefordert hier eingeschlossen werden, wäre eine deutliche Erhöhung der Minutenwerte zu fordern (siehe auch zu § 3 GKV und zu § 11). Der Hinweis in den „tragenden Gründen“, seitens GKV und DPR, diese würden noch bis zum 1. Januar 2022 definiert, befriedigt insofern nicht. Es fehlt definitiv mindestens ein Hinweis auf die weiterhin, auch nach Auslaufen der Psych-PV, zu verhandelnden Stellen für die Nachtwachen und Nachtbereitschaften, der u.W. auch in der BPfIV nicht niedergelegt wurde.</p>	<p>Die Nachtdienste werden gesondert geregelt und nicht von den PsychPV- Minutenwerten abgezogen.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p>
<p>9.14</p>	<p>DGKJP</p>	<p><u>Zu § 2 Grundsätze</u></p> <p><u>Abs. 5:</u></p> <p>Die DGKJP plädiert für eine möglichst bürokratiearme Umsetzung einer Kontrolle der Personalmindestbesetzung. Dazu sollte in den kleinen Einheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eine jahresdurchschnittliche Erhebung bezogen auf die jahresdurchschnittliche Bettenauslastung ausreichend sein. Es sei darauf hingewiesen, dass unplanbare Ausfälle durch z.B. Krankheit, oder Schwangerschaften mit sofortigem Tätigkeitsverbot auf einzelnen Stationen in unserem Fachgebiet bereits heute einen erheblichen logistischen Aufwand für ihre Kompensation benötigen, und dass Vertretungen durch Chefärzte, die häufig erfolgen müssen, in der Mindestpersonalverordnung bzw. der Personalerfassung nicht auftauchen. Darüber hinaus sind kinder- und jugendpsychiatrische Stationen bereits qua Gesetz zur Einhaltung der Aufsichtspflicht sowie über die OPS zur Einhaltung der Mindestmerkmale der jeweiligen OPS-Behandlungskodes verpflichtet. Eine stationsweise Erhebung, dazu noch bezogen auf die tagesscharfen Einstufungen der Patienten, halten wir daher für unser Fach für verzichtbar.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Die Erfassung der Station – möglichst kalendermonatlich – ist unabdingbar und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird. Das vom GKV-SV vorgeschlagene Verfahren stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen möglich sind. Die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen.</p> <p>Ein zusätzlicher und unverhältnismäßiger Dokumentationsaufwand ist nicht nachvollziehbar. Eine kontinuierliche Einstufung der behandelten Patienten ist praktikabel und erfolgt bereits bisher über den entsprechenden OPS-Kode. Eine gesonderte Erfassung der Anwesenheit von Personal am</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			Krankenhaus und auf Station ist nicht notwendig, da diese Angaben bereits heute aus arbeitsrechtlichen und haftungsrechtlichen Gründen bereits erhoben werden müssen.
9.15	DGKJP	<p><u>Zu § 2 Grundsätze</u></p> <p><u>Abs. 7:</u></p> <p>Da die Einheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie qua Gesetz bereits gesondert berücksichtigt und nachgewiesen werden müssen, wurde eine mögliche personelle Quersubventionierung anderer Bereiche bereits im PsychVVG unterbunden.</p>	Dank und Kenntnisnahme.
9.16	DGKJP	<p><u>Zu § 3 (GKV et al.) Definition der Tag- und Nachtdienste</u> <u>sowie gleichzeitig auch zu § 11 PatV/DPR Nachtdienste</u></p> <p>Wie unter § 2 (3) ausgeführt, müssten die Minutenwerte bei Einbezug der Nachtdienste deutlich erhöht werden. Eine zu enge Festlegung der Nachtdienstzeiten ist für kinder- und jugendpsychiatrische Einheiten nicht sinnvoll. So hat es sich durchaus in Jugendeinheiten bewährt, Tagdienst-Schichten bis 22.00 Uhr auszudehnen und Abend-Aktivitäten anzubieten, ähnlich argumentiert der Deutsche Pflegerat. Ebenso hat es sich auf Stationen mit intensiver Pflichtversorgung und unruhigen Kindern und Jugendlichen bewährt, deutlich mehr als 1,4 oder 1,6 VK an Nachtdiensten pro Station vorzuhalten. Eine Festlegung auf Untergrenzen kann für die Stationen der Kinder- und Jugendpsychiatrie kontraproduktiv wirken. Der Argumentation der „Tragenden Gründe“, dass ohne eine erfolgreiche Regelung Verschiebungen von der Nacht weg zum Tagdienst erfolgen könnten, stellen wir die seit jeher bestehende Aufsichtspflicht gegenüber, die mit einer einzigen Nachtwache pro Station nicht zu gewährleisten ist. Darüber hinaus entbehrt dieser Vorschlag, sollten die Nacht-Anwesenheiten von Personal lückenlos geregelt werden, eines Hinweises auf zusätzliche, stationsbezogene</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Dies ist ein Missverständnis. Die Minutenwerte beziehen sich nur auf den Tagdienst. Die konkreten Festlegungen für die Nachtdienste sind für den 31.01.2021 vorgesehen. Der Hinweis, dass die Tagdienst-Schichten z.T. bis 22 Uhr ausgedehnt werden, wird vom GKV-SV in die Weiterentwicklung der RL eingebracht.</p> <p>DPR: Die Ansätze für den Nachtdienst von 1,4 bzw. 1,6 Vollkräften sind im Vorschlag des DPR im Durchschnitt aller Stationen einer Klinik zu sehen und unterliegen der Disposition des Pflege- und Erziehungsdienstes (siehe § 11 des DPR).</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Pflegerische Bereitschaftsdienste zum Abdecken von ungeplanten Belastungsspitzen, wie sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie üblich sind.</p> <p>Einer Vorgabe tagesklinischer Öffnungszeiten von 10 Stunden für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie sie bereits in der Psych-PV vorgesehen ist, schließen wir uns aus Gründen der Familienfreundlichkeit und den nur dann bestehenden Therapie-möglichkeiten für berufstätige Eltern an.</p>	<p>Der notwendige Bereitschaftsdienst und die Besonderheiten der KJP können hier nicht geregelt werden, sie müssen vor Ort verhandelt werden.</p>
9.17	DGKJP	<p><u>Zu § 3 DKG/ § 4 GKV-SV/PatV Behandlungsbereiche</u></p> <p>Wir bedauern die ausgebliebene Mindestpersonalbemessung für die Stationsäquivalente Behandlung, die doch mindestens der Kategorie KJ2 entsprechen müsste. Die Unsicherheit und regionale Unmöglichkeit, hier in den lokalen Entgeltverhandlungen zu sinnvollen Ergebnissen zu kommen, wird durch das Vermeiden einer Festlegung an dieser Stelle leider nicht behoben.</p> <p>Aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Kategorie KJ 5 der Schwer- und Mehrfachkranken so gering besetzt, dass auf sie verzichtet werden kann. Wenige spezialisierte Einrichtungen für Patienten mit Behinderungen und Mehrfachkrankheiten können die besondere Zielgruppe als Strukturmerkmal der Leistungserbringung vor Ort verhandeln. Ein Beibehalten dieser Kategorie erhöht lediglich die Fehleranfälligkeit der Einstufung. Zu redaktionellen Änderungen s.u.</p>	<p>DKG: Aus den oben bereits beschriebenen Gründen, werden innerhalb der ersten Stufe der Richtlinie, die ab 1. Januar 2020 zum Tragen kommen soll, keine Minutenwerte für den Bereich der Stationsäquivalenten Behandlung festgelegt.</p> <p>GKV-SV: Die Behandlungsbereiche in den Eingruppierungsempfehlungen wurden im Vorschlag des GKV-SV erweitert um die Stationsäquivalente Behandlung (ST1 und KJ9).</p> <p>Im Bereich ST1 können alle Kranken eingruppiert werden, die eine StäB benötigen (siehe Eingruppierungs-empfehlung). Mit Hilfe der Nachweise und der Strukturabfrage sollen künftig empirische Werte, die eine Maßgabe für die StäB ermöglichen, gewonnen werden.</p>
9.18	DGKJP	<p><u>Zu § 5 (DKG)/ § 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen, zugleich zu § 11 (GKV-SV) Gene-sungsbegleiter und Anlage 3 (Checkliste GKV-SV zu Personalqualifikationen)</u></p>	<p>Dem Hinweis folgend, wird für den Be-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>Bei den Berufsgruppen des Pflege- und Erziehungsdienstes plädiert die DGKJP dafür, alle im OPS-Schlüssel des DIMDI aufgeführten Berufsgruppen auch zu benennen, die deutlich über die genannten Qualifikationen hinausgehen: „Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kinder-) Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)“.</p> <p>Das bildet die Realität des Pflege- und Erziehungsdienstes im Fachgebiet besser ab und verhindert weitere Unsicherheiten auf Seiten der Krankenhausträger. Bereits durch die „Pflegevorbehaltsleistungen“ seit der Reform des Pflegegesetzes hat sich hier eine Definitionslücke ergeben, die der unbedingten Notwendigkeit verschiedener pädagogischer Qualifikationen für die Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht gerecht wird.</p> <p>Des Gleichen wird (vgl. § 11 GKV-SV et al.) explizit darauf hingewiesen, dass „Genesungsbegleiter“ oder Ex-In-Kräfte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Kinderschutzgründen nicht eingesetzt werden dürfen. Weder können Jugendliche in ein Beschäftigungsverhältnis übernommen werden noch ist es, aufgrund der nicht symmetrischen Beziehungen von Kindern und Jugendlichen zu allen Betreuern, sinnvoll erwachsene Genesungsbegleiter einzustellen. Hier ist auch die UN-KRK heranzuziehen, die die Behandlung von Kindern durch Kinderspezialisten kodifiziert hat.</p> <p>Zu Anlage 3 des GKV-Spitzenverbandes (S. 66) ist darauf hinzuweisen, dass die Bezeichnung „Fachpflege Psychiatrie“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht hilfreich ist. An mehreren Orten in Deutschland ist es für alle im Pflege- und Erziehungsdienst tätigen Berufsgruppen möglich, eine von den Fachverbänden anerkannte Qualifikation zur „Fachkraft Kinder- und Jugendpsychiatrie“ zu absolvieren. Wenngleich hier ein Tarifmerkmal durch diese Qualifikation leider noch nicht erreicht werden konnte, übernehmen die Fachkräfte doch besondere Aufgaben innerhalb der Stationen und tragen zur Qualitätssicherung in den Einrichtungen maßgeblich bei.</p> <p>Zur Qualifikation der Psychologen möchten wir uns den Ausführungen der Bundespsychotherapeutenkammer anschließen, dass diese noch in einem weiteren Diskussionsprozess abschließend bewertet werden müssen. Die Gruppierung in der Anlage</p>	<p>reich der KJP, in der Richtlinie die Berufsgruppe der „Pädagogisch-pflegerischen Fachpersonen“ aufgeführt.</p> <p>Empfehlungen zu Genesungsbegleitern sind in der KJP nicht vorgesehen. Die Richtlinie wird entsprechend dem Vorschlag der DGKJP angepasst.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV/PatV/DPR: Die weiteren Hinweise der DGKJP werden in die Weiterentwicklung der RL eingebracht.</p> <p>DPR: Dank und Kenntnisnahme</p>
--	---	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		3 (S.66) ist für unser Fachgebiet leider fehlerbehaftet. Nicht berücksichtigt ist, dass aktuelle Psychologische Psychotherapeuten für Erwachsene u.a. auch eine Zulassung für die Behandlung von Jugendlichen erhalten können.	
9.19	DGKJP	<p><u>Zu § 6 DKG/§ 7 GKV-SV et al. Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung</u></p> <p><u>Abs. 1:</u></p> <p>Die Orientierung des Nachweises der Personalausstattung am Bettenauslastungsgrad wird seitens der DGKJP begrüßt. So bleibt es möglich, personelle Ausstattungen flexibel – z.B. für die StaeB-Einheiten – dem Bedarf anzupassen und nicht, etwa bei baulichen Veränderungen, eine Überbesetzung vorhalten zu müssen. Andererseits ist es erforderlich und sinnvoll, bei Überbelegungen eine Personalaufstockung vorzunehmen. Eine stationsbezogene Orientierung der Personalauslastung an den tagesgleichen Psych-PV-Einstufungen über die Woche ist nicht praktikabel. Es sei zusätzlich darauf hingewiesen, dass zwischen z.B. einer KJ1-Einstufung für unter 14jährige oder einer KJ3-Einstufung für Jugendliche als Intensivpatienten und zusätzlichem, ärztlich indiziertem Personalbedarf für Einzel- oder Kleinstgruppenbetreuung laut den Ergebnissen des InEK nachweislich keine Korrelation besteht, so dass sich der „wahre“ Personalbedarf, auch derjenige für kurzfristige freiheitsentziehende Maßnahmen, nicht aus den Psych-PV-Eingruppierungsvorgaben ableitet. In den kleinen Stationseinheiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie entstehen durch wenige Patienten, und sei es nur eine Neuaufnahme mit extrem hohem Betreuungsbedarf, starke Schwankungen im Personalbedarf, die dann ggfs. durch aus anderen Stationen abgezogene Kräfte oder über einen stark anwachsenden Springerpool ausgeglichen werden müssten. Eine solche Strategie wiederum würde das wichtige Prinzip der personellen Beziehungskontinuität, besonders wichtig für die häufig bindungsgestörten jungen Patienten, verletzen. Durch eine stations- und eingruppierungsbezogene „Außensteuerung“, für die ein eigenes Controllinginstrument generiert werden müsste, würde die</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Das in § 6 vom GKV-SV vorgeschlagene Verfahren zur Ermittlung der Mindestvorgaben ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten je nach Belegung der Station in einem Kalendermonat. Sie stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen ohne Bettensperrungen möglich sind, denn die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können also ausgeglichen werden.</p> <p>Die Stationsbezogene Orientierung der Personalausstattung an den tagesgleichen Psych-PV-Einstufungen ist daher praktikabel. Auch in der KJP muss die Strukturqualität im Sinne der Patienten und Patientinnen gewährleistet werden.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		funktionale Feinsteuerung des Personaleinsatzes eingeschränkt, was eine wesentliche Aufgabe der pflegerischen Abteilungsleitungen darstellt.	
9.20	DGKJP	<p><u>Zu § 6 Abs. 3 (DKG), gleichzeitig zu § 10 GKV-SV/ §12 PatV: Stationsgrößen</u></p> <p>Die Stationsgröße wird laut Vorschlag der DKG in § 6 durch einen „Stationssockel“ von 5000 Minuten für den Pflege- und Erziehungsdienst reguliert, der seitens des GKV SV für die Kinder- und Jugendpsychiatrie analog einer 10-Betten-Station der Berechnung der Minutenwerte für den Pflege- und Erziehungsdienst zugeschlagen wurde. Die DKG-Regelung entspricht der bewährten Psych-PV Vorgabe, so dass für kleinere Stationen mehr Personal generiert wird. Die GKV-Regelung setzt hier einen Fehlanreiz; sie möchte gleichzeitig in § 10 festlegen, dass eine Station in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 12 Plätze nicht überschreiten solle, um in § 10 (2) eine Personalerhöhung für größere Stationen vorzusehen. Wir begrüßen die Haltung, mittelfristig qualitätsgesicherte Stationsgrößen zu definieren, und machen hier auf die im Auftrag des BMG erstellten „Qualitätsmerkmale für Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen“ (Nomos, 1996) aufmerksam, die bereits entsprechend der Empfehlung des DPR in § 2 (9) eine Stationsgröße von 10 Betten für unser Fachgebiet empfehlen.</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV/DPR: Eine Beibehaltung des Stationssockels führt bei Mindestvorgaben zu einem gegenteiligen Anreiz. Besonders große Stationen müssten weniger Pflegepersonal pro Patient vorhalten. Dies würde dem ursprünglichen Ziel bei Einführung der Psych-PV widersprechen. Deshalb haben der GKV-SV und der DPR den Sockel gestrichen und in die Minutenwerte entsprechend hinzugerechnet.</p> <p>GKV-SV: Das Argument, die GKV-Regelung setze einen Fehlanreiz, kann nicht nachvollzogen werden. Die Obergrenze von 12 Plätzen leitet sich von den Expertenmeinungen des KJP-Fachgespräches ab.</p>
9.21	DGKJP	<p><u>Zu § 6 Abs. 4 (DKG), gleichzeitig § 7 Abs. 5 GKV-SV/ PatV</u></p> <p>Die Versorgungsverpflichtung bzw. Regionale Pflichtversorgung soll auf die Minutenwerte angerechnet (GKV/PatV) bzw. bei keiner Pflichtversorgung in Höhe von 10 % abgezogen (DKG) werden. In unserem Fachgebiet versorgen Kliniken bis zu 5-fach unterschiedliche Einwohnerzahlen im Rahmen der Pflichtversorgung. Von der Pflichtversorgung ausgenommen sind nur wenige Spezialeinrichtungen und einzelne Uni-</p>	<p>DKG: Sich, wie in den Tragenden Gründen erörtert, an der Psych-PV orientierend, wird der Mehraufwand der durch eine Versorgungsverpflichtung entsteht, durch eine Reduktion der Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung abgebildet. Es finden keine Zuschläge bei</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>versitätskliniken. Durch Bettenabbau und bessere Vernetzung steigen die Notaufnahmequoten kontinuierlich. Das wird an einer stetig zunehmenden Quote an Aufnahmen außerhalb der regulären Dienstzeit erkennbar, die bei einzelnen Einrichtungen 50 % überschreiten und – zusammen mit weiterer Notfallversorgung innerhalb der Dienstzeit insgesamt wesentlich mehr als 10 % der Personalressourcen benötigen dürften. Die DGKJP schlägt hier für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ein gestuftes Verfahren von Zuschlägen anhand der real zu messenden Notfallversorgung vor. Die im 13. Kinder- und Jugendbericht beklagten „schwarzen Löcher“ der Versorgung zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie können nur so wirkungsvoll angegangen werden (siehe hierzu auch Fegert, Kölch, Becker, Schepker 2013). Gleichzeitig würde sich für unser Fachgebiet die von GKV und Patientenvertretern geforderte Erhebung der Pflichtversorgung damit erübrigen.</p>	<p>Einrichtungen mit Versorgungsverpflichtung statt.</p> <p>Wir danken für den Hinweis auf die diesbezüglichen Besonderheiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Gemäß der derzeitigen Beschlussfassung müssen diese Unterschiede zur Erwachsenenpsychiatrie bei den Vereinbarungen auf der Ortsebene berücksichtigt werden. Bei der Weiterentwicklung der Richtlinie werden diese Besonderheiten in Bezug auf die Versorgungsverpflichtung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ggf. berücksichtigt.</p> <p>GKV-SV: In den Minutenwerten ist die Pflichtversorgung prinzipiell enthalten. Aufgrund des Stimmnahmeverfahrens wird die Pflichtversorgung aber im Rahmen eines Ausnahmetatbestandes zusätzlich im Vorschlag des GKV-SV berücksichtigt.</p>
<p>9.22</p>	<p>DGKJP</p>	<p><u>Zu Anhang 2, S. 51 Minutenwertetabellen KJP</u></p> <p>Aus diesen Ausführungen geht gleichzeitig hervor, dass die im Anhang 2, S. 51, abgebildeten Minutenwerte für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, auf die sich etliche der o.g. Bestimmungen beziehen, in den Listen von DKG und GKV mit identischen Werten wie in der Psych-PV 1990 keineswegs ausreichend sind. Wenn davon 80 % als „Mindestausstattung“ definiert werden, sehen wir die Patientensicherheit für unser Fachgebiet nicht gewährleistet. Auch 100 % Psych-PV bilden weder die gestiegenen Fallzahlen und gesunkenen Verweildauern, noch die Belastungen mit gestiegenen</p>	<p>DKG: Aus den oben (im ersten Kommentar der DKG zum allgemeinen Teil der Stellungnahme der DGKJP) aufgeführten Gründen, wird innerhalb der ersten Stufe keine Anpassung der Minutenwerte vorgenommen.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Notfallquoten und durch die kürzeren Verweildauern, ebenfalls nicht die durchschnittlich höheren Erkrankungsschweregrade unserer Patienten ab und verkennen den seit der Psychiatrie-Personalverordnung erfolgten starken Abbau von stationärer Bettenkapazität.</p> <p>Mindestens sollte dem Vorschlag von PatV, DPR und BPtK einer moderaten Erhöhung gefolgt werden, unter zusätzlichem Erhalt des „Sockelbetrags“ von 5000 Minuten. Es erstaunt uns in höchstem Maße, dass der Deutsche Pflegerat und die Patientenvertreter eine Fortschreibung des „Stationssockels“ nicht erwähnen bzw. (DPR in den „tragenden Gründen“ S.24) ablehnen und somit im Bereich des Pflege- und Erziehungsdienstes eine Erhöhung der Minutenwerte - anders als im Bereich der Pflege in der Erwachsenenpsychiatrie! - nicht vorsehen.</p> <p>Auch ist zu bestreiten, dass die bisherigen Psych-PV-Minutenwerte „interne Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen“ bereits enthalten würden (GKV, Tragende Gründe S. 27) – seit der Psych-PV sind die Umfänge für Pflichtfortbildungen, einschließlich auch notwendiger Fortbildungen für Deeskalationsmaßnahmen, stark gestiegen, auch die zeitlichen für die Facharztweiterbildung erforderliche Umfänge wurden von Bundes- und Landesärztekammern deutlich gesteigert. Auch hier enthält die Aufzählung der Ausfallzeiten keine Tätigkeiten der Hygienefachkräfte oder der Gleichstellungsbeauftragten und ist somit nicht als abschließend zu beschreiben. Hierzu enthalten die „Schussenrieder Tabellen“ für unser Fachgebiet im Begleittext etliche, aus Sicht der DGKJP zutreffende Informationen. Keinesfalls sollte also in den „Tragenden Gründen“ vorgeschrieben werden, dass z.B. interne Aus- und Weiterbildungen in den Verhandlungen vor Ort nicht berücksichtigt werden dürfen.</p>	<p>Die GKV fordert nur für eine Übergangszeit eine Mindestanforderung von 80 % nur bis Ende 2021, um danach auf 90 % und dann 100 % erhöht zu werden. Mit der Überführung der Psych-PV Minutenwerte in eine Mindestanforderung pro Monat und Station erhöht sich über alle Berufsgruppen hinweg die notwendige Personalausstattung zur Sicherstellung der Mindestvorgaben, die vor Ort verhandelt werden muss.</p> <p>Die DGKJP verkennt bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stimmnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stimmnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Er-</p>
--	--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>wachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.</p> <p>DKG: Bei der Auflistung der Ausfallzeiten handelt es sich nicht um eine abschließende Aufzählung. Aus diesem Grund endet die Aufzählung mit „weitere relevante Ausfallzeiten“. Dem Hinweis folgend wurden die genannten Personalstellen in die Liste an Beispielen von Ausfallzeiten aufgenommen.</p> <p>PatV/DPR/BPtK: Dank und Zustimmung, da eine Erhöhung der Minutenwerte, wie sie in den Vorschlägen von PatV, DPR und BPtK vorgesehen ist, zwingend erforderlich ist, um eine qualitätsorientierte Versorgung gewährleisten zu können.</p> <p>GKV-SV/DPR: Eine Beibehaltung des Stationssockels führt bei Mindestvorgaben zu einem gegenteiligen Anreiz. Besonders große Stationen müssten weniger Pflegepersonal pro Patient vorhalten. Dies würde dem ursprünglichen Ziel bei Einführung der Psych-PV widersprechen. Deshalb haben</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			der GKV-SV und der DPR den Sockel gestrichen und in die Minutenwerte entsprechend hinzugerechnet.
9.23	DGKJP	<p><u>Zu Anlage 3 (GKV-SV), S. 57ff, s.a. Tragende Gründe GKV-SV zu § 2 Abs. 3, S. 8f Strukturmerkmal der Geschlossenheit</u></p> <p>In der KJPPP sind geschlossene Einheiten innerhalb unserer - auch wie vom GBA betont - notwendigerweise kleinen, d.h. auf 10 bis 12 Betten zu beschränkenden, Stationen die Ausnahme. In der Regel können Stationen fakultativ geschlossen werden. Insofern können Analogien, wie im erwachsenenpsychiatrischen Bereich für den besonderen Bedarf solcher Einheiten an Personal nicht auf die KJP übertragen werden: Im Gegenteil wird gerade hier einerseits flexibel ein hoher Personalaufwand notwendig werden, zum anderen aber zur Verhinderung von freiheitsentziehenden oder Zwangsmaßnahmen auch und gerade zuvor ein hoher Personalbedarf notwendig sein. Die Bemessung von Personal anhand kustodialer Aspekte kann einen falschen Anreiz setzen. Wir bestätigen, dass insbesondere besonders vulnerable Patienten, wie Jugendliche mit freiheitsentziehenden Maßnahmen besonders sensible Bedarfe an Personal haben, es darf aber keine Fehlanreize geben.</p>	Dank und Kenntnisnahme
9.24	DGKJP	<p>Redaktionelle Veränderungen, die für das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie unbedingt noch in die Personalausstattungs-Richtlinie aufgenommen werden sollten:</p> <p><u>§ 1, Anlage 2 [gemeint ist vermutl. Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen] Behandlungsbereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie:</u></p> <p><u>S. 44:</u> Unter Spalte 5 muss bei KJ1 und KJ2 die Erwähnung von KJ4 korrigiert werden.</p> <p><u>S. 45:</u></p>	Die Hinweise wurde entsprechend umgesetzt.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Bei KJ3 muss unter Spalte 5 der Begriff „vormundschaftsgerichtlich“ in „familiengerichtlich“ korrigiert werden (korrekte Zuständigkeit).	
	DGKJP	<p>Literatur:</p> <p>Blume A, Snellgrove B, Steinert T (2018) Personalbesetzung und patientenbezogene outcomes. Systematische Literaturübersicht zur internationalen Evidenz. <i>Nervenarzt online</i>, Sept. 2018, https://doi.org/10.1007/s00115-018-0621-2</p> <p>Hauth I, Brückner-Bozetti P, Heuft G, Kölch M, Löhr M, Richert A, Deister A (2019). Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen Ein patientenorientiertes und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung, <i>Nervenarzt</i>. 2019 Jan 14. doi: 10.1007/s00115-018-0669-z</p> <p>Hoffmann M, Rieger R: 2010) Vorgaben und Realität der Psych-PV. Ergebnisse einer Multi-Moment-Studie auf einer allgemeinpsychiatrischen Aufnahmestation. <i>Nervenarzt</i> 81:1354-62.</p> <p>Nienaber A, Heinz A, Rapp MA, Bempohl F, Schulz M, Berhens J, Löhr M (2018) Einfluss der Personalbesetzung auf Konflikte auf psychiatrischen Stationen. <i>Nervenarzt</i> 89: 821-827</p> <p>Schepker R, Fegert JM, Becker K (2015) Strukturqualität in der stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Indikatoren für die Planung einer zukünftigen Personalbemessung für die Ära nach der Psychiatrie-Personalverordnung. <i>Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.</i> 43(6):387-95.</p>	
10.	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)		
10.1	WFKT	<p>Die Arbeit der WFKT bezieht sich auf die Künstlerischen Therapien, deren Einsatz in Psychiatrie und Psychosomatik etabliert und unter diesem Begriff auch in anderen Regelwerken (OPS, KTL, diverse Leitlinien) einheitlich eingeführt ist. Als Anlage finden Sie beispielhaft einen Artikel von U. Gühne, S. Weinmann, K. Arnold, E.-S. Ay, T. Becker und S. Riedel-Heller zu Künstlerischen Therapien in der Leitlinie Psychosoziale Therapien. Die Künstlerischen Therapien sollten in der neuen Richtlinie unter dieser Bezeichnung separat als eigenständige Therapieform aufgenommen sein. Unsere diesbezüglichen Änderungsvorschläge sind abgestimmt mit der Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft e.V. (DMtG).</p> <p>Künstlerische Therapien sind ein etablierter Bestandteil der multiprofessionellen Arbeit in den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik sowie Kinder-</p>	DKG/GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>und Jugendpsychiatrie. Aufgrund der langjährigen intensiven Ausbildung in der therapeutischen Anwendung Künstlerischer Materialien und Prozesse (Musiktherapeut*innen, Kunsttherapeut*innen, Tanztherapeut*innen, Theatertherapeut*innen u.a. Dipl./BA/ MA oder gleichwertig) bieten sie ein breites Spektrum von Interventionen zur Behandlung von Erkrankungen aller dieser Bereiche. Sie ergänzen damit klinische Diagnostik und Behandlung der psychosozialen Therapien um wichtige handlungsorientierte Zugangsmöglichkeiten. Kompetenzbeschreibungen sind erstellt von der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT). Sie liegen online abrufbar vor und dienen als Instrument der Qualitätssicherung.</p>	
10.2	WFKT	<p>Wir stellen fest, dass für unsere Künstlerisch-therapeutischen Kolleg*innen zu wenig direkte Einflussnahme auf den verschiedenen professionellen Ebenen der Berufsausübung vorgesehen ist. Auch der Text des Beschlussentwurfs zeigt u.E. deutlich, dass bisher unsere Berufsgruppe – wie insgesamt Fachtherapeut*innen und Sozialdienst-Mitarbeiter*innen – zu wenig in die Vorarbeiten einbezogen waren. Weitere Änderungsvorschläge betreffen deshalb auch alle sogenannten „Spezialtherapien“.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Der Regelungsvorschlag des GKV-SV und der PatV berücksichtigt, neben weiteren relevanten Berufsgruppen, in § 5 d) „Spezialtherapeuten“ auch die künstlerischen Therapeuten. Damit geht dieser Vorschlag über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, die die künstlerischen Therapeuten nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe der künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. nicht vorgesehen.</p> <p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.
10.3	WFKT	In der vorgesehenen Bedeutung eignet sich der Begriff „Spezialtherapien“ keinesfalls als Oberbegriff für Ergotherapie und Künstlerische Therapien, da er bereits in abweichender Definition verwendet wurde und wird. Er ist vielmehr zu verstehen als Zusammenfassung der Bereiche Fachtherapien und Soziale Arbeit. Fachtherapien wiederum beinhalten Ergotherapie, Physiotherapie, Bewegungstherapie und Künstlerische Therapien. In der neuen Richtlinie sollte für die unterschiedlichen Begriffe unbedingt eine stringente Definition etabliert werden!	<p>GKV-SV: Der Begriff der Spezialtherapeuten wird in der Tat in abweichender Definition an anderen Orten verwendet (OPS). Um nicht zu kleinteilig zu werden, schlägt der GKV-SV hier trotzdem Spezialtherapeuten (Ergotherapeuten, künstlerische Therapeuten) als Bezeichnung der Berufsgruppe vor.</p> <p>DKG: Bei der Definition der Berufsgruppe werden hier verschiedene Berufe und Qualifikationen unter der Bezeichnung der „Spezialtherapeuten“ subsumiert. Eine abschließende Aufzählung birgt das Risiko, dass spezifische Therapeuten oder auch sich neu entwickelnde Berufe nicht berücksichtigt werden.</p>
		Unsere diesbezüglichen Änderungsvorschläge sind mit dem Deutschen Verband der Ergotherapeut*innen abgestimmt.	GKV-SV: Kenntnisnahme.
10.4	WFKT	Künstlerische Therapien sind in allen Bereichen, denen Patient*innen entsprechend der PsychPV und in der Psychosomatik zugeordnet werden können, anzuwenden; deshalb empfehlen wir, sie auch in allen Behandlungsbereichen zu nennen. Wie Psychotherapie zeigt z.B. Musiktherapie als eine Fachrichtung Künstlerischer Therapie dosisabhängig mehr oder weniger starke Wirkung (vgl. Gühne et.al.). Um die Effektivität	GKV-SV/DKG: Der Regelungsentwurf sieht vor, wie von der WFKT gefordert, dass in allen Behandlungsbereichen künstlerische Therapien eingesetzt werden können.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>vität dieser Fachtherapie feststellen zu können müsste auch für sie unter kurzen klinischen Behandlungsdauern eine entsprechende erreichbare Mindestdosis festgesetzt sein. Die Berechnung von Minutenwerten für die Künstlerischen Therapien wird dadurch erschwert, dass je nach Klinikkonzept aktuell bestehende diverse nach PsychPV ergotherapeutische Regelaufgaben sehr unterschiedlich auf dafür fachspezifisch qualifiziert ausgebildete Berufsgruppen verteilt wurden. So wird in der Psychosomatik Künstlerische Therapie weitestgehend von Künstlerischen Therapeuten erbracht, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Erwachsenenpsychiatrie in sehr unterschiedlichem Verhältnis auch von anderen fachtherapeutischen Berufsgruppen. Je nach PsychPV-Behandlungsbereich weichen die für die Erbringung zuständigen Berufsgruppen zwischen den Kliniken noch einmal deutlich voneinander ab.</p>	<p>Dadurch, dass die künstlerischen Therapeuten mit weiteren Therapeuten zusammengefasst werden, wird eine Änderung, wie von der WFKT vorgeschlagen, abgelehnt.</p>
10.5	WFKT	<p>Grundsätzlich ist bzgl. der unter der Überschrift „Ergotherapie“ in der PsychPV vorgesehenen Minutenwerte davon auszugehen, dass die Notwendigkeit der Verteilung von Tätigkeiten auf unterschiedliche Berufsgruppen mit sehr verschiedenen Aufgabenschwerpunkten zu einer Rationierung geführt hat. Der vorgesehene Effekt für die Behandlung der Patient*innen wird dadurch keinesfalls erreicht. Zudem können aus diesem Grund für die Minutenwerte der Künstlerischen Therapien keine konkreten Zahlen angegeben werden.</p>	<p>GKV-SV: Die Forderung der WKFT, die Minutenwerte deutlich anzuheben, wird abgelehnt: Es wird nicht konkret benannt, um wieviel diese angehoben werden sollen.</p> <p>Die WFKT verkennt bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.
10.6	WFKT	Wir plädieren für eine deutliche Anhebung der Minutenwerte gemessen an den aktuellen Zahlen der PsychPV, die den aktuellen Bestand an Künstlerischen Therapeut*innen sichert und eine Erweiterung ermöglicht, wo bisher die Rationierung zu Lasten eines angemessenen Therapieangebots mit Künstlerischen Therapien einherging. Im Rahmen der Übergangszeit sollte mit dem Ziel einer verbindlichen Festlegung von separaten Minutenwerten für Künstlerische Therapien eine Bearbeitung der Thematik unter Beteiligung der betroffenen Berufsgruppen stattfinden. Über die im Folgenden konkret ausformulierten Änderungsvorschläge zu Künstlerischen Therapien bzw. allen Fach- oder Spezialtherapien hinausgehend bewertet die Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien den Richtlinienentwurf als problematisch bezogen auf den gesetzlichen Auftrag zu qualitätsbezogenen und leitliniengerechten Personalmindestvorgaben. Da das ursprüngliche Konzept zur Ermittlung belastbarer Daten für eine Berechnungsgrundlage keine nutzbaren Ergebnisse gebracht hat und sich nun tendenziell eine Fortschreibung der bisherigen PsychPV-Berech-	<p>GKV-SV: siehe Nr. 10.5</p> <p>Die hier vorgeschlagenen Änderungen in § 1 Abs. 4 und 5 und in § 2 Abs. 5 werden deshalb abgelehnt.</p> <p>Der G-BA ist verpflichtet, eine Erstfassung der PPP-RL bis zum 30.09.2019 zu beschließen, damit die PPP-RL fristgerecht zum 01.01.2020 in Kraft treten kann.</p> <p>Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>nung abzeichnet muss die Richtlinie mit verbindlichem Zeitplan weiterentwickelt werden; das sich aktuell abzeichnende Verfahren kann nur eine Übergangslösung sein. Die Psych-PV kann zwar als Grundlage der übergangsweisen Personalmindestvorgaben dienen, ihre Vorgaben müssen aber sofort quantitativ an die durch die Leitlinien vorgegebenen Standards angepasst werden. Sie muss zwischen an der erforderlichen Qualität ausgerichteten Personalmindestvorgaben und einer zur Gewährleistung der Patientensicherheit erforderlichen Personaluntergrenze differenzieren und ein differenziertes und auf die Erreichung der Qualität ausgerichtetes System von Maßnahmen zur Erfüllung der Mindestvorgaben vorsehen.</p>	<p>Der GKV-SV hat deshalb in der Weiterentwicklung der Richtlinie eine Überprüfung der Minutenwerte in zwei Jahren geregelt.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in § 137i Abs. 1 SGB V festgelegt, dass die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 von der Festlegung von Personaluntergrenzen unberührt bleiben.</p> <p>DKG: Bezüglich der geforderten Anhebung der Minutenwerte weisen wir darauf hin, dass die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienauswertungen und Fachexpertengespräche heterogene Ergebnisse und Hinweise ergaben. Die Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der PPP-RL festzulegenden Mindestpersonalvorgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psych-PV derzeit der einzige existierende Standard</p>
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.</p> <p>Wir teilen die Auffassung, dass die Richtlinie mit einem verbindlichen Zeitplan weiterentwickelt werden muss (§ 13).</p> <p>Eine Erhöhung der Minutenwerte findet aus den oben genannten Gründen innerhalb der ersten Stufe nicht statt.</p> <p>Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf. Die Problematik wird durch eine Mindestvorgabe in Höhe von 80% der gemäß § 6 Abs. 1 bis 4 ermittelten Personalstellen und mit dem Hinweis in § 2 Abs. 1, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und or-</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>ganisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann, adressiert. Daher ist in den Vereinbarungen auf der Ortsebene gemäß § 6 Abs. 7 das Personal gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen. Weiterhin sind gemäß § 6 Abs. 8 auch Ausfallzeiten innerhalb der Vereinbarung von Personalstellen zwischen den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu berücksichtigen.</p> <p>Die Forderung nach einem sinnvollen System an Maßnahmen zur Erfüllung der Mindestvorgaben nehmen wir zustimmend zur Kenntnis. Aus diesem Grund beinhaltet der DKG-Entwurf bei Unterschreitung der Mindestvorgaben ein gestuftes System an Durchsetzungsmaßnahmen bei denen die Beratung und Unterstützung der Einrichtungen zur Erfüllung der Mindestvorgaben im Vordergrund steht.</p>
10.7	WFKT	<p><u>Zu § 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen, S. 6:</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert: a) Ärzte b) Krankenpflegepersonen, Erzieher (nur KJP) c) Diplom-Psycholo-</p>	<p>Der G-BA sieht es nicht als Aufgabe der Richtlinie an, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>gen, Master-Psychologen [GKV-SV/PatV: Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nur KJP)] d) <i>Spezialtherapeuten</i> [GKV-SV/PatV: (Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten)] e) <i>Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten</i> f) <i>Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP)</i> g) <i>Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)</i></p> <p>Änderungsvorschl</p> <p>d) Ergotherapeuten, e) Künstlerische Therapeuten, f) Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten g) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP) h) Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)</p>	<p>Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p>
10.8	WFKT	<p><u>Zu § 7 DKG GKV-SV/PatV § 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen [in Anlage 4 verortet], S. 10:</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Bei der tatsächlichen Personalausstattung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege oder in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, entsprechend dem in § 17a KHG genannten Schlüssel anzurechnen. Psychotherapeuten in Ausbildung sind zu berücksichtigen, wenn diese vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufes erhalten. Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräfte aus den Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. <i>Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen b, d, e, f und g. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern</i></p> <p>Änderungsvorschl</p>	<p>GKV-SV/DKG: Bei diesem Änderungsvorschlag handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum Änderungsvorschlag der WFKT zu § 5/§ 6. Auch die redaktionelle Folgeänderung wird abgelehnt.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen d, e, f und g. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern...	
10.9	WFKT	<p><u>§ 8 DKG/GKV-SV PatV/DPR/BPtK [keine Übernahme], S.11:</u></p> <p>Originaltext</p> <p>§ 10 Leitungskräfte</p> <p>Die Personalbemessung für leitende Ärzte oder ggf. leitende Psychotherapeuten richtet sich nach der Zahl der nach § 8 ermittelten Stellen für Ärzte und Psychologen; diese sollen im Verhältnis 8 zu 1 in ganze oder anteilige Stellen für leitende Ärzte umgerechnet werden. Die Zahl der leitenden Krankenpflegekräfte entspricht der errechneten Zahl der leitenden Ärzte nach Absatz 1.</p> <p>Ergänzungsvorschl</p> <p>Die Zahl der leitenden Spezialtherapeuten richtet sich nach der Zahl der leitenden Ärzte nach Absatz 1.</p>	<p>GKV-SV: Die Leitungstätigkeiten sind in den Minutenwerten der einzelnen Berufsgruppen integriert. Bei den Ergotherapeuten und künstlerischen Therapeuten ist eine stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination beinhaltet. Eine Richtlinienänderung ist an dieser Stelle nicht erforderlich.</p> <p>DKG: Leitungskräfte sind u.a. neben Bereitschaftsdiensten und Genesungsbegleitern in den Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu berücksichtigen (§ 6 Abs. 7). Es wird in dieser Richtlinie keine verbindliche Mindestvorgabe für Leitungskräfte definiert.</p>
10.10	WFKT	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen, S. 27 ff.</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte (inklusive Erläuterungen)</p> <p>Ergänzungsvorschl</p>	<p>GKV-SV: In der Tat wird der Begriff der Spezialtherapeuten in abweichender Definition an anderen Orten verwendet (OPS). Um nicht zu kleinteilig zu werden, schlägt der GKV-SV nichtsdestotrotz Spezialtherapeuten, definiert als Ergotherapeuten und künstlerische Therapeuten“ als Bezeichnung der Berufsgruppe vor.</p> <p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Explizite Nennung der Künstlerischen Therapien in Spalte 4 (Behandlungsmittel) bei allen Behandlungsbereichen und einzelne Änderungs-/ Ergänzungsvorschläge zu Spalte 5 (Erläuterungen - Selbstverwaltung (SV)), z.B.	wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.
10.11	WFKT	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>Originaltext</p> <p>A. Allgemeine Psychiatrie [GKV-SV: und Psychosomatik]</p> <p>A 1 Regelbehandlung: <i>Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie</i></p> <p>Ergänzungsvorschl</p> <p>Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Künstlerische Therapien</p> <p>Entsprechende Ergänzungen zu A 2 bis A 9</p>	<p>GKV-SV: s.o.</p> <p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p>
10.12	WFKT	<u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen, S. 33 ff.:</u>	GKV-SV: S4 wird abgelehnt.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Originaltext</p> <p>S. Abhängigkeitskranke</p> <p><u>S 1 bis S 6, z.B. [DKG: S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker]</u></p> <p><i>Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichem und pflegerischem Aufwand, suchtspezifische soziotherapeutisch mehrdimensionale Behandlung</i></p> <p>Änderungsvorschl</p> <p>Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichem und pflegerischem Aufwand, suchtspezifische psychosoziale mehrdimensionale Behandlung...</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p>
10.13	WFKT	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>Originaltext</p> <p>S6 Tagesklinische Behandlung</p> <p><i>Diagnostik, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfe...</i></p> <p>Ergänzungsvorschl</p> <p>Diagnostik, Psychotherapie, Ergotherapie, <i>Künstlerische Therapien</i>, ...</p>	<p>GKV-SV: s.o.</p> <p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

10.14	WFKT	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen, S. 37 ff.</u></p> <p>Originaltext</p> <p>G. Gerontopsychiatrie</p> <p>G 1 bis G 6 z.B.</p> <p><i>G 6 Psychiatrische, neurologische und allgemein-medizinische Diagnostik und Therapie einschließlich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Soziotherapie, Psychotherapie...</i></p> <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschl</p> <p>Psychiatrische, neurologische und allgemein-medizinische Diagnostik und Therapie einschließlich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Psychotherapie, Künstlerische Therapien ...</p>	<p>GKV-SV: s.o.</p> <p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p>
10.15	WFKT	<p>Originaltext</p> <p>KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJ 1 bis KJ9), z.B.</p> <p><i>KJ 1: Diagnostik und medizinische Grundversorgung, heilpädagogische Behandlung, Elternberatung, Familientherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, funktionelle Therapien, und Entwicklungstherapie</i></p> <p>Ergänzungsvorschl</p> <p>KJ 1: Diagnostik und medizinische Grundversorgung, heilpädagogische Behandlung, Elternberatung, Familientherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Künstlerische Therapien</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV prüft den Vorschlag bei der Weiterentwicklung der Richtlinie.</p> <p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.
10.16	WFKT	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>Originaltext</p> <p><i>KJ 2: Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Milieuthherapie; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; Beschäftigungstherapie; Arbeitstherapie</i></p> <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag</p> <p>KJ 2: Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Milieuthherapie; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; Ergotherapie; Künstlerische Therapien</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV prüft den Vorschlag bei der Weiterentwicklung der Richtlinie.</p> <p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p>
10.17	WFKT	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>Originaltext</p> <p>[DKG: KJ5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p><i>Medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Verlaufsdiagnostik; heilpädagogische Gruppenbehandlung; Elternberatung; Familientherapie; funktionelle Therapie ...</i></p> <p>Ergänzungsvorschlag</p> <p>Medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Verlaufsdiagnostik; heilpädagogische Gruppenbehandlung; Künstlerische Therapien, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie ...</p>	<p>Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV prüft den Vorschlag bei der Weiterentwicklung der Richtlinie.</p>
10.18	WFKT	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Diese Patienten können in der Regel nicht selbständig zu therapeutischen Aktivitäten oder diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen. Sie benötigen eine hohe Pflege- und Betreuungsintensität. Therapie ist überwiegend nur im Einzelkontakt oder in Kleinstgruppen möglich.</p> <p><i>Die pflegerischen, betruerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden ergänzt durch adjuvante Therapieformen (z.B. wahrnehmungs- und bewegungsaktivierende Maßnahmen und krankengymnastische Behandlungen).</i></p> <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag</p> <p>Neben pflegerischen, betruerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden z.B. wahrnehmungs- und bewegungsaktivierende Maßnahmen im Rahmen von Ergotherapie, Künstlerischen Therapien und Bewegungstherapie eingesetzt.</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV prüft den Vorschlag bei der Weiterentwicklung der Richtlinie.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>10.19</p>	<p>WFKT</p>	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>Originaltext</p> <p>KJ7 Tagesklinische Behandlung</p> <p><i>Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische Behandlung; Elternberatung;</i></p> <p><i>Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; funktionelle Therapien; Entwicklungstherapie</i></p> <p>Ergänzungsvorschl</p> <p>Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische, ergotherapeutische, künstlerisch-therapeutische Behandlung; ...</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV prüft den Vorschlag bei der Weiterentwicklung der Richtlinie.</p>
<p>10.20</p>	<p>WFKT</p>	<p><u>Anlage 2: Minutenwertetabellen, S. 50</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Zur Differenzierung zwischen Ergotherapie und Künstlerischen Therapie und der Begrenzung der Ersetzbarkeit sind diese auch in den Minutenwerttabellen getrennt zu führen. 1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene [DKG: Zeitwerte in Minuten je Woche und Behandlungsbereich</p> <p>Behandlungsbereiche</p> <p>Ärzte Krankenpflegepersonal</p> <p>Diplom-Psychologen</p>	<p>DKG/GKV-SV: Der Richtlinienentwurf berücksichtigt durch die Umwidmung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten auch die künstlerischen Therapien.</p> <p>Damit geht die Richtlinie über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, der die künstlerischen Therapien nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe für die künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. nicht vorgesehen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p><i>Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten</i> <i>Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten</i> Sozialarbeiter, Sozialpädagogen Änderungsvorschl (...) Ergotherapeuten Künstlerische Therapeuten Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten (...)</p>	<p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p>
10.21	WFKT	<p><u>Anlage 2: Minutenwertetabellen, S. 51</u> Originaltext 2. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche Behandlungsbereiche Ärzte Krankenpflegepersonal Diplom-Psychologen <i>Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten.</i> <i>Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten</i> Sozialarbeiter, Sozialpädagogen Sprachheiltherapeuten, Logopäden Änderungsvorschl</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV: s.o.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		(...) Ergotherapeuten Künstlerische Therapeuten Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (...)	
10.22	WFKT	<p><u>Anlage 3: Checkliste für das Nachweisverfahren..., S. 56</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Datenfeld</p> <p>Berufsgruppe</p> <p><i>Spezialtherapeuten:</i></p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>Ergotherapeuten</p> <p>Künstlerische Therapeuten</p>	<p>DKG/GKV-SV: Der Richtlinienentwurf berücksichtigt durch die Umwidmung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten auch die künstlerischen Therapien.</p> <p>■ Damit geht die Richtlinie über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, der die künstlerischen Therapien nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe für die künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. nicht vorgesehen.</p> <p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			Flexibilität.
10.23	WFKT	<p><u>Anlage 3: Checkliste für das Nachweisverfahren..., S. 61</u></p> <p>Originaltext Berufsgruppe <i>Ergo-, Kunst-, Musik-, Kreativth.:</i></p> <p>Änderungsvorschl Ergotherapeuten Künstlerische Therapeuten</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV: Durch die Einführung der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten (Ergotherapeuten und Künstlerische Therapeuten) bleibt die Flexibilität der Einrichtung gewahrt und die künstlerischen Therapeuten sind berücksichtigt.</p>
10.24	WFKT	<p><u>Anlage 3: Checkliste für das Nachweisverfahren..., S. 62</u></p> <p>Originaltext 9-649.5* TE Einzeltherapie <i>Spezialtherap.</i> <u>S. 63</u> 9-696.5* TE Einzeltherapie <i>Spezialtherap.</i></p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Änderungsvorschl</p> <p>Der Begriff „Spezialtherapie“ kann hier nur verwendet werden, wenn er durchgehend ausschließlich als Oberbegriff für Fachtherapien und Sozialdienst verwendet wird, sonst ggfs. ändern!</p>	<p>Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV: Durch die Einführung der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten (Ergotherapeuten und künstlerische Therapeuten) bleibt die Flexibilität der Einrichtung gewahrt und die künstlerischen Therapeuten sind berücksichtigt.</p>
10.25	WFKT	<p><u>Anlage 3: Checkliste für das Nachweisverfahren.... S. 64</u></p> <p>Originaltext</p> <p><i>Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten</i></p> <p><i>Physiotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten</i></p> <p>Änderungsvorschl</p> <p>Ergotherapeuten</p> <p>Künstlerische Therapeuten</p> <p>Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV: Durch die Einführung der Berufs-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			gruppe der Spezialtherapeuten (Ergotherapeuten und künstlerische Therapeuten) bleibt die Flexibilität der Einrichtung gewahrt und die künstlerischen Therapeuten sind berücksichtigt.
10.26	WFKT	<p><u>Anlage 3: Checkliste für das Nachweisverfahren..., S. 66</u></p> <p>Originaltext</p> <p><i>Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten</i></p> <p>Davon Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</p> <p>Physiotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten</p> <p>Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen</p> <p>Davon Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten</p> <p>Sprachheiltherapeuten, Logopäden</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>Ergotherapeuten</p> <p>Künstlerische Therapeuten...</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV: Durch die Einführung der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten (Ergotherapeuten und künstlerische Therapeuten) bleibt die Flexibilität der Einrichtung gewahrt und die künstlerischen Therapeuten sind berücksichtigt.</p>
10.27	WFKT	<p><u>Anlage 4 (GKV-SV): Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung, S. 70</u></p> <p>Originaltext</p>	<p>DKG/GKV-SV: Der Richtlinienentwurf berücksichtigt durch die Umwidmung der Be-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 8 können bei den in § 6 genannten Berufsgruppen Tätigkeiten von Fachkräften aus anderen Berufsgruppen berücksichtigt werden, soweit deren Tätigkeiten den Regelaufgaben im Sinne der in der Anlage 5 dargestellten Tätigkeiten entsprechen, bei der die Anrechnung erfolgen soll. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen, die in § 6 genannt werden, möglich: zwischen a und c <i>und zwischen b, d, e, f und g</i>. Die Umfänge der angerechneten VKS sind im Nachweis gesondert auszuweisen und zu begründen.</p> <p>Änderungsvorschl</p> <p>... und zwischen d, e, f, g und h.</p>	<p>rufsgruppe der Ergotherapeuten in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten auch die künstlerischen Therapien.</p> <p>Damit geht die Richtlinie über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, der die künstlerischen Therapien nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe für die künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. nicht vorgesehen.</p> <p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p>
10.28	WFKT	<p><u>Anlage 4/5: Regelaufgaben, S. 74 f.</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Erwachsenenpsychiatrie</p> <p>e) Ändern/ Streichen in Regelaufgaben Ergotherapeuten [GKV-SV:, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten]</p> <p>Änderungsvorschl</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>e) Regelaufgaben Ergotherapeuten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grundversorgung – Mitwirkung bei Anamnese/Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung – Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung – Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung – Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung 3. Gruppenbezogene Behandlung – Lebenspraktisch orientierte Beschäftigungstherapie – Arbeitstherapie und Belastungserprobung – Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen – Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten – Vor- und Nachbereitung – Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision – Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie <p>f) Regelaufgaben Künstlerische Therapeuten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grundversorgung – Mitwirkung bei und fachspezifische Ergänzung der Anamnese/Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung – Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung – wahrnehmungs- und kommunikations- sowie kreativitätsfördernde Behandlung – regulierende Behandlung von Aufmerksamkeit, Spannung und Affekten 3. Gruppenbezogene Behandlung – wahrnehmungs-, kommunikations- und kreativitätsfördernde <p>Behandlung – regulierende Behandlung von Aufmerksamkeit, Spannung und Affekten,</p>	<p>entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>DKG/GKV-SV: Der Richtlinienentwurf berücksichtigt durch die Umwidmung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten auch die künstlerischen Therapien.</p> <p>Damit geht die Richtlinie über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, der die künstlerischen Therapien nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe für die künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. nicht vorgesehen.</p> <p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p>
--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen</p> <p>4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten – Vor- und Nachbereitung – Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision – Beschaffung, Organisation und Pflege von Therapiematerial, Verwaltungsaufgaben – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Künstlerischen Therapien</p> <p>g) Regelaufgaben Bewegungstherapeuten ...</p> <p>h) Regelaufgaben Sozialarbeiter und Sozialpädagogen 1. Sozialpädagogische Grundversorgung ...</p>	
10.29	WFKT	<p><u>Anlage 4/5: Regelaufgaben, S. 79</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>e) Regelaufgaben der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Ergotherapeuten) [GKV-SV: , Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten] 1. Grundversorgung – Mitwirkung bei der Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich; Planung, Durchführung, Verlaufskontrolle der Ergotherapie – Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung – Beeinflussung emotionaler Probleme <i>mittels kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie</i> – Funktionelle Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training neurophysiologisch orientierte Behandlung von Leistungsdefiziten – Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung 3. Gruppenbezogene Behandlung – <i>Kreativitätsfördernde Beschäftigungstherapie einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie</i> – Lebenspraktisch orientierte Beschäftigungstherapie – Arbeitstherapie, Fertigungs- und Belastungserprobung – Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten – Vor- und Nachbereitung – Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV/PatV: Der Regelungsvorschlag des GKV-SV und der PatV berücksichtigt, neben weiteren relevanten Berufsgruppen, auch die künstlerischen Therapeuten. Da</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>Team – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision* – Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>e) Regelaufgaben der Ergotherapeuten 1. Grundversorgung...</p> <p>ändern/ streichen: mittels kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie ...</p> <p>ändern/ streichen: Kreativitätsfördernde Beschäftigungstherapie einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie...</p> <p>f) Regelaufgaben der Künstlerischen Therapeuten 1. Grundversorgung – Mitwirkung bei und fachspezifische Ergänzung der Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich; Planung, Durchführung, Verlaufskontrolle der Künstlerischen Therapien – Dokumentation</p> <p>2. Einzelfallbezogene Behandlung – Aufmerksamkeit, Kontakt und Kommunikation, Affektsteuerung und Kreativität fördernde sowie Aufmerksamkeit und Spannung regulierende Behandlung</p> <p>3. Gruppenbezogene Behandlung – Aufmerksamkeit, Kontakt und Kommunikation, Affektsteuerung, Sozialkompetenz und Kreativität fördernde sowie Aufmerksamkeit und Spannung regulierende Behandlung</p> <p>Behandlung (...)</p> <p>g) Regelaufgaben der Bewegungstherapeuten 1. Grundversorgung ...</p> <p>h) Regelaufgaben der Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Heilpädagogen 1. Grundversorgung ...</p> <p>i) Regelaufgaben Sprachtherapeuten und Logopäden 1. Grundversorgung...</p>	<p>mit geht dieser Vorschlag über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, die die künstlerischen Therapeuten nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe der künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. nicht vorgesehen.</p> <p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p>
--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>10.30</p>	<p>WFKT</p>	<p><u>Anlage 4/5: Regelaufgaben, S. 83</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Regelaufgaben Psychosomatik</p> <p><i>d) Regelaufgaben der Spezialtherapeuten - Gestaltungstherapie - Konzentrierte Bewegungstherapie -Musiktherapie/oder Möglichkeiten zur zusätzlichen Einzeltherapie in einer der genannten</i></p> <p><i>Spezialtherapien</i></p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>d) Regelaufgaben der Fachtherapeuten – Mitwirkung bei Anamnese- und Befunderhebung (Ergänzung mit fachspezifischer und psychosozialer Diagnostik) und Therapieplanung – Künstlerische Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a.), Körperpsychotherapie wie z.B. Konzentrierte Bewegungstherapie – als Gruppentherapie sowie Möglichkeiten zur zusätzlichen Einzeltherapie in einer der genannten Fachtherapien ...</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>DKG/GKV-SV: Der Richtlinienentwurf berücksichtigt durch die Umwidmung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten auch die künstlerischen Therapien.</p> <p>Damit geht die Richtlinie über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, der die künstlerischen Therapien nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe für die künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. nicht vorgesehen.</p> <p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und</p>
--------------	-------------	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.
10.31	WFKT	<p><u>Tragende Gründe, S.22 ff.</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>Die markierten Textstellen sind den oben genannten Änderungen entsprechend anzupassen! Z.B.</p> <p><u>Originaltext bitte gem. den obigen Angaben modifizieren</u></p> <p><u>§ 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen</u></p> <p>Der Systematik der Psych-PV folgend, werden innerhalb der ersten Stufe diejenigen Berufsgruppen innerhalb dieser Richtlinie abgebildet, für die bereits mit der Psych-PV die jeweiligen Regelaufgaben und damit verbundene Minutenwerte aufgeführt wurden.</p> <p>Ändern/ streichen: Die damals angeführte Berufsgruppe der Ergotherapeuten wird jedoch in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten überführt, in die auch Musik-, Kunst- und Kreativtherapeuten zu verorten sind. Es handelt sich bei den in § 5 aufgeführten und den hier beispielhaft genannten Berufsgruppen, welche unter den Spezialtherapeuten zu verorten sind, nicht um eine abschließende Aufzählung. Insbesondere im Bereich der Spezialtherapeuten gibt es weitere Berufsgruppen, die es zu berücksichtigen gilt – wie zum Beispiel Tanztherapeuten.</p>	<p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Es ist nicht ersichtlich, welche Änderung in den Tragenden Gründen der DKG vorgeschlagen wird. Der Text stimmt mit den vorgelegten Tragenden Gründen überein.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Da die verbleibende Zeit bis zur Beschlussfassung der Richtlinie nicht ausreicht, wird im Sinne einer Übergangslösung auf eine (notwendige) Erweiterung der Berufsgruppen in der ersten Stufe verzichtet. Insbesondere für die Psychologischen Psychotherapeuten müssten konsequenterweise die Regelaufgaben und Tätigkeiten grundständig neu aufgenommen werden. Die Einführung neuer Berufsgruppen und die Festlegung der Regelaufgaben erfolgt in der zweiten Stufe gemäß § 13 Absatz 3.</p> <p>GKV-SV</p> <p>Die alte Berufsgruppe Ergotherapeuten der Psych-PV heißt neu d) Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten. Die Regelaufgaben der Ergotherapeuten werden in der heutigen Praxis auch von anderen Therapeuten, wie etwa Musik-, Kunst- oder Kreativtherapeuten übernommen. Deshalb wurde die Berufsgruppe der Ergotherapeuten um diese entsprechenden Minutenwerten ...hinterlegt werden müssen. Die Einführung der Berufsgruppe Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), die sich in ihrer Qualifikation und ihrem Kompetenzprofil von der Berufsgruppe der Psychologen unterscheiden, würde deshalb ebenfalls die Definition von Regelaufgaben für diese neue Berufsgruppe erfordern. Eine Gleichsetzung der Regelaufgaben / Tätigkeitsprofile mit dem der Psychologen ist nicht sachgerecht. Da die verbleibende Zeit für eine fristgerechte Verabschiedung der Richtlinie nicht ausreicht, um neue Berufsgruppen mit neuen Regelaufgaben zu definieren, wird auf eine Erweiterung der Berufsgruppen um die Berufsgruppe der PP/KJP verzichtet. Die Einführung dieser Berufsgruppen einschließlich der Festlegung der Regelaufgaben erfolgt verbindlich in Stufe 2. (...) Therapeuten ergänzt. Die Begrifflichkeit der Spezialtherapeuten findet bereits im OPS Anwendung und ist dort umfassender festgelegt.</p>	
10.32	WFKT	<p><u>Tragende Gründe, [DKG:] § 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen, S. 33</u></p> <p>Die mit § 6 Absatz 6 geschaffene Möglichkeit der Anrechnung anderer Berufsgruppen hinsichtlich der Ermittlung der Einhaltung der Mindestvorgabe wird mit § 7 konkretisiert. Sich pragmatisch an der Systematik der Psych-PV orientierend, wurden hier die</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		innerhalb der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nr. 8 BpflV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Absatz 2 S. 2 und 3 BpflV (Psych- Personalnachweis-Vereinbarung) definierten Möglichkeiten der Anrechnung inhaltlich übernommen und nur hinsichtlich formaler Aspekte (der jeweiligen Verweise auf die Berufsgruppen und Tätigkeiten) an die Richtlinie angepasst.	
10.33	WFKT	<p><u>Tragende Gründe, Anlage 2: Minutenwertetabellen, S. 53</u></p> <p>Wie bezüglich der Behandlungsbereiche unter § 3 bereits erläutert, werden die Minutenwerte der Personalanzahlzahlen von Heuft 1999 in einen neuen Behandlungsbereich für psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungen überführt. Um dies zu ermöglichen, waren bezüglich der Berufsgruppen der Ärzte und Psychologen sowie bezüglich der Spezialtherapeuten Umrechnungen der Minutenwerte erforderlich. Für Ärzte und Psychologen wird bei Heuft 1999 ein gemeinsamer Wert aufgeführt, der zu einem Viertel den Psychologen und drei Vierteln dem ärztlichen Personal zuzuordnen ist. Entsprechend dieser Verhältnisangaben wurde der Minutenwert anteilig den Ärzten und den Psychologen zugerechnet. Ein ähnliches Vorgehen war hinsichtlich der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten erforderlich. Bei Heuft 1999 umfassen die Aufgaben der Spezialtherapeuten sowohl Spezialtherapien als auch Bewegungstherapien. Zwei Drittel der Minutenwerte entfallen bei Heuft 1999 auf spezialtherapeutische und ein Drittel auf bewegungstherapeutische Tätigkeiten. Im gleichen Verhältnis wurden die Minutenwerte den in dieser Richtlinie getrennt aufgeführten Berufsgruppen der Spezialtherapeuten und der Bewegungstherapeuten/Physiotherapeuten zugeordnet.</p>	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Der Text stimmt mit den vorgelegten Tragenden Gründen der DKG überein.
10.34	WFKT	<p><u>Tragende Gründe, Anlage 2: Minutenwertetabellen S. 55</u></p>	GKV-SV: Der GKV-SV wird dies bei der Anpassung der Richtlinie beachten.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Heute werden von allen Berufsgruppen, die in der Psych-PV genannt werden, auch vom Pflegepersonal, von den Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeuten und Sozialarbeitern, psychotherapeutische Behandlung angeboten. Dies sollte bei der Anpassung der Richtlinie künftig beachtet werden.</p>	
10.35	WFKT	<p><u>Tragende Gründe, Anlage 2: Minutenwertetabellen S. 56</u></p> <p>Neben der Erhöhung der Minutenwerte für Ärzte, Psychotherapeuten und Pflegepersonen sind die Minutenwerte für die Berufsgruppe der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und für die Heilpädagogen in der KJP die Minutenwerte zu erhöhen. Die verpflichtende Einführung des Entlassmanagements, die komplexe Arbeit mit Angehörigen, (siehe hierzu die Auswertung der Expertengespräche an zahlreichen Stellen (Peth et al. 2019) sowie die Schussenrieder Tabellen 2018), die Mitarbeit in multiprofessionellen Teams (z. B. in der stationsäquivalenten Behandlung), die Beteiligung an der Umsetzung neuer Konzepte wie Empowerment, Trialog und Recovery, die Beteiligung an der Erstellung eines integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans, generell gestiegener administrativer Aufwand bei Anträgen des SGB XII u .a., Anträge nach Betreuungsrecht und an der Vernetzung mit Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie und Suchtkrankenhilfe insbesondere bei Personen in prekären Lebensverhältnissen mit Arbeits- und Wohnungslosigkeit (vgl. auch hier die Auswertung der im Rahmen der zuständigen AG des G-BA durchgeführten Fachgespräche), nimmt die Tätigkeit der Sozialarbeit eine bedeutsame Rolle bei der Ergebnisqualität der Behandlung und zur psychosozialen Stabilisierung der Patienten ein. Da aus den Fachgesprächen nur vereinzelte Angaben zu Minutenwerten hervorgehen, jedoch zahlreiche Empfehlungen auf der Basis der praktischen klinischen Tätigkeit ausgesprochen und dokumentiert vorliegen, empfehlen wir, für die Sozialarbeit die Werte aus den Schussenrieder Tabellen zu übernehmen. Auch für die Berufsgruppen „Ergotherapeuten/-therapeutinnen u. a.“ sowie „Bewegungs-, Physiotherapeuten/-therapeutinnen“ empfehlen wir, die erhöhten Minutenwerte aus den Schussenrieder Tabellen zu übernehmen. Die Auswertungen der Fachgespräche weisen auch hier auf einen Mehrbe-</p>	

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>darf dieser Berufsgruppen in allen Bereichen der stationären psychiatrischen Versorgung hin. Aktuelle S3-Leitlinien belegen die Evidenz von Ergotherapie (S3-LL Unipolare Depression) und Bewegungsprogrammen (LL Unipolare Depression, S3-LL Schizophrenie). Bei der Neuberechnung der Minutenwerte ist ebenfalls ein Mehrbedarf bei den Musik- und Kunsttherapeuten („Spezialtherapeuten“) zu berücksichtigen. Diese Berufsgruppen wurden seit der Verabschiedung der Psych-PV in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen vermehrt oder neu etabliert. Der gesamte Bereich der Kreativtherapie und der Bewegungs- und Sporttherapie hat sich personell weiterentwickelt und wird wegen seiner gut nachgewiesenen therapeutischen Wirkung wesentlich umfangreicher als früher in der Therapie und Diagnostik eingesetzt.</p> <p>(...)</p> <p>Die entsprechenden Minutenwerte sind bei der Angehörigenarbeit für Ärzte, Pflegende, Fachtherapien, Sozialarbeit und Genesungsbegleiter zu hinterlegen.</p>	
10.36	WFKT	<p><u>Tragende Gründe, Anlage 2: Minutenwertetabellen S. 59</u></p> <p>Eine leitliniengerechte Behandlung psychischer Erkrankungen umfasst insbesondere Pharmakotherapie und Psychotherapie sowie psychosoziale Therapien.</p>	
11.	<p>Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG), 14. Juni 2019</p> <p><i>[interner Hinweis: ff.: Bei wortgleichen Stn-Texten mit DKPM auch wortgleiche Auswertungstexte einfügen.]</i></p>		
11.1	DMtG	<p>Die Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft ist Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien und betrachtet die Musiktherapie als eine der Künstlerischen Therapien, zu denen außerdem Kunsttherapie, Tanztherapie, Theatertherapie u.a. gehören, deren Einsatz in Psychiatrie und Psychosomatik seit Jahrzehnten etabliert und unter diesem Begriff auch in anderen Regelwerken (OPS, KTL, diverse Leitlinien) eingeführt ist. Beispielhaft sei hier einen Artikel von U. Gühne, S.</p>	<p>GKV-SV/DPR/DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Weinmann, K. Arnold, E.-S. Ay, T. Becker und S. Riedel-Heller zu Künstlerischen Therapien in der Leitlinie Psychosoziale Therapien erwähnt (s. <i>Anlage</i>). Die Künstlerischen Therapien sollten in der neuen Richtlinie unter dieser Bezeichnung separat als eigenständige Therapieform im Bereich der Psychosozialen Therapien aufgenommen sein. Unsere diesbezüglichen Änderungsvorschläge sind abgestimmt mit der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien (WFKT).</p> <p>Künstlerische Therapien sind ein etablierter Bestandteil der multiprofessionellen Arbeit in den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Aufgrund der langjährigen intensiven Ausbildung in der therapeutischen Anwendung Künstlerischer Materialien und Prozesse (Musiktherapeut*innen, Kunsttherapeut*innen, Tanztherapeut*innen, Theatertherapeut*innen u.a. Dipl./BA/ MA oder gleichwertig) bieten sie ein breites Spektrum von Interventionen zur Behandlung von Erkrankungen aller dieser Bereiche. Sie ergänzen damit klinische Diagnostik und Behandlung der psychosozialen Therapien um wichtige handlungsorientierte Zugangsmöglichkeiten. Kompetenzbeschreibungen sind erstellt von der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAG KT). Sie liegen online abrufbar vor und dienen als Instrument der Qualitätssicherung.</p>	
11.2	DMtG	<p>Wir stellen fest, dass zu wenig direkte Berücksichtigung und Einflussnahme auf den verschiedenen professionellen Ebenen der Berufsausübung unserer Künstlerisch-therapeutischen Kolleg*innen verankert ist. Auch der Text des Beschlussentwurfs zeigt u.E. deutlich, dass bisher unsere Berufsgruppe – wie insgesamt Fachtherapeut*innen und Sozialdienst-Mitarbeiter*innen – zu wenig in die Vorarbeiten einbezogen waren. Weitere Änderungsvorschläge betreffen deshalb auch alle sogenannten „Spezialtherapien“.</p> <p>In der vorgesehenen Bedeutung eignet sich der Begriff „Spezialtherapien“ keinesfalls als Oberbegriff für Ergotherapie und Künstlerische Therapien, da er bereits in abweichender Definition verwendet wurde und wird. Er ist vielmehr zu verstehen als Zusammenfassung der Bereiche Fachtherapien und Soziale Arbeit. Fachtherapien wiederum</p>	<p>DKG/GKV-SV: Der Richtlinienentwurf berücksichtigt durch die Umwidmung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten auch die künstlerischen Therapien.</p> <p>Damit geht die Richtlinie über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, der die künstlerischen Therapien nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe für die künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. Nicht vorgesehen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>beinhalten Ergotherapie, Physiotherapie, Bewegungstherapie und Künstlerische Therapien. In der neuen Richtlinie sollte für die unterschiedlichen Begriffe unbedingt eine stringente Definition etabliert werden! Unsere diesbezüglichen Änderungsvorschläge sind mit dem Deutschen Verband der Ergotherapeut*innen abgestimmt.</p> <p>Künstlerische Therapien sind in allen Bereichen, denen Patient*innen entsprechend der PsychPV und in der Psychosomatik zugeordnet werden können, anzuwenden; deshalb empfehlen wir, sie auch in allen Behandlungsbereichen zu nennen. Wie Psychotherapie zeigt z.B. Musiktherapie als eine Fachrichtung Künstlerischer Therapie dosisabhängige Effekte (vgl. Gühne et.al.). Um die Effektivität dieser Fachtherapie sicherzustellen, müsste auch für sie unter kurzen klinischen Behandlungsdauern eine entsprechende erreichbare Mindestdosis (min. 9-16 TE) festgesetzt sein (vgl. Gold et al. 2009).</p> <p>Literatur:</p> <p><i>Gold C., Solli H.-P., Krüger V., Lie S.A. (2009): Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders – systematic review and metaanalysis, in: Clinical Psychology Review, Bd. 29, S. 193-207</i></p> <p>Die Berechnung von Minutenwerten für die Künstlerischen Therapien wird dadurch erschwert, dass je nach Klinikkonzept aktuell bestehende diverse nach PsychPV ergotherapeutische Regelaufgaben sehr unterschiedlich auf dafür fachspezifisch qualifiziert ausgebildete Berufsgruppen verteilt wurden. So wird in der Psychosomatik Künstlerische Therapie weitestgehend von Künstlerischen Therapeuten erbracht, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Erwachsenenpsychiatrie in sehr unterschiedlichem Verhältnis auch von anderen fachtherapeutischen Berufsgruppen. Je nach PsychPV-Behandlungsbereich weichen die für die Erbringung zuständigen Berufsgruppen zwischen den Kliniken noch einmal deutlich voneinander ab.</p> <p>Grundsätzlich ist bzgl. der unter der Überschrift „Ergotherapie“ in der PsychPV vorgesehenen Minutenwerte davon auszugehen, dass die Notwendigkeit der Verteilung von Tätigkeiten auf unterschiedliche Berufsgruppen mit sehr verschiedenen Aufgaben-</p>	<p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p> <p>GKV-SV: In der Tat wird der Begriff der Spezialtherapeuten in abweichender Definition an anderen Orten verwendet (OPS). Um nicht zu kleinteilig zu werden, schlägt der GKV-SV nichtsdestotrotz hier neu „Spezialtherapeuten (Ergotherapeuten, künstlerische Therapeuten)“ als Bezeichnung der Berufsgruppe vor.</p> <p>DKG: Bei der Definition der Berufsgruppe werden hier verschiedene Berufe und Qualifikationen unter der Bezeichnung der „Spezialtherapeuten“ subsumiert. Eine abschließende Aufzählung birgt das Risiko, dass spezifische Therapeuten oder auch sich neu entwickelnde Berufe nicht berücksichtigt werden.</p> <p>GKV-SV/DKG: Der Regelungsentwurf sieht vor, wie von der DMtG gefordert, dass</p>
--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>schwerpunkten zu einer Rationierung geführt hat. Der vorgesehene Effekt für die Behandlung der Patient*innen wird dadurch keinesfalls erreicht. Zudem können aus diesem Grund für die Minutenwerte der Künstlerischen Therapien keine konkreten Zahlen angegeben werden.</p> <p>Wir plädieren für eine deutliche Anhebung der Minutenwerte gemessen an den aktuellen Zahlen der PsychPV, die den aktuellen Bestand an Künstlerischen Therapeut*innen sichert und eine Erweiterung ermöglicht, wo bisher die Rationierung zu Lasten eines angemessenen Therapieangebots mit Künstlerischen Therapien einherging. Im Rahmen der Übergangszeit sollte mit dem Ziel einer verbindlichen Festlegung von separaten Minutenwerten für Künstlerische Therapien eine Bearbeitung der Thematik unter Beteiligung der betroffenen Berufsgruppen stattfinden. Über die im Folgenden konkret ausformulierten Änderungsvorschläge zu Künstlerischen Therapien bzw. allen Fach- oder Spezialtherapien hinausgehend bewertet die Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien den Richtlinienentwurf als problematisch bezogen auf den gesetzlichen Auftrag zu qualitätsbezogenen und leitliniengerechten Personalmindestvorgaben. Da das ursprüngliche Konzept zur Ermittlung belastbarer Daten für eine Berechnungsgrundlage keine nutzbaren Ergebnisse gebracht hat und sich nun tendenziell eine Fortschreibung der bisherigen PsychPV-Berechnung abzeichnet muss die Richtlinie mit verbindlichem Zeitplan weiterentwickelt werden; das sich aktuell abzeichnende Verfahren kann nur eine Übergangslösung sein. Die Psych-PV kann zwar als Grundlage der übergangsweisen Personalmindestvorgaben dienen, ihre Vorgaben müssen aber sofort quantitativ an die durch die Leitlinien vorgegebenen Standards angepasst werden. Sie muss zwischen an der erforderlichen Qualität ausgerichteten Personalmindestvorgaben und einer zur Gewährleistung der Patientensicherheit erforderlichen Personaluntergrenze differenzieren und ein differenziertes und auf die Erreichung der Qualität ausgerichtetes System von Maßnahmen zur Erfüllung der Mindestvorgaben vorsehen.</p>	<p>in allen Behandlungsbereichen künstlerische Therapien eingesetzt werden können, siehe auch § 5/6 und Anlage 2 Nr. 1 und 2.</p> <p>Dadurch, dass die künstlerischen Therapien mit weiteren Therapien zusammengefasst werden, wird den Kliniken Flexibilität ermöglicht. Eine Änderung, wie von der DMtG vorgeschlagen, wird deshalb abgelehnt.</p> <p>DKG: Bezüglich der geforderten Anhebung der Minutenwerte weisen wir darauf hin, dass die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienauswertungen und Fachexpertengespräche heterogene Ergebnisse und Hinweise ergaben. Die Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der PPP-RL festzulegenden Mindestpersonalvorgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psych-PV derzeit der einzige</p>
--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.</p> <p>Wir teilen die Auffassung, dass die Richtlinie mit einem verbindlichen Zeitplan weiterentwickelt werden muss (§ 13).</p> <p>Eine Erhöhung der Minutenwerte findet aus den oben genannten Gründen innerhalb der ersten Stufe nicht statt.</p> <p>GKV-SV:</p> <p>Die Forderung der DMtG, die Minutenwerte deutlich anzuheben, wird abgelehnt: Es wird nicht konkret benannt, um wieviel diese angehoben werden sollen.</p> <p>Die DMtG verkennt bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen</p>
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.</p> <p>Die hier vorgeschlagenen Änderungen in § 1 Abs. 4 und 5 und in § 2 Abs. 5 werden deshalb abgelehnt.</p> <p>Der G-BA ist verpflichtet, eine Erstfassung der PPP-RL bis zum 30.09.2019 zu beschließen, damit die PPP-RL fristgerecht zum 01.01.2020 in Kraft treten kann. Der</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>Der Gesetzgeber hat in § 137i Abs. 1 SGB V festgelegt, dass die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Absatz 2 Satz 2 von der Festlegung von Personaluntergrenzen unberührt bleiben.</p> <p>DKG: Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf. Die Problematik wird durch eine Mindestvorgabe in Höhe von 80 % der gemäß § 6 Abs. 1 bis 4 ermittelten Personalstellen und mit dem Hinweis in § 2 Abs. 1, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann, adressiert. Daher ist in den Vereinbarungen auf der Ortsebene gemäß § 6 Abs. 7 das Personal gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen. Weiterhin sind gemäß § 6</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Abs. 8 auch Ausfallzeiten innerhalb der Vereinbarung von Personalstellen zwischen den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu berücksichtigen.</p> <p>Die Forderung nach einem sinnvollen System an Maßnahmen zur Erfüllung der Mindestvorgaben nehmen wir zustimmend zur Kenntnis. Aus diesem Grund beinhaltet der DKG-Entwurf bei Unterschreitung der Mindestvorgaben ein gestuftes System an Durchsetzungsmaßnahmen, bei denen die Beratung und Unterstützung der Einrichtungen zur Erfüllung der Mindestvorgaben im Vordergrund steht.</p>
11.3	DMtG	<p><u>Zu § 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen, S. 6:</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert: a) Ärzte b) Krankenpflegepersonen, Erzieher (nur KJP) c) Diplom-Psychologen, Master-Psychologen [GKV-SV/PatV: Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nur KJP)] d) <i>Spezialtherapeuten</i> [GKV-SV/PatV: (Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten)] e) <i>Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten</i> f) <i>Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP)</i> g) <i>Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)</i></p> <p>Änderungsvorschlag</p>	<p>DKG/GKV/Pat-V: Der Richtlinienentwurf berücksichtigt durch die Umwidmung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten auch die künstlerischen Therapien.</p> <p>Damit geht die Richtlinie über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, der die künstlerischen Therapien nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe für die künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. nicht vorgesehen.</p> <p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		d) Ergotherapeuten, e) Künstlerische Therapeuten, f) Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten g) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP) h) Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)	Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.
11.4	DMtG	<p><u>Zu § 7 DKG GKV-SV/PatV § 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen [in Anlage 4 verortet], S. 10:</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Bei der tatsächlichen Personalausstattung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege oder in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, entsprechend dem in § 17a KHG genannten Schlüssel anzurechnen. Psychotherapeuten in Ausbildung sind zu berücksichtigen, wenn diese vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufes erhalten. Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräfte aus den Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. <i>Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen b, d, e, f und g. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern</i></p> <p>Änderungsvorschl</p> <p>Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen d, e, f und g. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern...</p>	GKV-SV/DKG: Bei diesem Änderungsvorschlag handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zum Änderungsvorschlag der DMtG zu § 6. Auch die redaktionelle Folgeänderung wird abgelehnt.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

11.5	DMtG	<p><u>§ 8 DKG/GKV-SV PatV/DPR/BPtK [keine Übernahme], S.11:</u></p> <p>Originaltext</p> <p>§ 10 Leitungskräfte</p> <p>Die Personalbemessung für leitende Ärzte oder ggf. leitende Psychotherapeuten richtet sich nach der Zahl der nach § 8 ermittelten Stellen für Ärzte und Psychologen; diese sollen im Verhältnis 8 zu 1 in ganze oder anteilige Stellen für leitende Ärzte umgerechnet werden. Die Zahl der leitenden Krankenpflegekräfte entspricht der errechneten Zahl der leitenden Ärzte nach Absatz 1.</p> <p>Ergänzungsvorschl</p> <p>Die Zahl der leitenden Spezialtherapeuten richtet sich nach der Zahl der leitenden Ärzte nach Absatz 1.</p>	<p>GKV-SV: Die Leitungstätigkeiten sind in den Minutenwerten der einzelnen Berufsgruppen integriert. Bei den Ergotherapeuten und künstlerischen Therapeuten ist eine stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination beinhaltet. Eine Richtlinienänderung ist an dieser Stelle nicht erforderlich.</p> <p>DKG: Leitungskräfte sind u.a. neben Bereitschaftsdiensten und Genesungsbegleitern in den Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu berücksichtigen (§ 6 Abs. 7). Es wird in dieser Richtlinie keine verbindliche Mindestvorgabe für Leitungskräfte definiert.</p>
11.6	DMtG	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen, S. 27 ff.</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte (inklusive Erläuterungen)</p> <p>Ergänzungsvorschl</p> <p>Explizite Nennung der Künstlerischen Therapien in Spalte 4 (Behandlungsmittel) bei allen Behandlungsbereichen und einzelne Änderungs-/ Ergänzungsvorschläge zu Spalte 5 (Erläuterungen - Selbstverwaltung (SV)), z.B.</p>	<p>GKV-SV: In der Tat wird der Begriff der Spezialtherapeuten wird in abweichender Definition an anderen Orten verwendet (OPS). Um nicht zu kleinteilig zu werden, schlägt der GKV-SV nichtsdestotrotz hier neu vor „Spezialtherapeuten (Ergotherapeuten, künstlerische Therapeuten)“ als Bezeichnung der Berufsgruppe vor.</p> <p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen
11.7	DMtG	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>Originaltext</p> <p>A. Allgemeine Psychiatrie [GKV-SV: und Psychosomatik]</p> <p>A 1 Regelbehandlung: <i>Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie</i></p> <p>Ergänzungsvorschl</p> <p>Diagnostik, Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Künstlerische Therapien</p> <p>Entsprechende Ergänzungen zu A 2 bis A 9</p>	<p>GKV-SV: siehe Nr. 11.7</p> <p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p>
11.8	DMtG	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen, S. 33 ff.:</u></p> <p>Originaltext</p> <p>S. Abhängigkeitskranke</p>	<p>GKV-SV: S4 wird abgelehnt.</p> <p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme entschieden.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p><u>S 1 bis S 6, z.B. [DKG: S4 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker]</u></p> <p><i>Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichem und pflegerischem Aufwand, suchtspezifische soziotherapeutisch mehrdimensionale Behandlung</i></p> <p>Änderungsvorschl</p> <p>Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichem und pflegerischem Aufwand, suchtspezifische psychosoziale mehrdimensionale Behandlung...</p>	<p>zungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p>
11.9	DMtG	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>Originaltext</p> <p>S6 Tagesklinische Behandlung</p> <p><i>Diagnostik, Psychotherapie, Soziotherapie, Ergotherapie, Motivation zur Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfe...</i></p> <p>Ergänzungsvorschl</p> <p>Diagnostik, Psychotherapie, Ergotherapie, <i>Künstlerische Therapien, ...</i></p>	<p>GKV-SV: siehe Nr. 11.7</p> <p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p>
11.10	DMtG	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen, S. 37 ff.</u></p> <p>Originaltext</p>	<p>GKV-SV: siehe Nr. 11.7</p> <p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>G. Gerontopsychiatrie G 1 bis G 6 z.B. <i>G 6 Psychiatrische, neurologische und allgemein-medizinische Diagnostik und Therapie einschließlich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Soziotherapie, Psychotherapie...</i></p> <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschl</p> <p>Psychiatrische, neurologische und allgemein-medizinische Diagnostik und Therapie einschließlich Pharmakotherapie. Training zum Ausgleich von Einbußen lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Gedächtnistraining, Psychotherapie, Künstlerische Therapien ...</p>	<p>wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p>
11.11	DMtG	<p>Originaltext KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJ 1 bis KJ9), z.B. <i>KJ 1: Diagnostik und medizinische Grundversorgung, heilpädagogische Behandlung, Elternberatung, Familientherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, funktionelle Therapien, und Entwicklungstherapie</i></p> <p>Ergänzungsvorschl</p> <p>KJ 1: Diagnostik und medizinische Grundversorgung, heilpädagogische Behandlung, Elternberatung, Familientherapie, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Künstlerische Therapien</p>	<p>GKV-SV: siehe Nr. 11.7</p> <p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

11.12	DMtG	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>Originaltext</p> <p><i>KJ 2: Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Milieuthérapie; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; Beschäftigungstherapie; Arbeitstherapie</i></p> <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschl</p> <p>KJ 2: Diagnostik und medizinische Grundversorgung; Milieuthérapie; Elternberatung; Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; Ergotherapie; Künstlerische Therapien</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p>
11.13	DMtG	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>Originaltext</p> <p>[DKG: KJ5 Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker</p> <p><i>Medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Verlaufsdiagnostik; heilpädagogische Gruppenbehandlung; Elternberatung; Familientherapie; funktionelle Therapie ...</i></p> <p>Ergänzungsvorschl</p> <p>Medizinische Grundversorgung; eng strukturierte Betreuung (evtl. freiheitsentziehende Maßnahmen); Verlaufsdiagnostik; heilpädagogische Gruppenbehandlung; Künstlerische Therapien, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie ...</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			GKV-SV prüft den Vorschlag bei der Weiterentwicklung der Richtlinie.
11.14	DMtG	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Diese Patienten können in der Regel nicht selbständig zu therapeutischen Aktivitäten oder diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen. Sie benötigen eine hohe Pflege- und Betreuungsintensität. Therapie ist überwiegend nur im Einzelkontakt oder in Kleinstgruppen möglich.</p> <p><i>Die pflegerischen, betreuerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden ergänzt durch adjuvante Therapieformen (z.B. wahrnehmungs- und bewegungsaktivierende Maßnahmen und krankengymnastische Behandlungen).</i></p> <p>Änderungs- und Ergänzungsvorschlag</p> <p>Neben pflegerischen, betreuerischen und heilpädagogischen Maßnahmen werden z.B. wahrnehmungs- und bewegungsaktivierende Maßnahmen im Rahmen von Ergotherapie, Künstlerischen Therapien und Bewegungstherapie eingesetzt.</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV prüft den Vorschlag bei der Weiterentwicklung der Richtlinie.</p>
11.15	DMtG	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>Originaltext</p> <p>KJ7 Tagesklinische Behandlung</p> <p><i>Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische Behandlung; Elternberatung;</i></p> <p><i>Familientherapie; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; funktionelle Therapien; Entwicklungstherapie</i></p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Ergänzungsvorschl</p> <p>Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische, ergotherapeutische, künstlerisch-therapeutische Behandlung; ...</p>	<p>entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV prüft den Vorschlag bei der Weiterentwicklung der Richtlinie.</p>
11.16	DMtG	<p><u>Anlage 2: Minutenwertetabellen, S. 50</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Zur Differenzierung zwischen Ergotherapie und Künstlerischen Therapie und der Begrenzung der Ersetzbarkeit sind diese auch in den Minutenwerttabellen getrennt zu führen. 1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene [DKG: Zeitwerte in Minuten je Woche und Behandlungsbereich</p> <p>Behandlungsbereiche</p> <p>Ärzte Krankenpflegepersonal</p> <p>Diplom-Psychologen</p> <p><i>Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten</i></p> <p><i>Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten</i></p> <p>Sozialarbeiter, Sozialpädagogen</p> <p>Änderungsvorschl</p> <p>(...)</p> <p>Ergotherapeuten</p> <p>Künstlerische Therapeuten</p>	<p>DKG/GKV-SV: Der Richtlinienentwurf berücksichtigt durch die Umwidmung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten auch die künstlerischen Therapien.</p> <p>GKV-SV: Der PPP-Richtlinienvorschlag des GKV-SV berücksichtigt, neben weiteren relevanten Berufsgruppen auch die künstlerischen Therapien.</p> <p>Damit geht die Richtlinie über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, der die künstlerischen Therapien nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe für die künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. Nicht vorgesehen.</p> <p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten (...)</p>	<p>Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p>
11.17	DMtG	<p><u>Anlage 2: Minutenwertetabellen</u>, S. 51</p> <p>Originaltext</p> <p>2. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche</p> <p>Behandlungsbereiche</p> <p>Ärzte Krankenpflegepersonal</p> <p>Diplom-Psychologen</p> <p><i>Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten.</i></p> <p><i>Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten</i></p> <p>Sozialarbeiter, Sozialpädagogen</p> <p>Sprachheiltherapeuten, Logopäden</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>(...)</p> <p>Ergotherapeuten</p> <p>Künstlerische Therapeuten</p> <p>Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten</p> <p>Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV: Die Richtlinie wurde in Anlage 2 „Minutenwerte“ wie folgt geändert: „Spezialtherapeuten“.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		(...)	
11.18	DMtG	<p><u>Anlage 3: Checkliste für das Nachweisverfahren..., S. 56</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Datenfeld</p> <p>Berufsgruppe</p> <p><i>Spezialtherapeuten:</i></p> <p>Änderungsvorschl</p> <p>Ergotherapeuten</p> <p>Künstlerische Therapeuten</p>	<p>DKG/GKV-SV: Der Richtlinienentwurf berücksichtigt durch die Umwidmung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten auch die künstlerischen Therapien.</p> <p>Damit geht die Richtlinie über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, der die künstlerischen Therapien nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe für die künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. Nicht vorgesehen.</p> <p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p> <p>GKV-SV: In der Tat wird der Begriff der Spezialtherapeuten in abweichender Definition an anderen Orten verwendet (OPS). Um nicht zu kleinteilig zu werden, schlägt der GKV-SV nichtdestotrotz hier neu vor „Spezialtherapeuten (Ergotherapeuten,</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			künstlerische Therapeuten)“ als Bezeichnung der Berufsgruppe vor.
11.19	DMtG	<p><u>Anlage 3: Checkliste für das Nachweisverfahren..., S. 61</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Berufsgruppe</p> <p><i>Ergo-, Kunst-, Musik-, Kreativth.:</i></p> <p>Änderungsvorschl</p> <p>:</p> <p>Ergotherapeuten</p> <p>Künstlerische Therapeuten</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p>
11.20	DMtG	<p><u>Anlage 3: Checkliste für das Nachweisverfahren..., S. 62</u></p> <p>Originaltext</p> <p>9-649.5* TE Einzeltherapie <i>Spezialtherap.</i></p> <p><u>S. 63</u></p> <p>9-696.5* TE Einzeltherapie <i>Spezialtherap.</i></p> <p>Änderungsvorschl</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Der Begriff „Spezialtherapie“ kann hier nur verwendet werden, wenn er durchgehend ausschließlich als Oberbegriff für Fachtherapien und Sozialdienst verwendet wird, sonst ggfs. ändern!	Berufsgruppen hinweg erfolgen. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
11.21	DMtG	<u>Anlage 3: Checkliste für das Nachweisverfahren..., S. 64</u> Originaltext <i>Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten</i> <i>Physiotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten</i> Änderungsvorschlag Ergotherapeuten Künstlerische Therapeuten Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten	DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
11.22	DMtG	<u>Anlage 3: Checkliste für das Nachweisverfahren..., S. 66</u> Originaltext <i>Ergo-, Musik-, Kunst-, Kreativtherapeuten</i> Davon Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Physiotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen Davon Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Sprachheiltherapeuten, Logopäden</p> <p>Änderungsvorschl</p> <p>Ergotherapeuten</p> <p>Künstlerische Therapeuten...</p>	<p>entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p>
11.23	DMtG	<p><u>Anlage 4 (GKV-SV): Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung, S. 70</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Bei der tatsächlichen Personalausstattung gemäß § 8 können bei den in § 6 genannten Berufsgruppen Tätigkeiten von Fachkräften aus anderen Berufsgruppen berücksichtigt werden, soweit deren Tätigkeiten den Regelaufgaben im Sinne der in der Anlage 5 dargestellten Tätigkeiten entsprechen, bei der die Anrechnung erfolgen soll. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen, die in § 6 genannt werden, möglich: zwischen a und c <i>und</i> zwischen b, d, e, f und g. Die Umfänge der angerechneten VKS sind im Nachweis gesondert auszuweisen und zu begründen.</p> <p>Änderungsvorschl</p> <p>... und zwischen d, e, f, g und h.</p>	<p>DKG/GKV-SV: Der Richtlinienentwurf berücksichtigt durch die Umwidmung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten auch die künstlerischen Therapien.</p> <p>■ Damit geht die Richtlinie über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, der die künstlerischen Therapien nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe für die künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. nicht vorgesehen.</p> <p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>11.24</p>	<p>DMtG</p>	<p><u>Anlage 4/5: Regelaufgaben, S. 74 f.</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Erwachsenenpsychiatrie</p> <p>e) Ändern/ Streichen in Regelaufgaben Ergotherapeuten [GKV-SV:, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten]</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>e) Regelaufgaben Ergotherapeuten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grundversorgung – Mitwirkung bei Anamnese/Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung – Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung – Funktionelle und leistungsorientierte Übungsbehandlung – Mitwirkung bei der berufsbezogenen Rehabilitationsplanung 3. Gruppenbezogene Behandlung – Lebenspraktisch orientierte Beschäftigungstherapie – Arbeitstherapie und Belastungserprobung – Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen – Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten – Vor- und Nachbereitung – Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision – Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie <p>f) Regelaufgaben Künstlerische Therapeuten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grundversorgung – Mitwirkung bei und fachspezifische Ergänzung der Anamnese/Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich sowie bei der Therapieplanung – Dokumentation 	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>GKV-SV/PatV: Der Regelungsvorschlag des GKV-SV und der PatV berücksichtigt, neben weiteren relevanten Berufsgruppen auch die künstlerischen Therapien.</p> <p>Damit geht dieser Vorschlag über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, der die künstlerischen Therapien nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe der künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. nicht vorgesehen. Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch</p>
--------------	-------------	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>2. Einzelfallbezogene Behandlung – wahrnehmungs- und kommunikations- sowie kreativitätsfördernde Behandlung – regulierende Behandlung von Aufmerksamkeit, Spannung und Affekten</p> <p>3. Gruppenbezogene Behandlung – wahrnehmungs-, kommunikations- und kreativitätsfördernde</p> <p>Behandlung – regulierende Behandlung von Aufmerksamkeit, Spannung und Affekten,</p> <p>Freizeitprogramme, Mitwirkung an Aktivitätsgruppen</p> <p>4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten – Vor- und Nachbereitung – Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision – Beschaffung, Organisation und Pflege von Therapiematerial, Verwaltungsaufgaben – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Künstlerischen Therapien</p> <p>g) Regelaufgaben Bewegungstherapeuten ...</p> <p>h) Regelaufgaben Sozialarbeiter und Sozialpädagogen 1. Sozialpädagogische Grundversorgung ...</p>	<p>eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p>
11.25	DMtG	<p><u>Anlage 4/5: Regelaufgaben, S. 79</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p>e) Regelaufgaben der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Ergotherapeuten) [GKV-SV: , Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten] 1. Grundversorgung – Mitwirkung bei der Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich; Planung, Durchführung, Verlaufskontrolle der Ergotherapie – Dokumentation 2. Einzelfallbezogene Behandlung –</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>Beeinflussung emotionaler Probleme <i>mittels kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie</i> – Funktionelle Übungsbehandlung, Wahrnehmungstraining, kognitives Training neurophysiologisch orientierte Behandlung von Leistungsdefiziten – Mitwirkung bei der Rehabilitationsplanung 3. Gruppenbezogene Behandlung – <i>Kreativitätsfördernde Beschäftigungstherapie einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie</i> – Lebenspraktisch orientierte Beschäftigungstherapie – Arbeitstherapie, Fertigungs- und Belastungserprobung – Kontakt- und kommunikationsfördernde Gruppen 4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten – Vor- und Nachbereitung – Teilnahme an Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team – Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, Supervision* – Auftragsbeschaffung, Materialbeschaffung, Verwaltungsaufgaben – Stationsübergreifende Konzeptentwicklung und Koordination der Ergotherapie</p> <p>Änderungsvorschlag</p> <p>e) Regelaufgaben der Ergotherapeuten 1. Grundversorgung...</p> <p>ändern/ streichen: mittels kreativitätsfördernder Verfahren einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie ...</p> <p>ändern/ streichen: Kreativitätsfördernde Beschäftigungstherapie einschließlich Musiktherapie, Gestaltungstherapie...</p> <p>f) Regelaufgaben der Künstlerischen Therapeuten 1. Grundversorgung – Mitwirkung bei und fachspezifische Ergänzung der Anamnese und Diagnostik krankheitsbedingter Defizite im Leistungsbereich und im sozioemotionalen Bereich; Planung, Durchführung, Verlaufskontrolle der Künstlerischen Therapien – Dokumentation</p>	<p>entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p> <p>DKG/GKV-SV: Der Richtlinienentwurf berücksichtigt durch die Umwidmung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten auch die künstlerischen Therapien.</p> <p>Damit geht die Richtlinie über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, der die künstlerischen Therapien nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe für die künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. Nicht vorgesehen.</p> <p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p>
--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>2. Einzelfallbezogene Behandlung – Aufmerksamkeit, Kontakt und Kommunikation, Affektsteuerung und Kreativität fördernde sowie Aufmerksamkeit und Spannung regulierende Behandlung</p> <p>3. Gruppenbezogene Behandlung – Aufmerksamkeit, Kontakt und Kommunikation, Affektsteuerung, Sozialkompetenz und Kreativität fördernde sowie Aufmerksamkeit und Spannung regulierende Behandlung</p> <p>(...)</p> <p>g) Regelaufgaben der Bewegungstherapeuten 1. Grundversorgung ...</p> <p>h) Regelaufgaben der Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Heilpädagogen 1. Grundversorgung ...</p> <p>i) Regelaufgaben Sprachtherapeuten und Logopäden 1. Grundversorgung...</p>	
11.26	DMtG	<p><u>Anlage 4/5: Regelaufgaben, S. 83</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Regelaufgaben Psychosomatik</p> <p><i>d) Regelaufgaben der Spezialtherapeuten - Gestaltungstherapie - Konzentrierte Bewegungstherapie -Musiktherapie/oder Möglichkeiten zur zusätzlichen Einzeltherapie in einer der genannten Spezialtherapien</i></p> <p>Änderungsvorschl</p> <p>d) Regelaufgaben der Fachtherapeuten – Mitwirkung bei Anamnese- und Befunderhebung (Ergänzung mit fachspezifischer und psychosozialer Diagnostik) und Therapieplanung – Künstlerische Therapien (Kunst-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie u.a.),</p>	<p>DKG: Bei der Erstfassung der PPP-RL wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung der Tätigkeiten an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Körperpsychotherapie wie z.B. Konzentrierte Bewegungstherapie – als Gruppentherapie sowie Möglichkeiten zur zusätzlichen Einzeltherapie in einer der genannten Fachtherapien ...</p>	<p>DKG/GKV-SV: Der Richtlinienentwurf berücksichtigt durch die Umwidmung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten auch die künstlerischen Therapien.</p> <p>■ Damit geht die Richtlinie über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, der die künstlerischen Therapien nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe für die künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. nicht vorgesehen.</p> <p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p>
11.27	DMtG	<p><u>Tragende Gründe, S.22 ff.</u></p> <p>Originaltext</p> <p>Änderungsvorschl</p>	<p>DKG/GKV-SV: Der Richtlinienentwurf berücksichtigt durch die Umwidmung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten auch die künstlerischen Therapien.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>Die markierten Textstellen sind den oben genannten Änderungen entsprechend anzupassen! Z.B.</p> <p><u>Originaltext bitte gem. den obigen Angaben modifizieren</u></p> <p><u>§ 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen</u></p> <p>Der Systematik der Psych-PV folgend, werden innerhalb der ersten Stufe diejenigen Berufsgruppen innerhalb dieser Richtlinie abgebildet, für die bereits mit der Psych-PV die jeweiligen Regelaufgaben und damit verbundene Minutenwerte aufgeführt wurden.</p> <p>Ändern/ streichen: Die damals angeführte Berufsgruppe der Ergotherapeuten wird jedoch in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten überführt, in die auch Musik-, Kunst- und Kreativtherapeuten zu verorten sind. Es handelt sich bei den in § 5 aufgeführten und den hier beispielhaft genannten Berufsgruppen, welche unter den Spezialtherapeuten zu verorten sind, nicht um eine abschließende Aufzählung. Insbesondere im Bereich der Spezialtherapeuten gibt es weitere Berufsgruppen, die es zu berücksichtigen gilt – wie zum Beispiel Tanztherapeuten.</p> <p>Da die verbleibende Zeit bis zur Beschlussfassung der Richtlinie nicht ausreicht, wird im Sinne einer Übergangslösung auf eine (notwendige) Erweiterung der Berufsgruppen in der ersten Stufe verzichtet. Insbesondere für die Psychologischen Psychotherapeuten müssten konsequenterweise die Regelaufgaben und Tätigkeiten grundständig neu aufgenommen werden. Die Einführung neuer Berufsgruppen und die Festlegung der Regelaufgaben erfolgt in der zweiten Stufe gemäß § 13 Absatz 3.</p> <p>GKV-SV</p> <p>Die alte Berufsgruppe Ergotherapeuten der Psych-PV heißt neu d) Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten. Die Regelaufgaben der Ergotherapeuten werden in der heutigen Praxis auch von anderen Therapeuten, wie</p>	<p>Damit geht die Richtlinie über den bisherigen Stand der Psych-PV hinaus, der die künstlerischen Therapien nicht berücksichtigt. Eine eigene Spalte für die Berufsgruppe für die künstlerischen Therapeuten ist z. Zt. nicht vorgesehen.</p> <p>Es ist nicht Aufgabe der Richtlinie, die therapeutischen Behandlungskonzepte der stationären Einrichtungen vorzuschreiben. Entsprechend sind die stationären Einrichtungen selbst für die Ausgestaltung und Gewichtung ihrer Fachtherapien verantwortlich. Durch eine übergreifende Festlegung der Spezialtherapeuten in der Richtlinie behalten die Kliniken ihre erforderliche Flexibilität.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Es ist nicht ersichtlich, welche Änderung in den Tragenden Gründen der DKG vorgeschlagen wird. Der Text stimmt mit den vorgelegten Tragenden Gründen überein.</p>
--	---	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>etwa Musik-, Kunst- oder Kreativtherapeuten übernommen. Deshalb wurde die Berufsgruppe der Ergotherapeuten um diese entsprechenden Minutenwerten ...hinterlegt werden müssen. Die Einführung der Berufsgruppe Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP), die sich in ihrer Qualifikation und ihrem Kompetenzprofil von der Berufsgruppe der Psychologen unterscheiden, würde deshalb ebenfalls die Definition von Regelaufgaben für diese neue Berufsgruppe erfordern. Eine Gleichsetzung der Regelaufgaben / Tätigkeitsprofile mit dem der Psychologen ist nicht sachgerecht. Da die verbleibende Zeit für eine fristgerechte Verabschiedung der Richtlinie nicht ausreicht, um neue Berufsgruppen mit neuen Regelaufgaben zu definieren, wird auf eine Erweiterung der Berufsgruppen um die Berufsgruppe der PP/KJP verzichtet. Die Einführung dieser Berufsgruppen einschließlich der Festlegung der Regelaufgaben erfolgt verbindlich in Stufe 2. (...) Therapeuten ergänzt. Die Begrifflichkeit der Spezialtherapeuten findet bereits im OPS Anwendung und ist dort umfassender festgelegt.</p>	
11.28	DMtG	<p><u>Tragende Gründe, [DKG:] § 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen, S. 33</u></p> <p>Die mit § 6 Absatz 6 geschaffene Möglichkeit der Anrechnung anderer Berufsgruppen hinsichtlich der Ermittlung der Einhaltung der Mindestvorgabe wird mit § 7 konkretisiert. Sich pragmatisch an der Systematik der Psych-PV orientierend, wurden hier die innerhalb der Vereinbarung nach § 9 Absatz 1 Nr. 8 BPfIV zur Ausgestaltung des Nachweises nach § 18 Absatz 2 S. 2 und 3 BPfIV (Psych- Personalnachweis-Vereinbarung) definierten Möglichkeiten der Anrechnung inhaltlich übernommen und nur hinsichtlich formaler Aspekte (der jeweiligen Verweise auf die Berufsgruppen und Tätigkeiten) an die Richtlinie angepasst.</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
11.29	DMtG	<p><u>Tragende Gründe, Anlage 2: Minutenwertetabellen, S. 53</u></p> <p>Wie bezüglich der Behandlungsbereiche unter § 3 bereits erläutert, werden die Minutenwerte der Personalanhaltszahlen von Heuft 1999 in einen neuen Behandlungsbereich für psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungen überführt. Um dies</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Der Text stimmt mit den vorgelegten Tragenden Gründen der DKG überein.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>zu ermöglichen, waren bezüglich der Berufsgruppen der Ärzte und Psychologen sowie bezüglich der Spezialtherapeuten Umrechnungen der Minutenwerte erforderlich. Für Ärzte und Psychologen wird bei Heuft 1999 ein gemeinsamer Wert aufgeführt, der zu einem Viertel den Psychologen und drei Vierteln dem ärztlichen Personal zuzuordnen ist. Entsprechend dieser Verhältnisangaben wurde der Minutenwert anteilig den Ärzten und den Psychologen zugerechnet. Ein ähnliches Vorgehen war hinsichtlich der Berufsgruppe der Spezialtherapeuten erforderlich. Bei Heuft 1999 umfassen die Aufgaben der Spezialtherapeuten sowohl Spezialtherapien als auch Bewegungstherapien. Zwei Drittel der Minutenwerte entfallen bei Heuft 1999 auf spezialtherapeutische und ein Drittel auf bewegungstherapeutische Tätigkeiten. Im gleichen Verhältnis wurden die Minutenwerte den in dieser Richtlinie getrennt aufgeführten Berufsgruppen der Spezialtherapeuten und der Bewegungstherapeuten/Physiotherapeuten zugeordnet.</p>	
11.30	DMtG	<p><u>Tragende Gründe, Anlage 2: Minutenwertetabellen S. 56</u></p> <p>Heute werden von allen Berufsgruppen, die in der Psych-PV genannt werden, auch vom Pflegepersonal, von den Spezialtherapeuten, Bewegungstherapeuten und Sozialarbeitern, psychotherapeutische Behandlung angeboten. Dies sollte bei der Anpassung der Richtlinie künftig beachtet werden.</p>	<p>GKV-SV: Der GKV-SV wird dies bei der Anpassung der Richtlinie beachten.</p>
11.31	DMtG	<p><u>Tragende Gründe, Anlage 2: Minutenwertetabellen S. 56</u></p> <p>Neben der Erhöhung der Minutenwerte für Ärzte, Psychotherapeuten und Pflegepersonen sind die Minutenwerte für die Berufsgruppe der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und für die Heilpädagogen in der KJP die Minutenwerte zu erhöhen. Die verpflichtende Einführung des Entlassmanagements, die komplexe Arbeit mit Angehörigen, (siehe hierzu die Auswertung der Expertengespräche an zahlreichen Stellen (Peth et al. 2019) sowie die Schussenrieder Tabellen 2018), die Mitarbeit in multiprofessionellen Teams (z. B. in der stationsäquivalenten Behandlung), die Beteiligung an</p>	

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>der Umsetzung neuer Konzepte wie Empowerment, Trialog und Recovery, die Beteiligung an der Erstellung eines integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans, generell gesteigener administrativer Aufwand bei Anträgen des SGB XII u .a., Anträge nach Betreuungsrecht und an der Vernetzung mit Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie und Suchtkrankenhilfe insbesondere bei Personen in prekären Lebensverhältnissen mit Arbeits- und Wohnungslosigkeit (vgl. auch hier die Auswertung der im Rahmen der zuständigen AG des G-BA durchgeführten Fachgespräche), nimmt die Tätigkeit der Sozialarbeit eine bedeutsame Rolle bei der Ergebnisqualität der Behandlung und zur psychosozialen Stabilisierung der Patienten ein. Da aus den Fachgesprächen nur vereinzelte Angaben zu Minutenwerten hervorgehen, jedoch zahlreiche Empfehlungen auf der Basis der praktischen klinischen Tätigkeit ausgesprochen und dokumentiert vorliegen, empfehlen wir, für die Sozialarbeit die Werte aus den Schussenrieder Tabellen zu übernehmen. Auch für die Berufsgruppen „Ergotherapeuten/-therapeutinnen u. a.“ sowie „Bewegungs-, Physiotherapeuten/-therapeutinnen“ empfehlen wir, die erhöhten Minutenwerte aus den Schussenrieder Tabellen zu übernehmen. Die Auswertungen der Fachgespräche weisen auch hier auf einen Mehrbedarf dieser Berufsgruppen in allen Bereichen der stationären psychiatrischen Versorgung hin. Aktuelle S3-Leitlinien belegen die Evidenz von Ergotherapie (S3-LL Unipolare Depression) und Bewegungsprogrammen (LL Unipolare Depression, S3-LL Schizophrenie). Bei der Neuberechnung der Minutenwerte ist ebenfalls ein Mehrbedarf bei den Musik- und Kunsttherapeuten („Spezialtherapeuten“) zu berücksichtigen. Diese Berufsgruppen wurden seit der Verabschiedung der Psych-PV in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen vermehrt oder neu etabliert. Der gesamte Bereich der Kreativtherapie und der Bewegungs- und Sporttherapie hat sich personell weiterentwickelt und wird wegen seiner gut nachgewiesenen therapeutischen Wirkung wesentlich umfangreicher als früher in der Therapie und Diagnostik eingesetzt.</p> <p>(...)</p> <p>Die entsprechenden Minutenwerte sind bei der Angehörigenarbeit für Ärzte, Pflegende, Fachtherapien, Sozialarbeit und Genesungsbegleiter zu hinterlegen.</p>	
--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

11.32	DMtG	<p><u>Tragende Gründe, Anlage 2: Minutenwertetabellen S. 59</u></p> <p>Eine leitliniengerechte Behandlung psychischer Erkrankungen umfasst insbesondere Pharmakotherapie und Psychotherapie sowie psychosoziale Therapien.</p>	
	DMtG	<p>Anlage:</p> <p><i>U. Gühne · S. Weinmann · K. Arnold · E.-S. Ay · T. Becker · S. Riedel-Heller: Künstlerische Therapien bei schweren psychischen Störungen. Sind sie wirksam? Nervenarzt 2012 · 83:855–860 DOI 10.1007/s00115-011-3472-7 © Springer-Verlag 2012</i></p>	
12.	Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK), 14. Juni 2019		
12.1	ZVK	<p><u>Zu § 2 Grundsätze</u></p> <p><u>Abs. 5</u></p> <p>Vorsitzende des UA QS: In den Minutenwerten sind die Zeiten für die Ausbildung und die Fort- und Weiterbildung, Urlaub sowie sonstige Ausfallzeiten, wie etwa krankheitsbedingter Ausfall des Personals, nicht berücksichtigt. Im Rahmen seiner eigenverantwortlichen Personalplanung hat das Krankenhaus demnach sicherzustellen, dass über die vorgegebenen Minutenwerte hinaus auch entsprechendes Personal zur Abdeckung dieser Zeiten vorgehalten wird.]</p> <p>Kommentierung</p> <p>Diesen Zusatz unterstützen wir ausdrücklich.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Damit dem Krankenhaus die Sicherstellung einer Abdeckung der Ausfallzeiten ermöglicht wird, ist es unbedingt erforderlich, dass die Ausfallzeiten bei den Vereinbarungen auf der Ortsebene berücksichtigt werden. Daher wurde in § 6 Abs. 8 eine entsprechende Regelung aufgenommen.</p>
12.2	ZVK	<p><u>Zu § 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen</u></p> <p>Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert:</p>	<p>Bei der Bezeichnung der Berufsgruppen wurde sich innerhalb dieser ersten Stufe der Richtlinie an der Psych-PV orientiert. So wie auch bei den Spezialtherapeuten,</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>a) Ärzte b) Krankenpflegepersonen, Erzieher (nur KJP) c) Diplom-Psychologen, Master-Psychologen [GKV-SV/PatV: Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten (nur KJP)] d) Spezialtherapeuten [GKV-SV/PatV: (Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Kreativtherapeuten)] e) Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten f) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP) g) Sprachheiltherapeuten (nur KJP), Logopäden (nur KJP)</p> <p>Kommentierung</p> <p>Welche Qualifikationen werden unter die Gruppen gezählt? Wäre hier eine detaillierte bzw. separate Aufzählung nicht sinnvoller?</p>	<p>werden hier verschiedene Berufe und Qualifikationen unter der Bezeichnung der Berufsgruppe subsummiert.</p> <p>DKG: Eine abschließende Aufzählung birgt das Risiko, dass spezifische Therapeuten oder auch sich neu entwickelnde Berufe nicht berücksichtigt werden.</p>
12.3	ZVK	<p><u>Zu § 6 (DKG)/§ 7 (GKV-SV/PatV) Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung</u></p> <p><u>Abs. 6</u></p> <p>Die Personalstellen für eine Berufsgruppe gemäß § 5 können gemäß § 7 entsprechend dem Konzept der psychiatrischen bzw. psychosomatischen Einrichtung auch mit Fachkräften der anderen Berufsgruppen oder anderer, in § 5 nicht genannter Berufe besetzt werden. Es muss sich hierbei stets um Tätigkeiten im Rahmen therapeutischer Aufgaben handeln.</p> <p>Kommentierung</p> <p>Bedeutet dies automatisch auch, dass spezifische Leistungen einer Berufsgruppe auf andere Berufsgruppen übertragen werden können?</p>	<p>GKV-SV: Anrechenbarkeit ist zu gewährleisten, allerdings muss spezifiziert werden, wer wen ersetzen darf und in welcher Höhe Berufsgruppen ersetzt werden dürfen (siehe dazu § 8). Eine Ergotherapeutin kann etwa nicht die Ärztin ersetzen. Eine vollständige Ersetzung einer Berufsgruppe durch eine andere wäre ebenfalls abzulehnen.</p> <p>DKG: Hinsichtlich der Erfüllung der Mindestvorgaben bietet dieser Absatz die Möglichkeit, Berufsgruppen, die nicht expli-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>zit unter § 5 aufgeführt werden, in begrenztem Umfang auf die Personalstellen anzurechnen, wenn es sich um Tätigkeiten im Rahmen der in Anlage 4 aufgeführten Aufgaben handelt.</p> <p>Nach den Psych-PV-Nachweisen liegt die prozentuale Anrechnung im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie zwischen 4 und 8 %. Auch in Anbetracht des herrschenden Fachkräftemangels müssen die Einrichtungen die Möglichkeit haben, Personalengpässe mit Hilfe anderer Berufsgruppen auszugleichen.</p>
12.4	ZVK	<p><u>Zu § 6 (DKG)/§ 7 (GKV-SV/PatV) Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung</u></p> <p><u>[DKG] Abs. 8</u></p> <p>Ausfallzeiten sind bei der Vereinbarung von Personalstellen zwischen den Vertragsparteien auf der Ortsebene zu berücksichtigen. Die gemäß Absatz 1 bis 6 ermittelten Personalstellen sind bei der Vereinbarung auf Ortsebene um die den Ausfallzeiten entsprechende Anzahl an Personalstellen zu erhöhen.</p> <p><u>[PatV] Abs. 7</u></p> <p>Diese Richtlinie regelt nicht die Höhe des Personals, das entsprechend der strukturellen und organisatorischen Situation der Einrichtung erforderlich ist. Dies ist in der Budgetfindung vor Ort zu regeln.</p> <p>Kommentierung</p>	<p>Die Ausfallzeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher – wie bisher auch bei der Psych-PV – als Add-on vor Ort verhandelt werden (siehe dazu auch § 7 Abs. 9 GKV-SV, § 6 Abs. 8 DKG).</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Dieser Zusatz sollte berücksichtigt werden und die Ausfallzeiten müssen wie beschrieben einrichtungsbezogen berücksichtigt werden.	
12.5	ZVK	<p><u>Zu § 6 (DKG)/§ 7 (GKV-SV/PatV) Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung</u></p> <p><u>Abs. 9</u></p> <p>Diese Richtlinie regelt nicht die Ausfallzeiten. Dies ist in der Budgetfindung vor Ort zu regeln.</p> <p>Kommentierung</p> <p>Ausfallzeiten müssen definiert und berücksichtigt werden.</p>	<p>Die Ausfallzeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher – wie bisher auch bei der Psych-PV – als Add-on vor Ort verhandelt werden (siehe dazu auch § 7 Abs. 9 GKV-SV, § 6 Abs. 8 DKG).</p>
12.6	ZVK	<p><u>Zu § 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen</u></p> <p><u>[DKG] Abs. 2</u></p> <p>Bei der tatsächlichen Personalausstattung können Fachkräfte aus den Berufsgruppen nach § 5 auf andere Berufsgruppen nach § 5 angerechnet werden, soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Eine Anrechnung nach Satz 1 ist nur zwischen folgenden Berufsgruppen gemäß § 5 möglich: zwischen a und c und zwischen b, d, e, f und g. Die angerechneten Fachkräfte sind als Vollkräfte gemäß Anlage 3 gesondert auszuweisen und zu erläutern.</p> <p><u>[GKV-SV/PatV] [in Anlage 4 verortet]</u></p> <p>Kommentierung</p> <p>Die Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen für die tatsächliche Personalausstattung sollte hinterfragt werden. Sollte hier nicht die Qualifikation des Personals im Vordergrund stehen, damit die Basis für eine adäquate Behandlung gegeben ist.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Anrechenbarkeit ist zu gewährleisten, allerdings muss spezifiziert werden, wer wen ersetzen darf und in welcher Höhe Berufsgruppen ersetzt werden dürfen (siehe dazu § 8). Eine Ergotherapeutin kann etwa nicht die Ärztin ersetzen. Eine vollständige Ersetzung einer Berufsgruppe durch eine andere wäre ebenfalls abzulehnen.</p> <p>DKG: Hinsichtlich der Erfüllung der Mindestvorgaben bietet dieser Absatz die Möglichkeit, Berufsgruppen, die nicht explizit unter § 5 aufgeführt werden, in begrenztem Umfang auf die Personalstellen anzurechnen, wenn es sich um Tätigkeiten im</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Rahmen der in Anlage 4 aufgeführten Aufgaben handelt.</p> <p>Nach den Psych-PV-Nachweisen, liegt die prozentuale Anrechnung im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie zwischen 4 und 8 %. Auch in Anbetracht des herrschenden Fachkräftemangels müssen die Einrichtungen die Möglichkeit haben, Personalengpässe mit Hilfe anderer Berufsgruppen auszugleichen.</p>
12.7	ZVK	<p><u>Zu Anlage 2: Minutenwertetabellen</u></p> <p>1. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene [DKG: Zeitwerte in Minuten je Woche und Behandlungsbereich]</p> <p>2. Psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche</p> <p>Kommentierung</p> <p>Die für eine Regelbehandlung durch einen Physiotherapeuten vorgegebene Therapiezeit beträgt 28 Minuten pro Woche. Bei Intensivbehandlung 29 Minuten pro Woche. Aus wissenschaftlichen Veröffentlichungen als auch dem heutigen medizinischen Standard ist bekannt und belegt, wie wichtig regelmäßige Bewegungstherapie als auch aktive Bewegung für den Patienten sein kann. Sofern 28 Minuten auf 5 Wochentage (Arbeitstage/Woche) aufgeteilt werden, bleiben dem Patienten etwas mehr als 5 Minuten aktive Bewegungstherapie pro Tag, was für eine methodisch durchdachte Therapie einen unmöglich zu realisierenden kurzen Zeitrahmen steckt. Daher ist es fraglich wie realistisch die Minutenwerte sind.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienauswertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise. Die Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards, wie sie auch der ZVK thematisiert, sind von den in der PPP-RL gemäß § 136a Abs. 2 festzulegenden Mindestpersonalvorgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Ebenso stellt sich die Frage, ob die Therapie in Einzeltherapie oder auch Gruppentherapie durchgeführt werden kann und ob dies genauer definiert werden sollte.</p>	<p>nicht zur Verfügung. Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psych-PV derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.</p> <p>PatV: Die PatV hat sich für eine Erhöhung der Minutenwerte in der Regelbehandlung auf 39 Minuten pro Woche entsprechend der Schussenrieder-Tabelle ausgesprochen.</p>
12.8	ZVK	<p><u>Zu [DKG/GKV-SV:] Anlage 4/5: Regelaufgaben</u></p> <p>f) Regelaufgaben Bewegungstherapeuten</p> <p>2. Einzelfallbezogene Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - individuelle Krankengymnastik und Bewegungstherapie bei schweren Erkrankungen - Psychotherapeutisch orientierte Bewegungstherapie <p>Kommentierung</p>	<p>Da dies zudem auch mit der Bezeichnung der Berufsgruppe (Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten) übereinstimmt, wurde die vorgeschlagene Änderung vorgenommen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Aus der Ausbildungszielbeschreibung des MPhG (§§ 3 u. 8) von 1994 wird deutlich, dass es sich bei dem Begriff "Physiotherapie" um den Oberbegriff handelt, der alle aktiven und passiven Therapieformen umfasst. Unter dem Oberbegriff Physiotherapie findet sich u.a. die Krankengymnastik.</p> <p>Daher sollte hier der Begriff Krankengymnastik durch Physiotherapie ersetzt werden.</p>	
13	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB), 14. Juni 2019		
13.1	DGSGB	<p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Laut WHO leiden etwa 1-3% der Bevölkerung an einer geistigen Behinderung (WHO Fact Sheet 2001¹). Menschen mit geistiger Behinderung (Synonym: Intelligenzminderung) werden häufiger psychisch krank als die Allgemeinbevölkerung oder entwickeln häufig schwere Verhaltensauffälligkeiten (Cooper et al 2007²), die der stationär psychiatrischen Abklärung und Behandlung bedürfen (vgl. Stellungnahme der Bundesregierung Drucksache 19/3551: „Kinder und Erwachsene mit geistiger Behinderung benötigen im Falle von medizinischer Behandlung eine besondere Fürsorge und Betreuung).</p> <p>Literatur:</p> <p>1 WHO: <i>Mental an neurological disorders fact sheet (2001)</i>. Via: http://www.who.int/whr/2001/media_cen-tre/en/whr01_fact_sheet1_en.pdf</p> <p>2 Cooper SA, Smiley E, Morrison J, Williamson A, Allan L (2007) <i>Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors</i>. <i>Br J Psychiatry</i> 190: 27-35</p> <p>Viele Praxen und Krankenhäuser sind nicht auf die besonderen Anforderungen und den erhöhten Aufwand, die Menschen mit geistiger Behinderung brauchen, eingerichtet.“ Die besonderen Bedarfe dieser hochvulnerablen Bevölkerungsgruppe sind entsprechend der seit 2009 ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention der WHO auch</p>	<p>DKG/GKV-SV/PatV/DPR: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Die Aufnahme eines spezifischen Behandlungsbereichs „I“ und die Definition spezifischer Minutenwerte soll erst für die 2. Stufe der RL geprüft werden.</p> <p>BPtK: Die BPtK kann die Argumentation nachvollziehen. Die Entscheidung für eine Ergänzung gesonderter Behandlungsbereiche und Minutenwerte erfordert jedoch eine ausführliche Beratung – auch unter Berücksichtigung der stationären Fallzahlen – die bei einer Weiterentwicklung der Richtlinie in Stufe 2 erfolgen sollte.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>in Deutschland umzusetzen. Dies hat u. a. zu weitreichenden Änderungen in der Eingliederungshilfe (Bundesteilhabegesetz) und zur Schaffung der gesetzlichen Rahmenbedingungen nach §§ 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für die Entwicklung ambulanter medizinischer Behandlungszentren zur Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB) geführt (vgl. Stellungnahme der Bundesregierung Drucksache 19/3551: Mit [...] der im Jahr 2015 eingeführten neuen Ermächtigung für medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung nach § 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), sollen <i>im ambulanten Bereich</i> frühzeitig eine umfassende Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung oder mit Mehrfachbehinderungen möglich sein). Im stationären psychiatrischen Bereich wurde den besonderen Bedarfen dieser Patientengruppe bisher jedoch nicht Rechnung getragen. Die Ergänzungsvorschläge der DGSGB zum ggw. Beschlussentwurf sollen diesen Mangel für die stationär psychiatrisch behandelten Menschen mit Behinderungen beheben. Die Öffnungsklausel aus der aktuell gültigen Psych-PV (vgl. §3 Absatz (4)) gibt dazu den möglichen Spielraum bei „besonderen Verhältnissen einer Einrichtung zur Sicherstellung ihrer Leistungsfähigkeit oder Wirtschaftlichkeit“. Fast alle Personen mit geistiger Behinderung beziehen Leistungen aus der Eingliederungshilfe, wobei der Tagessatz zwischen 150-285 € für die Unterstützung im Lebensalltag bei Wohneinrichtungen schwankt.</p> <p>Diese „Basisbetreuung“ ist in der ggw. Psych-PV für Personen mit geistiger Behinderung in keiner Weise berücksichtigt, so dass es zu einem kontinuierlichen Unterstützungsdefizit kommt, sobald dieser Personenkreis stationär behandlungsbedürftig wird.</p> <p>Mit einer geistigen Behinderung gehen häufig weitere Krankheitsbilder einher:</p> <ul style="list-style-type: none">• ca. 45 % leiden zusätzlich an schweren Verhaltensstörungen• bei bis zu 40 % liegt eine zusätzliche psychische Störung vor• bei ca. 20% besteht zusätzlich eine Autismusspektrumstörung	
--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<ul style="list-style-type: none"> • ca. 30% haben zusätzlich eine Epilepsie und • bei mindestens 30% liegen zusätzliche körperliche Erkrankungen wie Bewegungsstörungen (Spastik, Parkinson...) oder sensorische Beeinträchtigungen (Hörmindereung, Blindheit) vor. <p>Daher sind eine sorgfältige und umfassende medizinische Abklärung und Behandlung erforderlich, um ein Höchstmaß an psychischer Gesundheit zu erreichen. Die medizinische Diagnostik ist hier im Allgemeinen umfänglicher und erfordert Spezialkenntnisse: häufig sind eine kognitive Leitungsdiagnostik, eine emotionale Entwicklungsdiagnostik und eine besonders zeitaufwändige Autismusdiagnostik erforderlich. Die Psychodiagnostik ist ebenfalls zeitaufwändiger, z. B. eine zweizeitig durchzuführende Demenzdiagnostik.</p>	
13.2	DGSGB	<p>Spezifische psychotherapeutische Verfahren sind für Menschen mit Behinderungen deutlich zeitaufwändiger und personalintensiver, da Menschen mit geistiger Behinderung langsamer lernen und mehr Wiederholungen notwendig sind. Darüber hinaus sind weitere körper- und erlebnisbasierte Therapie-methoden erforderlich, die dem mentalen Entwicklungsalter der Patienten Rechnung tragen (z. B. Tanz- oder Theatertherapie). Für häufig auftretende schwere Verhaltensstörungen müssen - unter Einbeziehung von pflegerischen und (heil-)pädagogischen Fachkräften - umfassende Behandlungspläne entwickelt werden, die nur in multiprofessioneller Teamarbeit unter Einbeziehung der individuellen Hilfsnetzwerke gelingen kann. Insbesondere die Berufsgruppe (heil)pädagogischer MitarbeiterInnen ist für eine professionelle und erfolgreiche Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung unabdingbar und findet in den aktuellen personellen Ausstattungsvorschlägen keine Berücksichtigung.</p>	<p>Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Die Anregung der DGSGB in Bezug auf die Berücksichtigung von Heilpädagogen in der Erwachsenenpsychiatrie wird bei der Weiterentwicklung der Richtlinie berücksichtigt. Es wird für die jetzige Richtlinie eine Anrechenbarkeit der Heilpädagogen geprüft.</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung, der Besonderheit der Arbeit mit Menschen mit Behinderung muss Rechnung getragen werden.</p>
13.3	DGSGB	<p>Die Fachgesellschaft DGSGB setze sich seit 1995 für die Verbesserung der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderungen ein und entwickelt - in enger Vernetzung mit weiteren nationalen und internationalen Fachgesellschaften –</p>	<p>DKG: Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienbewertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise. Die</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>wissenschaftlich fundierte Standards zur psychiatrischen Versorgung dieses Personenkreises. Vor diesem Hintergrund wurden die erforderlichen Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung entwickelt und in den Beschlussentwurf des G-BA über die Personalausstattung in der Psychiatrie eingearbeitet. Dabei wurden neben der Definition spezifischer Behandlungsbereiche (I1, I2, I4, I5, I6, I9) auch Minutenwerte für die Personalausstattung ermittelt, die auf einer Minutenanalyse aus dem Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge beruhen, welches seit dem Jahr 2000 mit 34 stationären Behandlungsplätzen die Pflichtversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung für ganz Berlin innehat. Darüber hinaus wurden die Tätigkeiten weiterer Berufsgruppen, die bisher dem KJP Bereich vorbehalten waren (z. B. HeilpädagogInnen, ErzieherInnen und Sprach- bzw. SprechtherapeutInnen), definiert und in die stationären Behandlungsteams eingearbeitet. Bei der Minutenwertanalyse ist zu berücksichtigen, dass sie unter der ggw. Psych-PV Personalausstattung durchgeführt wurde und – bei einer den Bedarfen angepassten Personalausstattung – eine erneute Evaluation erforderlich sein wird.</p>	<p>Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der PPP-RL festzulegenden Mindestpersonalvorgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psych-PV derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.</p> <p>Um sicherzustellen, dass es sich bei dem vorliegenden Richtlinienentwurf nur um die erste Stufe von Personalvorgaben durch den G-BA handelt, werden in § 13 verbindliche Vorgaben zur Weiterentwicklung der</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Richtlinie getroffen, die die Entwicklung einer zweiten Stufe zur Ausgestaltung der Personalvorgaben umfasst.</p> <p>GKV-SV: Die DGSGB verkennt bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stimmungsverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stimmungsverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.</p> <p>Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie.</p>
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>.</p> <p>Strukturelle und organisatorische Besonderheiten, die zu einer Personalerhöhung führen, können nur auf der Ortsebene nach BPfIV verhandelt werden – nicht im Rahmen diese RL. Nichtsdestotrotz nehmen wir hier die Sorge zur Kenntnis, dass dies aus Sicht der DGSGB nicht ausreichend gesetzlich geregelt zu sein scheint.</p>
13.4	DGSGB	<p>Die DGSGB möchte damit dem G-BA konkrete Ergänzungen für den Beschlussentwurf zuarbeiten, die auch im stationär psychiatrischen Bereich eine evidenzbasierte, fachlich hochwertige Behandlung von psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung ermöglicht. Dies wäre ein wichtiger Beitrag, das Anliegen der Bundesregierung für eine gute gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen und die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention auch im stationär psychiatrischen Bereich umzusetzen.</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: siehe Nr. 13.3</p>
13.5	DGSGB	<p><u>Zu § 2 Grundsätze</u></p> <p>Die DGK schlägt vor:</p> <p>„Die Mindestvorgaben sollen gemäß § 136a Absatz 2 Satz 3 SGB V einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten. Zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung kann unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein.“</p>	<p>DKG/DPR: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: § 2 PPP-RL im Vorschlag des GKV-SV: Über die Vorgaben in § 107 Abs. 1 SGB V hinaus haben die Krankenhäuser im Sinne von § 1 Abs. 2 jederzeit</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Die DGSGB unterstützt diese Variante.</p> <p>Begründung:</p> <p>Dadurch wird eine höhere Personalausstattung in spezialisierten stationär psychiatrischen Behandlungsbereichen für Personen mit geistiger und schwerer Mehrfachbehinderung ermöglicht, die den damit verbundenen personellen und zeitlichen Mehraufwand berücksichtigt.</p>	<p>das für die Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung der Patienten erforderliche Personal vorzuhalten.</p>
13.6	DGSGB	<p><u>Zu § 3 Behandlungsbereiche</u></p> <p><u>Abs. 1</u></p> <p>Die DGSGB schlägt folgende, gelb markierte Ergänzung am Ende von Absatz (1) vor. „I“ steht dabei für Intelligenzminderung, dem aktuellen medizinischen Fachbegriff für „geistige Behinderung“ nach ICD-10 der WHO:</p> <p>I 1 Regelbehandlung bei Intelligenzminderung</p> <p>I 2 Intensivbehandlung bei Intelligenzminderung</p> <p>I 4 Langanhaltende Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker mit Intelligenzminderung</p> <p>I 5 Psychotherapie bei Intelligenzminderung</p> <p>I 6 Tagesklinische Behandlung bei Intelligenzminderung</p> <p>I 9 Stationsäquivalente Behandlung bei Intelligenzminderung</p> <p>Begründung:</p> <p>Die stationär psychiatrische Behandlung von Personen mit geistiger Behinderung bedarf einer spezifischen Expertise, einer erweiterten Berufsgruppengruppenzusammensetzung, einem höheren Personalbedarf und mehr Zeit. Grundlage der Behandlung ist das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, welches entsprechend den Leitlinien natio-</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme. Aus den im Kommentar der DKG zu Zeilennr. 13.3 aufgeführten Gründen wird von der Aufnahme eines neuen Behandlungsbereichs innerhalb der ersten Stufe, die ab dem 1. Januar 2020 zum Tragen kommt, abgesehen. Die Einführung eines neuen Behandlungsbereichs inkl. neuer Minutenwerte würde zudem eine Auswirkungsanalyse in der Praxis erfordern.</p> <p>GKV-SV: Die Argumente sind fachlich nachvollziehbar.</p> <p>Aber auch in der Psych-PV wurden keine eigenen Behandlungsbereiche für diese Patientengruppe etabliert und das in einer Zeit, wo MmGB sehr stark in der stationären Psychiatrie repräsentiert waren.</p> <p>Das spricht dafür, dass MmGB nicht über das Merkmal „Geistige Behinderung“ erfasst wurden, sondern über den Aufwand,</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>naler und internationaler Fachgesellschaften um den emotionalen Entwicklungsaspekt erweitert wurde (vgl. Sappok & Diefenbacher 2017³). Die Arbeit basiert auf der sorgfältigen Anamnese- und psychische wie körperliche Befunderhebung. Im Sinne des ganzheitlichen Behandlungsansatzes ist dazu eine vertrauensvolle, wertschätzende, konstruktive Zusammenarbeit mit den zentralen Bezugspersonen und den verschiedenen Lebenswelten (Wohnen, Arbeiten, Freizeit und Familie) der PatientInnen erforderlich, die auf Gegenseitigkeit beruht. Eine umfängliche somatische Ursachenabklärung ist von eminenter Wichtigkeit, da somatische Ursachen häufig für psychische Symptome verantwortlich sind.</p> <p>Beispielsweise wurde ein Patient mit schwerer geistiger Behinderung mit dem V.a. eine „Jammerdepression“ psychiatrisch vorgestellt, der aufgrund eines Oberschenkelhalsbruchs beim Aufstehen „jammerte“. Die somatische Ursachenabklärung ist daher insbesondere bei PatientInnen wichtig, die Schwierigkeiten haben, selbst über sich und die Vorstellungsgründe in der Klinik zu berichten (sog. Underreporting, vergl. Sovner & Hurley 1983⁴). Körperliche Ursachen für psychische Auffälligkeiten sind v. a. aufgrund von Kommunikationsproblemen (wie oben beispielhaft beschrieben) deutlich häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Dies muss daher diagnostisch abgeklärt werden und erfordert z. B. eine Untersuchung in Narkose. Weiterhin können mit Hilfe einer Verhaltensanalyse gezeigte Verhaltensweisen systematisch erfasst und ausgewertet werden. Standardisierte, spezifisch für Menschen mit geistiger Behinderung entwickelte oder angepasste Untersuchungsinstrumente ermöglichen eine qualitativ hochwertige Abklärung einzelner Krankheitsbilder wie z. B. Autismus, Demenz oder Persönlichkeitsstörungen. Die emotionale Entwicklungsdiagnostik gibt Einblicke in das innere Erleben der PatientInnen (vgl. Sappok & Zepperitz 2016⁵). Basierend auf dem emotionalen und kognitiven Entwicklungsstand werden gezeigte Verhaltensweisen verstehbar und international gebräuchliche Diagnosesysteme anwendbar.</p> <p>Literatur:</p> <p>3 Sappok T & Diefenbacher A (2017) Die 4. Dimension: Erweiterung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells um die emotionale Entwicklungskomponente bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bethel Verlag, ISBN 978-3-935972-48-2</p>	<p>den sie auslösten.</p> <p>Die hier beschriebenen Fallbeispiele können auch jetzt schon über Intensivmerkmale des OPS als intensive Fälle auffallen und sollten auch im Rahmen der Personalplanung als (personal)intensive Patienten berücksichtigt werden.</p>
--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p><i>4 Sovner R, Hurley A (1983) Do the mentally retarded suffer from mental illness. Arch Gen Psychiatry 40(1): 61-7</i></p> <p><i>5 Sappok T, Zepperitz S (2016) Das Alter der Gefühle – über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. Bern: Hogrefe.</i></p> <p>Auf der Grundlage der erhobenen Befunde wird gemeinsam mit dem Patienten bzw. der Patientin und dem Helfersystem ein bedarfsgerechter, zielorientierter Gesamtbehandlungsplan erarbeitet, der die unterschiedlichen Störungsebenen (bio-psycho-sozio-emotional) einbezieht. Dabei werden die PatientInnen als kompetente, in ihre Umgebung eng verflochtene Personen betrachtet. Die PatientInnen werden über die Diagnose und Therapieoptionen in sog. „Leichter Sprache“ aufgeklärt (vgl.: Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V.: Das neue Wörterbuch für Leichte Sprache. Kassel: Nordlicht Digitaldruck 2008). Sie bzw. er ist mitverantwortlich, einzelne Aspekte des Behandlungsplans umzusetzen und trägt maßgeblich durch die aktive Mitarbeit zum Therapieerfolg bei.</p> <p>Die Behandlung basiert auf national bzw. international gültigen Leitlinien^{6,7} und bezieht psychopharmakologische und nichtmedikamentöse Verfahren mit ein. Neben strukturierten Therapiekonzepten, z. B. die adaptierte Version der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBToP⁸), der Interpersonellen Therapie (IPT) oder das Autismus Kompetenztraining (Aut-Kom), werden dabei verhaltenstherapeutisch und heilpädagogisch ausgerichteten Ansätze wie z. B. Verstärkerpläne, kognitive Verhaltenstherapie, Entspannungsübungen, basale Therapie, Snoezelen, Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Impulskontrolle und Erarbeiten alternativer Selbstregulationsstrategien eingesetzt. In Einzelfällen kommen auch tiefenpsycho-logisch fundierte Behandlungskonzepte zum Einsatz (vgl. Beail 1998⁹,2003¹⁰). Ergänzend werden Kreativtherapien wie z. B. Musik-, Kunst-, Ergo-, Tanz- und Theatertherapie angeboten. Ein zentraler Aspekt der Arbeit ist die Psychoedukation sowohl der Betroffenen als auch der Bezugspersonen, z. B. in Bezug auf Ernährung, die Gestaltung einer Autismus-freundlichen Umgebung oder eine entwicklungsbasierte Therapie- und Förderplanung und Beziehungsgestaltung. Die Therapie wird ggf. durch Labor- und EKG-</p>	
--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>Kontrollen und häufig durch eine zielorientierte Verhaltensbeobachtung kontrolliert und ggf. angepasst¹¹.</p> <p>Literatur:</p> <p>6 Gardner W-I, Dosen A, Griffiths D.M(2006) <i>Practice guidelines for diagnostic, treatment and related support services for people with developmental disabilities and serious behavioral problems</i>. NADD Press, New York</p> <p>7 Häßler et al. (2014) <i>S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung</i>. AWMF-Register Nr. 028-042</p> <p>8 Elstner S, Schade Ch, Diefenbacher A (2012) <i>DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit _an der Dialektisch Behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung Emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung, Band 1, Schriftenreihe Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung, Bethel-Verlag Bielefeld</i>.</p> <p>9 Beail N (1998) <i>Psychodynamic psychotherapy with men with intellectual disabilities: a preliminary outcome study</i>. <i>Br J Med Psychol</i> 71 (1): 1-11</p> <p>10 Beail N (2003) <i>What works with people with mental retardation? Critical commentary on cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy research</i>. <i>Ment retard</i> 41(4): 468-72</p> <p>11 Sappok T (2018) <i>Psychische Gesundheit bei intellektueller Entwicklungsstörung: Ein Lehrbuch für die Praxis</i>. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.</p> <p>Bei dem dargestellten ganzheitlichen Ansatz der Störungsentstehung und den sich daraus ableitenden Interventionen ist die multidisziplinäre Herangehensweise unerlässlich. Zum Team gehören ÄrztInnen, Pflegepersonal, <i>HeilerziehungspflegerInnen, Diplom(heil)pädagogInnen</i> und -psychologInnen, diverse KreativtherapeutInnen (Garten-, Musik-, Kunst-, Ergo-, Tanz-, Bewegungs- und Theatertherapie, ggf. tiergestützte Therapien und ErlebnispädagogInnen), PhysiotherapeutInnen, <i>Sprach- und SprechtherapeutInnen (unterstützte Kommunikation und ggf. GebärdensprachlerInnen!)</i>, SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen.</p> <p>Die Diagnostik und Therapie erfordert nicht nur eine multiprofessionelle Arbeit, sondern auch mehr zeitliche und personelle Ressourcen, die sich beispielhaft für die einzelnen Berufsgruppen wie folgt begründen:</p>	
--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>ÄrztInnen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anamnese länger (hohe Komorbidität, komplexes Helfersystem, oft sehr lange Krankengeschichten, Kommunikationseinschränkungen, Verständnisprobleme etc.)• längere Antwortlatenz• reduzierte Introspektionsfähigkeit (Selbstwahrnehmung und Selbstbericht) der PatientInnen bei Diagnostik und Therapie• Kommunikation reduziert/nicht möglich, z. T. zus. körperliche Erkrankungen/ Behinderungen, deshalb Zeitbedarf für Diagnostik und Therapie deutlich erhöht und häufig zusätzlich aufwändigere Verhaltensbeobachtungen notwendig• psychopharmakologische Einstellung erschwert durch mehr Medikamenteninteraktion, höhere Sensibilität für Nebenwirkungen und verlängerte Medikamentenaufklärung sowie Komorbiditäten• intensiveres Einbeziehen von Bezugspersonen erforderlich (mehr Kommunikation/Erhebung der Vorgeschichte/Fremdanamnese)• erhöhter Kommunikationsbedarf mit gesetzlichen BetreuerInnen (nahezu alle PatientInnen) bspw. zum Einverständnis für Diagnostik und Therapie oder Narkosen• veränderte Krankheitszeichen müssen erkannt werden; mehr Verhaltensbeobachtung, umfassende körperliche Diagnostik nötig, mehr Fremdanamnese nötig• Behinderungsassoziiert oder wegen genetischem Syndrom mehr körperliche Komorbiditäten, z. B. Epilepsie, Bewegungsstörungen, sensorische Beeinträchtigung etc.• Diagnostik erfordert mehr Ärztekapazität (Durchführung und z. T. Begleitung)• zusätzlicher Organisationsaufwand von somatischer Diagnostik	
--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<ul style="list-style-type: none">• Untersuchungen dauern länger (kann Patienten nicht erklären was passiert) und sind personalintensiver (Vermeiden von Abwehrreaktionen, erklären, beruhigen, unterstützen bei körperlichen Behinderungen...)• deutlich erhöhter Aufwand für Krisenintervention aufgrund von erhöhter Selbst- und Fremdaggressivität mit anschließender Verhaltensanalyse• höhere Fremdaggressivität gegenüber Personal/Einrichtung• höherer Anteil von Unterbringung gemäß PsychKG oder §1906 BGB sowie freiheitsentziehenden Maßnahmen (Time-out-Raum auf Station, Fixierung)• erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen/runde Tische aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten• zusätzlicher Behandlungsaufwand aufgrund behinderungsbedingter Sturzgefährdung (Bewegungsstörungen/ Spastik/Ataxie), andere Komplikationen oder aufgrund genetischer Syndrome (Epilepsie etc.)• 20% der PatientInnen haben begleitend zu der geistigen Behinderung eine Autismuspektrum-störung => zusätzlicher Zeitbedarf für Diagnostik und Therapie aufgrund noch geringerer Introspektionsfähigkeit, verringerten Schmerzempfindens, massiver Kommunikationsschwierigkeiten; Fallkonferenzen• mehr juristische Aufgaben (Unterbringung, Einverständniserklärungen durch gesetzliche BetreuerInnen)• Aufnahmegespräch, Verlaufsgespräch, Entlassungsgespräch und Helferkonferenzen (erfolgen regelhaft und umfassen einen hohen zeitl. Aufwand durch Einbindung des komplexen komplementären Systems - mit vielen Personen und Entscheidungsträgern, die in den Behandlungsprozess involviert werden• (Psycho-)Eduktion und nicht medikamentöse Therapie muss wiederholt und kleinschrittig mit den PatientInnen erfolgen (Visiten, Einzelkontakte etc.), dauern länger und müssen wiederholt werden.	
--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<ul style="list-style-type: none">• Interventionen, Medikamente, Aufklärung über Medikamentennebenwirkungen und -interaktionen etc. – alles muss häufiger und kleinschrittiger mit den PatientInnen erläutert werden – und ist damit zeitaufwändiger; zusätzlich Konsultation mit den rechtlichen BetreuerInnen erforderlich• mehr Austausch mit TherapeutInnen und dem Pflegeteam aufgrund komplexer und individuell verschiedener Krankheitsbilder• längere Epikrisen aufgrund komplexerer Störungsbilder und häufiger somatischer Komorbiditäten <p><u>Pflegeteam (Gesundheits- und Krankenpflege sowie Heilerziehungspflege (nicht in Psych-PV enthalten!):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• umfangreichere und individuellere Pflegeplanung aufgrund körperlicher Komorbidität, sensorischer Beeinträchtigungen, Spastiken• reduzierte/fehlende alltagspraktische Fähigkeiten wie Eigenhygiene, Toilettengänge (z. T. Inkontinenzmaterial erforderlich), selbständige Nahrungsaufnahme => Durchführung und/oder Training zum Teil mit zwei Pflegekräften• Richten und Verabreichen der Medikamente und Sicherstellen der Einnahme• kontinuierliche Begleitung zur Diagnostik und infolge reduzierter Orientierungs- und Einsichtsfähigkeit, körperlicher Beeinträchtigungen, erhöhter Ängstlichkeit• deutlich erhöhter Gesprächsbedarf mit komplexem Helfersystem und BetreuerInnen/Familien• ständige Verhaltensbeobachtung wegen reduzierter Selbstauskunft und zur Gefahrenabwehr• Wundversorgung aufgrund Selbstverletzung, Immobilität, mangelnde Eigenhygiene, insbesondere im Intimbereich, Stürze	
--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<ul style="list-style-type: none">• höhere Prävalenz für Übergewicht, Immobilität, Verhaltensauffälligkeit/Aggressivität, reduzierte Kooperationsfähigkeit => für pflegerische Maßnahmen ist häufig eine 2. Pflegekraft erforderlich• Training lebenspraktischer Fähigkeiten (Sozialtraining, Ausflüge, Einkauf)• erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten• Umsetzung psychotherapeutischer Maßnahmen im Lebensalltag, da die PatientInnen mehr körper- und erlebnisbasiert lernen• deutlicher erhöhter Aufwand für Krisenintervention aufgrund von erhöhter Selbst- und Fremdaggressivität z. T. mit 1:1 Betreuung und detaillierter Auswertung• höhere Fremdaggressivität gegenüber Personal mit deutlich erhöhten Ausfallzeiten aufgrund Verletzung des Personals• herkömmliche Methoden zum Spannungsabbau unwirksam, deshalb alternative zeitintensive Beschäftigung und individualisierte Konzeptentwicklung• mehr Deeskalationsmanagement wegen erhöhter Aggressivität/Störung der Impulskontrolle/reduzierter Affektregulationsmöglichkeit• veränderter Schlaf-Wach-Rhythmus• oft 1:1 Betreuung notwendig, um Therapie- und Genesungsprozess nicht zu gefährden• Begleitungen zu Diagnostik und Therapie, z.B. Röntgen, Physiotherapie• Blutentnahmen teilweise nur mit Unterstützung von 2-3 Pflegekräften möglich, die beruhigend oder ablenkend einwirken und Sicherheit geben• Mobilisierung der PatientInnen durch das Pflegepersonal	
--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<ul style="list-style-type: none">• kleinere Gruppen, mehr Einzeltherapie, mehr Therapieeinheiten, mehr Wiederholungen• Begleitung von Therapeuten bei Therapien zur Unterstützung (z. B. für die Wege, aber auch während der Therapie zum Deeskalieren)• erhöhter Gesprächsbedarf durch Helfersystem, häufige Anrufe von ges. BetreuerInnen, Familienangehörigen, WG-BetreuerInnen• Pflege ist einbezogen in die Diagnostik (Leistungsdiagnostik, Entwicklungsdiagnostik, Demenzdiagnostik, Autismusdiagnostik)• Teilnahme an multiprofessionellen Fallkonferenzen• Umsetzung heil- und entwicklungspädagogischer Konzepte <p><u>Sozialdienst, SozialpädagogInnen und (Heil-) PädagogInnen (nicht in Psych PV enthalten!)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• komplexes Aufnahme und Entlass Management, Kommunikation mit div. Systemen erforderlich (Betreuer, ges. Betreuer, Familien, ÄrztInnen etc.)• herkömmliche Methoden zum Spannungsabbau unwirksam, deshalb alternative zeitintensive Beschäftigung• Sozialtherapeutisches Kompetenztraining erfolgt häufiger und länger• umfassendes Deeskalationsmanagement/Krisenintervention wegen vermehrtem Unterstützungsbedarf zur Selbstregulation und mehr Verhaltensanalyse• Deeskalationsmanagement: Mitarbeiterschulung & Krisenauswertung zur Vermeidung von Fixierungen und aggressiven Übergriffen• erhöhter Zeitbedarf aufgrund Kommunikation mit komplementärem System (Familie, Werkstatt, Heim, gesetzliche Betreuer, ÄrztInnen) zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Behandlung	
--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<ul style="list-style-type: none">• erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten• zusätzliche heilpädagogische Aufgaben (nicht in PsychPV): Erarbeitung heilpädagogischer Konzepte und Umsetzung derselben im stationären Setting sowie Vermittlung der Konzepte an das ambulante Helfersystem• heilpädagogische Weiterentwicklung und Anpassung psychotherapeutischer Verfahren/Angebote (z. B. Kiesler Kreis bei chron. Depressionen, DBToP bei Impulskontrollstörungen) in Zusammenarbeit mit psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten, die spezifische Lernformate (z. B. Lernen am Modell) ermöglichen und heilpädagogische Expertise in Psychotherapieverfahren einfließen lassen.• Beratung und Überleitung aus stationärer Behandlung in das Lebensumfeld mit besonderem Schwerpunkt auf Verkürzung der Liegedauer• mehr interne Kommunikation im Behandlungsteam <p>PhysiotherapeutInnen:</p> <ul style="list-style-type: none">• erhöhter Bewegungsbedarf zum Spannungsabbau, da herkömmliche Methoden zum Spannungsabbau unwirksam• zusätzlicher Zeitbedarf aufgrund Bewegungsstörungen (u.a. Spastik, Parkinson)• PatientInnen können nicht selbstständig in den Bewegungsraum kommen, wenn dieser nicht in unmittelbarer Nähe der Station ist• individuelle Behandlung bei mittelgradig bis schwerster Intelligenzminderung erforderlich, deshalb mehr Einzeltherapie• zusätzliche Gruppentherapien bei leichter geistiger Behinderung zur Deeskalation• erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten	
--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<ul style="list-style-type: none">• Therapie wegen Kommunikations- und Verständnisschwierigkeiten zeitaufwändiger und länger erforderlich• Einholen der Fremdanamnese• mehr Verhaltensbeobachtung <p>PsychologInnen und PsychotherapeutInnen:</p> <ul style="list-style-type: none">• deutlich erhöhter Aufwand bei der Anamnese und Befunderhebung• aufwändigere Therapieplanung• kleinere Gruppen, mehr Einzeltherapie• PatientInnen müssen zur Therapie abgeholt und zurückgebracht werden• mehr Therapieeinheiten,• oft zwei TherapeutInnen erforderlich: Krisensituationen, individuellere Vermittlung, Unterstützung auch bei ATLS während der Therapie/Diagnostik• mehr Wiederholungen• mehr Rollenspiele und praktische Übungen• personalintensivere interdisziplinäre Therapeutengruppe (z. B. 4:1 Betreuung bei Angsttherapie anstelle von 1:1 Therapie)• deutlicher erhöhter Aufwand für Krisenintervention aufgrund von erhöhter Selbst- und Fremdaggressivität• deutlich erhöhter Gesprächsbedarf mit komplexen Helfersystem und ges. BetreuerInnen• zusätzliche Diagnostik z. B. Leistungsdiagnostik, Entwicklungsdiagnostik, Autismusdiagnostik: längere Erhebungen, individuelle Anpassung der Tests, komplexe, zeitintensive Auswertung	
--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<ul style="list-style-type: none">• Diagnostik aufgrund der Behinderung und erschwerten Kommunikation zeitaufwändiger und komplexer (z. B. zweizeitig bei Demenzdiagnostik wegen fehlender Normwerte)• erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten• zusätzliche Diagnostik (Leistungsdiagnostik, Entwicklungsdiagnostik, Autismus) erforderlich, um suffiziente Therapieplanung zu ermöglichen• mehr interdisziplinärer Austausch• Erarbeitung entwicklungspsychologischer Konzepte und Umsetzung mit dem Team• Angebot von Mitarbeitergesprächen nach Krisensituationen und Übergriffen <p>KreativtherapeutInnen:</p> <ul style="list-style-type: none">• herkömmliche Methoden zum Spannungsabbau unwirksam, deshalb alternative zeitintensive Beschäftigung• individuelle leistungsbetonte Übungsbehandlung• kleinere Gruppen, mehr Einzeltherapie• Patienten müssen zur Therapie abgeholt und zurückgebracht werden• mehr Beschäftigungsaufwand wegen geringerer Selbstbeschäftigung• deutlich erhöhter Aufwand zur Vor- und Nachbereitung der Therapien• erhöhter Austausch im multiprofessionellen Team/Fallkonferenzen aufgrund Komplexität/ Individualität und zusätzlicher Komorbiditäten• spezifisch kreativitätsfördernde Behandlung mehr Beschäftigungsangebote• Sensorisches Integrationstraining	
--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<ul style="list-style-type: none">• Unterstützung/Begleitung von Patienten z. B. bei Toilettengängen etc. während der Therapie <p><u>Sprachtherapeuten und Logopäden (nicht in Psych-PV enthalten!):</u></p> <p>Diese Berufsgruppe ist bisher nicht vorgesehen, aber aufgrund der Schwierigkeiten in der Kommunikation, beim Sprechen und Schlucken und ggf. erforderlicher Gebärdensprache dringend erforderlich. Daher fallen zusätzlich an:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kommunikationsförderung, insbesondere mit Mitteln der unterstützten Kommunikation• Anwendung von Methoden der Leichten Sprache: Implementierung in den Lebens- und Betreuungsalltag, aber auch der Therapie- und Unterstützungspläne; Teamanleitung• Entwicklung alternativer Kommunikationsmöglichkeiten• Schulung der MitarbeiterInnen in individueller Gebärdensprache• Fachspezifische Ergänzung der Diagnostik, insbesondere des Schluck- und Sprechapparats, aber auch in Bezug auf die Kommunikation an sich• Planung und Durchführung von Behandlungsmaßnahmen zur Verbesserung von Kommunikation, Schlucken und Sprechen• akute Wahrnehmungsförderung• Förderung der Sprechmotorik und Artikulationstraining• Teilnahme an den Therapiekonferenzen und Konzeptbesprechungen im Team• Vermittlung von Kommunikationsmethoden und sprech- bzw. schlucktherapeutischer Maßnahmen ins ambulante Helfersystem• Übersetzung von Gebärdensprache in der Diagnostik und Therapie	
--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Die Eingruppierungsempfehlungen mit einer genauen Definition der Behandlungsbereiche, der Kranke, der Behandlungsziele, der Behandlungsmittel, der Erläuterungen und der Beispiele wird in Anlage 1 eingearbeitet. Die Minutenwerte für die einzelnen Behandlungsbereiche und Berufsgruppen basierend auf einer Minutenanalyse im Berliner Behandlungszentrum für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen wird in Anlage 2 eingearbeitet.	
13.7	DGSGB	<p><u>Zu § 5 Berufsgruppen</u></p> <p>Die für eine erfolgreiche stationär psychiatrische Behandlung erforderlichen Berufsgruppen sind bei Personen mit geistiger Behinderung um ErzieherInnen, HeilpädagogInnen, SprachheiltherapeutInnen und LogopädInnen zu erweitern. Die DGSGB schlägt daher folgende, gelb markierte Änderung des § 5 vor:</p> <p>„Für die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung werden folgende Berufsgruppen definiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ärzte b) Krankenpflegepersonen, Erzieher, Heilerziehungspflege (nur KJP und bei Intelligenzminderung) c) Diplom-Psychologen, Master-Psychologen d) Spezialtherapeuten e) Bewegungstherapeuten, Physiotherapeuten f) Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen (nur KJP und bei Intelligenzminderung) 	<p>■ Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Die Anregung der DGSGB in Bezug auf die Berücksichtigung von Heilpädagogen in der Erwachsenenpsychiatrie wird bei der Weiterentwicklung der Richtlinie berücksichtigt. Es wird für die jetzige Richtlinie eine Anrechenbarkeit der Heilpädagogen geprüft.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>g) Sprachheiltherapeuten (nur KJP und bei Intelligenzminderung), Logopäden (nur KJP und bei Intelligenzminderung)“</p> <p>Zwischen den Berufsgruppen ist in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen und Konzepten ein Switch zwischen den Berufsgruppen möglich.</p> <p>Begründung:</p> <p>Um den in der Begründung zu § 3 Behandlungsbereiche Absatz (1) dargestellten, ganzheitlichen Behandlungsansatz entsprechend den nationalen und internationalen Leitlinien umzusetzen, ist die multidisziplinäre Herangehensweise unerlässlich, die neben ÄrztInnen, Pflegepersonal, und PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen, diversen KreativtherapeutInnen (Garten-, Musik-, Kunst-, Ergo-, Tanz- und Theatertherapie, ggf. tiergestützte Therapien und Erlebnispädagogen) und PhysiotherapeutInnen aufgrund der kommunikativen Einschränkungen und neurologischen Komorbiditäten auch <i>Sprach- und SprechtherapeutInnen (unterstützte Kommunikation und ggf. GebärdensprachlerInnen!)</i> und aufgrund der mit der geistigen Behinderung verbundenen Entwicklungsverzögerungen und häufigen, schweren Verhaltensprobleme (stationär ca. 45% der Patienten!) auch <i>HeilerziehungspflegerInnen und HeilpädagogInnen</i> beinhalten muss.</p> <p>Bei Menschen mit Intelligenzminderung (Synonym: geistiger Behinderung) ist ein koordiniertes, multiprofessionelles Vorgehen unerlässlich. Dazu ist auch eine gewisse Flexibilität in der VK-Zuordnung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen nötig (Switch zwischen den Berufsgruppen), je nach Schwerpunkt und Ausstattung der Klinik und regionalen Rahmenbedingungen.</p>	
13.8	DGSGB	<p><u>Zu § 10 Stationsgröße</u></p> <p>5. Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung vor:</p> <p>Aus Qualitätsgründen sollte sich die Stationsgröße bei Personen mit Intelligenzminderung an den Werten für die Kinder- und Jugendpsychiatrie orientieren.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Dank (siehe Auswertung zu Zeilenr. 13.6)</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Begründung:</p> <p>Bei einer Intelligenzminderung (Synonym: geistiger Behinderung) ist nicht nur die kognitive Intelligenz und damit verbunden die Lerngeschwindigkeit und Komplexität von Lerninhalten betroffen, auch die sozio-emotionalen Fähigkeiten (Impulskontrolle, Exekutivfunktionen, Mentalisierungsfähigkeit, Stressregulation, etc.) sind beeinträchtigt. Gerade bei Personen mit psychischen Erkrankungen sind die sozio-emotionalen Kompetenzen häufig stärker entwicklungsverzögert als die rein kognitiven Fähigkeiten. Daher sollte das Setting dem mentalen Entwicklungsalter angepasst werden</p>	
13.9	DGSGB	<p><u>Zu § 11 Nachtdienste</u></p> <p>Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung bei Vorschlag von PatV vor:</p> <p>„In der vollstationären Versorgung ist im Nachtdienst der Pflege eine Mindestpersonalausstattung je Station in den Bereichen A und S von 1,4 Pflegefachpersonen und in dem Bereich G und I von 1,6 Pflegefachpersonen zugrunde zu legen.“</p> <p>Begründung:</p> <p>Auch für die Nachtdienste sind die besonderen Anforderungen an das hochvulnerable Patientenklientel zu berücksichtigen. Wir verweisen hierbei insbesondere auf die erhöhte Mortalität und Unfallgefahr sowie die Störung der circadianen Rhythmik bei kognitiven Einschränkungen</p>	<p>GKV-SV: In den vom G-BA durchgeführten Fachgesprächen gab es Hinweise auf ein Qualitätsdefizit im Nachtdienst. Aus diesem Grund wird der Nachtdienst künftig mitgeregelt werden.</p>
13.10	DGSGB	<p><u>Zu § 13 Anpassung der Richtlinie</u></p> <p>Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung vor:</p> <p>„Der besondere Bedarf von Personen mit Intelligenzminderung sind zu berücksichtigen.“</p> <p>Begründung:</p>	<p>█ Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Die Anregung der DGSGB in Bezug auf die Berücksichtigung von Heilpädagogen in der Erwachsenenpsychiatrie wird bei der Weiterentwicklung der Richtlinie berücksichtigt. Es wird für die jetzige Richtlinie eine Anrechenbarkeit der Heilpädagogen</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Vgl. Ausführungen unter I Allgemeines.	geprüft. GKV-SV: Dank (siehe Auswertung zu Zeilenr.13.6).
13.11	DGSGB	<u>Zu § 15 Übergangsregelungen</u> Die DGSGB schlägt folgende Ergänzung vor: „Dem besonderen Bedarf von Personen mit Intelligenzminderung wird in den Behandlungsbereichen I1, I2, I4, I5, I6 und I9 Rechnung getragen.“ Begründung: Vgl. Ausführungen unter I Allgemeines.	DKG: Aus den im Kommentar der DKG zu Zeilenr. 13.3 aufgeführten Gründen, wird von der Aufnahme eines neuen Behandlungsbereichs innerhalb der ersten Stufe, die ab dem 1. Januar 2020 zum Tragen kommt, abgesehen. Die Einführung eines neuen Behandlungsbereichs inkl. neuer Minutenwerte würde zudem eine Auswirkungsanalyse in der Praxis erfordern. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme (siehe Zeilenr. 13.7)
13.12	DGSGB	<u>Zu Anlage 1: Eingruppierungsempfehlungen</u> Die DGSGB schlägt die Ergänzung folgender Behandlungsbereiche vor (vgl. dazu auch § 3 Behandlungsbereiche Absatz (1)): I 1 Regelbehandlung bei Intelligenzminderung I 2 Intensivbehandlung bei Intelligenzminderung 17 I 4 Langanhaltende Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker mit Intelligenzminderung I 5 Psychotherapie bei Intelligenzminderung I 6 Tagesklinische Behandlung bei Intelligenzminderung	DKG: Aus den im Kommentar der DKG zu Zeilenr. 13.3 aufgeführten Gründen, wird von der Aufnahme eines neuen Behandlungsbereichs innerhalb der ersten Stufe, die ab dem 1. Januar 2020 zum Tragen kommt, abgesehen. Die Einführung eines neuen Behandlungsbereichs inkl. neuer Minutenwerte würde zudem eine Auswirkungsanalyse in der Praxis erfordern. GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme (siehe Zeilenr. 13.6).

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

I 9 Stationsäquivalente Behandlung bei Intelligenzminderung

In Anlage 1 sollte daher folgende Eingruppierungsempfehlung ergänzt werden:

Intelligenzminderung

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

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

				Helfersystem/ges. Betreuer; höherer Unterstützungsbedarf (Wohnen, Selbstversorgung, Arbeiten)	nehmend misstrauisch, bezieht Fernseh- nachrichten auf sich und hört dialogisie- rende und befehlende Stimmen. Schlaf schlecht, Gedanken gehen durcheinan- der. Braucht für tägliche Verrichtungen sehr lange, benötigt aber keine fremde Hilfe.	
I 2	Psychisch Intensiv- behand- lung	Erkennen und Hei- len, Risikoabschät- zung, Krisenbewälti- gung, Bessern der vital bedrohlichen Störungen, Stabili- sierung als Voraus- setzung für weitere therapeutische Maß- nahmen	Psychiatrische und somatische Diagnos- tik, Erst- und Not- fallbehandlung, ein- zelbezogene Inten- sivbehandlung ein- schließlich medika- mentöser Therapie	In den Behandlungsbereich I2- sind Pa- tienten einzugruppierten, die anhaltend sehr unruhig und verwirrt sind. Diese Patienten gefährden schwache, hilflose Mitpatienten oder sie gefährden sich selbst. Die unmittelbare Gefährdung kann auch von somatischen Erkrankun- gen ausgehen (Vitalgefährdung), die eine kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter erfordern. Manifeste Selbst- oder Fremdgefährdung ist zu be- jahen, wenn der Patient nicht absprache- fähig oder sein Verhalten nicht vorher- sehbar ist.	Patient, 23 Jahre, mittelgradige Intelli- genzminderung und Autismus, mit rap- tusartiger schwerer Fremdverletzung (schmeißt Stühle, kratzt, tritt, beißt) und anhaltend motorischer Unruhe. Schmeißt in unbeobachteten Momenten Rollstühle von Mitpatienten um, schlägt den Kopf gegen die Wand und hält durch Pulen Wunden im Gesicht offen. Muss ständig beaufsichtigt werden, täg- liche Verrichtungen nur im 2:1 Kontakt möglich, Essen nur in separiertem Be- reich möglich. In Krisensituationen ra- sches, personalintensives Deeskalations- management mit zum Teil 1:1 Betreu- ung, Einsatz von Time-out und Fixie- rungen erforderlich.	F70.1/F71.1, F72, F73 leichte bis schwerste IM, manifest selbst oder fremdgefährdend oder somatisch vital gefährdet infolge entweder einer schweren psychischer Er- krankung und/o- der einer schwe- rer Verhaltens- auffälligkeit, ggf. mit zusätzli- cher chronischer

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

				oder zu ihrem diagnostischen Maßnahmen außerhalb der Station gehen und bedürfen daher der Begleitung durch Pflegekräfte. In der Regel besteht Hilfebedarf im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL).	Einstellbarkeit der Parkinsonmedikamente mit häufigem Verharren, deutlicher Verlangsamung der Beweglichkeit und starrer Mimik. Parkinsonerkrankung und Depression verstärken sich gegenseitig und die Symptome überlagern sich zum Teil. Aufgrund der Bewegungsstörung und der Depression benötigt der Patient pflegerische Hilfe bei der Ernährung und Körperpflege.	
I 5 Psychotherapie	Kranke mit Intelligenzminderung mit psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Persönlichkeitsstörungen, chronische Depressionen, ...), welche psychotherapeutischen Interventionen	Erkennen von Krankheit, Krisenbewältigung, Befähigung zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung	Komplexe psychotherapeutische Behandlung	Hierbei handelt es sich um eine typische stationäre psychotherapeutische Behandlung bei Patienten mit Intelligenzminderung, wobei die damit verbundenen Änderungen im Lerntempo und in den therapeutischen Methoden (körper- und erlebnisbasiert, Rollenspiele) berücksichtigt sind. Die psychotherapeutische Behandlungseinheit muss an die Belastbarkeit des behinderten Menschen angepasst werden. Auf die kognitiven und emotionalen Einschränkungen wird eingegangen und das Lebensumfeld einbezogen. Es steht die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund. Er-	Patientin, 32 Jahre, leichte Intelligenzminderung, Missbrauch als Kind durch den Vater, früh ins Heim gekommen. Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit selbstverletzenden Verhaltensweisen (Schnittwunden an Armen), wiederholten Suizidgedanken, -impulsen und -versuchen, instabilen Beziehungen und Pseudohalluzinationen. Wird stationär psychotherapeutisch behandelt, keine Unterstützung bei alltäglichen praktischen Tätigkeiten, aber erhöhter Gesprächs- und Behandlungsbedarf durch Pflege und Psychologen aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung.	F70/F71 leichte bis mittelgradige IM und psychische Erkrankung zur stationären Psychotherapie

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

				gänzend können eine Psychopharmakotherapie sowie Maßnahmen zur Verbesserung des sozialen Lebenskontextes durchgeführt werden.		
I 6 Tagesklinische Behandlung	Kranke mit Intelligenzminderung mit psychischen, psychosomatischen und neuropsychiatrischen Erkrankungen, die keiner vollstationären Behandlung bedürfen	Wahrung des Wohnorts und der Inklusion in die Gesellschaft; Verbesserung der psychosozialen Kompetenz; Befähigung zur Fortsetzung der beruflichen Ausbildung.	Diagnostik und medizinische Grundversorgung; heilpädagogische Behandlung; Beratung des ambulanten Betreuungssystems und der Familie; Schulung und Aufklärung der Bezugspersonen; Einzel- und Gruppenpsychotherapie; funktionelle Therapien; Entwicklungstherapie	In diesen Behandlungsbereich sind Erwachsene mit Intelligenzminderung aller Schweregrade einzugruppieren. Voraussetzungen für die tagesstationäre Behandlung sind: Fähigkeit des Patienten zur Mitwirkung in der Behandlung ein ausreichend belastbares soziales Umfeld die vorhandene Bereitschaft und Fähigkeit der ambulanten Bezugspersonen aus dem unmittelbaren Lebensumfeld (z. B. Einzelfallhelfer, Wohngruppenbetreuer, Werkstattbetreuer, Familienangehörige) zur aktiven Mitwirkung bei der Behandlung ausreichende Betreuungsmöglichkeiten abends, nachts und an den Wochenenden. Die tagesklinische Behandlung	Patient 23 Jahre, leichte Intelligenzminderung, emotionales Entwicklungsalter 2-3 Jahre. Im 2. Lebensjahr aufgrund der schweren Verhaltensauffälligkeiten mit raptusartigen Erregungsdurchbrüchen und schwerer Fremdverletzung der Eltern ins Heim gekommen. Jetzt sehr aufmerksamsuchend und psychomotorisch unruhig sowie Sach- und Fremdaggression. Werkstattplatz aufgrund der hohen Betreuungsintensität und aggressiven Verhaltensweisen wiederholt gekündigt. Ein pädagogisch-therapeutisches Rahmenkonzept mit klarer Tagesstruktur, Bestätigung der Person, Skillstraining, Verlängerung der Konzentrationsphasen, Schulung des Umfelds in Deeskalation und Bewegungsangeboten.	F70-F73 leichte bis schwerste IM mit anhaltender Symptomatik infolge einer psychischen Erkrankung und/oder einer schweren Verhaltensauffälligkeit.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="477 331 551 539"></td> <td data-bbox="551 331 647 539"></td> <td data-bbox="647 331 786 539"></td> <td data-bbox="786 331 925 539"></td> <td data-bbox="925 331 1176 539"> <p>kann integriert im vollstationären Bereich oder in einer Tagesklinik erfolgen. Tagesklinische Behandlung ermöglicht einen schnellen Transfer von Therapieerfolgen ins psychosoziale Umfeld, vor allem durch den engen Kontakt und regelmäßigen Austausch zwischen Therapeuten und Bezugspersonen.</p> </td> <td data-bbox="1176 331 1543 539"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="477 539 551 746"> <p>I 9 Stationsäquivalente Behandlung</p> </td> <td data-bbox="551 539 647 746"> <p>Kranke, die eine stationsäquivalente Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen.</p> </td> <td data-bbox="647 539 786 746"></td> <td data-bbox="786 539 925 746"></td> <td data-bbox="925 539 1176 746"></td> <td data-bbox="1176 539 1543 746"></td> </tr> </table>					<p>kann integriert im vollstationären Bereich oder in einer Tagesklinik erfolgen. Tagesklinische Behandlung ermöglicht einen schnellen Transfer von Therapieerfolgen ins psychosoziale Umfeld, vor allem durch den engen Kontakt und regelmäßigen Austausch zwischen Therapeuten und Bezugspersonen.</p>		<p>I 9 Stationsäquivalente Behandlung</p>	<p>Kranke, die eine stationsäquivalente Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen.</p>					
				<p>kann integriert im vollstationären Bereich oder in einer Tagesklinik erfolgen. Tagesklinische Behandlung ermöglicht einen schnellen Transfer von Therapieerfolgen ins psychosoziale Umfeld, vor allem durch den engen Kontakt und regelmäßigen Austausch zwischen Therapeuten und Bezugspersonen.</p>											
<p>I 9 Stationsäquivalente Behandlung</p>	<p>Kranke, die eine stationsäquivalente Behandlung im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V bedürfen.</p>														
<p>13.13</p>	<p>DGSGB</p>	<p><u>Zu Anlage 2: Minutenwertetabellen</u></p>	<p>DKG: Aus den im Kommentar der DKG zu Zeilennr. 13.3 aufgeführten Gründen wird</p>												

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

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

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

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

Begründung:

Grundlage der Minutenwerte für I1, I2, I4 und I5 ist eine Minutenanalyse im Berliner Behandlungszentrum für psychische Gesundheit bei Entwicklungsstörungen am Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge. Dabei hat im Jahr 2017 jede Berufsgruppe für jeden Patienten für 2 Wochen die benötigten Minutenwerte dokumentiert. 2018 fanden an allen 4 Stichtagen erneute Minutenanalysen vor dem Hintergrund der neu definierten Behandlungsbereiche I1-I5 statt, die in die final dargestellten Werte eingeflossen sind. Es ist zu berücksichtigen, dass die Minutenwerte unter der ggw. in der Psych-PV vorgesehenen Personalausstattung ermittelt wurden. Dies führte zu vergleichsweise niedrigen Minutenwerten im Behandlungsbereich I1 (Regelbehandlung), und zwar über alle Berufsgruppen hinweg. Dies ist dadurch erklärbar, dass das vorhandene Personal am ehesten bei den – im Vergleich zu den anderen Behandlungsgruppen – am wenigsten kranken bzw. schwer behinderten Personen die Zeit eingespart hat, die bei den schwerer Kranken bzw. betroffenen Personen noch dringender erforderlich war. Aus Sicht der DGSGB ist daher – außer beim ärztlichen Personal –

von der Aufnahme eines neuen Behandlungsbereichs innerhalb der ersten Stufe, die ab dem 1. Januar 2020 zum Tragen kommt, abgesehen. Die Einführung eines neuen Behandlungsbereichs inkl. neuer Minutenwerte würde zudem eine Auswirkungsanalyse in der Praxis erfordern.

GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>voraussichtlich eine Verdopplung der Minutenwerte der anderen Berufsgruppen erforderlich. Eine weitere Anpassung der Minutenwerte sollte daher nach Einführung der behindertenspezifischen Behandlungsbereiche und Anpassung der Personalausstattung erfolgen.</p> <p>Die 16 Minutenwerte entsprechen den Werten der KJP, die bereits in den 90iger Jahren aufgestellte Forderung der Bundesdirektorenkonferenz aufgreift, die Psych-PV KJP für diesen Personenkreis zu verwenden. Hier liegen keine eigenen Minutenanalysen vor.</p> <p>Bei den abgegebenen Minutenwerten ist entsprechend der aktuellen geltenden Psych-PV der „Sockelbetrag“ beim Pflegepersonal abgezogen. Dieser müsste ggf. hinzuaddiert werden (278 min/Behandlungsbereich).</p> <p>Die Minutenwerte wurde entsprechend der im aktuellen Beschlussentwurf aufgeführten Aufgabenbereiche (Anlage 4/5; Seiten 71-80 im Beschlussentwurf) ermittelt. Details für die verschiedenen Behandlungsbereiche und Berufsgruppen sind in den folgenden Tabellen zusammengefasst:</p> <p>Ärztlicher Dienst:</p>	
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

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

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Regelaufgaben "Pflegepersonal" <small>Bearbeitungsstand Spalte PPV/Patient: 13. Juli 1990</small>	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient
		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche
	Regel- behandlung	Regel- behandlung	Intensiv- behandlung	Intensiv- behandlung	Schwer- kranke	Schwer- kranke	Psycho- therapie	Psycho- therapie
	A1	A1	A2	A2	A4	A4	A5	A5
Angenommene Rechengrößen:								
- Tagesdienst 14 Std. und eine 1/2 Stunde Übergabe								
- Bezugsgröße: 18 Patienten	23	23	10	10	1	1	2	2
- Behandlungsdauer durchschnittlich in Tagen	35	21	21	42	39	26	90	28
- Woche	5	3	3	6	6	4	13	4
1. Allgemeine Pflege								
Summe "Allgemeine Pflege"	172	345	288	1.069	220	1.160	288	231
2. Spezielle Pflege								
2.1 Somatische Pflege								
Summe "Somatische Pflege"	113	139	176	228	101	210	14	120
2.2 Psychiatrische Pflege								
2.2.1 Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung								
Zwischensumme "Einzelfallbezogene Behandlung und Betreuung"	208	239	540	720	280	368	176	358
2.2.2 Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung								
Zwischensumme „Gruppenbezogene Behandlung und Betreuung"	135	65	60	54	170	54	93	30
Summe „Psychiatrische Pflege"	343	303	60	774	170	422	93	387
2.3 Visiten des Arztes								
Visiten etc.	25	33		42		42		33
Summe "Spezielle Pflege"	480	475	276	1.043	288	673	117	540
3. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten								
3.1. Therapie- und Arbeitsbesprechungen								
Summe „Therapie- und Arbeitsbesprechungen"	148	72	235	85	173	85	86	86
3.2. Stationsorganisation								
Summe „Stationsorganisation" Tätigkeiten"	56	56	57	57	51	51	31	31
	203	128	292	142	224	136	116	117
Zusammen	855	948	1.395	2.255	1.012	1.969	475	887
abzüglich Basiswert ("Sockel")	278	278	278	278	278	278	278	278
verbleiben je Woche und Behandlungsbereich	578	670	1.118	1.977	734	1.691	198	609

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

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

Medizinisch-technischer Dienst:

Regelaufgaben Medizinisch-Technischer-Dienst <small>Bearbeitungsstand Spalte PPV/Patient: 13. Juli 1990</small>	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient
		Min/ Woche		Min/ Woche		Min/ Woche		Min/ Woche
	Regel- behandlung	Regel- behandlung	Intensiv- behandlung	Intensiv- behandlung	Schwer- kranke	Schwer- kranke	Psycho- therapie	Psycho- therapie
	A1	A1	A2	A2	A4	A4	A5	A5
<i>Angenommene Rechengrößen:</i>								
- Tagesdienst 38,5 Stunden/Woche								
- Bezugsgröße: 18 Patienten	23	23	10	10	1	1	2	2
- Behandlungsdauer durchschnittlich in Tagen	35	21	21	42	39	26	90	28
- Woche	5	3	3	6	6	4	13	4
Dipl.-Psychologen								
1. Klinisch-psychologische Grundversorgung								
Zwischensumme	8	52	10	58	21	77	28	110
2. Einzelfallbezogene Behandlung								
Zwischensumme	7	23	-	0	14	0	44	99
3. Gruppentherapie								
Zwischensumme	10	20	-	0	10	0	16	25
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten								
Zwischensumme	4	4	2	2	12	12	18	17
Summe "Dipl.-Psychologen"	29	99	12	59	57	89	107	250

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten und Physiotherapeuten											
		1. Grundversorgung											
		Zwischensumme	6	1	6	1	2	1	5	1			
		2. Einzelfallbezogene Behandlung											
		Zwischensumme	4	12	7	68	3	72	7	10			
		3. Gruppentherapie											
		Zwischensumme	13	23	10	0	17	15	13	10			
		4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten											
		Zwischensumme	5	5	6	6	4	4	7	7			
		Summe "Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten und Physiotherapeuten"	28	40	29	75	27	92	31	28			
		Sozialarbeiter und Sozialpädagogen											
		1. Sozialpädagogische Grundversorgung											
		Zwischensumme	13	19	14	43	3	67	3	61			
		2. Einzelfallbezogene Behandlung und sozialpädagogische Behandlung											
		Zwischensumme	31	2	28	33	20	50	9	100			
		3. Gruppenbezogene Behandlung											
		Zwischensumme	14	36	13	3	25	3	-	40			
		4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten											
		Zwischensumme	19	19	18	18	11	11	2	2			
		Summe "Sozialarbeiter und Sozialpädagogen"	76	76	74	97	59	131	14	204			
Funktionsdienst:													

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Regelaufgaben Funktionsdienst <small>Bearbeitungsstand Spalte PPV/Patient: 13. Juli 1990</small>	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient	PPV/ Patient	KEH BHZ/ Patient
	Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche		Min/Woche	
	Regel- behandlung	Regel- behandlung	Intensiv- behandlung	Intensiv- behandlung	Schwer- kranke	Schwer- kranke	Psycho- therapie	Psycho- therapie
	A1	A1	A2	A2	A4	A4	A5	A5
Angenommene Rechengrößen:								
- Tagesdienst 38,5 Stunden/Woche								
- Bezugsgröße: 18 Patienten	23	23	10	10	1	1	2	2
- Behandlungsdauer durchschnittlich in	35	21	21	42	39	26	90	28
- Woche	5	3	3	6	6	4	13	4
1. Grundversorgung								
Zwischensumme	3	1	3	1	3	1	2	0
2. Einzelfallbezogene Behandlung								
Zwischensumme	11	0	18	205	11	205	4	0
3. Gruppentherapie								
Zwischensumme	80	105	68	68	72	45	70	110
4. Mittelbar patientenbezogene Tätigkeiten								
Zwischensumme	29	29	27	27	27	27	26	26
Summe "Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Ergotherapeuten)"	122	135	117	300	113	278	103	136
<p>Der Mehraufwand ergibt sich aus den Kommunikationseinschränkungen (einfache Sprache, längere Antwortlatenzen, mehr Zeit für Antworten/Fragen/Diskussion, non-verbaler Kommunikationsmethoden, Bildmaterialien), dem verlangsamten Lernen (Verständnisüberprüfung und Wiederholungen erforderlich, mehr Therapieeinheiten), den aufwändigeren Methoden, z. B. Rollen-spiele, Lernen am Modell, körper- und erlebnisorientierte Methoden, den kleineren Gruppen und mehr Einzeltherapie, der Notwendigkeit zur intensiven Einbeziehung der Bezugspersonen mit Vor- bzw. Nachgesprächen, Schulungen, individuellen Informationsgespräche mit Teams/Familien, dem erhöhter Unterstützungsbedarf (Begleitung Toilettengänge...), der Beachtung Komorbiditäten (sensorische Einschränkungen, Epilepsie, Autismus...) und der niedrigen Selbstregulation und der damit verbundenen erhöhten Anzahl von Krisen & Konflikte. Für die einzelnen Berufs-gruppen ist der Mehraufwand bei Menschen mit Behinderungen ausführlich unter 2. § 3 Behandlungsbereiche Absatz (1) aufgeführt.</p>								

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

14	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)		
14.1	DGGPP	<p>Grundlegende Bewertung des Richtlinienentwurfs</p> <p>Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) lehnt den vorgelegten Richtlinienentwurf grundsätzlich ab, da er dem gesetzlichen Auftrag, wie er im §136a Abs.2 SGB V festgelegt ist, nicht gerecht wird. Die der Personalbemessung zugrundeliegenden Minutenwerte müssen bereits in der ersten Stufe an die aktuellen medizinischen, rechtlichen und ethischen Standards angepasst werden. Die Richtlinie muss eine Festschreibung ihrer Weiterentwicklung zu einem den Erfordernissen des 21. Jahrhunderts entsprechenden Personalbemessungssystem enthalten. Sanktionen bei Nichterfüllung, die die wohnortnahe psychiatrische Versorgung gefährden, müssen gestrichen werden. Die DGGPP schließt sich dabei in weiten Teilen der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde an. Zusätzlich stehen für unsere Fachgesellschaft jedoch besondere Bedarfe psychisch kranker älterer Menschen im Vordergrund, für die aufgrund der neueren Erkenntnisse in Behandlung und Versorgung aus den letzten 15 Jahren besondere personelle Bedarfe bestehen (vgl. etwa die zusätzlichen Bedarfe für die neu in der S3-Leitlinie Demenz aufgenommenen ergo-, (neuro)psycho-, sozio- und bewegungstherapeutischen Verfahren).</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die DGGPP verkennt bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzel-psychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>1. Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>DKG: Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf. Wir adressieren diese Problematik in § 2 Absatz 1, mit dem Hinweis, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann. Daher ist in den Vereinbarungen auf der Ortsebene gemäß § 6 Absatz 7 das Personal gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen</p> <p>PatV: Eine Erhöhung der Minutenwerte zum jetzigen Zeitpunkt ist durch den Vorschlag von PatV ,DPR und BPtK erfolgt..</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>14.2</p>	<p>DGGPP</p>	<p>Ablehnung wegen Beibehaltung der PsychPV statt Leitlinienorientierung</p> <p>Der Richtlinienentwurf schreibt die durch die medizinische und psychiatrische Entwicklung der letzten 30 Jahre überholten Personalvorgaben der Psychiatriepersonalverordnung von 1990 fest. Damit wird dem gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der für eine adäquate Behandlung erforderlichen Qualität nicht entsprochen. Insbesondere in der Gerontopsychiatrie ist die auf einer Durchschnittsverweildauer von 61 Tagen und im Vergleich zu heute deutlich anderen Bedingungen psychiatrischer Behandlung basierende Personalbemessung der PsychPV schon lange überholt. Hier sind Anpassungen in der Zeitbemessung für den Ärztlichen und Psychologischen Dienst, Sozialarbeit und Therapeuten dringend erforderlich. Gerade unter den Bedingungen des demografischen Wandels ist eine Autonomie erhaltende und wiederherstellende Behandlung auch bei alten Menschen ein zentrales Qualitätskriterium. Es gibt keine fachliche Begründung für einen in diesen Berufsgruppen geringeren Personalaufwand als in z.B. der Suchtpsychiatrie.</p> <p>Auch in den Schussenrieder Tabellen wurde diese Benachteiligung gerontopsychiatrisch eingestufte Pat. nicht korrigiert. Gleichzeitig ist fachlich klar, dass sich die Behandlung alter psychisch Kranker nicht auf eine aktivierende Pflege reduzieren lassen kann. Gerade im Bereich der hirnorganischen Erkrankungen ist eine aufwendige differenzierte Diagnostik und Therapie ebenso erforderlich wie die psychotherapeutische Betreuung von Pat. und Angehörigen und die Unterstützung bei psychosozialen Problemen. Diese ist sowohl für Demenzerkrankungen und affektive Störungen wie Delirien und andere häufige gerontopsychiatrische Krankheitsbilder leitliniengerecht und reflektiert die wissenschaftliche und klinische Entwicklung der letzten 15 Jahre. Da es sich um eine Übergangsregelung handeln soll, schlagen wir statt empirisch nicht belegter Erhöhungen einzelner Minutenwerte, wie sie die GKV und PatV vorschlagen, eine pragmatische Lösung vor. Für den Übergang ist aus Sicht der DGGPP eine lineare Erhöhung der Minutenwerte in mehreren Stufen um 15% für alle und darüber hinaus für G eine Anpassung der Minutenwerte aller Berufe außer der Pflege an A erforderlich.</p>	<p>GKV-SV: siehe Nr. 14.1</p> <p>DKG: Bei der Erstfassung der RL-PPP wurde sich in der ersten Stufe für die Übernahme bestehender Personalbemessungssysteme (Psych-PV und Heuft-Kennzahlen) entschieden. Für beide Systeme liegen Hinweise und Erkenntnisse zur Überarbeitung vor, die in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 entsprechend zu berücksichtigen sind. Eine entsprechende Überarbeitung beispielsweise der Minutenwerte an die aktuelle Versorgungsrealität muss über alle Versorgungsbereiche und verschiedene Berufsgruppen hinweg erfolgen.</p>
-------------	--------------	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

14.3	DGGPP	<p>Ablehnung wegen fehlender Entwicklung eines patientenbedarfsgerechten Personalbemessungsmodells.</p> <p>Der gesetzliche Auftrag beinhaltet die Entwicklung einer adäquaten Personalbemessung für eine leitliniengerechte Behandlung. Dafür ist die Festschreibung einer Weiterentwicklung und der Anforderungen daran in der PPP-RL unbedingt erforderlich.</p>	<p>GKV-SV: Es handelt sich um einen Irrtum. Der Gesetzgeber fordert kein Personalbemessungsinstrument, sondern eine Richtlinie zu Mindestvorgaben.</p> <p>DKG: Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf. Die Weiterentwicklung der Richtlinie ist in § 13 geregelt.</p>
14.4	DGGPP	<p>Ablehnung wegen Personaluntergrenze statt Personalmindestausstattung</p> <p>Die Krankenkassen schlagen statt einer Personalmindestausstattung Personaluntergrenzen vor. Personaluntergrenzen können nützlich sein, um die Sicherheit in der stationären Versorgung zu gewährleisten, sind aber nicht geeignet, um die Qualität der psychiatrischen Behandlung sicherzustellen. Der gesetzliche Auftrag erfordert die Definition einer Personalmindestausstattung.</p>	<p>GKV-SV: Der GKV-SV hat in seinem Entwurf eine Mindestvorgabe für die Personalausstattung formuliert – so wie es in G-BA Strukturrichtlinien zu Mindestanforderungen üblich ist. Dies ist keine Personaluntergrenze, so wie sie in § 137 Abs.1 SGB V für bestimmte Pflegebereiche in der Somatik vorgegeben sind.</p>
14.5	DGGPP	<p>Ablehnung wegen stationsbezogenem, monatlichem Nachweis und Abrechnungsausschluss als Sanktion bei Unterschreiten der Personaluntergrenzen</p> <p>Unter den Bedingungen der Pflichtversorgung kommen Psychiatrische Kliniken unter Umständen in die Situation, Patienten auch bei Unterschreiten der Personaluntergrenzen behandeln zu müssen, diese Behandlung aber nicht abrechnen zu können. Wenn die Sicherheit auf einer Station oder in einer Klinik wegen Personalmangels nicht mehr gewährleistet werden kann, müssen auch heute vorübergehend Betten</p>	<p>GKV-SV: Das in § 6 vom GKV-SV vorgeschlagene Verfahren zur Ermittlung der Mindestvorgaben ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten je nach Belegung der Station in einem Kalendermonat. Sie stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen ohne Bettensperungen möglich sind, denn die Einrichtung muss die Anforderung <i>kalendermonatlich</i></p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>gesperrt werden. Wirtschaftliche Sanktionen trotz unter hohem Einsatz des vorhandenen Personals erbrachter Leistungen sind in dieser Situation nicht akzeptabel. Hier sind politische Lösungen erforderlich. Ein stationsbezogener monatlicher Nachweis würde einen nicht mehr zeitgemäßen strengen Stationsbezug festschreiben und die gerade in der Psychiatrie zur Qualität der Versorgung erforderliche Flexibilität der Konzepte und den bedarfs- und situationsbegründeten flexiblen Einsatz von Personal erheblich beeinträchtigen. Auch dies ist mit einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Versorgung nicht vereinbar. Letztlich droht insbesondere wohnortnahen kleinen psychiatrischen Pflichtversorgungseinrichtungen eine Schließung aus ökonomischen Gründen, wenn die Sanktionen in der vorliegenden Form umgesetzt werden. Dies betrifft insbesondere auch ländliche und strukturschwache Regionen.</p>	<p><i>im Durchschnitt</i> erfüllen. Kurze Unterschreitungen können also ausgeglichen werden. Die Flexibilität des Krankenhauses bleibt so erhalten.</p> <p>Die Erfassung der Station – möglichst kalendermonatlich – ist unabdingbar und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird. Aus Qualitätsgesichtspunkten ist es relevant, dass das Personal beim Patienten ankommt. Besonders vulnerable Patientengruppen sind häufig auf bestimmten Stationen untergebracht: Akutstation, Demenzstation, Kinder- und Jugendstation. So kann ein Haus zwar einrichtungsbezogen eine Personalausstattung über 100 % nachweisen, auf den Akutstationen kann aber trotzdem nur 90 % des erforderlichen Personals anwesend sein. Deshalb sollte der Personalnachweis pro Station erfolgen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
14.6	DGGPP	<p>Zusammenfassung der Gründe für die Ablehnung des Richtlinienentwurfs</p> <p>Der Richtlinienentwurf entspricht in wesentlichen Punkten nicht den politischen und gesetzlichen Vorgaben. Die Sicherung einer leitliniengerechten Behandlung und damit der Qualität für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung ist auf der</p>	<p>GKV-SV: siehe Nr. 14.1</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Grundlage dieses Entwurfs nicht möglich. Wenn dieser Entwurf umgesetzt wird, ist statt dessen mit einer Verschlechterung der Qualität zu rechnen.	
14.7	DGGPP	<p>Erforderliche Veränderungen des Richtlinienentwurfs</p> <p>Anpassung der Personalmindestvorgaben an die aktuellen medizinischen Standards</p> <p>Wenn die PsychPV als Grundlage für eine erste Stufe der Entwicklung eines für das 21. Jahrhundert adäquaten Personalbemessungsinstruments dienen soll, ist auch für den Übergang eine quantitative Erhöhung als Annäherung an die aktuellen Standards einer leitlinien- und menschenrechtsgerechten Behandlung erforderlich. Aus unserer Sicht bedeutet dies die Aufstockung der PsychPV-Minutenwerte um 15% plus eine weitere Anpassung der Minutenwerte für den Ärztlichen und Psychologischen Dienst, Sozialarbeit und Therapeuten im „G“-Bereich auf die Standards der Allgemeinpsychiatrie.</p> <p>Für die Anpassung an die aktuellen medizinischen und rechtlichen Standards ist in einer zweiten Stufe die Entwicklung eines zeitgemäßen Personalbemessungsmodells erforderlich.</p>	<p>GKV-SV: Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>Zu den Minutenwerten siehe Nr. 14.1</p> <p>BPtK/PatV: Zustimmung, dass eine Erhöhung der Minutenwerte bereits in Stufe 1 erforderlich ist, um die gravierendsten Versorgungsmängel zu beheben. Eine gleichförmige Erhöhung der Minutenwerte um 15 % über alle Behandlungsbereiche und Berufsgruppen hinweg ist jedoch nicht sachgerecht. Relative Unterschiede in den Minutenwerten zwischen Behandlungsbereichen und zwischen Berufsgruppen werden hierdurch fortgeschrieben unabhängig von den in den letzten fast 30 Jahren seit Erscheinen der Psych-PV stattgefundenen Weiterentwicklungen der Behandlungskonzepte (siehe auch Zeilenr. I. 2.3). Dies betrifft insbesondere auch die Umsetzung</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>psychotherapeutischer Behandlungskonzepte in der Gerontopsychiatrie. Die relative Unterbewertung der psychologischen Berufsgruppe bzw. Psychotherapie würde durch den Vorschlag der DGGPP fortgesetzt.</p> <p>DKG: Personalaufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards wie in der Psych-PV sind von den in der RL-PPP festzulegenden Mindestpersonalvorgaben abzugrenzen. Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die Psych-PV derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.</p> <p>Es werden mit dieser Richtlinie Mindestvorgaben festgelegt, die nicht unterschritten werden dürfen. Die Psych-PV diene bisher als Personalbemessungsinstrument und gleichzeitig als Grundlage zur Budgetfindung. Daher ist es folgerichtig eine neue Mindestvorgabe deutlich unter 100 Prozent</p>
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Psych-PV-Umsetzung festzulegen. Davon ist unbenommen, dass für eine Sicherstellung leitliniengerechter Behandlung im Sinne einer Personalbemessungsgrundlage die Minutenwerte oder die Anforderungen an den Umsetzungsgrad der Psych-PV höher anzusetzen wären. Eine „veraltete“ Personalbemessung als neue Mindestvorgabe normativ festzulegen, entbehrt jeglicher empirischen Grundlage.</p> <p>Mit § 2 Absatz 1 wird klargestellt, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann.</p>
14.8	DGGPP	<p>Festlegung zur Weiterentwicklung der Richtlinie</p> <p>Die Richtlinie muss enthalten, dass mit einem verbindlichen Zeitplan in einer zweiten Stufe ein den aktuellen Bedingungen entsprechendes und zukunftsfähiges Personalbemessungsinstrument entwickelt wird, das geeignet ist, eine leitliniengerechte Versorgung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken zu gewährleisten.</p>	<p>GKV-SV: Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
14.9	DGGPP	<p>Differenzierung zwischen „Personaluntergrenze“ und „Personalmindestvorgaben“</p>	<p>GKV-SV: Eine Einführung von zwei Mindestanforderungen in unterschiedlicher Höhe wie hier vorgeschlagen (Mindestvorgabe und Untergrenze) ist nicht zielführend</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Die Richtlinie muss den Unterschied zwischen Personalmindestvorgaben für eine leitliniengerechte Behandlung und einer Personaluntergrenze für die Gewährleistung der Sicherheit klarstellen.</p>	<p>und entspricht nicht dem gesetzlichen Auftrag. Der Gesetzgeber hat zudem in § 137i Abs. 1 SGB V zudem festgelegt, dass die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Abs. 2 Satz 2 von der Festlegung von Personaluntergrenzen unberührt bleiben. Eine prinzipielle Unterscheidung zwischen einer Mindestvorgabe und einer Personalanhaltszahl ist dagegen sinnvoll, ist aber rechtlich im Rahmen dieser Richtlinie nicht möglich.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
<p>14.10</p>	<p>DGGPP</p>	<p>Beachtung der Versorgungsqualität auch im Bereich der Sanktionen</p> <p>Dezentralisierung, Wohnortnähe und Begrenzung der Größe therapeutischer Einheiten sowie die Flexibilisierung von Behandlungskonzepten hin zu am Patientenbedarf orientiertem Personaleinsatz in unterschiedlichen Settings und Strukturen würden durch vorwiegend ökonomische Sanktionen und einen stationsbezogenen monatlichen Personalnachweis gefährdet. Insbesondere in strukturschwachen Gebieten wäre die Existenz vor allem von kleinen Kliniken bedroht und einer Rezentralisierung der psychiatrischen Versorgung würde Vorschub geleistet. Sanktionen sollten auf die Unterstützung beim Erreichen von Qualität ausgerichtet sein.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Das in § 11 (GKV-SV/PatV) etablierte Nachweisverfahren stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen möglich sind. Die Einrichtung muss die Anforderung <u>kalendermonatlich im Durchschnitt</u> erfüllen. Kurze Unterschreitungen können so ausgeglichen werden. Die Flexibilität des Krankenhauses bleibt so erhalten.</p> <p>Der Schutz und das Vertrauen der Patienten erfordern es, dass vom G-BA festgelegte, verpflichtende Qualitätsanforderungen konsequent eingehalten werden. Der GKV-SV setzt sich prinzipiell für ein gestuftes System bei der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach § 137 Abs. 1</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>SGB V ein.</p> <p>Allerdings handelt es sich hier um Mindestanforderungen. Nach der Richtlinie zur Förderung der Qualität sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen (QFD-RL) des G-BA wird bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen von dem gestuften System abgewichen. So heißt es in § 5 Abs. 2 QFD-RL: „Werden Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V nicht erfüllt, ist der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen.“ https://www.g-ba.de/beschluesse/3766/.</p> <p>Das gestufte Verfahren ist ab diesem Punkt nicht mehr anzuwenden, sondern kann nur vor der Unterschreitung der Mindestanforderung Anwendung finden. Dem hat der GKV-SV in § 13 Abs. 3 Rechnung getragen und das Krankenhaus verpflichtet, schon vor Erreichung der Mindestanforderung eine Zielvereinbarung abzuschließen, falls es sich der Mindestanforderung nähern sollte.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
14.11	DGGPP	Ausführliche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie	GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Einleitung</p> <p>Die Psychiatrie befindet sich seit der Psychiatrie-Enquête in einem kontinuierlichen Veränderungsprozess. Eckpunkte sind der medizinisch-technische Fortschritt, sich ändernde psychiatrische Krankheits-konzeptionen und daraus resultierende Entwicklungen von neuen Therapien, und sich ändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die sich auf die gesamte Medizin, aber auf die Psychiatrie, die als einziges medizinisches Fach mit staatlichen Hoheitsaufgaben belehnt ist, in besonderer Weise auswirken. Die auch volkswirtschaftliche Bedeutung von Autonomie und Befähigung zur Selbstfürsorge der Kranken einerseits und durch demografische Veränderungen schwindende Ressourcen andererseits lassen die im 20. Jhdt. entwickelten Organisationsstrukturen der psychiatrischen Versorgung von Errungenschaften der Psychiatrie-Enquête zunehmend zu einer teuren Zwangsjacke werden und erfordern eine grundsätzliche Neustrukturierung. Beispiele sind u.a. die zwischen den SGB-Bereichen wechselnden Kostenträger, die versuchen, in jeweils ihrem Bereich zu Lasten der Gesamtheit zu sparen; eine sektorübergreifende Behandlung in einer Behandlungsepisode und damit die Ambulantisierung behindernde Falldefinitionen des SGB V; von der Verortung des Leistungserbringers abhängige unterschiedliche Vergütungen derselben Leistung – die Liste ließe sich fortsetzen.</p> <p>Eine Neustrukturierung kann nur durch politische Entscheidungen auf der Basis einer fachlichen Beratung und Begleitung durch die in die Versorgung involvierten Verbände als Vertretung von Patient*innen, Angehörigen und Bezugspersonen, Berufsgruppen und Trägern und Kostenträgern umgesetzt werden. Der Gesetzgeber hat die Notwendigkeit einer solchen Neustrukturierung auch erkannt, und dazu einen Psychiatrie-Dialog initiiert. Alle Entscheidungen, die die Versorgungsstruktur unmittelbar und mittelbar beeinflussen, sollten vor dem Hintergrund dieser notwendigen Neustrukturierung danach beurteilt werden, ob sie Flickwerk an Lücken darstellen oder zukunftsweisende Entwicklungen bahnen. Eine Richtlinie für die Personalbemessung in der stationären Psychiatrie gehört mit Sicherheit zu den die Versorgungsstruktur beeinflussenden Faktoren.</p>	
--	--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

14.12	DGGPP	<p>Zu den rechtlichen Rahmenbedingungen</p> <p>§ 136a Abs. 2 SGB V enthält einerseits den Auftrag, verbindliche Mindestvorgaben für die Behandlung festzulegen, andererseits den Auftrag der Qualitätssicherung und der Evidenzbasierung und einer leitliniengerechten Behandlung. Diese beiden Aufträge stehen für die psychiatrischen Kliniken mit Versorgungsverpflichtung und damit Aufnahmeverpflichtung in bestimmten Situationen in einem Spannungsverhältnis zueinander. Mindestvorgaben für die Behandlung können als Untergrenze verstanden werden, unterhalb derer die Sicherheit von Patient*innen und Mitarbeiter*innen nicht mehr gewährleistet werden kann. Für die Sicherung von Qualität in der Psychiatrie und eine leitliniengerechte Behandlung sind deutlich höhere Personalanhaltszahlen erforderlich.</p>	<p>GKV-SV/PatV/DPR: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
14.13	DGGPP	<p>Zu den Grundsätzen</p> <p>Dem Doppelauftrag des §136a SGB V – einerseits verbindliche Mindestanforderungen festzulegen, andererseits eine leitliniengerechte Therapie zu ermöglichen – wird die von der DKG vorgeschlagene Lösung von einem Korridor zwischen Untergrenzen einerseits und Personalbemessungsstandards am ehesten gerecht. Gleichzeitig ist aber der Vorschlag, die Untergrenze auf 80% PsychPV festzulegen, nicht akzeptabel. Wenn, anders als vom GKV-VS vorgeschlagen, ein jahres- und klinikbezogener Nachweis der Personalausstattung erfolgt und die Sanktionen für ein Unterschreiten der Untergrenze nicht in der Nichtabrechnungsfähigkeit von bereits erbrachten Leistungen besteht, gibt es keinen Grund für eine Unterschreitung der ohnehin unzureichenden PsychPV-Vorgaben.</p> <p>Der Vergütungsausschluss, der erst im Nachhinein festgestellt werden kann, birgt, wie die DKG richtig feststellt, die Folge eines Behandlungsausschlusses von Patient*innen. GKV-VS und PatV unterstellen implizit, dass in den Krankenhäusern Patient*innen stationär behandelt werden, die einen solchen Behandlungsausschluss vertragen können, also eine stationäre Behandlung nicht benötigen. Eine solche Behauptung</p>	<p>GKV-SV/PatV: Dies ist ein Irrtum. Die DKG schlägt eine Mindestpersonalvorgabe von 80 % Psych-PV für 5 Jahre vor, der GKV-SV fordert eine Mindestvorgabe von 100 % Psych-PV mit einer Übergangsregelung von vier Jahren (siehe § 16 GKV-SV) und eine Weiterentwicklung der Minutenwerte auf der Basis der empirischen Daten der Strukturabfragen alle zwei Jahre vor.</p> <p>Das Nachweisverfahren ist aufgrund der kalendermonatlichen Durchschnittswerte dazu konzipiert, dass kurzfristige Personalunterschreitungen ausgeglichen werden können.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>entbehrt jeder Grundlage. Die Beschränkung der Definition besonders vulnerabler Patient*innen auf untergebrachte und unter Betreuung stehende Personen ignoriert, dass in der psychiatrischen Behandlung oft über Jahre hinweg ein Vertrauensverhältnis aufgebaut wird, das Maßnahmen wie einer Unterbringung oder Betreuung vorbeugt. Auch eine hochakut kranke Person kann freiwillig in stationärer Behandlung sein. Die Aufnahme als Notfall und die dafür nötige Personaldecke ist trotzdem nicht für jeden Tag planbar. Mit diesen Regelungen kommt das Personal gerade nicht „am Patienten an“, sondern es besteht die Gefahr, dass die Patient*innen nicht mehr beim Personal, dh. in der Klinik ankommen. Der Stationsbezug des Personalnachweises schreibt darüber hinaus eine tradierte Organisationsstruktur und damit eine von mehreren Konzeptionen psychiatrischer Behandlung fest und gibt rigide Strukturen vor, die eine Weiterentwicklung und Flexibilisierung psychiatrischer Behandlung über den aktuellen Fallstatus hinaus erschweren oder unmöglich machen. Modellvorhaben zeigen, dass gerade in der Behandlung von vulnerablen Patientengruppen eine Auflösung der traditionellen Stationen sinnvoll sein kann. Unter „Umsetzung in ein Behandlungsangebot“ wird vom GKV-VS diese Flexibilisierung eingefordert, was im Kontext der rigiden Nachweispflichten und Sanktionierung geradezu zynisch erscheint.</p>	
14.14	DGGPP	<p>Behandlungsbereiche und Tätigkeiten</p> <p>Wenn die PsychPV als Übergangslösung bis zur Entwicklung eines zukunftsfähigen Modells der Personalbemessung fortgeführt wird, ist die Einführung von neuen Einstufungsbereichen oder Berufsgruppen ohne Neudefinitionen zum Ausgleich der vorhandenen Mängel nur Flickwerk und damit überflüssig.</p> <p>Stationsäquivalente Behandlungsepisoden sind ausreichend durch Markierungen im Fallstatus gekennzeichnet. Gerade in Abteilungspsychiatrien werden oft auch somatisch kranke Patient*innen mitbehandelt, der Aufwand unterscheidet sich quantitativ nicht von den Aufwänden in der Psychosomatik, und die qualitativen Besonderheiten der Psychosomatik sind durch den Fachabteilungsschlüssel gekennzeichnet. Die PsychPV ist nicht nur be A-G-S 3 und 4 nicht mehr zeitgerecht. Insbesondere in der</p>	<p>GKV-SV: zu den Minutenwerten siehe Nr. 14.1</p> <p>Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>DPR: Der DPR begrüßt den Wunsch nach einer Erhöhung der Minutenwerte vor allem für den G-Bereich, hat aber keinerlei</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Gerontopsychiatrie ist die auf einer Durchschnittsverweildauer von 61 Tagen und im Vergleich zu heute deutlich anderen Bedingungen psychiatrischer Behandlung basierende Personalbemessung der PsychPV schon lange überholt. Hier ist aber eine Korrektur nicht vorgesehen. Auch in den Schussenrieder Tabellen wurde diese Benachteiligung gerontopsychiatrisch eingestufter Pat. nicht korrigiert. Gleichzeitig ist fachlich klar, dass sich die Behandlung alter psychisch Kranker nicht auf eine aktivierende Pflege reduzieren lassen kann. Gerade im Bereich der hirnganischen Erkrankungen ist eine aufwendige differenzierte Diagnostik und Therapie ebenso erforderlich wie die psychotherapeutische Betreuung von Pat. und Angehörigen und die Unterstützung bei psychosozialen Problemen. Für den Übergang ist deshalb nicht nur die stufenweise lineare Erhöhung um 15% über 2 Jahre, sondern auch für G eine Anpassung der Minutenwerte aller Berufe außer der Pflege an A erforderlich. Als ein Beispiel sei der Zuwachs an Personalbedarf für nichtmedikamentöse Therapieverfahren gemäss Leitlinien zur Demenzbehandlung genannt (https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024e7f65ed3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf).</p>	<p>Verständnis dafür die Pflege im A-Bereich auszuschließen. DKG: Kenntnisnahme PatV: Eine Erhöhung der Minutenwerte zum jetzigen Zeitpunkt ist durch den Vorschlag von PatV, DPR und BPTK erfolgt.</p>
<p>14.15</p>	<p>DGGPP</p>	<p>Ermittlung der Mindestvorgaben Es gibt keinen sachlichen Grund, für die Nicht-Pflichtversorgung Zeit abzuziehen statt für die Pflichtversorgung Zeit zu erhöhen. Eine Unterschreitung der PsychPV kann fachlich nicht begründet werden. Multiprofessionalität in der Psychiatrie bedeutet, dass es Überschneidungen in den Tätigkeiten der Berufsgruppen gibt. Dies begründet auch die Austauschbarkeit von Berufsgruppen gegeneinander in bestimmtem Umfang. Gerade in Zeiten des Fachkräftemangels muss diese Möglichkeit erhalten bleiben. Eine Besetzung mit 1,6 oder gar 1,4 Pflegepersonen pro Station im Nachtdienst reicht in Kliniken mit Versorgungsverpflichtung in sozialen Brennpunkt-Regionen bei weitem nicht aus.</p>	<p>GKV-SV: In den Minutenwerten ist die Pflichtversorgung prinzipiell enthalten. Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens wird die Pflichtversorgung aber im Rahmen eines Ausnahmetatbestandes zusätzlich im Vorschlag des GKV-SV berücksichtigt. Die Festlegung der Nachtwachenbesetzung stellt eine Herausforderung dar, ist aber aus Qualitätssicherungsgründen notwendig. Die Nachtwachenbesetzung wird in der ersten Weiterentwicklungsstufe aufgrund der empirischen Daten der Strukturabfrage überarbeitet. Eine Sanktion ist bis</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>dahin nicht vorgesehen.</p> <p>DPR: Die Ansätze für den Nachtdienst von 1,4 bzw. 1,6 VK sind im Vorschlag des DPR im Durchschnitt aller Stationen einer Klinik zu sehen und unterliegen der Disposition des Pflege- und Erziehungsdienstes (siehe § 11 des DPR)</p> <p>DKG: Zu Punkt 1 und 2: Es werden mit dieser Richtlinie Mindestvorgaben festgelegt, die nicht unterschritten werden dürfen. Die Psych-PV diene bisher als Personalbemessungsinstrument und gleichzeitig als Grundlage zur Budgetfindung. Daher ist es folgerichtig eine neue Mindestvorgabe deutlich unter 100 Prozent Psych-PV-Umsetzung festzulegen. Eine „veraltete“ Personalbemessung als neue Mindestvorgabe normativ festzulegen, entbehrt jeglicher empirischen Grundlage. Auch in der Psych-PV war das Nichtvorhandensein einer Pflichtversorgung mit einem Abzug bei den Minutenwerten zu berücksichtigen.</p> <p>Zu Punkt 3 und 4 Kenntnisnahme</p>
14.16	DGGPP	<p>Anpassung der Richtlinie</p> <p>Die PsychPV war bei ihrer Einführung ein zukunftsweisendes Instrument, dass zur Enthospitalisierung und Halbierung der stationären Verweildauern in der Psychiatrie erheblich mit beigetragen hat. Sie war nicht nur empirisch begründet, sondern enthielt</p>	<p>GKV-SV/PatV: Diese Anmerkung ist nachvollziehbar. Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich ei-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>durchaus normative Setzungen unter fachlichen Gesichtspunkten. In den 30 Jahren seit ihrer Einführung hat sich aber in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und in gesellschaftlichen Einstellungen so viel geändert, dass dies mit einer in 2020 beginnenden schrittweisen Anpassung nicht einholbar ist. Die Plattform der Fachgesellschaften und Verbände hat auf dem patientenbedarfsbezogenen Ansatz der PsychPV aufsetzend ein neues Modell entwickelt und auf seine Machbarkeit hin überprüft. Dieses Modell sollte empirisch überprüft und ggf. modifiziert in eine Richtlinie überführt werden. Die Richtlinie sollte die regelmäßige Überprüfung und Anpassung an Weiterentwicklungen im medizinischen und therapeutischen Bereich enthalten.</p>	<p>nen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>Das Plattform-Modell wurde neben anderen (Setting-Modell, PEPP-basiertes Modell) zur Ermittlung von Personalvorgaben oder Mindestpersonalvorgaben in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik vom G-BA geprüft. Keines der geprüften Modelle hatte hinreichenden Reifegrad erlangt. Keines der Modelle war in der Praxis erprobt – Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen lagen nicht vor –, so dass eine jetzige Einführung nicht in Frage kommt.</p> <p>BPtK/PatV: Grundsätzliche Zustimmung, dass eine Weiterentwicklung der Richtlinie erforderlich ist, aber keine Vorfestlegung auf das „Plattform Modell“. Das „Plattform Modell“ ist zum jetzigen Zeitpunkt noch zu wenig ausgearbeitet, um beurteilen zu können, nach welchen Kriterien der Patientenbedarf bestimmt und operationalisiert werden soll und ob und inwieweit Transparenz und Überprüfbarkeit der Einstufung sowie der Leistungen gewährleistet werden.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

14.17	DGGPP	<p>Zum Bürokratieaufwand</p> <p>Forderungen wie eine tägliche Einstufung der Patient*innen (selbst für PEPP muss lediglich taggenau eingestuft werden) sind aufgrund der Erhöhung des ohnehin schon mehr als grenzwertigen Dokumentations- und Bürokratieaufwands grundsätzlich abzulehnen.</p>	<p>GKV-SV: Ein zusätzlicher und unverhältnismäßiger Dokumentationsaufwand ist nicht nachvollziehbar. Eine kontinuierliche Einstufung der behandelten Patienten ist praktikabel und erfolgt bereits bisher über den entsprechenden OPS-Kode. Eine gesonderte Erfassung der Anwesenheit von Personal am Krankenhaus und auf Station ist nicht notwendig, da diese Angaben bereits heute aus arbeitsrechtlichen und haftungsrechtlichen Gründen erhoben werden müssen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
15	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), 14. Juni 2019		
15.1	DGKJ	<p>Die DGKJ ist als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendmedizin betroffen, da psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche auch in ihren Zuständigkeits- und Kompetenzbereich fallen. Die Psychosomatik ist ein genuiner Bestandteil der Kinder- und Jugendmedizin (s. Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer). Die Zahl an psychosomatisch komorbiden Patienten in unserem Fachgebiet nimmt zu, man spricht von „neuen Morbiditäten“. Die Versorgung der Patienten wird teils auf gesonderten Stationen in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin wahrgenommen, teils auch auf Normalstationen zwischen somatisch erkrankten Patienten. Speziell nur für die Psychosomatik ausgewiesenen Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin gibt es nicht. Insoweit stellt sich die Frage, ob die im G-BA-Beschlussentwurf getroffenen Richtlinien über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik auch für die Kinder- und Jugendpsychosomatik in Kliniken für Kinder- und</p>	<p>GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Der gesetzliche Auftrag gemäß § 136a Abs. 2 umfasst die Festlegung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung von Psychiatrie und Psychosomatik nicht der Kinder- und Jugendmedizin. Dementsprechend findet die Richtlinie in diesem Versorgungsbereich keine Geltung.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Jugendmedizin gelten sollen.</p> <p>Die Belange der Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden durch die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) kommentiert, die Belange der Psychosomatik auch durch die Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Psychosomatik (AGPPS). Die AGPPS ist korporatives Mitglied der DGKJ.</p>	
15.2	DGKJ	<p>In den tragenden Gründen wird festgehalten, dass das Ziel dieser Richtlinie darin besteht, Mindestanforderungen der Strukturqualität – hier die Personalausstattung - im G-BA-Kontext zum Zwecke der Qualitätssicherung festzulegen, nicht aber Personalanzahlzahlen zum Zwecke der Budgetfindung auf Ortsebene. Es steht allerdings zu befürchten, dass unter dem Ökonomisierungsdruck der stationären Einrichtungen die festgelegte Personaluntergrenze als Mindestvoraussetzung zur Abrechnung von Leistungen verstanden wird. Es gibt dann kein Anreiz zur Personaleinstellung oberhalb dieser Mindestgrenze. Es besteht die Gefahr, dass de facto die Personaluntergrenzen zukünftig auch Obergrenzen darstellen werden. Die grundsätzliche Frage der Qualitätssicherung in der Behandlung wird bei dem vorliegenden Ansatz somit lediglich über einen Personalschlüssel beantwortet. Andere Qualitätsindikatoren sind nicht berücksichtigt.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Die vorliegende Richtlinie verfolgt nicht das Ziel, die „grundsätzliche Frage der Qualitätssicherung in der Behandlung“ zu beantworten. Es soll mit dieser Richtlinie nur der gesetzliche Auftrag gemäß § 136a Absatz 2 Satz 2 umgesetzt werden, nachdem der G-BA insbesondere verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal festzulegen hat.</p> <p>Wir adressieren die von der DGKJ angesprochene Problematik in § 2 Absatz 1, mit dem Hinweis, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann. Daher ist in den Vereinbarungen auf der Ortsebene gemäß § 6</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Absatz 7 das Personal gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen.</p> <p>Weiterhin definiert die DKG ein gestuftes System an Folgen der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben, das nicht den Vergütungsausschluss, sondern Beratung und Unterstützung der Einrichtungen in den Vordergrund stellt.</p>
15.3	DGKJ	<p>In den tragenden Gründen wird zu der Tatsache, dass es keine evidenzbasierten Standards zur Personalausstattung gibt, folgendes ausgeführt:</p> <p>„Zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie gab der G-BA daraufhin erstens eine empirische Studie zur Personalausstattung in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik in Deutschland in Auftrag. Zweitens führte der G-BA acht Fachexpertengespräche durch. Sieben davon zu den in Psychiatrie und Psychosomatik geltenden S3-Leitlinien und ein weiteres übergeordnetes Fachgespräch unter der übergeordneten Fragestellung, welche Personalausstattung für deren Umsetzung erforderlich ist. Parallel dazu wurden aus allen betroffenen S 3-Leitlinien die personalbezogenen Inhalte extrahiert, d. h. nach Empfehlungen zu Umfang, Intensität sowie notwendigem Personal für die Umsetzung von empfohlenen Maßnahmen gesucht. Die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik stehen derzeit nicht zur Verfügung.“</p> <p>Dazu ergeben sich folgende Fragen:</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Der gesetzliche Auftrag gemäß § 136a Abs. 2 umfasst die Festlegung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung von Psychiatrie und Psychosomatik nicht der Kinder- und Jugendmedizin. Dementsprechend findet die Richtlinie in diesem Versorgungsbereich keine Geltung.</p> <p>Ein verbindlicher Zeitplan zur Weiterentwicklung der Richtlinie wird im Richtlinienentwurf der DKG in § 13 aufgeführt. Bei der Weiterentwicklung der Richtlinie wird regelmäßig der Überarbeitungsbedarf der Richtlinie überprüft. Alternativen werden hinsichtlich der in § 13 aufgeführten Weiterentwicklung der Richtlinie, mit der unterschiedliche Patientenbedarfe abgebildet</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>1. Sind bei der empirischen Studie zur Personalausstattung die besonderen Belange der Kinder- und Jugendpsychiatrien und -psychosomatischen Abteilungen berücksichtigt worden? Aus Sicht der DGKJ betrifft diese Frage besonders die in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin vorhandenen Strukturen zur Behandlung von psychosomatisch erkrankten Kinder und Jugendlichen.</p> <p>2. Warum stehen die Ergebnisse der empirischen Studie nicht zur Verfügung? Lassen sich bei aller Heterogenität der Ergebnisse Erkenntnisse für die unter 1. genannte Gruppe gewinnen?</p> <p>3. Berücksichtigt die jetzt zu Grunde gelegte Psychiatrie-Personal-Verordnung (Psych-PV) die besonderen Belange der unter 1. genannten Gruppe?</p> <p>4. Gibt es einen Zeitplan der Weiterentwicklung der Richtlinie?</p> <p>5. Ist es geplant, neben den dargelegten (teils nicht evidenzbasierten) Methoden zur Personalbedarfskalkulation insbesondere in der Psychosomatik Alternativen zu prüfen? Inwieweit werden die Erfahrungen/Forschungsergebnisse der Fachgesellschaften dabei berücksichtigt?</p>	werden sollen, geprüft.
15.4	DGKJ	<p>In dem vorliegenden Beschlussentwurf sind kindliche und jugendliche Patienten mit psychosomatische Erkrankungen lediglich innerhalb der Kinder- und Jugend-psychiatrie vorgesehen (S. 42ff.). Dies bildet aber nicht die Versorgungsrealität ab, da es wie ausgeführt kinder- und jugendpsychosomatische Patienten in der Kinder- und Jugendmedizin außen vorlässt.</p> <p>Nach Lesart der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), die in den Tragenden Gründen dargelegt wird, soll die Festlegung für kinder- und jugendpsychosomatische Patienten in Stufe 2 erfolgen.</p>	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
15.5	DGKJ	<p>Die psychosomatische Pflegeausstattung einer Einrichtung erfordert ein anderes Berechnungsmodell als die kinder- und jugendpsychiatrische. Die Psych-PV ist als</p>	GKV-SV: Psychische/psychosomatische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Grundlage nicht geeignet. Für die psychosomatischen Einrichtungen werden die Personalanhaltszahlen von Heuft von 1999 für die Ermittlung der Mindestpersonal-ausstattung zugrunde gelegt. Die Kalkulation ist noch weniger evidenzbasiert als die der Psych-PV. Erneut sei darauf verwiesen, dass es spezielle Einrichtungen Kinder- und Jugend-Psychosomatik nicht gibt, diese sind in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin integriert.</p>	<p>werden entsprechend des Versorgungsauftrags in der KJP behandelt.</p> <p>In keiner Weise nachvollziehbar ist es, dass Patienten mit vergleichbaren Diagnosen, vergleichbarem Schweregrad und mit vergleichbaren Behandlungsanforderungen unterschiedlichen Personalausstattungen zugeordnet werden sollen.</p> <p>Auch die Ableitung von Personalanhaltszahlen aus dem Erwachsenenbereich ist nicht statthaft, die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen folgt anderen fachlich-inhaltlichen Notwendigkeiten.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p>
15.6	DGKJ	<p>Bei den Festlegungen von Personaluntergrenzen muss gewährleistet bleiben, dass bei begründeter Unterschreitung nicht zwingend ein Leistungsausschluss die Folge sein darf, insbesondere, wenn die objektive Unmöglichkeit einer entsprechenden Personalgestellung auf Grund des Fachkräftemangels nachgewiesen werden kann. Bei stringenter Umsetzung ist sonst die Schließung von Abteilungen zu befürchten, so dass die entsprechenden Patientengruppen gar nicht mehr versorgt werden. Die DGKJ kann aktuell berichten, dass in der Folge der QRF-RL (Qualitätssicherung Früh- und Reifgeborenen Richtlinie) Abwerbprämien für qualifiziertes Personal (Gesundheits- und Kinderkrankenpflege/in mit Zusatzweiterbildung Intensivpflege) gezahlt werden, die im DRG-System natürlich nicht eingepreist sind.</p>	<p>GKV-SV: § 11 und § 13</p> <p>Der Schutz und das Vertrauen der Patienten erfordern es, dass vom G-BA festgelegte, verpflichtende Qualitätsanforderungen konsequent eingehalten werden. Der Gesetzgeber hat in § 137 Abs. 1 SGB V aus Qualitätsgründen vorgesehen, dass die Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zum Wegfall des Vergütungsanspruchs führt; entsprechend hat dies der G-BA in der QFD-RL festgelegt.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Das Nachweisverfahren stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen möglich sind. Die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können so ausgeglichen werden. Die Flexibilität des Krankenhauses bleibt so erhalten.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Die DKG definiert ein gestuftes System an Folgen der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben, dass nicht den Vergütungsausschluss sondern Beratung und Unterstützung der Einrichtungen in den Vordergrund stellt.</p>
15.7	DGKJ	<p>Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Erkrankungen muss innerhalb der bestehenden Strukturen, auch zukünftig möglich sein, also auch auf primär somatisch orientierten Stationen in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin. Vorgaben für die Personalausstattung, die für Kinder- und Jugendpsychiatrien gelten sollen, dürfen auf keinen Fall auf kinder- und jugendpsychosomatische Abteilungen innerhalb der Kinder- und Jugendmedizin übertragen werden.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Der gesetzliche Auftrag gemäß § 136a Abs. 2 umfasst die Festlegung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung von Psychiatrie und Psychosomatik nicht der Kinder- und Jugendmedizin. Dementsprechend findet die Richtlinie in diesem Versorgungsbereich keine Geltung.</p>
15.8	DGKJ	<p>Die DGKJ fordert eine möglichst evidenzbasierte Personalbedarfskalkulation insbesondere der psychosomatischen Stationen für Kinder- und Jugendliche, auch wenn diese erst in einem zweiten Schritt erfolgt.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

16.	Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK), 14. Juni 2019		
16.1	APK	<p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Die Aktion Psychisch Kranke (APK) begrüßt ausdrücklich die Initiative des Gesetzgebers im Rahmen des PsychVVG die Personalausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser sicherzustellen und den G-BA zu beauftragen zur Sicherung der Qualität der Versorgung verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser festzusetzen. Die psychiatrischen Krankenhäuser sind ein wichtiger Baustein im psychiatrischen Versorgungssystem. Eine qualitativ und quantitativ gute Personalausstattung ist die zentrale, notwendige Bedingung, um die Versorgungsaufgaben der psychiatrischen Krankenhäuser ausgerichtet auf den Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten erfüllen zu können.</p> <p>Der G-BA ist nicht beauftragt Personaluntergrenzen zu entwickeln, ab denen möglicherweise die Patientensicherheit gefährdet ist, sondern qualitative Mindestvorgaben (Qualitätsstandards) für die Personalausstattung stationärer Einheiten festzulegen. Die einseitige Interpretation des Auftrages aus dem PsychVVG durch den G-BA und die Fixierung auf sanktionsbewehrte Untergrenzen wird von der APK in Frage gestellt.</p> <p>Die APK geht davon aus, dass Personalvorgaben vorrangig orientiert an den Anforderungen der zu behandelnden Patientinnen und Patienten und den daraus zu beschreibenden Aufgaben des Personals entwickelt werden müssen. Dabei sind die Anforderungen an den Kriterien zu messen, psychiatrische Krankenhäuser auf der Basis von Vertrauen, Empathie, Vermeidung von Zwang und unter den Bedingungen von definierter Versorgungsverpflichtung durchzuführen. Dabei ist zu beachten, dass Vermeidung von Zwang personellen Einsatz bedingt.</p>	<p>Der gesetzliche Auftrag wird nicht einseitig interpretiert.</p> <p>Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf.</p> <p>DKG: Die Problematik wird durch eine Mindestvorgabe in Höhe von 80_% der gemäß § 6 Abs. 1 bis 4 ermittelten Personalstellen und mit dem Hinweis in § 2 Abs. 1, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann, adressiert. Daher ist in den Vereinbarungen auf der Ortsebene gemäß § 6 Abs. 7 das Personal gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind, um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen. Bei den Budgetvereinbarungen auf der Ortsebene sind neben den Mindestvorgaben entsprechend der 80 %-Psych-PV um die Ausfallzeiten und um weitere für eine leitliniengerechte</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Der vorgelegte Entwurf des G-BA zur Mindestpersonalausstattung erfüllt die Zielsetzung des Gesetzgebers – Sicherstellung einer quantitativ und qualitativ guten Personalausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser – nur ansatzweise.</p>	<p>rechte Versorgung notwendigen Personalstellen zu erhöhen.</p> <p>Wir teilen die Auffassung, dass es statt Sanktionen, die die flächendeckende Versorgung gefährden können, ein sinnvolles System an Maßnahmen zur Erfüllung der Mindestvorgaben geben muss. Aus diesem Grund beinhaltet der DKG-Entwurf bei Unterschreitung der Mindestvorgaben ein gestuftes System an Durchsetzungsmaßnahmen bei denen die Beratung und Unterstützung der Einrichtungen zur Erfüllung der Mindestvorgaben im Vordergrund steht.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>Der Schutz und das Vertrauen der Patienten erfordern es, dass vom G-BA festgelegte, verpflichtende Qualitätsanforderungen konsequent eingehalten werden. Der Gesetzgeber hat in § 137 Abs. 1 SGB V aus Qualitätsgründen vorgesehen, dass die Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V zum Wegfall des Vergütungsanspruchs führt; entsprechend hat dies der G-BA in der QFD-RL festgelegt.</p> <p>Das in § 6 vom GKV-SV vorgeschlagene Verfahren zur Ermittlung der Mindestvorgaben ermöglicht eine qualitätsgesicherte</p>
--	--	---	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			Versorgung der Patienten je nach Belegung der Station in einem Kalendermonat. Sie stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen ohne Bettensperrungen möglich sind, denn die Einrichtung muss die Anforderung kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können also ausgeglichen werden.
16.2	APK	<p>Zusammenfassung: Vorschlag der APK</p> <p>1. Die bestehende PsychPV als Referenzgröße für die qualitativen Mindestvorgaben wird in einer ersten Stufe zum 1.1.2020 angepasst (PsychPV 2.0):</p> <p>a. Die Minutenwerte (Anlage 2 S.50) werden entsprechend dem Votum der Patientenvertreter im GBA angelehnt an die Schussenrieder Tabellen an die veränderten Bedingungen der Leistungserbringung in den Krankenhäusern (z.B. Fallzahlen) angepasst.</p> <p>b. Die Patienteneinstufungskategorien werden - wie von allen Fraktionen des GBA vorgeschlagen - vereinfacht. Die Bereiche 3 (rehabilitative Behandlung) und 4 (längerfristige Behandlung) entfallen. Mit dem Bereich 5 wird (vorläufig) der Personalbedarf der psychosomatisch-psychotherapeutisch orientierten Einrichtungen ermittelt. Ein Bereich 9 (stationsäquivalente Behandlung) wird zusätzlich definiert.</p> <p>c. Die Minutenwerttabelle für die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird analog - angelehnt an die Schussenrieder Tabellen - angepasst. Im Bereich der Gerontopsychiatrie sind besondere Bedarfe zu berücksichtigen.</p>	<p>GKV-SV/PatV/DPR: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Die APK erkennt bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stimmungsverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stimmungsverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einfüh-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>zung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.</p> <p>DKG: Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienbewertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise. Die Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der PPP-RL festzulegenden Mindestpersonalausgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psych-PV derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.
16.3	APK	2. Die PsychPV 2.0 als Referenzgröße für die qualitativen Mindestvorgaben wird durch den GBA unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten aus der psychiatrischen Versorgung regelmäßig weiterentwickelt und angepasst. Dabei sind in zukünftigen Stufen innovative Modelle und die Entwicklungen im Bereich der Psychotherapie zu berücksichtigen.	<p>GKV-SV: Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>DKG: Um sicherzustellen, dass es sich bei dem vorliegenden Richtlinienentwurf nur um die erste Stufe von Personalvorgaben durch den G-BA handelt, werden in § 13 verbindliche Vorgaben zur Weiterentwicklung der Richtlinie getroffen, die die Entwicklung einer zweiten Stufe zur Ausgestaltung der Personalvorgaben umfasst.</p>
16.4	APK	3. Vom Gesetzgeber wird in der Bundespflegegesetzverordnung klargestellt, dass bei der Budgetfindung die Referenzgröße PsychPV 2.0 die „für die Ausstattung mit dem für die erforderlichen therapeutischen Personal (BPfIV §3 Abs. (3) Nr.5) relevant ist.	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p>
16.5	APK	4. Die formulierten Ausnahmetatbestände in Bezug auf Nichterfüllung sind zielführend, sollten aber auch Aspekte des Fachkräftemangels und diesbezüglich regionale	GKV-SV: Das in § 6 vom GKV-SV vorgeschlagene Verfahren zur Ermittlung der

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Gegebenheiten aufgreifen. Wenn die Ausnahmetatbestände nicht greifen, sind nach § 137 SGB V gestufte Sanktionsmaßnahmen als Bezugsrahmen in den Richtlinien nach § 92 SGB V festzulegen. Bei der Abstufung der Sanktionsmaßnahmen muss der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit bzw. die Verlässlichkeit des Angebotes gewahrt werden. Der Schutz von Patientinnen und Patienten muss oberstes Gebot sein. Kurzfristige Schließungen von Stationen sind nicht vertretbar.</p>	<p>Mindestvorgaben ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten je nach Belegung der Station in einem Kalendermonat. Sie stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen ohne Bettensperungen möglich sind, denn die Einrichtung muss die Anforderung kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können also ausgeglichen werden.</p> <p>Das hier thematisierte Problem des Fachkräftemangels existiert. Der GKV-SV tritt deshalb für eine Übergangsfrist von vier Jahren ein. Regionale Besonderheiten müssen auf Ortsebene in den Budgetverhandlungen berücksichtigt werden.</p> <p>DKG: Wir teilen die Auffassung, dass es statt Sanktionen, die die flächendeckende Versorgung gefährden können, ein sinnvolles System an Maßnahmen zur Erfüllung der Mindestvorgaben geben muss. Aus diesem Grund beinhaltet der DKG-Entwurf bei Unterschreitung der Mindestvorgaben ein gestuftes System an Durchsetzungsmaßnahmen bei denen die Beratung und Unterstützung der Einrichtungen zur Erfüllung der Mindestvorgaben im Vordergrund steht.</p> <p>DPR: Zustimmung</p>
--	--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

16.6	APK	<p>5. Die APK begrüßt die Vorgabe, dass die qualitativen Mindestvorgaben der Personalausstattung in ein Behandlungsangebot umgesetzt werden sollen. Die von der GKV und der Patientenvertretung genannten Ziele werden alle von der APK geteilt. Die APK schlägt vor, diese noch um die Ziele „individuelle personenbezogene Koordination mit anderen Leistungserbringern und mit Personen des Lebensumfelds der Patientinnen und Patienten“ zu ergänzen.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Der GKV-SV greift den Vorschlag auf und hat § 9 der Richtlinie entsprechend ergänzt.</p> <p>DKG: Die Forderung, ein konkretes Behandlungsangebot in dieser Richtlinie verbindlich zu regeln, bedeutet einen erheblichen Eingriff in die Gestaltung der Behandlungskonzepte und überschreitet damit deutlich den Auftrag dieser Richtlinie.</p>
16.7	APK	<p>6. Die APK schlägt vor in einer PsychPV 2.0 bereits zum 1.1.2020 als eigene Personalgruppe Genesungsbegleiter aufzunehmen und somit den Peer-Einbezug in der psychiatrischen Behandlung auch formal zu unterstützen.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Der GKV-SV sieht in seinem Vorschlag die Möglichkeit vor, Genesungsbegleiter einzusetzen. In einem ersten Schritt soll durch die Strukturabfrage und die Darstellung im Qualitätsbericht Transparenz über die eingesetzten Genesungsbegleiter hergestellt werden.</p> <p>DKG/DPR: Genesungsbegleiter übernehmen bereits in vielen Einrichtungen eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten, es gibt derzeit jedoch noch keine einheitliche Ausbildungsform dieser Berufsgruppe. Vor diesem Hintergrund wird der Einsatz von Genesungsbegleitern nicht unter den Mindestvorgaben dieser Richtlinie verortet. Genesungsbegleiter sind jedoch gemäß § 6 Abs. 7 bei den Vereinbarungen auf Ortsebene zu berücksichtigen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

16.8	APK	<p>Erläuterung:</p> <p>1. Die APK unterstützt ausdrücklich die Einschätzung bzw. die Position der DKG und der GKV, dass für die seit 1991 bestehende PsychPV aktuell sowohl national als international keine überlegene Alternative zur Verfügung steht. Die PsychPV ist die derzeit beste, empirisch erprobte und bewährte Regelung zur Sicherstellung zur Personalausstattung psychiatrischer Krankenhäuser.</p>	<p>DKG/GKV-SV/PatV/DPR: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
16.9	APK	<p>2. Die APK begrüßt, dass der G-BA einhellig eine kontinuierliche Weiterentwicklung der PsychPV für geboten hält. Ein zentrales Defizit der bisherigen PsychPV lag darin, dass die Regelung weder quantitativ (Minutenwerte) noch qualitativ (Patei-entengruppen) an die Weiterentwicklung des Faches Psychiatrie und der psychiatrischen Versorgung angepasst wurde. Es fehlte bisher ein Mechanismus zur Anpassung der PsychPV in definierten Zyklen.</p>	<p>Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
16.10	APK	<p>3. Die jetzt vorgeschlagene Entwicklung der Anpassung und Fortschreibung ist zielführend und wird nachhaltig das System an die Erfordernisse der psychiatrischen Versorgung und den medizinischen Fortschritt anpassen. Aktuell vorgeschlagene Modelle können in einem solchen Prozess Schritt für Schritt realisiert werden, ohne dass es zu Brüchen in der Versorgung kommt.</p>	<p>Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
16.11	APK	<p>4. Der von DKG und GKV einhellig vorgeschlagene „erste Schritt“ für die Anpassung der PsychPV für 2020 ist dagegen inakzeptabel. Die seit 1991 nicht mehr angepassten Minutenwerte sind „hoffnungslos“ veraltet.</p>	<p>GKV-SV: siehe Nr. 16.2 DKG: Aus den im Kommentar der DKG zur Anmerkung der APK in Zeilenr. 16.2 genannten Gründen werden die Minutenwerte in der ersten Stufe nicht angepasst. DPR: Die „veralteten“ Minutenwerte sollen</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			schon in einer ersten Stufe angepasst werden. Siehe Vorschläge DPR, BPtK, PatV.
16.12	APK	5. Da derzeit keine ausgearbeitete Alternativen bestehen, schließt sich die APK dem Vorschlag der Patientenvertreter im GBA an, die Minutenwerte in Anlehnung an die „Schussenrieder Tabelle“ ab 01.01.2020 zur Grundlage der qualitativen Mindeststandards bzw. der Personalbedarfsermittlung im Budgetfindungsprozess zu definieren (PsychPV 2.0) und diese Werte im Rahmen des kontinuierlich weiterentwickelten Systems regelmäßig anzupassen. Die Besonderheiten des Personalbedarfs in der Psychosomatik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in Anlehnung an die Schussenrieder Tabellen zu berücksichtigen.	<p>GKV-SV: siehe Nr. 16.2</p> <p>DKG: Aus den im Kommentar der DKG zur Anmerkung der APK in Zeilennr. 16.2 genannten Gründen werden die Minutenwerte in der ersten Stufe nicht angepasst.</p> <p>BPtK: Zustimmungende Kenntnisnahme, dass eine Erhöhung der Minutenwerte zwingend erforderlich ist. Die Schussenrieder Tabellen entsprechen für die ärztliche und psychologische Berufsgruppe weitgehend den Vorschlägen von BPtK/DPR/PatV zur Erhöhung der Minutenwerten von Ärzten und Psychologen, beziehungsweise gehen über diese hinaus. Nur für den Intensivbehandlungsbereich (A2, S2, G2) sieht der Vorschlag von BPtK/DPR/PatV höhere Minutenwerte für die psychologische Berufsgruppe vor. Diese könnten aufgrund der Austauschbarkeit zwischen der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppe durch die höheren Minutenwerte bei den Ärzten für die Intensivbehandlungsbereiche nach Schussenrieder Tabelle (im Vergleich zum BPtK/DPR/PatV Vorschlag) ausgeglichen werden.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			PatV: Dank und Kenntnisnahme
16.13	APK	6. Die APK befürwortet die Anpassung der Patientengruppen wie vom GBA vorgeschlagen: Streichung der Kategorien A3, S3, G3 und A4, S4, G4. Die Abbildung des Personalbedarfs im Bereich der Psychosomatik und Psychotherapie in den Kategorien A5, S5, G5 ist zunächst zielführend, sollte aber im Weiterentwicklungsprozess überprüft werden. Eine eigene Kategorie Psychosomatik (PSM) neben den Kategorien A, S und G analog zu den Regelungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie wäre langfristig sicher adäquater und würde auch die Unterscheidung nach Regel- und Intensivversorgung im Bereich der Psychosomatik erlauben.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme Wir verweisen auf die Tragenden Gründe zu Behandlungsbereichen und zur Anlage Eingruppierungsempfehlungen. DKG/PatV: Kenntnisnahme
16.14	APK	7. Stationsäquivalente Behandlung ist auch in den Bereichen S und G als Bereich S9 und G9 vorzusehen.	GKV-SV: Die Behandlungsbereiche in den Eingruppierungsempfehlungen wurden im Vorschlag des GKV-SV erweitert um die Stationsäquivalente Behandlung (ST1 und KJ9). Im Bereich ST1 können alle Kranken eingruppiert werden, die eine StäB benötigen (siehe Eingruppierungsempfehlung). Mit Hilfe der Nachweise und der Strukturabfrage sollen künftig empirische Werte, die eine Maßgabe für die StäB ermöglichen, gewonnen werden. DKG/PatV/DPR: Der Hinweis wurde in der Richtlinie umgesetzt.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

16.15	APK	<p>8. Die APK begrüßt, dass für die tatsächliche Realisierung der Personalstandards mehr Transparenz geschaffen werden soll. Bezugsgröße muss jedoch immer die jahresdurchschnittliche Besetzung der Personalstellen des gesamten Krankenhauses sein. Diese Form des Nachweises hat sich beim sogenannten PsychPV-Nachweis seit 2018 bereits bewährt und sichert die Berücksichtigung der Ergebnisse in den jährlich stattfindenden Pflegesatzverhandlungen auch in Richtung Mehrbedarf. Unterjährige Nachweise bergen die Gefahr, dass bei Überbelegung zwar Sanktionen ausgelöst werden, die notwendige Mehrausstattung dann aber auf spätere Pflegesatzverhandlungen vertagt wird. Eine weitere Detaillierung und Segmentierung des Nachweises wie von der GKV gefordert, (Nachweis der Personalbesetzung einer einzelnen Station) würde die Gestaltungsmöglichkeiten des Krankenhauses erheblich einschränken und die Versorgung bzw. die Anpassung an die individuellen Behandlungsbedürfnisse und an regionale Besonderheiten erschweren.</p>	<p>GKV-SV: Eine Erfassung der Station – möglichst kalendermonatlich – ist unabdingbar und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
16.16	APK	<p><u>Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereiche</u></p> <p><u>Abs. 3:</u></p> <p>Die APK begrüßt die Verpflichtung des G-BA zur Weiterentwicklung dieser Richtlinie. Die APK empfiehlt, eine konkrete Zeitvorgabe in der Richtlinie zu benennen. Wenn die Zeitvorgabe im Vorschlag der DKG zu eng bemessen scheint, sollten andere Zeitvorgaben genannt sein.</p> <p>Begründung: Ohne konkrete Zeitvorgaben besteht das Risiko, dass sich die Vereinbarungspartner nicht einigen, wann das Ziel erreicht werden soll.</p>	<p>GKV-SV: Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DPR/PatV: Zustimmung konkreter Zeitplan</p>
16.17	APK	<p><u>Zu § 2 Grundsätze</u></p> <p><u>Abs. 1:</u></p>	<p>GKV-SV: Das in § 7 vom GKV-SV vorgeschlagene Verfahren zur Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und dem Umsetzungsgrad stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen möglich sind.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Die APK begrüßt grundsätzlich, dass die Mindestvorgabe jederzeit erfüllt sein muss. Gleichwohl ergeben sich im Verlauf eines Jahres Situationen, in denen das Krankenhaus ohne eigenes Verschulden nicht in der Lage ist, die Vorgabe einzuhalten. Die Versorgungsverpflichtung kann zu temporären Überbelegungen von Stationen und damit zu Unterschreiten der Personaluntergrenzen zwingen. Der Fachkräftemangel, der auch mittelfristig nicht zu beseitigen sein wird, ist einer der hier zu berücksichtigenden Aspekte. Daher empfiehlt die APK, im Vorschlag von GKV-SV/PatV/u.a. das Wort „jederzeit“ zu streichen. Zusätzlich müssen Abweichungen definiert werden, die ohne Sanktionen bleiben, z.B. kurzfristige Unterschreitungen bei Überbelegungen, während der Personalsuche etc.</p> <p>Eine Personalmindestvorgabe darf nicht verstanden werden als allgemein immer ausreichender Qualitätsstandard. Zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung kann eine höhere Personalausstattung erforderlich sein.</p>	<p>Die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können so ausgeglichen werden.</p> <p>Das hier thematisierte Problem des Fachkräftemangels existiert. Der GKV-SV tritt deshalb für eine Übergangsfrist von vier Jahren ein. Regionale Besonderheiten müssen auf Ortsebene in den Budgetverhandlungen berücksichtigt werden.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p>
16.18	APK	<p><u>Zu § 2 Grundsätze</u></p> <p><u>Abs. 2:</u></p> <p>Ein Behandlungsausschluss bei Unterschreiten der Mindestvorgaben, wie von dem GKV-SV in einer engen, nicht sachgerechten Auslegung des §137 SGB V vorgeschlagen wird, ist nicht realisierbar und nicht sachgerecht, zumal es in den meisten Einrichtungen mit dem Auftrag der Pflichtversorgung kollidiert. Zwingend erforderlich wäre ein gestuftes Verfahren, das z.B. bei notwendiger temporärer Überbelegung auch regelt, wie zusätzliches Personal finanziert wird. Die Bezugsgröße „Station“ und der Nachweisezeitraum „Monat“ würden dem Krankenhaus jede Möglichkeit nehmen, seine Versorgungsverpflichtung gerecht zu werden.</p> <p>Formulierungsvorschl</p> <p>Absatz 2 streichen.</p>	<p>GKV-SV: Das in § 6 vom GKV-SV vorgeschlagene Verfahren zur Ermittlung der Mindestvorgaben ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten je nach Belegung der Station in einem Kalendermonat. Sie stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen ohne Bettensperungen möglich sind, denn die Einrichtung muss die Anforderung kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können also ausgeglichen werden.</p> <p>Deshalb wird der Änderungsvorschlag abgelehnt.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			DKG: Dank und Kenntnisnahme
16.19	APK	<p><u>Zu § 2 Grundsätze</u></p> <p><u>Abs. 5:</u></p> <p>Die Personalmindestvorgabe sollte möglichst ununterbrochen eingehalten werden. Der kalendermonatliche Nachweis pro Station ist jedoch zu eng gefasst. Der derzeit praktizierte jahresdurchschnittliche Nachweis auf Krankenhausebene im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen hat sich bewährt.</p> <p>Begründung: Der Vorschlag des GKV-SV/PatV/DPR, den Nachweis monatlich stations-bezogen zu führen, ist zu eng gefasst. Monatliche Abweichungen entstehen schon aus alltäglichen Gründen, wie Krankheit, Urlaub etc., die z.B. mit spontanen Kündigungen, Arbeitsverboten während Schwangerschaften etc. zusammentreffen können und bei jeder temporären Überbelegung einer (Akut) Station.</p> <p>Resultiert die Unterschreitung von Personalmindestvorgaben aus versorgungsbedingten Überbelegungen muss auch die Möglichkeit zu einer bedarfsgerechten Aufstockung des Personals gegeben sein. Dies ist nach bestehender Vergütungslogik nur im Rahmen der jährlichen Pflegesatzverhandlungen möglich.</p> <p>Formulierungsvorschl</p> <p>Übernahme der DKG Formulierung</p>	<p>GKV-SV: Eine Erfassung der Station – möglichst kalendermonatlich – ist unabdingbar und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird.</p> <p>Deshalb wird der Änderungsvorschlag abgelehnt.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DPR/GKV-SV/PatV: Ein monatliches und stationsweises Monitoring macht Sinn, um frühzeitig Abweichungen abwenden zu können.</p>
16.20	APK	<p><u>Zu § 3 / 4 Behandlungsbereiche</u></p> <p><u>Abs. 1 und 2 Abs. 1:</u></p> <p>Der Verzicht auf die bisherigen Behandlungsbereiche A3, A4, S3, S4, G3, G4, KJ 4 und KJ 5 wird befürwortet. Stationsäquivalente Behandlung findet nicht nur im allge-</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV sieht in seinem Vorschlag vor, dass in der Psychiatrie der Behandlungsbereich ST „Stationsäquivalente Behandlung“ und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Behandlungsbereich KJ 9 „Stati-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>meinen- und kinder-jugendpsychiatrischen Bereich, sondern auch im Sucht- und im gerontopsychiatrischen Bereich statt. Deshalb sollten Kategorie S9 und G9 eingeführt werden.</p> <p>Formulierungsvorschlag</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungsbereiche A4, S4 und G4 streichen - Bezeichnung der Bereiche A5, S5 und G5 als Psychotherapie - Zusätzliche Aufnahme der Bereiche: S9 Stationsäquivalente Behandlung Sucht und G9 Stationsäquivalente Behandlung Gerontopsychiatrie - Bereich KJ5 streichen 	<p>onsäquivalente Behandlung“ neu aufgenommen wird.</p> <p>Im Bereich ST1 können alle Kranken eingruppiert werden, die eine StäB benötigen (siehe Eingruppierungsempfehlung).</p> <p>Mit Hilfe der Nachweise und der Strukturabfrage sollen künftig empirische Werte, die eine Maßgabe für die StäB ermöglichen, gewonnen werden.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG/DPR/PatV: Der Hinweis bezüglich der stationsäquivalenten Behandlung wurde in der Richtlinie entsprechend umgesetzt.</p>
16.21	APK	<p><u>Zu § 6 / § 7 Ermittlung der Mindestvorgaben für die Personalausstattung</u></p> <p><u>Abs. 5 (DKG):</u></p> <p>Die APK teilt nicht die Auffassung der DKG, dass die Gesamtstundenzahl je Berufsgruppe mit dem Faktor 0,8 zu multiplizieren sei.</p> <p>Begründung:</p> <p>jede unbefristete Vorgabe, dass weniger als 100 Prozent des Personals als Mindestausstattung ausreichend sind, wird von den Vertragsparteien vor Ort in den Budgetverhandlungen zur Begründung nicht ausreichender Ausstattung dienen. Es ist damit zu rechnen, dass Krankenhäuser, die den vollen Wert erreichen wollen, dann auf die 0,8 Grenze verwiesen werden. Umgekehrt könnten Häuser, die nur 0,8 umsetzen wollen, nicht von Dritten auf 100 Prozent verpflichtet werden. Wenn 100 Prozent erreicht</p>	<p>DKG: Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf. Wie in den Tragenden Gründen zu § 6 Abs. 5 erörtert, wird die Psych-PV derzeit von 52 % der Krankenhäuser zu 80 % bis 100 % umgesetzt. In Anbetracht der Streuung wird die Mindestvorgabe, die zukünftig von allen Einrichtungen verbindlich eingehalten werden muss, in Höhe von 80 % der Personalstellen angesetzt, die sich nach § 6 Abs. 1</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>werden sollen, müssen auch diese normiert werden. Übergangsfristen sind notwendig, werden aber an anderer Stelle geregelt.</p> <p>Würde dem Vorschlag der DKG gefolgt, müssten die Minutenwerte der PsychPV auf 125 % angehoben werden, um die derzeit gesetzlich verbindliche Personalausstattung nach (100%) Psych PV sicher zu stellen.</p>	<p>bis 4 ergeben.</p> <p>DPR/PatV: Dank und Zustimmung</p>
16.22	APK	<p><u>Zu § 7</u></p> <p><u>Abs. 2 (DKG-Vorschlag) / zugleich Anlage 4 nach GKV-SV/PatV:</u></p> <p>Die APK begrüßt grundsätzlich die Möglichkeit, Berufsgruppen untereinander anzurechnen. Die gegenseitige Anrechnung von Ärzten und Psychologen (a und c) wird geteilt. Die gegenseitige Anrechnung von Pflegekräften, Spezialtherapeuten und Sozialarbeitern wird nicht geteilt. Pflegekräfte sind nicht durch Sozialarbeiter zu ersetzen und umgekehrt.</p> <p>Die APK empfiehlt, nur die Berufsgruppen a und c sowie d und e als gegenseitig anrechenbar zu bezeichnen.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Anrechenbarkeit der Berufsgruppen ist gegeben und in § 8 verortet. Die Vorlage entspricht weitestgehend den Regelungen der jetzigen Psych-PV-Nachweise. Der Vorschlag der APK, die Anrechenbarkeit, der Berufsgruppen erheblich zu beschränken, ist fachlich nicht begründet. Eine Änderung wird deshalb abgelehnt.</p> <p>DKG: Auch in der Psych-PV bestand die Möglichkeit, Fachkräfte anderer Berufsgruppen der Psych-PV und anderer nicht in der Psych-PV genannter Berufsgruppen auf die Personalstellen anzurechnen. Derartige Abweichungen von der Psych-PV würden eine Auswirkungsanalyse in der Praxis erfordern.</p> <p>DPR: Die Anrechenbarkeit zwischen den Berufsgruppen sollte im Sinne des Skill- und Grademix der Zukunft (z. B. Akademisierung der Pflegeberufe) in einer 2. Stufe offen geregelt werden.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>16.23</p>	<p>APK</p>	<p><u>Zu § 8 (DKG) Minutenwerte Tagdienst:</u></p> <p>Für die Behandlungsgruppen 9 (stationsäquivalente Behandlung) sollen keine Minutenwerte vorgegeben werden. Der Bedarf und dementsprechend die Leistungserbringung im stationsäquivalenten Bereich ist sehr heterogen und wechselt oft von Tag zu Tag. Hier sind alternative Abrechnungsmodelle vorzuziehen.</p> <p>Formulierungsvorschl</p> <p>Übernahme von Satz 2 in der DKG Formulierung in die Richtlinie</p>	<p>GKV-SV: Die Behandlungsbereiche in den Eingruppierungsempfehlungen wurden im Vorschlag des GKV-SV erweitert um die Stationsäquivalente Behandlung (ST1 und KJ9).</p> <p>Im Bereich ST1 können alle Kranken eingruppiert werden, die eine StäB benötigen (siehe Eingruppierungsempfehlung).</p> <p>Mit Hilfe der Nachweise und der Strukturabfrage sollen künftig empirische Werte, die eine Maßgabe für die StäB ermöglichen, gewonnen werden.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p>
<p>16.24</p>	<p>APK</p>	<p><u>Zu § 11 (GKV-SV) / § 13 PatV: Genesungsbegleiter</u></p> <p>Die APK teilt die Aufnahme von Genesungsbegleitern in der Richtlinie zu verankern. Auch ihre Zusätzlichkeit begrüßt die APK. Es wäre nach einer Übergangszeit zu prüfen, ob aus der Soll-Vorschrift eine Muss-Vorschrift im Sinne einer Personalmindestvorgabe werden kann. Ferner wäre zu erwägen, ob der Begriff „Genesungsbegleiter“ definiert wird. Im allgemeinen Sprachgebrauch werden darunter Menschen mit eigener persönlicher Erfahrung mit einer psychischen Beeinträchtigung und mit dem psychiatrischen Hilfesystem verstanden.</p> <p>Aus Sicht der APK sollten Genesungsbegleiter grundsätzlich als Berufsgruppe in die Personalbemessung aufgenommen werden. Geeignet erscheint analog zum Stationssockel eine Bemessung pro Station z.B. in Form einer halben Stelle (1100 min.)</p>	<p>PatV/DPR: Dank und Zustimmung. Der Begriff der Genesungsbegleiter wird im Kontext der Richtlinie in den Tragenden Gründen definiert.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Der GKV-SV sieht in seinem Vorschlag die Möglichkeit vor, Genesungsbegleiter einzusetzen. In einem ersten Schritt soll durch die Strukturabfrage und die Darstellung im Qualitätsbericht Transparenz über die eingesetzten Genesungsbegleiter hergestellt werden.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>DKG: Wie oben bereits ausgeführt, übernehmen Genesungsbegleiter bereits in vielen Einrichtungen eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten, es gibt derzeit jedoch noch keine einheitliche Ausbildungsform dieser Berufsgruppe. Vor diesem Hintergrund wird der Einsatz von Genesungsbegleitern nicht unter den Mindestvorgaben dieser Richtlinie verortet. Genesungsbegleiter sind jedoch gemäß § 6 Abs. 7 bei den Vereinbarungen auf Ortsebene zu berücksichtigen.</p>
16.25	APK	<p><u>Zu § 12 (GKV-SV) / § 14 PatV: Umsetzung in ein Behandlungsangebot</u></p> <p>Die APK begrüßt die Vorgabe, dass die Mindestvorgaben der Personalausstattung in ein Behandlungsangebot umgesetzt werden sollen. Die genannten Ziele werden alle von der APK geteilt. Die APK schlägt vor, die genannten Ziele noch um die Ziele „individuelle personenbezogene Koordination mit anderen Leistungserbringern und mit Personen des Lebensumfelds der Patientinnen und Patienten“ zu ergänzen.</p> <p>Begründung: Gerade bei psychisch erkrankten Menschen ist die Einbeziehung des sozialen Umfelds, insbesondere der Familie, und der anderen Leistungserbringer, die möglicherweise mit den Patientinnen und Patienten zu tun haben, von herausragender Bedeutung für den Genesungsprozess und das Entlassmanagement, auch im Rahmen von sektorübergreifender Hilfeplanung. Zur Stärkung der konzeptionellen Vorgaben für ein Behandlungsangebot muss diese Aufgabe sowohl konzeptionell beschrieben werden, als auch in der Anlage 4 in den Aufgaben verankert werden</p>	<p>GKV-SV/PatV: Dank, zustimmende Kenntnisnahme und Aufnahme in § 9 im Vorschlag des GKV-SV.</p> <p>DKG: Wie oben bereits ausgeführt, bedeutet die Forderung, ein konkretes Behandlungsangebot in dieser Richtlinie verbindlich zu regeln, einen erheblichen Eingriff in die Gestaltung der Behandlungskonzepte und überschreitet damit deutlich den Auftrag dieser Richtlinie.</p>
16.26	APK	<p><u>Zu § 9 (DKG) / 13 Ausnahmetatbestände:</u></p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Strukturqualitätsvorgaben müssen sich auf die</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p><u>Abs. 1 und 2</u></p> <p>Von den verbindlichen Mindestvorgaben muss in Notfällen abgewichen werden können:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei überdurchschnittlichen Krankheitsbedingten Personalausfällen - bei starker unvorhersehbarer Erhöhung der Patientenzahlen - bei gravierenden strukturellen oder organisatorischen Veränderungen in der Einrichtung. <p>Diese Ausnahmetatbestände sind jedoch zeitlich zu begrenzen.</p> <p>Formulierungsvorschl</p> <p>Die von der DKG vorgeschlagenen Formulierungen werden in die Richtlinie aufgenommen</p>	<p>therapeutischen Tätigkeiten beziehen. Es liegt in der Organisationsverantwortung des Krankenhauses ausreichend Personal zu beschäftigen. Organisationsprobleme dürfen kein regulärer Ausnahmetatbestand sein. In den Minutenwerten ist die Pflichtversorgung prinzipiell enthalten. Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens wird die Pflichtversorgung aber im Rahmen eines Ausnahmetatbestandes zusätzlich im Vorschlag des GKV-SV berücksichtigt.</p> <p>DKG/DPR: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
16.27	APK	<p><u>Zu § 10/14/16 Nachweisverfahren (vgl. Kommentar zu § 8 GKV):</u></p> <p>Die Nachweise sind jahresdurchschnittlich für die gesamte Einrichtung zu führen. Weitere Segmentierungen und Differenzierungen sind nicht zielführend und erhöhen den bürokratischen Aufwand.</p> <p>Formulierungsvorschl</p> <p>Die von der DKG vorgeschlagenen Formulierungen in Abs.1, 2, 3, 5, 8, 9 werden in die Richtlinie aufgenommen.</p>	<p>GKV-SV: Eine Erfassung der Station – möglichst kalendermonatlich – ist unabdingbar und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird.</p> <p>Deshalb wird der Änderungsvorschlag abgelehnt.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
16.28	APK	<p><u>Zu § 13 (DKG) /18/20 Anpassung der Richtlinie</u></p> <p>Ein wesentliches Problem der PsychPV war, dass sie nicht regelmäßig und strukturiert an die Veränderungen der Leistungserbringungen und des medizinischen Fortschritts</p>	<p>GKV-SV: Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>angepasst wurde. Der G-BA sollte die jetzige Richtlinie zur Mindestpersonalausstattung nutzen, um einen definierten, zeitlich festgelegten Prozess der Überarbeitung der Richtlinie festzulegen. Dabei sollte festgelegt werden, dass ein strukturierter Dialog mit Experten und Fachverbänden stattfindet. Ein zweijähriger Rhythmus der Überprüfung erscheint angemessen.</p> <p>Formulierungsvorschlag</p> <p><u>Abs.1:</u> Die von der BPtK vorgeschlagenen Formulierungen werden in die Richtlinie aufgenommen.</p> <p><u>Abs.2</u> DKG: Eine entsprechende Überprüfung findet jährlich, beginnend mit dem Erfassungsjahr 2020 statt. Sollte der GBA feststellen, dass die Anpassung der Richtlinie notwendig ist, hat diese möglichst bis zum 31.12. des Folgejahres stattzufinden.</p> <p><u>Abs. 3</u> Die von der DKG vorgeschlagenen Formulierungen werden in die Richtlinie aufgenommen</p> <p><u>Abs. 4</u> Die von der DKG vorgeschlagenen Formulierungen werden in die Richtlinie aufgenommen</p>	<p>verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie geben.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme DPR: Zustimmung</p>
16.29	APK	<p><u>Zu § 15 DKG / § 20 GKV-SV / § 22 PatV Übergangsregelungen</u></p> <p>Die APK unterstützt grundsätzlich die Position der Patientenvertretung.</p>	<p>DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
16.30	APK	<p><u>Zur Anlage 1: Eingruppierungsempfehlungen</u></p>	<p>GKV-SV: Die Behandlungsbereiche in den Eingruppierungsempfehlungen wurden im</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Die Gruppen S9 und G9 stationsäquivalente Behandlung sind zusätzlich aufzunehmen.</p>	<p>Vorschlag des GKV-SV erweitert um die Stationsäquivalente Behandlung (ST1 und KJ9).</p> <p>Im Bereich ST1 können alle Kranken eingruppiert werden, die eine StäB benötigen (siehe Eingruppierungs-empfehlung).</p> <p>Mit Hilfe der Nachweise und der Strukturabfrage sollen künftig empirische Werte, die eine Maßgabe für die StäB ermöglichen, gewonnen werden.</p> <p>DKG: Der Hinweis wurde in der Richtlinie entsprechend umgesetzt.</p>
<p>16.31</p>	<p>APK</p>	<p><u>Zur Anlage 2: Minutenwertetabellen</u></p> <p>Die unveränderte Fortschreibung der 30 Jahre alten Minutenwerte der PsychPV zum 01.01.2020 ist inakzeptabel. Einzig die von der Patientenvertretungsseite vorgeschlagenen Minutenwerte sind geeignet die bekannten Veränderungen (Beispielsweise Fallzahlen, kürzere Verweildauer, stark gestiegener Dokumentationsaufwand, zunehmende Bedeutung der Psychotherapie, usw.) in einem ersten Schritt zu berücksichtigen. Fundierte Expertenschätzungen zum Mehrbedarf liegen vor und sind beispielsweise in den Schussenrieder Tabellen zu einem in sich konsistenten System verarbeitet worden. Eine Minutenwerttabelle, die unter den von den Patientenvertretungen vorgelegenen Anhaltzahlen liegt, ist weder den Mitarbeitenden der psychiatrischen Einrichtungen noch den Vertretern der Patienten und Angehörigen zu vermitteln.</p> <p>Grundsätzlich begrüßt die APK den Vorschlag der PatV und schließt sich deren Begründung in den Tragenden Gründen an.</p>	<p>GKV-SV: siehe Zeilennr. 16.2</p> <p>DKG: Aus den im Kommentar der DKG zur Anmerkung der APK in Zeilennr. 16.2 genannten Gründen werden die Minutenwerte in der ersten Stufe nicht angepasst.</p> <p>BPtK: (zur Ersetzung von „Diplom-Psychologen“ durch „Psychologische Psychotherapeuten“): Ablehnung unter Verweis auf die Tragenden Gründe der BPtK zu § 5 Berufsgruppen.</p> <p>PatV: Dank</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Die APK schlägt vor, den Begriff „Diplompsychologen“ in den Spaltenbezeichnungen durch „Psychologische Psychotherapeuten“ zu ersetzen.</p> <p>Begründung: Die Berufsbezeichnung „Diplompsychologen“ ist nicht mehr zeitgemäß. Seit einigen Jahren werden an deutschen Hochschulen Psychologen nur noch in Bachelor- und Masterstudiengängen ausgebildet. Insofern müssten auch diese Berufsabschlüsse genannt werden. Erforderlich ist jedoch vorrangig die psychotherapeutische Kompetenz. Daher muss sich diese in der Approbation abbilden. Die hier vorgeschlagene Lösung bedarf einer Überprüfung, wenn die Ausbildung psychologischer Psychotherapeuten gesetzlich neu geregelt wird.</p>	
17.	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht), 14. Juni 2019		
17.1	DG-Sucht	<p>Die DG-Sucht begrüßt bei der Personalberechnung für den Qualifizierten Alkoholentzug den Bezug auf die S3 Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ und die darauf basierende Personalberechnung (abgedruckt in Kiefer et al., Nervenarzt 2016, 87: 295-301, siehe Anlage). Diese muss vollumfänglich abgebildet sein, um eine leitliniengerechte Behandlung zu ermöglichen.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Die AG PPP hat sowohl die hier genannte Leitlinie in Bezug auf erforderliche Personalausstattung für eine leitliniengerechte Behandlung ausgewertet – es ließ sich keine diesbezügliche Empfehlung finden oder ableiten – als auch den hier vorgeschlagenen Artikel wissenschaftlich bewerten lassen, der vom Evidenzgrad als Expertenmeinung eingestuft wurde.</p> <p>Die DG-Sucht verkennt bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.</p> <p>DKG: Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienbewertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise. Die Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der PPP-RL festzulegenden Mindestpersonalvorgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psych-PV derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.</p>
17.2	DG-Sucht	<p>Wir weisen zudem darauf hin, dass sich die in der Publikation genannten Stellenanteile auf die Durchführung des psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Therapieprogramms bei Regelpatienten beziehen, nicht aber auf im akuten Alkoholentzug überwachungspflichtige Patienten (schwere körperliche oder psychische Entzugserscheinungen) bzw. auf psychiatrisch oder somatisch komorbid erkrankte Patienten. Hier sollte eine der psychiatrischen Intensivbehandlung entsprechende Personalberechnung angesetzt werden.</p>	<p>DKG und GKV-SV: Kenntnisnahme PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
18.	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V. (DFPP), 14. Juni 2019		

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

18.1	DFPP	<p>Die DFPP e.V. lehnt den vorliegenden Richtlinienentwurf in weiten Teilen ab. Diese Personalausstattungsrichtlinie ist als Personaluntergrenzenverordnung ausgestaltet, was dem in § 136a Abs. 2 SGB V beschriebenen gesetzlichen Auftrag zu qualitätsbezogenen und leitliniengerechten Personalmindestvorgaben nicht im Ansatz gerecht wird, da sie sich nicht an den Patientenbedarfen orientiert.</p>	<p>GKV-SV: Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf. Die PPP-RL ist kein Personalbemessungsinstrument, sondern eine Strukturrichtlinie zu Mindestvorgaben. Gleichwohl nimmt der GKV-SV zur Kenntnis, dass der Wunsch nach einer zusätzlichen Personalanzahl besteht. Dieser Wunsch kann nicht im Rahmen dieser Richtlinie realisiert werden.</p> <p>DKG/DPR: Kenntnisnahme</p>
18.2	DFPP	<p>Die DFPP e.V. ist erschrocken, dass insgesamt nur wenig die geforderten Elemente umgesetzt wurden und dass die Ergebnisse der umfänglichen Expertenanhörungen im G-BA sich nicht im Beschlussentwurf spiegeln. Im vorliegenden Beschlussentwurf belegen die zwischen der GKV und der DKG oft diametral auseinanderliegenden Formulierungen, dass einvernehmliche Konsentierungen kaum möglich sein können.</p>	<p>GKV-SV: Die DFPP verkennt bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stimmnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stimmnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>pro Woche, 100 Minuten Einzel-psychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.</p> <p>Die Expertenanhörungen haben weitere Hinweise auf Qualitätsmängel ergeben, aber dabei in weiten Teilen keine eindeutigen Empfehlungen zu bestimmte Höhen oder Größen von Vorgaben. Die weiteren Hinweise wurden zum Teil im jetzigen Entwurf bereits berücksichtigt wurden (Stationsgrößen, Nachtwachen), zum Teil in der verbindlich vorgeschriebenen Weiterentwicklung der Richtlinien alle zwei Jahre adressiert (z. B. Qualifikationsanforderungen werden zum 31.12.2021 geregelt). Eine weitere Anpassung der Minutenwerte soll ebenfalls schrittweise erfolgen. Zunächst ist durch die vorgesehenen Strukturabfragen Transparenz über die tatsächliche Personalausstattung herzustellen und darauf aufsetzend eine empirische Grundlage für die Festsetzung von Umfang und Intensität psychiatrischer Leistungen und</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			dem dafür notwendigem Personal zu schaffen. DKG: Kenntnisnahme
18.3	DFPP	Der vorliegende Beschlussentwurf gefährdet das Patientenwohl und darf in der Gestaltung einer Untergrenzenverordnung im Grunde keine Gültigkeit erlangen. Aufgrund der derzeit diese Vorgaben unterschreitenden Besetzung in Psychiatrischen Kliniken würden wir eine nur kurzzeitige, zeitlich konkret definierte und unter Berücksichtigung der nachfolgenden Vorschläge der Fachgesellschaft angepasste Regelung mittragen.	GKV-SV: Die DFPP verkennt bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
18.4	DFPP	<p>Die beigefügte Ausarbeitung der DFPP e.V. nimmt zu den konkreten Ausformulierungen des Beschlussentwurfes Stellung. Paragrafenübergreifend und bezogen auf das Gesamtdokument fordert die DFPP e.V. im Interesse der Patienten:</p> <p>- 90% der Minutenwerte aus der Anlage 2 (Minutenwerte der PatV / des DPR / der BPTK) sind der allermindeste Wert, der als Untergrenze für eine die Versorgungssicherheit gewährende Personalbesetzung gelten kann. Tiefer darf die Untergrenze in keinem Fall definiert werden. Schon lange besteht über nahezu alle Gremien und Expertengruppen der psychiatrischen Versorgung Konsens, dass die Minutenwerte der Psych-PV das Leistungsgeschehen nicht ausreichend abbilden; eine bedarfsorientierte Personalberechnung dürfte zu einem deutlichen Personalaufbau führen. Und erst mit einer ca. 120%-igen Psych-PV-Besetzung kann eine 90%-Untergrenze sicher gewährleistet werden. Daher darf ein mögliches Malussystem, im Sinne einer Untergrenze, nur auf der Basis der realisierten 120% Psych-PV-Minuten greifen.</p>	<p>GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme in Bezug auf eine minimale Mindestvorgabe von 90 % Psych-PV. Der GKV fordert nach einer Übergangszeit von vier Jahren 100 %.</p> <p>DKG: Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet <u>und zugleich</u> nicht unterschritten werden darf.</p> <p>Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die Psych-PV derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt. Bekanntermaßen handelt es sich bei der Psych-PV - in Abgrenzung der hier zu definierenden Mindestvorgabe - um ein Personalbemessungsinstrument zur Budgetfindung auf der Ortsebene.</p> <p>Wie in den Tragenden Gründen zu § 6</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Abs. 5 erörtert, wird die Psych-PV derzeit von 52 % der Krankenhäuser zu 80 % bis 100 % umgesetzt. In Anbetracht der Streuung wird die Mindestvorgabe, die zukünftig von allen Einrichtungen verbindlich eingehalten werden muss, in Höhe von 80 % der Personalstellen angesetzt, die sich nach § 6 Abs. 1 bis 4 ergeben.</p> <p>Zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung ist eine höhere Personalausstattung erforderlich. Dies wird mit dem Hinweis in § 2 Abs. 1 adressiert. In den Vereinbarungen auf der Ortsebene gemäß § 6 Abs. 7 das Personal gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind, um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen.</p> <p>DPR/PatV: Dank und Zustimmung</p>
18.5	DFPP	<p>- Der in der Psych-PV formulierte, sogenannte „Sockelwert“ der Pflege sollte ein Anreiz für kleinere Stationen sein, dies hat aber in der Praxis nicht funktioniert. Faktisch fehlen nun in allen Settings der psychiatrischen Pflege ab dem 19. Patienten (Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie) 278 der in den Regeltätigkeiten beschriebenen Minuten pro Patient und Woche. Dieser Missstand darf nicht fortgeschrieben werden. Mit der zusätzlichen Absenkung der Pflegeminuten über die 90%-Regel würde die Beibehal-</p>	<p>GKV-SV/DPR/PatV: Dank und Zustimmung</p> <p>GKV-SV: Eine Beibehaltung des Stationssockels führt bei Mindestvorgaben zu einem gegenteiligen Anreiz. Besonders große Stationen müssten weniger Pflegepersonal pro Patient vorhalten. Dies würde</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>tung des „Sockelwertes“ für die Pflege die Versorgungssicherheit bedrohlich gefährden. Der Zusammenhang von Konflikt- und Gefährdungssituationen mit der quantitativen und qualitativen Besetzung der Pflege ist hinreichend festgestellt.</p>	<p>dem ursprünglichen Ziel bei Einführung der Psych-PV widersprechen. Deshalb haben der GKV-SV und der DPR den Sockel gestrichen und in die Minutenwerte entsprechend hinzugerechnet.</p> <p>Zu den Minutenwerten siehe Nr. 18.3</p> <p>DKG: In der Erstfassung der Richtlinie werden keine wesentlichen Änderungen in der Systematik der Psych-PV vorgenommen und die Gründe ausführlich in den Tragenden Gründen dargestellt.</p> <p>Etwaige Anreizwirkungen zum Beispiel für angemessene Stationsgrößen sind bei der Weiterentwicklung der Richtlinie zu berücksichtigen.</p>
18.6	DFPP	<p>- Die DFPP e.V. hatte sich bereits vor Jahren schon für die Einführung einer Nachweispflicht ausgesprochen und findet diese inhaltlich richtig. Für den vorliegenden Beschlussentwurf kann die DFPP allerdings nur den „Ganzhausansatz“ im „Jahresbezug“ für den Nachweis fordern. Nur eine bedarfsorientierte Personalberechnung darf mit einer stationsbezogenen und monatsbezogenen Nachweispflicht kombiniert werden. (Beispielsweise ist bereits jetzt zur Vermeidung von Gefährdungen für die Patienten und das Personal eine deutliche höhere Besetzung auf Akutstationen erforderlich, die auch in der vorgeschlagenen Regelung nur zu Lasten anderer, weniger gefährdenden Stationen hergestellt werden kann. Daher darf eine stationsbezogenen Besetzungsgrenze nur zum Tragen kommen, wenn sichergestellt ist, dass alle Stationen bedarfsgerecht besetzt werden können.)</p>	<p>GKV-SV: Der Nachweis über die Erfüllung der Anforderungen ist Teil aller Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung und dient der Schaffung von Transparenz über den Umsetzungsgrad der Mindestvorgaben.</p> <p>Der GKV-SV hält dabei die Erfassung der Station – möglichst kalendermonatlich – für unabdingbar. Dies ist eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Das in § 13 vom GKV-SV/PatV vorgeschlagene Nachweisverfahren stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen möglich sind. Die Einrichtung muss die Anforderung kalendermonatlich im Durchschnitt erfüllen. Kurze Unterschreitungen können so ausgeglichen werden. Die Flexibilität des Krankenhauses bleibt so erhalten.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>DPR/PatV/GKV-SV: Schon vor dem Erreichen einer bedarfsgerechten Besetzung ist ein monatliches und stationsweises Monitoring notwendig, um etwaige Abweichungen früh zu erkennen. Die stufenweise Ausgestaltung von Sanktionen könnte damit schneller zu einer bedarfsgerechten Besetzung führen</p>
18.7	DFPP	- Alle Minutenwerte sind – wie in der Psychiatrie-Personalverordnung auch – als Netto-Arbeitszeit zu berechnen, reale Ausfallzeiten sind in jedem Fall vollumfänglich durch die Krankenkassen vor Ort anzuerkennen und zu finanzieren.	<p>Dank und Kenntnisnahme. In dieser Richtlinie können die Ausfallzeiten nicht geregelt werden (siehe § 2 Abs.10). Die Ausfallzeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher - wie bisher auch bei der Psych-PV - als Add-on vor Ort verhandelt werden (siehe dazu auch § 7 Abs. 9 GKV-SV, § 6 Abs. 8 DKG).</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

18.8	DFPP	<p>- Positiv registriert die DFPP e.V., dass die Richtlinie eine Regelung für Genesungsbegleiter vorsieht. Der im § 11 (GKV-SV)/§ 13 (PatV)/LV formulierte Text wird der Tatsache gerecht, dass es schwierig wäre, den Einsatz von Genesungsbegleitern über feste Minutenwerte im Sinne der Untergrenze festzulegen. Die aktuell sehr offene Formulierung macht jedoch den Einsatz der Genesungsbegleiter vom Verhandlungsaufwand bzw. ihrer Beschäftigungsakzeptanz durch Träger während der Budgetfindung abhängig. Die DFPP e.V. fordert, den Hinweis zu ergänzen, dass bis zu 0,5 Stellen pro Station (18-Betten in der Erwachsenenpsychiatrie, bei größeren Stationen analog höherrechnen) finanziert werden müssen.</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>Es ist korrekt, dass Genesungsbegleiter in den Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu berücksichtigen (§ 6 Abs. 7) sind. Es wird in dieser Richtlinie keine verbindliche Mindestvorgabe für Genesungsbegleiter definiert. Konkrete Regelungen und Vorgaben zur Finanzierung liegen nicht im Regelungskreis der Richtlinien des G-BA.</p> <p>DPR/PatV/GKV-SV: Dank und Zustimmung</p>
18.9	DFPP	<p>- Die DFPP e.V. bittet im gesamten Dokument den Begriff „Pflegefachpersonen“ anstelle von „Krankenpflegekräften“ zu nutzen. Es ist der zeitgemäße Begriff, der die im Pflegeberufegesetz bezeichneten Pflegefachfrauen und –männer zusammenfasst und sich auch in den Selbstvereinbarungen der Konzertierte Aktion Pflege wiederfindet.</p>	<p>Dank und Zustimmung.</p> <p>Dem Hinweis folgend wird die Bezeichnung der Berufsgruppe in der Richtlinie angepasst.</p>
18.10	DFPP	<p><u>§ 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich</u> <u>Abs. 3 (GKV-SV/PatV)</u></p> <p>Die Version des GKV-SV/PatV wird abgelehnt.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die hier formulierten Aspekte sind zu unkonkret.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p>
18.11	DFPP	<p><u>§ 2 Grundsätze (GKV-SV/PatV/DPR/BPtK/LV)</u></p>	<p>GKV-SV/PatV: zu den Minutenwerten siehe 18.3</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p><u>Abs. 1</u> Der Vorschlag wird abgelehnt.</p> <p>Begründung: Die hier beschriebene Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung der Patienten impliziert, dass die Leitlinie das Personal für eine solche Behandlung bemessen würde und vorsieht. Dieses Vorgehen ist im Weiteren aber nicht zu erkennen, da beispielsweise die Minutenwerte der GKV-SV der Anlage 2 den Minutenwerten der Psych PV entsprechen. Diese ist jedoch auf der Evidenzlage der 80er Jahre entstanden. Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass diese Minutenwerte eine evidenzbasierte Versorgung gewährleisten.</p>	<p>Die Mindestvorgaben sollen zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Neben den Mindestvorgaben bedarf es einer Anhaltszahl für die Ausstattung der Einrichtung mit Personal. Eine prinzipielle Unterscheidung zwischen einer Mindestvorgabe und einer Personalanhaltszahl ist sinnvoll, ist aber rechtlich im Rahmen dieser Richtlinie nicht möglich.</p> <p>Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p>
18.12	DFPP	<p><u>§ 2 Grundsätze (GKV-SV/PatV)</u></p> <p><u>Abs. 2</u> Vorschlag des GKV-SV/PatV wird nicht unterstützt.</p> <p>Begründung: Die hier formulierte absolutistische Regelung, dass eine Behandlung nur dann möglich ist, wenn die in § 6 und 7 geregelten verbindlichen Mindestvorgaben erfüllt werden, könnte zu einer absurden Situation innerhalb der stationären Psychiatrischen Versorgung führen. Die hier dargestellte Regelung umfasst eine Sanktion bei Nichterfüllung der Mindestvorgaben, die da heißt, keine Patienten mehr behandeln zu dürfen. Ein gestuftes Malus System scheint hier angebracht.</p>	<p>GKV-SV: Die Mindestvorgaben dürfen nach dem Gesetzgeber nicht unterschritten werden.</p> <p>Der GKV-SV setzt sich prinzipiell für ein gestuftes System bei der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach § 137 Abs. 1 SGB V ein.</p> <p>Allerdings handelt es sich hier um Mindestanforderungen. Nach der Richtlinie zur Förderung der Qualität sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen (QFD-RL) des G-BA wird bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen von dem gestuften System abgewichen. So</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>heißt es in § 5 Abs. 2 QFD-RL: „Werden Mindestanforderungen nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V nicht erfüllt, ist der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen.“ https://www.g-ba.de/entschluesse/3766/.</p> <p>Das gestufte Verfahren ist ab diesem Punkt nicht mehr anzuwenden, sondern kann nur vor der Unterschreitung der Mindestanforderung Anwendung finden. Dem hat der GKV-SV in § 17 Abs. 3 Rechnung getragen, und dass Krankenhaus verpflichtet schon vor Erreichung der Mindestanforderung eine Zielvereinbarung abzuschließen, falls es sich der Mindestanforderung nähern sollte.</p> <p>DPR : Der DPR unterstützt die Forderung nach einem gestuften Malussystem, das auch eine zeitliche Komponente der Bewährung enthält.</p>
18.13	DFPP	<p><u>§ 2 Grundsätze (DKG) und (GKV-SV/PatV/DPR)</u></p> <p><u>Absatz 5</u></p> <p>Die DFPP unterstützt den Ganzhausansatz in der Nachweispflicht unter den aktuellen Bedingungen einer Personaluntergrenze.</p> <p>Begründung:</p>	<p>GKV-SV: Eine Einführung von zwei Mindestanforderungen in unterschiedlicher Höhe wie hier vorgeschlagen (Mindestvorgabe und Untergrenze) ist nicht zielführend, nicht intendiert und entspricht nicht dem gesetzlichen Auftrag (der Gesetzgeber hat in § 137i Abs. 1 SGB V festgelegt, dass die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach § 136a Abs. 2 Satz 2 von</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Der Vorschlag der DKG jahresdurchschnittlich auf Einrichtungsebene differenziert nach Erwachsenen und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik die Nachweise zu führen, scheint aus unserer Perspektive solange zielführend zu sein, bis eine Überarbeitung der Richtlinie neben Personaluntergrenzen auch eine Personalmindestanforderung vorsieht. Grundsätzlich können bei dieser Form der Nachweispflicht (Ganzhausansatz) kaum Aussagen zur Patientensicherheit gemacht werden. Jedoch scheint ein differenzierter Ansatz, im aktuellen Duktus der Richtlinientextvorschläge nicht sinnvoll. Der Vorschlag des GKV – SV/Pat V/ DPR kalendermonatlich auf den Stationen nachzuweisen, scheint nur dann zielführend zu sein, wenn eine Personalbedarfsverordnung und keine Verordnung von Mindestanforderungen in Kraft tritt.</p>	<p>der Festlegung von Personaluntergrenzen unberührt bleiben).</p> <p>Eine prinzipielle Unterscheidung zwischen einer Mindestvorgabe und einer Personalanhaltszahl ist dagegen sinnvoll, ist aber rechtlich im Rahmen dieser Richtlinie nicht möglich.</p> <p>Das in § 6 vom GKV-SV vorgeschlagene Verfahren zur Ermittlung der Mindestvorgaben ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten je nach Belegung der Station in einem Kalendermonat. Sie stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen ohne Bettensperrungen möglich sind, denn die Einrichtung muss die Anforderung kalendermonatlich im Durchschnitt erfüllen. Kurze Unterschreitungen können also ausgeglichen werden. Die Flexibilität des Krankenhauses ist gewahrt.</p> <p>Aus Qualitätsgesichtspunkten ist es relevant, dass das Personal auch dort ankommt, wo es benötigt wird: am Patienten. Besonders vulnerable Patientengruppen sind häufig auf bestimmten Stationen untergebracht: Akutstation, Demenzstation, Kinder- und Jugendstation. So kann ein Haus zwar einrichtungsbezogen eine Personalausstattung über 100 % nachweisen, auf den Akutstationen kann aber trotzdem</p>
--	--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>nur 90 % des erforderlichen Personals anwesend sein. Deshalb sollte der Personalnachweis pro Station erfolgen</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>DPR/PatV/GKV-SV: Schon vor dem Erreichen einer bedarfsgerechten Besetzung ist ein monatliches und stationsweises Monitoring notwendig, um etwaige Abweichungen früh zu erkennen. Die stufenweise Ausgestaltung von Sanktionen könnte schneller zu einer bedarfsgerechten Besetzung führen</p>
18.14	DFPP	<p><u>§ 2 Grundsätze (PatV/DPR)</u></p> <p><u>Abs. 6</u></p> <p>Der Ergänzung der PatV /DPR (Ersetzung regelt Anlage 4) kann nur eingeschränkt zugestimmt werden.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die in Anlage 4 Absatz 3 dargestellten Ersetzungsmöglichkeiten zwischen a und c und zwischen b,d,e,f erscheinen nicht zeitgemäß. Aufgrund der Akademisierung und Weiterentwicklung vieler Berufsgruppen werden schon heute unter Delegation oder Substitution Tätigkeitsbereiche aus a und c durch b oder andere übernommen. Die hier formulierte Ersatzmöglichkeit entspricht nicht der aktuellen Versorgungslage in den Kliniken. Vielmehr zementiert diese Form der Ersetzungsmöglichkeiten eine antiquierte Denkweise und entspricht nicht den Grade und Skill-Mix Diskussionen der Gegenwart und Zukunft. Sollte diese Form wie abgedruckt in Kraft treten, handelt es</p>	<p>GKV-SV: Die Regelung entspricht den Regelungen der Ersetzungen bei den PsychPV-Nachweisen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Die Anrechenbarkeit zwischen den Berufsgruppen sollte im Sinne des Skill- und Grademix der Zukunft (z. B. Akademisierung der Pflege) in einer zweiten Stufe offen geregelt werden.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		sich hier um ein anachronistisches Relikt und hat nichts mit moderner und leitlinien-gerechter Versorgung zu tun.	
18.15	DFPP	<p><u>§ 2 Grundsätze (GKV-SV, PatV/DPR)</u> <u>Abs. 7</u></p> <p>Wir lehnen den Formulierungsvorschlag des GKV – SV/PatV /DPR in dieser Form ab.</p> <p>Begründung:</p> <p>Wir verweisen auf unseren Vorschlag, den Nachweis in einem Ganzhausansatz und jahresbezogen zu führen (vgl. Lfd.Nr. 4).</p>	<p>GKV-SV/PatV: siehe Auswertung zu Zeilenr. 18.14</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
18.16	DFPP	<p><u>§ 2 Grundsätze (GKV-SV)</u> <u>Abs. 9</u></p> <p>Wir lehnen den Vorschlag des GKV-SV ab.</p> <p>Begründung:</p> <p>Wir unterstützen explizit den Vorschlag des DPR. Eine Personalbemessung macht ohne einen beschriebenen Kontext wenig Sinn. Das zur Verfügung stehende Personal braucht dementsprechend eine Bezugsgröße (Mitarbeiter -Patientenrelation). Ohne Bezugsgröße scheint eine Richtlinie zur Personalausstattung wenig zielführend. Wie in einer aktuellen Studie in Deutschland gezeigt werden konnte (Nienaber et al. 2018), gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl an Patienten und der Menge der Mitarbeitenden. Steigt die Anzahl der Patienten bei wenig Mitarbeitenden so erhöht sich das Konfliktpotenzial. Hier braucht es entsprechende Qualitätskriterien, die die Struktur der Stationsgrößen reguliert. Hier sei auf §10 (GKV-SV/§12 (PatV) verwiesen. Die Regelung in Absatz 1 wird unterstützt.</p>	<p>GKV-SV: siehe Auswertung zu Zeilenr. 18.14</p> <p>Die Stationsgrößen sind beim GKV-SV unter § 9 geregelt. Die DKG hat diesbezüglich keine Regelung festgelegt.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

18.17	DFPP	<p><u>§ 3 Definition der Tag und Nachdienste (GKV-SV/PatV/BPtK/LV)</u></p> <p><u>Abs. 1</u></p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag des GKV-SV/PatV/BPtK/LV. Die hier beschriebenen Zeiten helfen ebenfalls bei der Strukturierung des Tag- und Nachdienstes und somit auch bei der Frage der Personalbemessung. Eine Änderung der Zeiten würde eine Veränderung der PsychPV Minuten nach sich ziehen. Ob die dargestellten Zeiträume noch zeitgemäß sind sollte in der zweiten Stufe der Richtlinie mit diskutiert werden.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
18.18	DFPP	<p><u>§ 3 Definition der Tag und Nachdienste (DPR)</u></p> <p><u>Abs. 2</u></p> <p>Der Vorschlag des DPR, 30 Minuten Übergabezeit zu berücksichtigen wird unterstützt. Auf eine Übergabe kann im Kontext der Patientensicherheit auf keinen Fall verzichtet werden. Zusätzlich sind als Übergabezeit die notwendigen interprofessionellen Abstimmungen, Supervisionen, Dokumentationszeiten etc. so festzulegen, dass die gemeinsame Dienstzeit der Tagesdienste 60-90 Minuten ergibt.</p>	<p>DPR: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Der Vorschlag des GKV-SV, der eine halbe Stunde Übergabezeit berücksichtigt, wurde in der Richtlinie bereits konsentiert und ist in § 4 geregelt.</p>
18.19	DFPP	<p><u>§ 3 Behandlungsbereiche (DKG) und (GKV-SV)</u></p> <p>Folgende Veränderung der Psych PV Kategorien halten wir für nicht sinnvoll.</p> <p>Begründung:</p> <p>A Allgemeine Psychiatrie, Vorschlag GKV-SV „und Psychosomatik“ als eine Kategorie zu setzen halten wir nicht für zielführend. Die Psychosomatik sollte bei Aufnahme in die Personalausstattung als extra Bereich SO aufgeführt werden (vgl. auch Vorschlag der DKG in diesem Absatz). Bei der Kategorie A 5 halten wir den Vorschlag der GKV-SV, die Psychotherapeutische Psychosomatische Komplexbehandlung aufzuführen für nicht zielführend. Dieser Begriff kommt aus dem OPS Katalog und hat grundsätz-</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>lich nichts mit der Psychotherapie zu tun, sondern vielmehr mit der komplexen Anforderung der psychotherapeutisch psychosomatischen Behandlung, in der Psychotherapie ein Teilaspekt ist. Mit der Zuordnung in die Kategorie A5 besteht die Gefahr, dass parallel der OPS Katalog als Indikator zur richtigen Zuordnung herangezogen wird. Dies würde aber Patienten exkludieren, die ausschließlich in einer Psychotherapeutischen Behandlung sind. Die Aufnahme von einer Kategorie P, durch die DKG vorgeschlagen, halten wir für zielführend, damit wäre der Psychosomatische Bereich abgedeckt.</p>	
18.20	DFPP	<p><u>§ 6 Berufsgruppen (GKV-SV/PatV)</u></p> <p>Der unter (D) dargestellte Vorschlag der GKV-SV /PatV Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten und Kreativtherapeuten statt Spezialtherapeuten zu nennen, ist im ersten Moment nachvollziehbar. Jedoch entsteht bei diesem Vorgehen folgende Problematik. Mit der Exklusivität der genannten 4 Therapeutencluster entsteht eine Exklusion für alle weiteren Spezialtherapeuten. Dementsprechend sind Sporttherapeuten oder andere nicht mehr Teil des therapeutischen Teams. Wir schlagen vor, den Begriff „Fachtherapeuten“ zu nutzen, um Krankenhausindividuell zu definieren, welche Form der Therapie für die Patienten bedarfsgerecht und nutzbringend ist.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Der GKV-SV und die PatV benennen die Berufsgruppe in „Spezialtherapeuten“ um. Der Begriff Fachtherapeuten umfasst auch die Bewegungstherapeuten und führt hier in die Irre.</p> <p>DKG/DPR: Dank und Kenntnisnahme</p>
18.21	DFPP	<p><u>§ 6 Ermittlung der Mindestvorgabe für die Personalausstattung (DKG)</u></p> <p>Die DKG schlägt vor, die Ermittlung der Mindestpersonalausstattung anhand der PsychPV zu ermitteln. Dieser Vorschlag enthält einige systematische Fehler, die wir im Folgenden skizzieren.</p> <p>Entweder wird eine Malusregelung bei großen Stationen über alle Berufsgruppen definiert (vgl. § 10 (GKV-SV)/§ 12 (PatV) Absatz 2). Der Schutz von kleineren Stationseinheiten ist ein wichtiges Gut in der stationären Psychiatrie. Daher wird primär der Vorschlag § 10 (GKV-SV)/§ 12 (PatV) Absatz 2 unterstützt. Sollte diese Regelung nicht konsensfähig sein muss die Malusregelung für den Pflegedienst abgeschafft werden.</p>	<p>DKG: In der Erstfassung der Richtlinie werden keine wesentlichen Änderungen in der Systematik der Psych-PV vorgenommen und die Gründe ausführlich in den Tragenden Gründen dargestellt.</p> <p>Etwaige Anreizwirkungen zum Beispiel für angemessene Stationsgrößen sind bei der Weiterentwicklung der Richtlinie zu berücksichtigen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Begründung:</p> <p>Die ausschließliche Malusregelung für den Pflegedienst muss ZWINGEND abgeschafft werden. Der Malus nur für die Pflege hat in der Vergangenheit keine ausreichende Anreizwirkung gezeigt, umgekehrt aber bei den wachsenden Stationsgrößen zur einer Unterversorgung der Patienten mit Pflegeangeboten geführt. Diese Situation führt auf großen Stationen zur Gefährdung der Patienten (vgl. Anlage 1 am Ende dieses Dokuments).</p>	
18.22	DFPP	<p><u>§ 6 Ermittlung der Mindestvorgabe für die Personalausstattung (DKG)</u></p> <p><u>Abs. 3</u></p> <p>Hier beschreibt die DKG, dass für das Krankenpflegepersonal je Station und Behandlungswoche ein Wert von 5000 Minuten hinzuzurechnen ist. Allerdings wird in Anlage 2 diese Hinzurechnung nicht deutlich. Vielmehr wird der gleiche Kardinalfehler aus der PsychPV wiederholt. Auch in der PsychPV waren die 5000 Minuten Basiswert für den Pflegedienst keineswegs eine additive Höherbewertung der tabellarisch aufgelisteten Minuten. Vielmehr wurden sie aus den Tabellen der unterschiedlichen Kategorien der Patientenversorgung abgezogen und am Ende im Basiswert wieder aufaddiert. Dieses Vorgehen sollte kleine Stationen protektiv schützen und damit die Behandlungsqualität über dieses strukturelle Merkmal erhöhen. Die PsychPV gab an, dass diese 5000 Minuten für Stationsgrößen zwischen 16 und 18 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie anzurechnen sind (durchschnittliche Belegung). Damit wurden auch kleinere Stationseinheiten gefördert. Allerdings impliziert dies, dass Stationseinheiten über 18 Patienten dazu führen, dass der Pflegedienst systematisch weniger Minuten pro Patient bekommt.</p>	<p>DKG: In der Erstfassung der Richtlinie werden keine wesentlichen Änderungen in der Systematik der Psych-PV vorgenommen und die Gründe ausführlich in den Tragenden Gründen dargestellt.</p> <p>Etwaige Anreizwirkungen zum Beispiel für angemessene Stationsgrößen sind bei der Weiterentwicklung der Richtlinie zu berücksichtigen.</p> <p>DPR : Zustimmung</p>
18.23	DFPP	<p><u>§ 6 Ermittlung der Mindestvorgabe für die Personalausstattung</u></p> <p><u>Abs. 5</u></p>	<p>GKV-SV/PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>In diesem Absatz wird dargestellt, dass die umgerechneten Personalstellen mit dem Faktor 0,8 zu multiplizieren sind. Daraus ergibt sich, dass die DKG eine Mindestpersonalausstattung von 80 % der Psych PV vorsieht. Berücksichtigt man nun die Malus Regel aus Absatz 3 (5000 Minuten Basiswert Pflege) kann dies z.B. für eine Tagesklinik im Kontext der Sucht (S6) bedeuten, dass bei einer Belegung von 18 Patienten in der Tagesklinik eine Mindestpersonalausstattung von 80 % vorgegeben ist. Erhöhen sich die Patientenzahlen auf durchschnittlich 20, so liegt die Mindestpersonalausstattung nur noch bei 73 %. Bei einer Tagesklinik mit durchschnittlich 25 Patienten, liegt die Mindestpersonalvorgabe verglichen zu 18 Patienten nur noch bei 60 %. Bei 30 Patienten verringert sich die Mindestpersonalvorgabe auf 52 %. Die Rechenbeispiele sind der Anlage 1 dieser Stellungnahme zu entnehmen.</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>DPR : Der DPR unterstützt die Aussagen der DFPP hier ausdrücklich, weil eine eklatante Benachteiligung der Pflege vorliegt, die man mit der Beibehaltung des Sockels wider besseres Wissen nicht korrigiert.</p>
18.24	DFPP	<p><u>§ 6 Ermittlung der Mindestvorgabe für die Personalausstattung</u></p> <p><u>Abs. 4</u></p> <p>Würde nun noch die Regelung aus Absatz 4 in Kraft treten, die vorsieht, die Minutenwerte um 10 % zu verringern, wenn eine Einrichtung keine Versorgungsverpflichtung hat, würde das bei einer Anzahl von 25 Patienten bedeuten, dass über alle Kategorien nur noch 50 – 67 % Psych PV als Mindestpersonalausstattung vorgesehen ist. Dieses ist aus Sicht der Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege ein Affront und kann nicht als zielführende Vorgabe im Sinne dieser Richtlinie sein.</p>	<p>GKV-SV/DPR/PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
18.25	DFPP	<p><u>§ 6 Ermittlung der Mindestvorgabe für die Personalausstattung</u></p> <p><u>Abs. 8</u></p> <p>In diesem Absatz werden die Ausfallzeiten konkretisiert. Hier fehlt aus Perspektive der DFPP die Ausfallzeiten für Hygienebeauftragte. Die Konkretisierung, dass Personalstellen entsprechend der Ausfallzeiten zu erhöhen sind, halten wir für zielführend.</p>	<p>DKG: Dem Hinweis wird gefolgt und eine Anpassung der Richtlinie vorgenommen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>18.26</p>	<p>DFPP</p>	<p><u>§ 7 Ermittlung der Mindestvorgabe für die Personalausstattung (GKV- SV / PatV).</u> <u>Abs. 1</u> Die hier vorgenommene Konkretisierung der Ermittlung der verbindlichen Mindestvorgaben ist nachvollziehbar dargestellt. Anders als im Vorschlag der DKG (§6) wird die Mindestvorgabe nicht um 20 % der PsychPV reduziert. Der Vorschlag sieht im Weiteren vor, dass die Einstufung nach Anlage 2 tagesbezogen zu erfolgen hat. Diesen Vorschlag lehnen wir ab. Begründung: Der Vorschlag zieht einen hohen Dokumentationsaufwand nach sich. Hier schlagen wir vor, die Regelung der DKG zu übernehmen, dass 6 Einstufungen pro Jahr zu erfolgen haben. Dies wäre ein Kompromissvorschlag zur alten PsychPV, die nur 4 Einstufungen vorgesehen hat.</p>	<p>GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die tagesbezogene Einstufung allerdings nach den Behandlungsbereichen ist bereits heute über die Pseudo-OPS Teil der Routinedaten und fordert keinen weiteren Aufwand. Der Vorschlag wird abgelehnt. DKG: Kenntnisnahme</p>
<p>18.27</p>	<p>DFPP</p>	<p><u>§ 7 Ermittlung der Mindestvorgabe für die Personalausstattung</u> <u>Abs. 2</u> In diesem Absatz wird die konkrete Berechnung der Vollkraftstunden in der Mindestbesetzung dargestellt. Der Verzicht auf die Malus Regelung der 5000 Basisminuten halten wir für unterstützenswert. <u>§ 7 Ermittlung der Mindestvorgabe für die Personalausstattung</u> <u>Abs. 3</u> Die hier beschriebene Spannweite von 2,5 % mehr oder 2,5 % weniger Belegung als im Kalendermonat halten wir für zu gering und den Zeitraum von einem Monat für unangemessen. Begründung:</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme DPR: Zustimmung</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Die dargestellte Toleranzabweichung von 2,5% und die Bezugsgröße von einem Monat ist zu gering. Wir schlagen vor, eine Toleranzabweichung von 10 % nach oben und 10 % nach unten festzulegen.	
18.28	DFPP	<p><u>§ 7 Ermittlung der Mindestvorgabe für die Personalausstattung</u></p> <p><u>Abs. 9</u></p> <p>Wir lehnen diese Formulierung ab, dass die Richtlinie nicht die Ausfallzeiten regeln soll.</p> <p>Begründung:</p> <p>Bei einer verbindlichen Mindestpersonalausstattung müssen auch die Ausfallzeiten berücksichtigt werden um zu einer Erhöhung des VK Anteiles der Berufsgruppen zu kommen. Hier wird vorgeschlagen, die Regelungen aus dem § 6 DKG Absatz 8 zu übernehmen.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
18.29	DFPP	<p><u>§ 8 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad (GKV-SV / PatV)</u></p> <p><u>Abs. 5</u></p> <p>Die Anforderungen für die Mindestpersonalausstattung im Tagdienst, soll nach Ansicht des GKV-SV/PatV monatlich erfolgen. Dies lehnen wir ab.</p> <p>Begründung:</p> <p>Wie schon an anderer Stelle (LfdNr. 17) dargestellt, scheint uns eine monatliche Erhebung mit einer zu hohen Dokumentationslast einherzugehen. Auch ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass Verwaltungsstellen aufgebaut werden müssen, um diesen Aufwand zu realisieren, der ebenfalls über andere Mechanismen zu refinanzieren ist. Aus diesem Grund schlagen wir eine jährliche Ermittlung zur Mindestpersonalausstattung vor, die spätestens am Ende des ersten Quartals des neuen Jahres durch den</p>	<p>GKV-SV: Der G-BA kann in seinen Richtlinien keine Prüfungen des Wirtschaftsprüfers regeln.</p> <p>Die Erfassung der Station – möglichst kalendermonatlich – ist unabdingbar und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird. Das in § 14 (GKV-SV/ PatV) etablierte Nachweisverfahren stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen möglich sind. Die Einrichtung muss die Anforderung kalendermonatlich im Durchschnitt erfüllen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Wirtschaftsprüfer attestiert werden sollte. Im Weiteren definiert die GKV-SV/PatV die Mindestpersonalausstattung mit einem Umsetzungsgrad von 100 %. Hier schlagen wir einen Umsetzungsgrad von mind. 90 %, auf der Grundlage des Vorschlages der Minutenwerte des DPR in Anlage 2 vor.</p>	<p>Die Dokumentationspflichten sind unentbehrlich. Sie dienen der Qualitätssicherung und dem Schutz der Patienten.</p> <p>Ein Umsetzungsgrad von 90 % bedeutet eine Verschlechterung der Personalausstattung. Der Vorschlag wird abgelehnt.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
18.30	DFPP	<p><u>§ 8 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad</u> <u>Abs. 6, 7 und 8</u></p> <p>Die hier vorgeschlagene Regelung für den Nachtdienst sieht ebenfalls eine monatliche Überprüfung vor. Auch hier schlagen wir analog zur Lfd.Nr. 6, eine Jahresbetrachtung vor.</p>	<p>GKV-SV: Die kalendermonatliche Erfassung ist unabdingbar und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird.</p>
18.31	DFPP	<p><u>§ 8 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad</u> <u>Abs. 9</u></p> <p>Die in diesem Absatz dargestellte Regelung scheint unvollständig, da es keinen Bezugspunkt zu 1,6 und 1,4 Pflegekräften je Nachschicht gibt.</p> <p>Begründung:</p> <p>Hier möchten wir auf den § 11 Nachtdienste des DPR hinweisen. Diese Regelung erscheint uns zielführend, da die Flexibilität des Einsatzes im Nachtdienst gegeben ist. Dieser ist aufgrund von unterschiedlichen tagesbezogenen Patientenaufwänden unterschiedlich. Hier braucht es eine hohe Dispositionsmöglichkeit vor Ort, um diese unterschiedlichen Aufwände abzubilden. Wir schlagen vor, hier eine weitere Differenzierung einzubauen. Unser Vorschlag ist, mit 3 Vollkräften (netto) in den Bereichen A2, S2 sowie G2 und mit 2 Vollkräften (netto) in allen weiteren Bereichen G und 1,5</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Die Nachtwachenregelung ist nicht sanktionsbewehrt und soll auf Basis der Daten der Strukturabfrage nach zwei Jahren angepasst werden.</p> <p>DPR: Die vorgeschlagene Differenzierung des DFPP - Vorschlags hält der DPR für sinnvoll und wird unterstützt.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Vollkräften (netto) in allen weiteren Bereichen A und S zu rechnen. Die Berechnung sollte allerdings nicht auf der Basis des Strukturelementes, Anzahl der Stationen, durchgeführt werden. Die Anzahl der netto Nachtdienstbesetzung sollte nachfolgender Formel berechnet werden (Beispiele):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Durchschnittliche Jahresbelegung mit Patienten aus dem Bereich (A2) / 18 x 3 = Anzahl der netto VK pro Nacht 2. Durchschnittliche Jahresbelegung mit Patienten aus dem Bereich (G1) / 18 x 2 = Anzahl der netto VK pro Nacht 3. Durchschnittliche Jahresbelegung mit Patienten aus dem Bereich (S1) / 18 x 1,5 = Anzahl der netto VK pro Nacht 	
18.32	DFPP	<p><u>§ 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen (DKG)</u></p> <p><u>Abs. 1</u></p> <p>Hier wird dargestellt, dass bei der tatsächlichen Personalausstattung im Bereich der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege auch die Krankenpflegehilfe anzurechnen sei. Dies wird unsererseits abgelehnt.</p> <p>Begründung:</p> <p>Diese Forderung würde den Qualifikationsmix innerhalb der Kliniken herabsetzen und zu einer schlechteren Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten führen. Auch die Anrechnung von Psychotherapeuten in Ausbildung scheint aus qualitativen Gesichtspunkten nicht zielführend zu sein. Das Grundgehalt scheint hier nicht der ausschlaggebende Faktor zu sein, da die Qualität nicht über die Vergütung zu manifestieren ist, sondern über die Ausbildung und Berufserfahrung.</p>	<p>DKG: Die Möglichkeit der Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen wird im vorliegenden Richtlinienentwurf bereits beschränkt. Die Anrechenbarkeit ist gemäß § 6 Abs. 6 nur möglich, wenn es sich hierbei um Tätigkeiten im Rahmen therapeutischer Aufgaben handelt. Auch in der Psych-PV bestand die Möglichkeit, Fachkräfte anderer Berufsgruppen der Psych-PV und anderer nicht in der Psych-PV genannter Berufsgruppen auf die Personalstellen anzurechnen.</p> <p>Nach den Psych-PV-Nachweisen, liegt die prozentuale Anrechnung im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie zwischen 4 und 8 %. Auch in Anbetracht des herrschenden</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Fachkräftemangels müssen die Einrichtungen die Möglichkeit haben, Personalengpässe mit Hilfe anderer Berufsgruppen auszugleichen.</p> <p>DPR: Zustimmung- allerdings sollte dieser Komplex zusammen mit der Austauschbarkeit der Berufsgruppen in einer zweiten Stufe geregelt werden.</p>
18.33	DFPP	<p><u>§ 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen</u></p> <p><u>Abs. 2</u></p> <p>Hier wird die Anrechnungsmöglichkeit anderer Berufsgruppen dargestellt. Diese Regelung ist grundsätzlich begrüßenswert und macht in Zeiten der Akademisierung von Gesundheitsberufen Sinn.</p> <p>Begründung:</p> <p>Hier muss zukünftig deutlich mehr in Grade und Skill-Mix Ansätzen gedacht werden.</p> <p>Aus diesem Grund lehnen wir die Regelung ab, dass die Anrechnung nur zwischen Berufsgruppen a und c sowie den Berufsgruppen b, d, e, f und g möglich ist.</p> <p>Begründung:</p> <p>Dies widerspricht modernen Ansätzen der Arbeitsorganisation in Krankenhäusern sowie Substitutions- und Delegationsgegebenheiten.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Die Regelung entspricht den Regelungen der Ersetzungen bei den Psych-PV-Nachweisen.</p> <p>DKG: In der Erstfassung der Richtlinie werden keine wesentlichen Änderungen in der Systematik der Psych-PV vorgenommen und die Gründe ausführlich in den Tragenden Gründen dargestellt.</p> <p>Grundlegende Änderungen wie zum Beispiel zur Anrechenbarkeit zwischen den Berufsgruppen sind bei der Weiterentwicklung der Richtlinie zu berücksichtigen.</p> <p>DPR: Zustimmung. Allerdings sollte dieser Komplex zusammen mit der Austauschbarkeit der Berufsgruppen in einer zweiten Stufe geregelt werden.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

18.34	DFPP	<p><u>§ 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen</u></p> <p><u>Abs. 3</u></p> <p>Die hier dargestellte Regelung zur Anerkennung von Fachkräften, die nicht in dieser Richtlinie geregelt sind, ist mit Ausnahme des ärztlichen Dienstes als nicht zielführend abzulehnen.</p> <p>Begründung:</p> <p>Gerade im ärztlichen Dienst werden durchaus Berufsgruppen zum Einsatz gebracht, die innerhalb der Dokumentation oder auch bei medizinischen Hilfstätigkeiten eingesetzt werden (z.B. MTAs).</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. s.o.</p> <p>DKG: Die Möglichkeit der Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen wird im vorliegenden Richtlinienentwurf bereits beschränkt. Die Anrechenbarkeit ist gemäß § 6 Abs. 6 nur möglich, wenn es sich hierbei um Tätigkeiten im Rahmen therapeutischer Aufgaben handelt. Auch in der Psych-PV bestand die Möglichkeit, Fachkräfte anderer Berufsgruppen der Psych-PV und anderer nicht in der Psych-PV genannter Berufsgruppen auf die Personalstellen anzurechnen.</p> <p>Nach den Psych-PV-Nachweisen, liegt die prozentuale Anrechnung im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie zwischen 4 und 8 %.</p> <p>DPR: Zustimmung</p>
18.35	DFPP	<p><u>§ 10 Leitungskräfte (PatV/DPR/BPtK)</u></p> <p>Die vorgeschlagene Regelung wird unsererseits unterstützt.</p> <p>Begründung:</p> <p>Sollte es keine Regelung zu den Leitungsstellen geben, wird dieser wichtige Punkt dem Verhandlungsverhalten der Vertragspartner überlassen. Leitung hat einen hohen</p>	<p>GKV-SV/DKG: Leitungskräfte sind u.a. neben Bereitschaftsdiensten in den Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu berücksichtigen. Es wird in dieser Richtlinie keine verbindliche Mindestvorgabe für Leitungskräfte definiert</p> <p>DPR/PatV: Dank und Zustimmung</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		direkten Patientenbezug und sollte Teil dieser Richtlinie sein. Die Stärkung der personell und fachlich ausreichend ausgestatteten Leitung in den Einrichtungen wurde aktuell in der Konzertierten Aktion Pflege (AG2) befördert.	
18.36	DFPP	<p><u>§ 11 Nachtdienste (PatV)</u></p> <p>Wir lehnen den Vorschlag der (PatV) ab.</p> <p>Begründung:</p> <p>Der Vorschlag berücksichtigt nicht die Dispositionsmöglichkeiten, die der Vorschlag des DPR vorsieht. Daher wird der Vorschlag zum § 11 des DPR unterstützt.</p>	GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme
18.37	DFPP	<p><u>§ 10 (GKV-SV) / § 12 (PatV) Stationsgröße</u></p> <p><u>Abs. 2</u></p> <p>Es wird vorgeschlagen diese Regelung anzupassen.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die dargestellte Regelung führt dazu, dass bei einer erhöhten durchschnittlichen Belegung der Station (über 18 Patienten in der EP, in der KJP über 12 und über 24 Behandlungsplätze in der Psychosomatik) nicht nur die Minutenwerte der Richtlinie pro Pat. und Woche anzuerkennen sind. Die Regelung führt dazu, dass für jeden durchschnittlichen Pat. ein 20%iger Anstieg der Zeiten für Pflegenden und Ärzte vorgesehen sind. Dies entspricht faktisch einer Bonusregelung für große Stationseinheiten.</p> <p>Um die im Absatz 1 dargestellten Strukturqualitätsindikatoren zu „schützen“ empfehlen wir den Absatz 2 wie folgt zu formulieren:</p> <p>(2) Sofern die mittlere Anzahl der Patienten über die in Absatz 1 definiert Anzahl hinausgeht, sind die Minutenwerte für die über die Empfehlung hinausgehende Patienten</p>	GKV-SV: Der GKV-SV strebt die in § 9 genannte Begrenzung der Stationsgrößen an. Der Zusammenhang von Konflikt- und Gefährdungssituationen mit der quantitativen und qualitativen Besetzung der Pflege ist hinreichend festgestellt. Die Richtlinie schreibt Mindestvorgaben vor, die eingehalten werden müssen. Insofern „bestraft“ Abs. 2 aus der Sicht der Geschäftsführung einer Einrichtung große Stationen und „belohnt“ kleine Stationen. Dies ist bei einer Anhaltszahl wie der Psych-PV genau umgekehrt.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		abzusenken. Dies heißt, für die Berufsgruppen die in Anlage 4 genannt sind, werden die festgelegten Minuten je Patient und Woche um 25% reduziert.	
18.38	DFPP	<p><u>§ 11 (GKV-SV)/§ 13 (PatV)/LV Genesungsbegleiter</u></p> <p>Die hier dargestellte Regelung, die durch GKV-SV/PatV/BPtK/DPR getragen wird, wird auch durch die DFPP unterstützt.</p> <p>Ergänzung:</p> <p>Wir machen folgenden Ergänzungsvorschlag Ergänzung eines Satz 2 des Absatz 1 „Die Genesungsbegleiter sind durch den Verhandlungspartner, der Krankenkasse vor Ort, anzuerkennen und zu finanzieren. Für jeweils 18 Patienten ist bis zu 1/2 Stelle als Genesungsbegleiter zu finanzieren, sofern diese vorgehalten werden können“</p>	<p>GKV-SV/PatV/DPR: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
18.39	DFPP	<p><u>§ 12 (GKV-SV)/§ 14 (PatV)</u></p> <p>Umsetzung in ein Behandlungsprogramm</p> <p>Wir lehnen diese Passus ab.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die hier formulierte implizite Unterstellung, dass es keine Behandlungsprogramme in deutschen Psychiatrien geben würde, weisen wir weit von uns. Die genannten Ziele sind Teil psychiatrischer Behandlung. Eine explizite Aufzählung ist nicht notwendig. Man stelle sich vor, dass für eine entsprechende Richtlinie in der Chirurgie Ziele wie z.B. operieren mit sterilem Instrumentarium, aseptischer Verbandswechsel und ein multiprofessionelles Operationsteam gefordert würde.</p>	<p>Kenntnisnahme</p>
18.40	DFPP	<p><u>§ 9 Ausnahmetatbestände (DKG)</u></p> <p><u>Abs. 1</u></p>	<p>GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>erstens</p> <p>Diese Regelung lehnen wir ab.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Formulierung „über das übliche Maß hinausgehend“ ist zu unspezifisch und wird wahrscheinlich zahlreiche juristische Auseinandersetzungen nach sich ziehen. Wir empfehlen den Vorschlag des GKV-SV § 13 Absatz 1 zu übernehmen.</p>	<p>DKG: Die Definition der Ausnahmetatbestände orientiert sich an der „Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung“.</p> <p>Da das „übliche Maß krankheitsbedingter Personalausfälle“ nur krankenhausesindividuell festzustellen ist, ist eine konkrete prozentuale Vorgabe für dieses Maß nicht zu verankern.</p>
18.41	DFPP	<p><u>§9 /§15 Ausnahmetatbestände (DKG/PatV)</u></p> <p><u>Abs. 1</u></p> <p>zweitens</p> <p>Diese Regelung lehnen wir ab.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Formulierung „über das übliche Maß hinausgehend“ ist zu unspezifisch und wird wahrscheinlich zahlreiche juristische Auseinandersetzungen nach sich ziehen. Hier empfehlen wir eine Konkretisierung auf 20 % zu integrieren.</p>	<p>GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Die Definition der Ausnahmetatbestände orientiert sich an der „Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung“.</p> <p>Auf unerwartete Erhöhungen von Patientenzahlen – auch wenn dieses in der Psychiatrie/Psychosomatik eher unwahrscheinlich erscheint – sollte nicht verzichtet werden. Auch und insbesondere, da diese Einrichtungen trotzdem Krankenhäuser sind und somit als Ort der Hilfe und Behandlung bei unerwartet hohen Patientenzahlen nicht benachteiligt werden dürfen.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme</p>
18.42	DFPP	<p><u>§ 9 Ausnahmetatbestände (DKG/DPR)</u></p> <p><u>Abs. 1</u></p>	<p>GKV-SV: Dank und Ablehnung. Solche gravierenden strukturellen und organisatorischen Veränderungen sollten hinreichend</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		drittens Wir empfehlen diese Regelung zu übernehmen.	früh bekannt sein. DKG/DPR: Dank und Kenntnisnahme
18.43	DFPP	<u>§ 9 Ausnahmetatbestände (DKG/DPR)</u> <u>Abs. 2</u> Wir unterstützen diesen Absatz, in Verbindung mit unserem Änderungsvorschlag (Lfd.Nr. 37).	GKV-SV: Dank und Ablehnung. Ohne konkretes Beispiel ist der Satz abzulehnen. DKG/DPR: Kenntnisnahme
18.44	DFPP	<u>§ 13 (GKV-SV/BPtK)/§ 15 (PatV) Ausnahmetatbestände</u> Der Absatz wird in dieser Form abgelehnt. Begründung: Der geforderte Nachweis in diesem Absatz in Kombination mit § 14 (GKV-SV) /§ 16 (PatV). Ist aus unserer Perspektive zu aufwendig und wird zu einem administrativen Dokumentationsmonster führen.	GKV-SV: Die Änderung ist abzulehnen. Ohne Nachweis werden aus Ausnahmetatbestände schnell willkürliche Setzungen, Dies ist abzulehnen. DKG: Kenntnisnahme
18.45	DFPP	<u>§ 10 Nachweisverfahren und Strukturabfrage (DKG)</u> Wir schlagen vor, den Paragraphen umzuformulieren: (1) Die Einrichtungen weisen jahresdurchschnittlich die Einhaltung der Mindestpersonalausstattung auf Stationsebene nach. Hierzu ist die ermittelte Mindestpersonalausstattung, die tatsächliche Personalausstattung, strukturelle Informationen der Einrichtung sowie Gründe für ggf. auftretende Abweichungen standortbezogen anhand der standardisierten Checklisten in Anlage 3 abzubilden. (2) Die Nachweise der Einrichtungen gemäß Anlage 3 sind stationsbezogen und für den Nachtdienst (Pflegedienst) standortbezogen jährlich zu übermitteln an:	DKG: Gemäß der Systematik der Psych-PV sind die Mindestvorgaben jahresdurchschnittlich und auf Einrichtungsebene einzuhalten. Der Gesetzgeber hat in § 136a Abs. 2 Satz 2 SGB V verdeutlicht, dass Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen festzulegen sind. Der Einrichtungsbezug ist erforderlich, um den Einrichtungen zu ermöglichen, dass Personal bei gestiegenen Patienten-

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<ul style="list-style-type: none"> • die Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung • das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) • bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben zusätzlich an die jeweilige Arbeitsgemeinschaft (LAG) <p>Absatz 3 und 4 bleiben unverändert.</p>	<p>zahlen, einer Veränderung der Patientenbedarfe oder auch Personalausfällen auf bestimmten Stationen, das vorhandene Personal flexibel innerhalb der Einrichtung in Abhängigkeit von dem aktuellen Bedarf der einzelnen Stationen einsetzen zu können. Ebenfalls müssen Einrichtungen die Möglichkeit haben, Schwankungen in der Personalbesetzung, die innerhalb eines Jahres auftreten, und so zu einer zeitweisen Unter- wie auch Überschreitung der Mindestpersonalausstattung führen können, auszugleichen. Dem Vorschlag wird nicht gefolgt.</p> <p>GKV-SV: Wir begrüßen, dass die DFPP den Nachweis auf Stationsebene vorschlägt. Die vorgeschlagenen Änderungen bezieht sich auf den Erhebungszeitraum (Monat versus Jahr) und die Empfänger der Nachweise (hier kommen noch die LAG dazu). Der GKV-SV plädiert, wie oben ausgeführt, für einen monatsbezogenen Nachweis. Ein klärender Dialog über die LAG wird vom GKV-SV nicht vorgesehen, da es sich um Mindestanforderungen handelt.</p>
18.46	DFPP	<p><u>§14 (GKV-SV)§16 (PatV) Nachweisverfahren</u> Diese Regelungen lehnen wir ab</p>	<p>GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme. Es handelt sich um eine monatsdurch-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Begründung: Das dargestellte Nachweisverfahren ist zu bürokratisch und lässt keine Steuerungsoptionen zu.</p>	<p>schnittliche Erfassung, die Unterschreitungen zulässt. DKG: Kenntnisnahme</p>
18.47	DFPP	<p><u>§ 15 (GKV-SV)/ § 17 (PatV) Strukturabfrage</u> <u>Abs. 1-3</u> Die Absätze 1 bis 3 werden nicht unterstützt. Begründung: Hier unterstützen wir den Vorschlag nach § 10 (DKG) Nachweisverfahren und Strukturabfrage, Absatz 1-4, mit den von uns vorgeschlagenen Änderungen (vgl. Lfd.Nr. 37).</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Änderungen sind nicht nachvollziehbar und passend. Ablehnung. DKG: Kenntnisnahme</p>
18.48	DFPP	<p><u>§11 (DKG) Veröffentlichungspflichten für Einrichtungen</u> Dieser Passus wird in dieser Form abgelehnt. Begründung: Die hier dargestellte Regelung ist zu unspezifisch.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme DKG: Die Erfüllung der Mindestvorgaben wird im Strukturierten Qualitätsbericht dargestellt. Wie die Darstellung zu erfolgen hat, gehört nicht zum Regelungsbereich dieser Richtlinie. Entsprechende Vorgaben regelt der G-BA auf Grundlage des § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser.</p>
18.49	DFPP	<p><u>§ 16 (GKV-SV)/ § 18 (PatV) Veröffentlichungspflichten für Einrichtungen</u> <u>Abs. 1</u></p>	<p>GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme. Der GKV-SV hat diese Empfehlung in die PPP-RL eingebracht.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Es wird vorgeschlagen, die folgende Regelung dahingehend zu ändern, dass die Erfüllung der Mindestvorgaben auf Stationsebene auszuweisen ist. Die Fachabteilungen sollten gestrichen werden.</p> <p>Begründung:</p> <p>Aufgrund der Heterogenität der Kliniken und Abteilungen für Psychiatrie in Deutschland gibt es durchaus Bereiche, in denen Patienten über die Fachabteilungen A, G und S gemischt behandelt werden. Dementsprechend ist eine Darstellung nach Fachabteilungen wenig aussagekräftig.</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme</p>
18.50	DFPP	<p><u>§ 12 (DKG) Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</u> <u>§ 17 (GKV-SV) / § 19 (PatV) Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben.</u></p> <p>Beide Vorschläge werden in dieser Form abgelehnt.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die dargestellten Durchsetzungsmaßnahmen und Folgen bei der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sind bei den Vorschlägen der DKG und GKV – SV hochdifferenz. Die Vorschläge bewegen sich in einem Spannungsfeld zwischen gestuften Dialog mit wenig Sanktionen und einer sehr harten und wenig flexiblen Überprüfungsschleife mit hohem Sanktionspotential.</p> <p>Leitungspersonen in psychiatrischen Kliniken brauchen eine dispositive Möglichkeit, um auf Schwankungen von Belegung oder kurzfristigen Ausfällen oder Konzeptumstellungen reagieren zu können.</p>	<p>Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Gemäß § 137 Abs. 1 SGB V sind Maßnahmen bei der Nichteinhaltung der Mindestvorgaben vorzusehen, bei denen die Beratung und Unterstützung der Einrichtungen im Vordergrund stehen soll.</p> <p>DPR: Der DPR unterstützt die Aussagen der DFPP und plädiert für „bewährungsbezogene Sanktionen“, die die Patientensicherheit nicht gefährden.</p>
18.51	DFPP	<p><u>§ 13 (DKG)</u> <u>Abs. 1-2</u></p>	<p>DKG: Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		Absatz 1 und Absatz 2 der DKG / DPR / BPTK wird unterstützt. Im Weiteren wird der Absatz 3 der DKG / des DPS unterstützt. In der in § 13 folgenden Aufzählung wird 4., durch den Vorschlag der DKG / DPR unterstützt.	
18.52	DFPP	<p><u>§ 14 (DKG) / § 19 (GKV-SV) / § 21 (PatV) Evaluation der Richtlinie</u> <u>Abs. 1</u></p> <p>Wir unterstützen hier die Formulierung der DKG / DPR.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme. Begründung fehlt.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
18.53	DFPP	<p><u>§ 14 (DKG) / § 19 (GKV-SV) / § 21 (PatV) Evaluation der Richtlinie</u> <u>Abs. 2, 3 und 4</u></p> <p>Absatz 2, 3 und 4 wird ebenfalls, durch den Vorschlag der DKG / des DPR unterstützt.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme. Begründung fehlt.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
18.54	DFPP	<p><u>§ 15 (DKG) / § 20 (GKV-SV) / § 22 (PatV) Übergangsregelung</u> <u>Abs. 1</u></p> <p>Wir unterstützen hier den Vorschlag des GKV-SV insoweit, dass die dargestellte Anhebung über die Jahreszyklen sachgerecht erscheint. Allerdings sollte zu den Mindestvorgaben eine Personalbemessung hinzugefügt werden. Diese orientiert sich aus unserer Perspektive an den Minutenwerten der PatV / DPR / BPtK. Es muss berücksichtigt werden, dass für eine 95 %ige Erfüllung der Mindestvorgaben die Ausfallzeiten mit berücksichtigt werden müssen. Dementsprechend wird eine Verhandlungsgröße von ca. 125 – 130 % der in der Anlage 2 angegebenen Minutenwerte zu berücksichtigen sein. Die konkrete Anerkennung der Ausfallzeit erfolgt auf der Ortsebene. Diese muss in Gänze durch die Krankenkassen anerkannt werden.</p>	<p>DPR: Dank und Kenntnisnahme. Der DPR nimmt zur Kenntnis, dass die DFPP neben den Mindestvorgaben die Beibehaltung einer Personalanhaltszahl für erforderlich hält. Dies macht aus praktikablen Gründen Sinn. Die Ausfallzeiten müssen zusätzlich zu den Mindestvorgaben bei den Verhandlungen vor Ort geregelt werden.</p> <p>GKV-SV: Der GKV-SV nimmt zur Kenntnis, dass die DFPP neben den Mindestvorgaben die Beibehaltung einer Personalanhaltszahl für erforderlich hält. Eine prinzipielle Unterscheidung zwischen einer Mindestvorgabe und einer Personalanhaltszahl ist dagegen sinnvoll, ist aber rechtlich</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			im Rahmen dieser Richtlinie nicht möglich. DKG/PatV: Kenntnisnahme
18.55	DFPP	<p><u>§ 15 (DKG) / § 20 (GKV-SV) / § 22 (PatV) Übergangsregelung</u></p> <p><u>Abs. 4</u></p> <p>Der Absatz 4 des GKV-SV wird vom Grundsatz her unterstützt. Der Aufzählungspunkt 6. wird nicht unterstützt und wir bitten diesen zu streichen.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die hier dargestellten Parameter für eine mögliche Neugruppierung der Patientengruppen könnte dazu führen, eine Pseudogenauigkeit herzustellen. Diese Pseudogenauigkeit entspricht evtl. nicht den Aufwänden. Mit einer Neugruppierung von Patienten müssten auch Minutenwerte angepasst werden. Dies ist aber nicht in dieser Regelung zu erkennen.</p>	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
18.56	DFPP	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>Gliederungspunkt A</p> <p>Der Vorschlag des GKV SV, die Psychosomatik einzubinden, wird in dieser Form abgelehnt.</p> <p>Begründung:</p> <p>Die Allgemeinpsychiatrie und Psychosomatik in einer Kategorie abzubilden, wird beiden Bereichen nicht gerecht. Dementsprechend lehnen wir die Ergänzungen des GKV SV in der folgenden Tabelle in allen Psych PV Kategorien ab. In der Tabelle zu Anlage 1 unterstützen wir ausdrücklich den Vorschlag der DKG, die psychosomatische psychotherapeutische Behandlung als expliziten Bereich darzustellen.</p>	DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

18.57	DFPP	<p><u>Anlage 2 Minutenwerttabellen</u></p> <p>Wir lehnen den Vorschlag der DKG ab.</p> <p>Begründung:</p> <p>Der hier dargestellte Vorschlag enthält die Sockelregelung für den Pflegedienst. Die Sockelregelung ist eine ausschließliche Malusregelung für große Stationen ab durchschnittlich 19 Patienten. Dies führt zu einer Degression im Kontext der Minutenwerte der Pflege von 278 Minuten pro Patient pro Woche.</p> <p>Wir unterstützen explizit den Vorschlag der PatV / des DPR / des BPTK. Die hier dargestellten Minutenwerte enthalten eine moderate Anpassung der Psych PV. Gerade in Bereichen der intensiv behandelungsbedürftigen Patienten sind aufgrund von Ansätzen der partizipativen Psychiatrie der Gesetzgebung des Bundesverfassungsgerichtes zur Selbstbestimmung und Fixierung sowie ethischer und menschenrechtsbezogener Anforderungen notwendig.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: In der Erstfassung der Richtlinie werden keine wesentlichen Änderungen in der Systematik der Psych-PV vorgenommen und die Gründe ausführlich in den Tragenden Gründen dargestellt.</p> <p>DPR/PatV/BPtK: Zustimmung</p>
18.58	DFPP	<p><u>Anlage 3 Checklisten</u></p> <p>Zu den Checklisten können wir zu dem jetzigen Zeitpunkt keine Stellung nehmen, da diese in Abhängigkeit zum Richtlinientext stehen.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p>
18.59	DFPP	<p><u>Anlage 4 (GKV-SV/PatV) Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung</u></p> <p>Zum Absatz 3 dieser Regelung wurde oben schon Stellung genommen.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme</p>
18.60	DFPP	<p><u>Anlage 4 / 5 Regelaufgaben (DKG/GKV-SV)</u></p> <p>Zur Erweiterung der Berufsabschlüsse im Kontext der Diplompsychologen bzw. Masterpsychologen, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (nur KJP) des GKV-SV wird unterstützt.</p>	<p>DKG/GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>BPtK: (zur Ersetzung von „Diplom-Psychologen“ durch „Psychologische Psychotherapeuten“): Ablehnung unter Verweis auf</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Die Differenzierung der Spezialtherapeuten unter Gliederungspunkt e wird nicht unterstützt.</p> <p>Begründung:</p> <p>Siehe (Lfd.Nr. 11) dieser Stellungnahme.</p> <p>Die unter D aufgeführten Anpassungen der psychologischen Berufsgruppen wird unterstützt.</p> <p>Die unter E aufgeführten Regelungen auf Seite 79 im Sinne der Spezifizierung der Spezialtherapeuten wird nicht unterstützt – siehe auch (Lfd.Nr. 11)</p>	<p>die Tragenden Gründe der BPtK zu § 5 Berufsgruppen</p>																																																																																																																																																																																																																																																															
<p>18.61</p>	<p>DFPP</p>	<p><u>Anlage 1 zu Ziffer 12 dieses Dokumentes</u> (zu: § 6 Ermittlung der Mindestvorgabe für die Personalausstattung)</p> <table border="1" data-bbox="459 805 1554 1364"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Kategorie</th> <th>18 Pat</th> <th>18 Pat</th> <th rowspan="2">DKG Vorschlag 80%</th> <th>20 Pat</th> <th rowspan="2">DKG Vorschlag 80%</th> <th>25 Pat</th> <th rowspan="2">DKG Vorschlag 80%</th> <th>30 Pat</th> <th rowspan="2">DKG Vorschlag 80%</th> </tr> <tr> <th>100% PsychPV mit 5000 Min</th> <th>80% Auslastung mit 5000 Min</th> <th>80% Auslastung mit 5000 Min</th> <th>80% Auslastung mit 5000 Min</th> <th>80% Auslastung mit 5000 Min</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A1</td><td>856</td><td>685</td><td>80%</td><td>662</td><td>77%</td><td>622</td><td>73%</td><td>596</td><td>70%</td></tr> <tr><td>A2</td><td>1396</td><td>1.117</td><td>80%</td><td>1.094</td><td>78%</td><td>1.054</td><td>76%</td><td>1.028</td><td>74%</td></tr> <tr><td>A3</td><td>654</td><td>523</td><td>80%</td><td>501</td><td>77%</td><td>461</td><td>70%</td><td>434</td><td>66%</td></tr> <tr><td>A4</td><td>1012</td><td>809</td><td>80%</td><td>787</td><td>78%</td><td>747</td><td>74%</td><td>721</td><td>71%</td></tr> <tr><td>A5</td><td>476</td><td>381</td><td>80%</td><td>358</td><td>75%</td><td>318</td><td>67%</td><td>292</td><td>61%</td></tr> <tr><td>A6</td><td>329</td><td>263</td><td>80%</td><td>241</td><td>73%</td><td>201</td><td>61%</td><td>174</td><td>53%</td></tr> <tr><td>S1</td><td>835</td><td>668</td><td>80%</td><td>646</td><td>77%</td><td>606</td><td>73%</td><td>579</td><td>69%</td></tr> <tr><td>S2</td><td>1420</td><td>1.136</td><td>80%</td><td>1.114</td><td>78%</td><td>1.074</td><td>76%</td><td>1.047</td><td>74%</td></tr> <tr><td>S3</td><td>520</td><td>416</td><td>80%</td><td>394</td><td>76%</td><td>354</td><td>68%</td><td>327</td><td>63%</td></tr> <tr><td>S4</td><td>961</td><td>769</td><td>80%</td><td>746</td><td>78%</td><td>706</td><td>74%</td><td>680</td><td>71%</td></tr> <tr><td>S5</td><td>477</td><td>381</td><td>80%</td><td>359</td><td>75%</td><td>319</td><td>67%</td><td>293</td><td>61%</td></tr> <tr><td>S6</td><td>318</td><td>254</td><td>80%</td><td>232</td><td>73%</td><td>192</td><td>60%</td><td>165</td><td>52%</td></tr> <tr><td>G1</td><td>1270</td><td>1.016</td><td>80%</td><td>994</td><td>78%</td><td>954</td><td>75%</td><td>927</td><td>73%</td></tr> <tr><td>G2</td><td>1499</td><td>1.199</td><td>80%</td><td>1.177</td><td>79%</td><td>1.137</td><td>76%</td><td>1.110</td><td>74%</td></tr> <tr><td>G3</td><td>1187</td><td>949</td><td>80%</td><td>927</td><td>78%</td><td>887</td><td>75%</td><td>861</td><td>73%</td></tr> <tr><td>G4</td><td>519</td><td>415</td><td>80%</td><td>393</td><td>76%</td><td>353</td><td>68%</td><td>326</td><td>63%</td></tr> <tr><td>G5</td><td>372</td><td>297</td><td>80%</td><td>275</td><td>74%</td><td>235</td><td>63%</td><td>209</td><td>56%</td></tr> <tr><td>G6</td><td>535</td><td>428</td><td>80%</td><td>406</td><td>76%</td><td>366</td><td>68%</td><td>339</td><td>63%</td></tr> <tr><td>KJ1</td><td>1697</td><td>1.357</td><td>80%</td><td>1.335</td><td>79%</td><td>1.295</td><td>76%</td><td>1.269</td><td>75%</td></tr> <tr><td>KJ2</td><td>1563</td><td>1.250</td><td>80%</td><td>1.228</td><td>79%</td><td>1.188</td><td>76%</td><td>1.161</td><td>74%</td></tr> <tr><td>KJ3</td><td>2154</td><td>1.723</td><td>80%</td><td>1.701</td><td>79%</td><td>1.661</td><td>77%</td><td>1.634</td><td>76%</td></tr> <tr><td>KJ5</td><td>1819</td><td>1.455</td><td>80%</td><td>1.433</td><td>79%</td><td>1.393</td><td>77%</td><td>1.366</td><td>75%</td></tr> <tr><td>KJ6</td><td>583</td><td>466</td><td>80%</td><td>444</td><td>76%</td><td>404</td><td>69%</td><td>377</td><td>65%</td></tr> <tr><td>KJ7</td><td>539</td><td>431</td><td>80%</td><td>409</td><td>76%</td><td>369</td><td>68%</td><td>342</td><td>64%</td></tr> </tbody> </table>	Kategorie	18 Pat	18 Pat	DKG Vorschlag 80%	20 Pat	DKG Vorschlag 80%	25 Pat	DKG Vorschlag 80%	30 Pat	DKG Vorschlag 80%	100% PsychPV mit 5000 Min	80% Auslastung mit 5000 Min	80% Auslastung mit 5000 Min	80% Auslastung mit 5000 Min	80% Auslastung mit 5000 Min	A1	856	685	80%	662	77%	622	73%	596	70%	A2	1396	1.117	80%	1.094	78%	1.054	76%	1.028	74%	A3	654	523	80%	501	77%	461	70%	434	66%	A4	1012	809	80%	787	78%	747	74%	721	71%	A5	476	381	80%	358	75%	318	67%	292	61%	A6	329	263	80%	241	73%	201	61%	174	53%	S1	835	668	80%	646	77%	606	73%	579	69%	S2	1420	1.136	80%	1.114	78%	1.074	76%	1.047	74%	S3	520	416	80%	394	76%	354	68%	327	63%	S4	961	769	80%	746	78%	706	74%	680	71%	S5	477	381	80%	359	75%	319	67%	293	61%	S6	318	254	80%	232	73%	192	60%	165	52%	G1	1270	1.016	80%	994	78%	954	75%	927	73%	G2	1499	1.199	80%	1.177	79%	1.137	76%	1.110	74%	G3	1187	949	80%	927	78%	887	75%	861	73%	G4	519	415	80%	393	76%	353	68%	326	63%	G5	372	297	80%	275	74%	235	63%	209	56%	G6	535	428	80%	406	76%	366	68%	339	63%	KJ1	1697	1.357	80%	1.335	79%	1.295	76%	1.269	75%	KJ2	1563	1.250	80%	1.228	79%	1.188	76%	1.161	74%	KJ3	2154	1.723	80%	1.701	79%	1.661	77%	1.634	76%	KJ5	1819	1.455	80%	1.433	79%	1.393	77%	1.366	75%	KJ6	583	466	80%	444	76%	404	69%	377	65%	KJ7	539	431	80%	409	76%	369	68%	342	64%	<p>GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Zustimmung und Kenntnisnahme</p>
Kategorie	18 Pat	18 Pat		DKG Vorschlag 80%	20 Pat		DKG Vorschlag 80%		25 Pat		DKG Vorschlag 80%		30 Pat	DKG Vorschlag 80%																																																																																																																																																																																																																																																				
	100% PsychPV mit 5000 Min	80% Auslastung mit 5000 Min	80% Auslastung mit 5000 Min		80% Auslastung mit 5000 Min	80% Auslastung mit 5000 Min																																																																																																																																																																																																																																																												
A1	856	685	80%	662	77%	622	73%	596	70%																																																																																																																																																																																																																																																									
A2	1396	1.117	80%	1.094	78%	1.054	76%	1.028	74%																																																																																																																																																																																																																																																									
A3	654	523	80%	501	77%	461	70%	434	66%																																																																																																																																																																																																																																																									
A4	1012	809	80%	787	78%	747	74%	721	71%																																																																																																																																																																																																																																																									
A5	476	381	80%	358	75%	318	67%	292	61%																																																																																																																																																																																																																																																									
A6	329	263	80%	241	73%	201	61%	174	53%																																																																																																																																																																																																																																																									
S1	835	668	80%	646	77%	606	73%	579	69%																																																																																																																																																																																																																																																									
S2	1420	1.136	80%	1.114	78%	1.074	76%	1.047	74%																																																																																																																																																																																																																																																									
S3	520	416	80%	394	76%	354	68%	327	63%																																																																																																																																																																																																																																																									
S4	961	769	80%	746	78%	706	74%	680	71%																																																																																																																																																																																																																																																									
S5	477	381	80%	359	75%	319	67%	293	61%																																																																																																																																																																																																																																																									
S6	318	254	80%	232	73%	192	60%	165	52%																																																																																																																																																																																																																																																									
G1	1270	1.016	80%	994	78%	954	75%	927	73%																																																																																																																																																																																																																																																									
G2	1499	1.199	80%	1.177	79%	1.137	76%	1.110	74%																																																																																																																																																																																																																																																									
G3	1187	949	80%	927	78%	887	75%	861	73%																																																																																																																																																																																																																																																									
G4	519	415	80%	393	76%	353	68%	326	63%																																																																																																																																																																																																																																																									
G5	372	297	80%	275	74%	235	63%	209	56%																																																																																																																																																																																																																																																									
G6	535	428	80%	406	76%	366	68%	339	63%																																																																																																																																																																																																																																																									
KJ1	1697	1.357	80%	1.335	79%	1.295	76%	1.269	75%																																																																																																																																																																																																																																																									
KJ2	1563	1.250	80%	1.228	79%	1.188	76%	1.161	74%																																																																																																																																																																																																																																																									
KJ3	2154	1.723	80%	1.701	79%	1.661	77%	1.634	76%																																																																																																																																																																																																																																																									
KJ5	1819	1.455	80%	1.433	79%	1.393	77%	1.366	75%																																																																																																																																																																																																																																																									
KJ6	583	466	80%	444	76%	404	69%	377	65%																																																																																																																																																																																																																																																									
KJ7	539	431	80%	409	76%	369	68%	342	64%																																																																																																																																																																																																																																																									

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

19	Bundesdirektorenkonferenz - Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BDK), 12. Juli 2019		
19.1	BDK	<p>Als Verband der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (Bundesdirektorenkonferenz, BDK) lehnen wir den vorliegenden Beschlussentwurf grundsätzlich ab, da er weder dem gesetzlichen Auftrag einer Maßnahme zur Sicherung der Qualität gerecht wird, noch die gesetzlich geforderte Umsetzung einer leitlinienorientierten Behandlung und damit die namentlich im Psych-VVG genannte Weiterentwicklung der Versorgung befördert. Mehr als 3 Jahre nach Inkrafttreten des PsychVVG bleibt die vorliegende Personalrichtlinie PPP weit hinter den Erwartungen aller klinisch tätigen Experten zurück: die in Auftrag gegebene Erhebungsstudie hat bis zum heutigen Zeitpunkt keinerlei verwertbare Daten geliefert, die Erkenntnisse aus den verschiedenen Expertenrunden finden in der Richtlinie keine Berücksichtigung und das Studium der nationalen und internationalen Literatur zum Thema Personalmindestvorgaben blieb ebenfalls ergebnislos. Auf die Einsetzung einer von Anfang an von vielen klinisch tätigen Wissenschaftlern geforderte Expertenkommission wurde verzichtet und zuletzt wurden im Stellungnahmeverfahren die für die klinische Praxis in den psychiatrischen Kliniken relevanten Verbände weitestgehend ausgeschlossen. Statt der Umsetzung eines zukunftssträchtigen Personalbemessungskonzeptes wird die verbindliche Umsetzung einer 30 Jahre alten Verordnung empfohlen. Die einzige Innovation besteht in der massiven Steigerung der Nachweispflichten für die Struktur der behandelten Patienten und des vorgehaltenen Personals, d.h. mehr Dokumentationsaufwand und ein deutlicher Eingriff in einen flexiblen Personaleinsatz.</p>	<p>GKV-SV: Der BDK verkennt bei seiner Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.</p> <p>DKG: Der gesetzliche Auftrag sieht die</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf. Die Problematik wird durch eine Mindestvorgabe in Höhe von 80 % der gemäß § 6 Abs. 1 bis 4 ermittelten Personalstellen und mit dem Hinweis in § 2 Abs. 1, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann, adressiert. Daher ist in den Vereinbarungen auf der Ortsebene gemäß § 6 Abs. 7 das Personal gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind, um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen. Bei den Budgetvereinbarungen auf der Ortsebene sind neben den Mindestvorgaben entsprechend der 80 %-Psych-PV um die Ausfallzeiten und um weitere für eine leitliniengerechte Versorgung notwendigen Personalstellen zu erhöhen.</p> <p>Auf diese Weise und durch den Jahres- und Einrichtungsbezug bezüglich der Einhaltung der Mindestvorgabe, sowie die Stichtagsbezogene Einstufung der Patienten soll den Einrichtungen einen ebenso</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>flexiblen Personaleinsatz wie bisher ermöglichen und auch die zusätzlichen Dokumentationsaufwände möglichst gering halten.</p> <p>Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienauswertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise. Die Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der RL-PPP festzulegenden Mindestpersonalvorgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist so zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird.</p>
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.</p> <p>PatV/DPR: Es wird bedauert, dass die Vorschläge der Patientenvertretung in der Stellungnahme der BDK keine Berücksichtigung gefunden haben. In den Vorschlägen von PatV, DPR und BPtK wurden die Minutenwerte der PsychPV, die der RL zu Grunde liegen, aufgewertet. Hierfür wurde auf Ergebnisse und Hinweise aus den vom GBA durchgeführten Fachgesprächen zur leitlinienorientierten Versorgung, die Schussenrieder Tabellen sowie auf weitere Expertenmeinungen zurückgegriffen.</p>
19.2	BDK	<p>Vor diesem Hintergrund kann aus Sicht der BDK die bis zum 31.12.2019 zu beschließende Richtlinie PPP allenfalls eine Übergangslösung darstellen; diese muss später zwingend von einem Personalbemessungsinstrument abgelöst werden, welches eine am Patientenbedarf orientierte, settingunabhängige, leitliniengerechte Behandlung ermöglicht, einer regelmäßigen dynamischen Anpassung unterliegt und welches nicht zuletzt auch die Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung nachhaltig sicherstellt. Von allen derzeit erarbeiteten Modellen scheint dies mit dem sog. Plattformmodell (Hauth et al. 2019) am ehesten realisierbar zu sein, welches von einer breiten Allianz der relevanten Fachgesellschaften und Verbänden, einschließlich solcher die Krankenhausträger, Angehörige und Patienten vertreten, entwickelt wurde.</p>	<p>GKV-SV: Es wurden andere Modelle (u. a. Plattform-Modell, Setting-Modell, PEPP-basiertes Modell) zur Ermittlung von Personalvorgaben oder Mindestpersonalvorgaben in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik wurden ebenfalls vom G-BA geprüft. Keines der geprüften Modelle hatte hinreichenden Reifegrad erlangt. Keines der Modelle war in der Praxis erprobt – Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen lagen nicht vor – so</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>dass eine jetzige Einführung nicht in Frage kommt.</p> <p>BPtK: Grundsätzliche Zustimmung, dass eine Weiterentwicklung der Richtlinie erforderlich ist, aber keine Vorfestlegung auf das „Plattform Modell“. Das „Plattform Modell“ ist zum jetzigen Zeitpunkt noch zu wenig ausgearbeitet, um beurteilen zu können, nach welchen Kriterien der Patientenbedarf bestimmt und operationalisiert werden soll und ob und inwieweit Transparenz und Überprüfbarkeit der Einstufung sowie der Leistungen gewährleistet werden.</p> <p>DKG/DPR: Wir teilen die Auffassung, dass die Richtlinie mit einem verbindlichen Zeitplan weiterentwickelt werden muss und haben dies entsprechend explizit in der Richtlinie aufgeführt (§ 13).</p>
19.3	BDK	<p>Die Gültigkeitsdauer der jetzt zu beschließenden Übergangsregelungen sollte längstens 3 Jahre, also bis zum 31.12.2022 betragen, da in der vorliegenden Richtlinie der wesentliche Änderungsbedarf bezüglich der 30 Jahre alten PsychPV nicht adressiert wird, der sich durchveränderte Anforderungen an Diagnostik, Behandlung, Aufklärung, Psychotherapie, Entlassmanagement, aktueller Berufsgruppenmix u.v.m. ergibt.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Zu den Minutenwerten siehe Nr. 19.1 Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>DKG: In § 13 wurde eine Regelung aufgenommen, dass eine erste Anpassung der</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Richtlinie spätestens bis zum 31. Dezember 2022 vorzunehmen ist. Im Folgenden ist der Anpassungsbedarf alle zwei Jahre zu überprüfen.</p> <p>PatV/DPR: Eine Erhöhung der Minutenwerte ist durch den Vorschlag von PatV, DPR und BPtK erfolgt.</p>
19.4	BDK	<p>Für die Übergangszeit ist ab dem 01.01.2020 die unmittelbare lineare Anhebung der Personalausstattung von jeweils 5% PsychPV in den nächsten 3 Jahren über alle Berufsgruppen hinweg auf das Niveau von 115% PsychPV erforderlich u.a. aufgrund der Verkürzung der Verweildauern, der massiv erhöhten Anforderung an die Dokumentation, einer Zunahme patientenferner Tätigkeiten aber auch aufgrund der Integration psychotherapeutischer Behandlungselemente und trialogischer Aktivitäten in allen Settings und der Stärkung von Patientenrechten.</p>	<p>GKV-SV: siehe Nr. 19.1</p> <p>DKG: Wie in den Anmerkungen der DKG zu der Stellungnahme der BDK in Zeile 19.1 bereits erörtert, ergaben die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienauswertungen und Fachexpertengespräche heterogene Ergebnisse und Hinweise. In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt.</p> <p>Zudem werden mit dieser Richtlinie, wie ebenfalls in Zeile 19.1 erläutert, verbindliche Mindestvorgaben festgelegt, die von einem Personalbemessungsstandard abzugrenzen sind. Eine Mindestvorgabe in der Höhe eines, von der BDK geforderten Personalbemessungsstandards, könnte zur Gefährdung einer flächendeckenden</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Versorgung führen. Dem Bedarf der Quantifizierung eines Personalbemessungsstandards, kann mit dem gesetzlichen Auftrag nicht entsprochen werden.</p> <p>BPtK: Zustimmung und Verweis auf Vorschlag der BPtK zur Erhöhung der Minutenwerte.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Forderung entspricht im Großen und Ganzen dem Vorschlag der PatV.</p>
19.5	BDK	<p><u>Zu § 1 Abs. 3</u></p> <p>Die BDK spricht sich für die Entwicklung einer zukunftsorientierten Personalrichtlinie unter Einbeziehung einer unabhängigen Expertenkommission in einem verbindlichen Zeithorizont aus (§ 1 Absatz (3)). Für die Übergangszeit bedarf es der Anhebung der Personalausstattung aus medizinischen und rechtlichen Aspekten.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme siehe Zeilennr. 19.4</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
19.6	BDK	<p>Unter der Prämisse einer <u>Übergangsregelung</u> (Stufe 1, § 1 (3) DKG/DPR/BPtHK/LV) bezieht die BDK Stellung zu einigen Kernpunkten der Richtlinie:</p> <p><u>Zu § 2 Grundsätze</u></p> <p>Unbestritten stellte die Einführung einer Personalverordnung in der Psychiatrie (PsychPV) den wesentlichen Baustein für die Veränderung der psychiatrischen Versorgung dar, die mit der Psychiatrie-Enquete verfolgt wurde. Die Voraussetzungen für die Weiterentwicklung einer eher verwahrenden und sichernden Psychiatrie hin zu einer modernen medizinischen Disziplin mit zunehmender Ausdifferenzierung des Fachgebietes wurde erst durch die PsychPV geschaffen, um für Patienten in jedem</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>Die Ergebnisse der künftigen Evaluation und Weiterentwicklung müssen abgewartet werden. Lokale Besonderheiten müssen auf der Ortsebene verhandelt werden.</p> <p>In den Minutenwerten ist die Pflichtversorgung prinzipiell enthalten. Aufgrund des Stimmungsverfahrens wird die Pflicht-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Setting eine evidenz-basierte qualitätsgesicherte Behandlung zu gewährleisten. Insofern ist es nur konsequent, dass der Gesetzgeber auch im PsychVVG verbindliche Mindestvorgaben für das Personal fordert, die - laut Gesetzestext - einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten sollen. Die Umsetzung einer solchen Behandlung und das dafür erforderliche Personal steht im engen Zusammenhang mit den jeweiligen Behandlungskonzepten, mit der Struktur und Organisation der Klinik (z.B. Abteilungspsychiatrie versus Fachklinik, gemischte versus spezialisierte Stationen), mit regionalen Besonderheiten (z.B. Größe des Einzugsgebietes, Anteil der Patienten mit Migrationshintergrund, psychosoziale Risikofaktoren wie Arbeitslosenquote, Wohnungslosigkeit u.v.m.) oder auch mit dem Anteil der richterlich untergebrachten Patienten. Diese teilweise auch im Jahresverlauf variierenden Faktoren (z.B. saisonale Häufung einzelner Störungsbilder) machen eine Flexibilisierung der Personalausstattung innerhalb der einzelnen Klinik unabdingbar. Starre, stationsbezogene Personaluntergrenzen stehen im Widerspruch zu den genannten Notwendigkeiten und führen zwangsläufig zu einer Verschlechterung der Versorgung, insbesondere, wenn sie mit einer kleinteiligen Nachweispflicht und Sanktionen einhergehen, wie in der Richtlinie-PPP vom GKV-SV vorgesehen.</p>	<p>versorgung aber im Rahmen eines Ausnahmetatbestandes zusätzlich im Vorschlag des GKV-SV berücksichtigt.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
19.7	BDK	<p><u>Zu § 2 Abs. 2</u></p> <p>Die BDK spricht sich gegen Personaluntergrenzen aus (§2 (2)), die lediglich der Patientensicherheit dienen, und fordert an der Qualität ausgerichtete Personalmindestvorgaben.</p>	<p>GKV-SV: Personaluntergrenzen dienen niemals „lediglich“ der Patientensicherheit. Die Garantie der Patientensicherheit ist oberstes Ziel einer modernen psychiatrischen psychosomatischen und psychotherapeutischen stationären Versorgung.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p>
19.8	BDK	<p>Noch komplexer wird die Versorgungslandschaft, wenn es um die Zeiträume außerhalb der Regelarbeitszeit geht: veränderte Arbeitszeitmodelle, insbesondere der ärztlichen Kollegen, Fachkräftemangel mit der Notwendigkeit die Berufsgruppen flexibel</p>	<p>GKV-SV/PatV: Diese strukturellen und lokalen Besonderheiten sind auf der Ortsebene zu verhandeln.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>einzusetzen, interprofessionelle Zusammenarbeit und sich daraus ergebende Kommunikation- und Abstimmungsbedarfe prägen den klinischen Alltag. In vielen Kliniken müssen Dienstzeitmodelle flexibel angepasst werden vor dem Hintergrund von Fachkräftemangel und gestiegenen Ausfallszeiten, immer mit dem Ziel, die Patientenversorgung sicherzustellen und Ressourcen für die Krisen- und Notfallbehandlung im Rahmen der regionalen Versorgungspflicht vorzuhalten. Kliniken brauchen wie bisher die Möglichkeit, in diesen Zeiträumen den Einsatz des Personals für die Patientenversorgung eigenverantwortlich planen zu können.</p>	<p>Die Ausfallzeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher - wie bisher auch bei der Psych-PV – als Add-on vor Ort verhandelt werden. (siehe dazu auch § 7 Abs 9 GKV-SV, §6 Abs. 8 DKG)</p> <p>DKG: Wir teilen die Auffassung, dass die Kliniken ausreichend Flexibilität benötigen, um unter Berücksichtigung der von der BDK aufgeführten Sachverhalte den Personaleinsatz eigenverantwortlich planen zu können. Als Voraussetzung hierfür sind sowohl der Jahres- als auch der Einrichtungsbezug bezüglich der Einhaltung der Mindestvorgaben unabdingbar. Weiterhin sind die Ausfallzeiten von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher - wie bisher auch bei der Psych-PV – als Add-on vor Ort verhandelt werden (siehe dazu auch § 7 Abs 9 GKV-SV, §6 Abs. 8 DKG).</p>
19.9	BDK	<p><u>Zu § 2 Abs. 3</u></p> <p>Die BDK spricht sich für Personalmindestvorgaben im Regeldienst am Tag ohne Berücksichtigung der Ausfallszeiten aus (§2 (3)). Nachtdienste und Ausfallzeiten sollen auch zukünftig in den Budgetgesprächen auf der Ortsebene verhandelt werden.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>Die Ausfallzeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher - wie bisher auch bei der Psych-PV – als Add-on vor Ort verhandelt werden. (siehe dazu auch § 7 Abs. 9 GKV-SV, § 6 Abs. 8 DKG)</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme
19.10	BDK	Wie in den somatischen Disziplinen ist die Ausdifferenzierung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie vorangeschritten und findet auf Abteilungsebene (z.B. Gerontopsychiatrie, Suchtmedizin, Psychosomatik usw.) oder Stationsebene (regionale Zuordnung, störungsspezifische Zuordnung usw.) ihren Niederschlag. Orientiert am Bedarf der Patienten erfolgen tagesklinische Behandlungen integriert in der Klinik oder in den Tageskliniken in den Gemeinden, werden Akutbehandlungen vollstationär in der Klinik oder stationsäquivalent im Lebensumfeld der Betroffenen durchgeführt. Regional und saisonal variieren die Bedarfe an spezialisierten Behandlungsangeboten (z.B. affektive Störungen, aber auch Suchterkrankungen und hirnorganische Störungen), die für die Kontinuität der Behandlungsqualität unter Umständen kurzfristige Wechsel und Umsetzungen von Personal erforderlich machen. Dies hat sich in vielen Kliniken bewährt und sichert die konsequente Orientierung an den Behandlungsleitlinien und den individuellen Patientenbedarfen.	GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme Siehe Zeilennr. 19.9 Strukturqualitätsvorgaben müssen sich auf die therapeutischen Tätigkeiten beziehen. Es liegt in der Organisationsverantwortung des Krankenhauses ausreichend Personal zu beschäftigen. Organisationsprobleme dürfen kein regulärer Ausnahmetatbestand sein. DKG: Wir teilen die Auffassung, dass die Kliniken ausreichend Flexibilität benötigen, um unter Berücksichtigung der von der BDK aufgeführten Sachverhalte den Personaleinsatz eigenverantwortlich planen zu können. Als Voraussetzung sind sowohl der Jahres- als auch der Einrichtungsbezug bezüglich der Einhaltung der Mindestvorgaben unabdingbar. Weiterhin ist insbesondere bezüglich struktureller und organisatorischer Veränderungen § 9 Absatz 1 Nummer 3 von großer Bedeutung. Mit diesem Ausnahmetatbestand wird ermöglicht, dass bei gravierenden strukturellen oder organisatorischen Veränderungen in der

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			Einrichtung selbige von den Mindestvorgaben abweichen kann.
19.11	BDK	<p><u>Zu § 2 Abs. 5</u></p> <p>Die BDK spricht sich deshalb für den Personelnachweis auf Einrichtungsebene im Jahresdurchschnitt aus (§2 (5)).</p>	<p>GKV-SV/PatV: Die Erfassung der Station – möglichst kalendermonatlich – ist unabhängig und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird.</p> <p>Das in § 6 vom GKV-SV vorgeschlagene Verfahren zur Ermittlung der Mindestvorgaben ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten je nach Belegung der Station in einem Kalendermonat. Sie stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen ohne Bettensperrungen möglich sind, denn die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können also ausgeglichen werden.</p> <p>Aus Qualitätsgesichtspunkten ist es relevant, dass das Personal auch dort ankommt, wo es benötigt wird: am Patienten. Besonders vulnerable Patientengruppen sind häufig auf bestimmten Stationen untergebracht: Akutstation, Demenzstation, Kinder- und Jugendstation. So kann ein Haus zwar einrichtungsbezogen eine Personalausstattung über 100 Prozent nachweisen, auf den Akutstationen kann aber</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>trotzdem nur 90 Prozent des erforderlichen Personals anwesend sein. Deshalb sollte der Personalnachweis pro Station erfolgen.</p> <p>Der Wunsch, (zeitlich) nicht zu kleinteilig zu erfassen, muss vor dem Anliegen relativiert werden, dass eine Nichterfüllung auch über begrenzte Zeitabschnitte vorliegen kann und dann über das Jahr statistisch nicht ins Gewicht fällt. Für die Patienten ist jedoch nicht der Jahresdurchschnitt relevant, sondern die Versorgungsqualität in der jeweiligen Situation.</p> <p>Das in § 11 im Vorschlag des GKV-SV und der PatV etablierte Nachweisverfahren stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen möglich sind. Die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können so ausgeglichen werden. Die Flexibilität des Krankenhauses bleibt so erhalten.</p> <p>Die monatliche Meldung der Erfüllung der Vorgaben sollten nicht in diesem ersten Schritt auf vierteljährlich aufgeweicht werden. Eine tagesbezogene, bedarfsorientierte Flexibilität ist ausreichend gewährleistet. Strukturelle und organisatorische</p>
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Besonderheiten, die zu einer Personalerhöhung führen, können nur auf der Ortbene nach BPfIV verhandelt werden. Die Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments ist nicht Aufgabe des G-BA. Nichtsdestotrotz ist sich der GKG-SV dieser Problematik bewusst und arbeitet an einer Lösung</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
19.12	BDK	<p><u>Zu § 3 (DKG) / § 4 (GKV-SV/PatV) Behandlungsbereiche</u></p> <p>Seit dem 01.01.2018 können Patienten neben vollstationären/teilstationären/ ambulanten Behandlungen stationsäquivalent unter Einbeziehung der individuellen Lebenswelt im häuslichen Umfeld behandelt werden. Dies ist besonders zu begrüßen, da mit dem PsychVVG die sektorenübergreifende Behandlung gestärkt wurde und diese nun in StäB regional übergreifend in die Umsetzung gegangen ist. Hier zeigt sich, dass neben der allgemeinpsychiatrischen auch fachspezifische Behandlungen von Patienten mit gerontopsychiatrischen oder suchtmmedizinischen Erkrankungen ausgesprochen sinnvoll sind und entsprechend in den Personalmindestvorgaben Berücksichtigung finden müssen.</p> <p>Die Organisation der psychosomatischen Behandlung unterscheidet sich in den Kliniken erheblich: neben Fachabteilungen für Psychosomatik werden psychosomatische Schwerpunktstationen oder aber auch psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienste vorgehalten. Die Erfordernisse psychosomatischer Behandlungen stehen in engem Zusammenhang mit dem jeweiligen Behandlungsumfeld (z.B. Psychoonkologie, intensivmedizinische Überwachungsmöglichkeiten bei schweren Essstörungen, Krankheitsbewältigung bei Autoimmunerkrankungen etc.). Die Abbildung der Psychosomatik sollte Gegenstand der zukünftig zu entwickelnden Personalrichtlinie sein.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>DKG/DPR (Zustimmung 1. Absatz): Wir teilen die Auffassung, dass die stationsäquivalente Behandlung in der Richtlinie Berücksichtigung finden muss und nehmen deshalb die Kategorien A9, S9 und G9 mit auf.</p> <p>Die Besonderheiten der psychosomatischen Behandlung werden innerhalb der ersten Stufe der Richtlinie durch eine neue Kategorie P „Psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung“ adressiert. Die Abbildung der Psychosomatik ist gemäß § 13 innerhalb der ersten Anpassung der Richtlinie zu überprüfen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

19.13	BDK	<p>Die BDK spricht sich während der Übergangsregelung neben dem Erhalt aller in der PsychPV abgebildeten Behandlungsbereiche (betrifft A4/S4/S5/G4/G5) für die Einführung der fachspezifischen Behandlungsbereiche A9, S9 und G9 (stationsäquivalente Behandlung) aus.</p>	<p>GKV-SV: Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens wurde die Streichung der Kategorien A4, S4 und G4 zurück genommen.</p> <p>Die Behandlungsbereiche in den Eingruppierungsempfehlungen wurden im Vorschlag des GKV-SV erweitert um die Stationsäquivalente Behandlung (ST1 und KJ9).</p> <p>Im Bereich ST1 können alle Kranken eingruppiert werden, die eine StäB benötigen (siehe Eingruppierungsempfehlung). Mit Hilfe der Nachweise und der Strukturabfrage sollen künftig empirische Werte, die eine Maßgabe für die StäB ermöglichen, gewonnen werden.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p>
19.14	BDK	<p><u>Zu § 10 Nachweisverfahren und Durchsetzungsmaßnahmen (§ 12 DKG / § 17 GKV-SV)</u></p> <p>Im vorliegenden Beschlussentwurf der Richtlinie PPP spricht sich der GKV-SV für einen stationsbezogenen monatlichen Nachweis der Mindestvorgaben aus. Wie bereits unter §2 ausgeführt, birgt dies die Gefahr einer nicht am Patientenbedarf ausgerichteten starren stations- und monatsgenauen Einsatzplanung, insbesondere wenn die Durchsetzung der Maßnahme mittels Sanktionen erfolgt (Reduzierung der Leistungsmenge und Wegfall des Vergütungsanspruches, § 17 GKV-SV (3) und (5)).</p> <p>Psychiatrische Kliniken, insbesondere dann, wenn sie an der Pflichtversorgung teilnehmen, zeichnen sich durch einen hohen Anteil an Akut- und Notfallbehandlungen</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Siehe Nr. 19.11</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>aus. Die Anzahl der elektiven Aufnahmen in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit Pflichtversorgung ist hingegen vernachlässigbar.</p> <p>Patienten mit akuter Fremd- oder Eigengefährdung werden rund um die Uhr an allen Tagen (24h/365d) aufgenommen und benötigen eine personalintensive Behandlung und Betreuung in der Aufnahmesituation und in den Tagen danach. Die Mehrzahl aller anderen Patienten kommt ebenfalls als Notfall und bedarf einer sofortigen Aufnahme bei bestehender Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Um diesen Aspekten gerecht zu werden, bedarf es gut qualifizierten Fachpersonals in auskömmlicher Menge mit flexiblen Einsatzmöglichkeiten. Dabei ist es wesentlich, dass möglichst viel klinisches Personal möglichst viel Zeit unmittelbar am Patienten verbringen kann und nicht weitere Ressourcen für die Dokumentation der Personaleinsätze im Rahmen einer kleinteiligen Nachweispflicht verbraucht werden.</p>	
19.15	BDK	<p><u>Zu § 12 DKG Abs. 1 - 10</u></p> <p>Die BDK spricht sich gegen belegungs- und vergütungsrelevante Durchsetzungsmaßnahmen und für einen gestuften Beratungsprozess durch Fachkommissionen aus (§ 12 DKG (1) - (10)). Die berufsgruppenspezifischen Personalnachweise sind einrichtungs- und jahresbezogen vorzulegen.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme siehe Nr. 19.11</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
19.16	BDK	<p>Die BDK wird sich an der Weiterentwicklung eines zukunftsorientierten Personalbemessungsinstrumentes, wie es im Plattformmodell vorliegt, beteiligen um die Versorgung in den Kliniken auch im Hinblick auf medizinethische Aspekte sicherzustellen, Behandlungsleitlinien im klinischen Alltag weiter zu implementieren und innovative settingübergreifende Behandlungskonzepte am Bedarf der Patienten auszurichten. Der vorliegende Beschlussentwurf der Richtlinie PPP birgt aus Sicht der BDK weitreichende Gefahren und das Risiko einer kontinuierlichen Verschlechterung der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. Das war und ist nicht die Intention des Gesetzgebers!</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>Der RL-Entwurf ist die derzeit einzig mögliche Variante, die Intention des Gesetzgebers umzusetzen, insbesondere bezüglich der Patientensicherheit und der ausreichenden personellen Ausstattung.</p> <p>Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben. DKG: Kenntnisnahme
19.17	BDK	Literatur: <i>Hauth I, Brückner-Bozetti P, Heuft G, Kölch M, Löht M, Richert A, Deister A (2019): Personalausstattung in stationären psychiatrischen Einrichtungen Ein patientenorientiertes und leitliniengerechtes Konzept zur Personalbemessung, Nervenarzt 90: 285-292</i>	
20	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP), 18. Juli 2019		
20.1	DGSP	die Möglichkeit der Stellungnahme der DGSP e.V. zu dem Beschlussentwurf wurde erst nach einem Widerspruchsverfahren unserem Verband gestattet. Wir erhielten mit Schreiben vom 20. Juni 2019 von dem Beschlussentwurf Kenntnis. Der Zeitrahmen zur Erarbeitung einer differenzierten an den einzelnen Paragraphen orientierten Stellungnahme war somit äußerst begrenzt, weshalb wir nachfolgend in einer generalisierten Form zu dem Beschlussentwurf Stellung nehmen werden.	Alle Stellungnahmeberechtigten haben dieselbe Stellungnahmefrist von vier Wochen erhalten.
20.2	DGSP	Die aktuell gültigen Regelungen der 30 Jahre alten und damit von den Realitäten in den psychiatrischen Kliniken überholten PsychPV laufen zum Ende dieses Jahres aus. Der G-BA ist beauftragt, ein System der neuen Personalbemessung zu entwickeln, dass den zukünftigen Anforderungen der klinisch psychiatrischen Versorgung gerecht wird. Das vorliegende Papier wird diesem Anspruch nicht gerecht. Es hinterlässt durch breiten Dissens bei den einzelnen Regelungen den Eindruck, dass hier nicht die Belange der psychisch erkrankten und behandlungsbedürftigen Menschen im Vordergrund stehen, sondern ökonomische Partialinteressen.	DKG: Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf und umfasst nicht die Entwicklung eines neuen Systems der Personalbemessung. Die Problematik wird durch eine Mindestvorgabe in Höhe von 80 % der gemäß § 6 Abs. 1 bis 4 ermittelten Personalstellen

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>und mit dem Hinweis in § 2 Abs. 1, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann, adressiert. Daher ist in den Vereinbarungen auf der Ortsebene gemäß § 6 Abs. 7 das Personal gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind, um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen. Bei den Budgetvereinbarungen auf der Ortsebene sind die Mindestvorgaben entsprechend der 80 %-Psych-PV um die Ausfallzeiten und um weitere für eine leitliniengerechte Versorgung notwendigen Personalstellen zu erhöhen.</p> <p>GKV-SV: Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.</p> <p>Die DGSP verkennt bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzel-psychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.</p> <p>PatV/DPR: Eine Erhöhung der Minutenwerte ist durch den Vorschlag von PatV, DPR und BPTK erfolgt.</p>
<p>20.3</p>	<p>DGSP</p>	<p>Es wird die Systematik der PsychPV mangels alternativer Modelle fortgesetzt. Wir bezweifeln angesichts der sich weiter entwickelnden Bedarfe und Versorgungsformen, besonders im Bereich der Psychotherapie und der komplexen regionalen Vernetzung die Tauglichkeit dieses Ansatzes für die Zukunft. Ausrichtung und Ausstattung der Hilfen müssen von den Bedarfen der einzelnen betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen gedacht werden, im Krankenhausbereich ebenso wie in ambulanter</p>	<p>DKG: Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienbewertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise. Die Fachexpertengespräche zielten auf die</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Therapie und Wiedereingliederung. Wir sehen aus fachlichen Gründen die psychiatrischen Kliniken als Teil der Gemeindepsychiatrie an. Damit verbunden ist das Bemühen, einen lebensweltorientierten Ansatz zu praktizieren, um die Hilfen bedürfnisangemessen und damit effektiv zu gestalten. Damit lassen sich bestehende Tendenzen der „Drehtürpsychiatrie“, der Fehl- und/oder Unterversorgung u. E. überwinden. Ohne eine solche Verbindung sind auch Personalzahlen wenig aussagekräftig.</p>	<p>Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der RL-PPP festzulegenden Mindestpersonalvorgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist so zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird.</p> <p>In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 mit konkreten Fristen berücksichtigt.</p> <p>GKV-SV: siehe Nr. 20.2</p>
--	--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>20.4</p>	<p>DGSP</p>	<p>Es bleibt schlussendlich unklar, ob es sich um eine Qualitätsrichtlinie i. S. von Qualitätsentwicklung oder aber Qualitätssicherung oder um eine Richtlinie für die Personalbemessung handelt. Dies zu klären wäre u.E. die vorrangige Aufgabe der Verhandlungspartner. Hier auf die weitere Entwicklung i.R. einer „zweiten Stufe“ der Personalbemessung zu hoffen, birgt die Gefahr in sich, dass notwendige Entscheidungen zum Nachteil der Patientinnen und Patienten verschleppt werden.</p> <p>Wir lehnen im Interesse der Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine Absenkung der Mindestvorgaben auf eine 80-Prozentgrenze ab!</p>	<p>DKG: Wie in den Anmerkungen der DKG zur Stellungnahme der DGSP in Zeile 20.2 ausgeführt, sieht der gesetzliche Auftrag die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf.</p> <p>Bei der Psych-PV handelt es sich um ein Budgetfindungsinstrument auf Basis von Personalanzahlzahlen – nicht um Mindestvorgaben. Es findet somit keine Absenkung selbiger statt. Stattdessen definiert diese Richtlinie erstmalig Mindestpersonalvorgaben, die nicht unterschritten werden dürfen. Aus diesem Grund ist eine Differenzierung zwischen der verbindlichen Mindestvorgabe und einem Personalbemessungsstandard von großer Bedeutung. Aus diesem Grund ist die Mindestvorgabe deutlich unter 100 % Umsetzung der Personalanzahlzahlen zu setzen.</p> <p>GKV-SV: Der RL-Entwurf dient der Verbesserung der Patientenversorgung und der Patientensicherheit. Die Weiterentwicklung dieser RL ist die Voraussetzung zur Entwicklung einer modernen Qualitätssicherung. Eine Mindestvorgabe von 80 % ist im ersten Schritt praktikabel und wird in der weiteren Entwicklung Gegenstand von</p>
--------------------	-------------	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			Anpassungen sein. PatV: Zustimmungde Kenntnisnahme
20.5	DGSP	Die Transparenz hinsichtlich der Umsetzung der Personalausstattungs-Richtlinie ist eine unabdingbare Maßnahme, um eine leitlinienorientierte Behandlung und Versorgung sicherzustellen. Das Prozedere, wie diese Meldungen zu erfolgen haben, muss nach seiner Wirksamkeit gestaltet, erprobt und beurteilt werden. Unterschreitungen der Bemessungsgrenze sollten zwingend kurzfristig aufgehoben werden und als Chance begriffen werden, um über die Versorgungs- und Behandlungsqualität zu reflektieren. Dies sollte unter Einbezug der Vertreter der beteiligten Gruppen – auch der Psychiatrie- Erfahrenen und Angehörigen partizipativ – erfolgen. Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben sollten sich an der Wirksamkeit orientieren und nicht dazu führen, dass bei Unterschreitung der Mindestanforderungen auf Grund der Verweigerung der Kostenerstattung Krankenhauskapazitäten geschlossen werden. Dies ließe befürchten, dass eine im Interesse der Patientinnen/Patienten und deren Angehörige wohnortnahe Versorgung mitsamt den Behandlungsangeboten in ihrer Existenz gefährdet würden.	DKG; Wir teilen die Auffassung, dass das Ziel die Erfüllung der Mindestvorgaben ist und sehen daher ein gestuftes System an Durchsetzungsmaßnahmen vor, bei denen gemäß § 137 Abs. 1 SGB V die Beratung und Unterstützung der Einrichtungen zur Erfüllung der Mindestvorgaben im Vordergrund steht. Gemäß der Systematik der Psych-PV sind die Mindestvorgaben jahresdurchschnittlich und auf Einrichtungsebene einzuhalten. Der Gesetzgeber hat in § 136a Absatz 2 Satz 2 SGB V verdeutlicht, dass Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen festzulegen sind. Der Einrichtungsbezug ist erforderlich, um den Einrichtungen zu ermöglichen, dass Personal bei gestiegenen Patientenzahlen, einer Veränderung der Patientenbedarfe oder auch Personalausfällen auf bestimmten Stationen, das vorhandene Personal flexibel innerhalb der Einrichtung in Abhängigkeit von dem aktuellen Bedarf der einzelnen Stationen einsetzen zu können. Ebenfalls müssen Einrichtungen die Möglichkeit

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>haben, Schwankungen in der Personalbesetzung, die innerhalb eines Jahres auftreten, und so zu einer zeitweisen Unter- wie auch Überschreitung der Mindestpersonalausstattung führen können, auszugleichen.</p> <p>Zudem würde eine Abweichung von dieser grundsätzlichen Psych-PV-Systematik (Einrichtungs- und Jahresbezug) eine Auswirkungenanalyse in der Praxis erfordern, da die Folgen und Aufwände für die Kliniken derzeit nicht abschätzbar sind und nicht unerheblich sein dürften.</p> <p>GKV-SV/PatV: Strukturelle und organisatorische Besonderheiten, die zu einer Personalerhöhung führen, können nur auf der Ortsebene nach BPfIV verhandelt werden – sie sind nicht Teil dieser RL. Nichtsdestotrotz nehmen wir hier die Sorge zur Kenntnis, dass dies aus Sicht der DGSP nicht ausreichend gesetzlich geregelt zu sein scheint.</p> <p>Das in § 7 vom GKV-SV vorgeschlagene Verfahren zur Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und dem Umsetzungsgrad stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen möglich sind. Die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen.</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			Kurze Unterschreitungen können so ausgeglichen werden.
20.6	DGSP	<p>Die Anhaltzahlen für die Gruppe der Pflegefachpersonen sollten mit dem Anspruch geplant werden, dass durch den angemessenen Personaleinsatz dieser Berufsgruppe im Wesentlichen das stationäre Milieu geprägt wird. Unterbesetzungen können dazu führen, dass sich das Stationsklima negativ entwickelt und sich belastend für die Patienten und Patientinnen und die Mitarbeitenden auswirkt. Mit angemessen Personaleinsatz lässt sich eine mögliche Gefährdungssituation deeskalieren und so Eingrenzungen unter Einsatz von Gewalt verhindern. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind nach höchstrichterlichem Urteil nach einem festgelegten patientenorientierten Ablauf zu gestalten. Auch dies ist nur erfüllbar, wenn die Personalausstattung stimmig ist. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass durch die Vorgaben der S3 Leitlinie "Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" und der UN-Behindertenrechtskonvention Zeitaufwände für Konzeptentwicklungen und Kooperationsmassnahmen einzuplanen sind.</p>	<p>DKG: Wie in den Anmerkungen der DKG in Zeile 20.3 begründet, wird innerhalb der ersten Stufe die Psych-PV als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt. Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 mit konkreten Fristen berücksichtigt.</p> <p>GKV-SV: Das in § 6 vom GKV-SV vorgeschlagene Verfahren zur Ermittlung der Mindestvorgaben ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patientinnen und Patienten je nach Belegung der Station in einem Kalendermonat. Sie stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen ohne Bettensperrungen möglich sind, denn die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können also ausgeglichen werden.</p> <p>PatV: Zustimmungende Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Der DPR hat die Minutenwerte für die Pflege in seinem Vorschlag entsprechend erhöht und die Abschaffung des Sockels gefordert, der in der Erwachsenenpsychi-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>atrie ab dem 19. Patienten keine Minutenwerte für die Pflege mehr vorsieht.</p>
20.7	DGSP	<p>Die Behandlungsqualität ist neben der Personalpräsenz auch von der fachlichen und sozialen Kompetenz der Mitarbeitenden abhängig. Die Gestaltung hilfreicher/heilsamer/unterstützender und förderlicher Beziehungen sehen wir als wesentliches Moment psychiatrischer Tätigkeit an. Dies entspricht der von uns für psychiatrisch Tätige geforderte sozialpsychiatrischen Grundhaltung. Um dieser Notwendigkeit zu entsprechen sind neben einer guten grundständigen Qualifikation kontinuierliche Weiterbildung und Reflektionsmöglichkeiten wie z.B. Teamcoaching, Supervision u. a. in ausreichendem Umfang in Qualitätsrichtlinien und Personalanhaltszahlen verbindlich zu berücksichtigen.</p>	<p>DKG: Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienbewertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise auch zu den Qualifikationsanforderungen. Hinweise für entsprechende Empfehlungen können bei der Weiterentwicklung gemäß § 13 der Richtlinie geprüft werden.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>Das Angebot zur kontinuierlichen Weiterbildung und von Reflexionsmöglichkeiten, wie z. B. Teamcoaching, Supervision u. a., obliegt dem Arbeitgeber und ist für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter prinzipiell freiwillig.</p> <p>PatV/DPR: Zustimmung Kenntnisnahme</p>
20.8	DGSP	<p>Wir begrüßen sehr die Einbindung von EX-IN-Genesungsbegleiter i.R. der Richtlinie bzw. deren Berücksichtigung bei der Personalbemessung. Eine verbindliche Regelung wird die breite Etablierung dieser für die Umsetzung des Recoveryansatzes wichtigen Unterstützungspersonen befördern.</p>	<p>DKG: Genesungsbegleiter übernehmen bereits in vielen Einrichtungen eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten. Es gibt derzeit jedoch noch keine einheitliche Ausbildungsform dieser Berufsgruppe. Vor diesem Hintergrund wird der Einsatz von Genesungsbegleitern nicht unter den Mindestvorgaben dieser Richtlinie verortet.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Bei der Vereinbarung der Personalstellen, welche erforderlich, sind um eine leitlinien-gerechte Versorgung sicherzustellen, sind jedoch gemäß § 6 Abs. 7 neben u. a. Leitungskräften und Bereitschaftsdiensten auch Genesungsbegleiter zu berücksichtigen.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
20.9	DGSP	<p>Die Einbindung von Fachkräften für Kunst- und Musiktherapie ist ebenfalls zu begründen, da hiermit alternative bzw. ergänzende Therapieformen zur pharmakologischen Behandlung angeboten werden können, deren Wirksamkeit in anderen Kontexten (NICE) nachgewiesen wurde.</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Der Richtlinienentwurf der DKG berücksichtigt durch die Umwidmung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten auch Kunst- und Musiktherapien.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die PatV hat die Minutenwerte für Kunst- und Musiktherapie entsprechend den Schussenrieder Tabellen erhöht.</p>

II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

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

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
1	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	17. Juni 2019	Stellungnahme
2	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	14. bzw. 19. Juni 2019	Stellungnahme
3	Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik (AGPPS)	13. bzw. 24. Juni 2019	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der nicht fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung wurde in drei Arbeitsgruppen-Sitzungen am 2. Juli 2019, 25. Juli 2019 und 30. Juli 2019 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 8. August 2019 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 8. August 2019)
1.	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., 17. Juni 2019		
1.1	DV Gemeindepsychiatrie	<p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Der Dachverband Gemeindepsychiatrie begrüßt, dass der Gesetzgeber die Selbstverwaltung aufgefordert hat, die 1991 eingeführte und damit bald 30 Jahre alte Psych-PV qualitativ und damit auch quantitativ durch eine angepasste Personalausstattung zu modernisieren.</p>	GKV-SV/DPR: Dank und Kenntnisnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Damit legte der Gesetzgeber fest, dass Überprüfungen und ggf. Anpassungen der Minutenwerte der therapeutischen Berufsgruppen, Schwerpunkte der Behandlungsverfahren, wie die psychotherapeutische Behandlung und Verfahren der Qualitätssicherung erforderlich sind.</p> <p>Der Selbstverwaltung liegt seit dem 23.12.2016 der Auftrag vor.</p>	
1.2	DV Gemein- depsychiatrie	<p>An dem Status Quo der Psych-PV wie vor fast 30 Jahren festzuhalten oder gar für eine Nicht-Umsetzung der PPP RL durch Beibehaltung der alten Minutenwerte zu plädieren, wäre Ausdruck einer rückwärtsgewandten, die aktuellen Behandlungsbedürfnisse der Patientinnen und Patienten negierenden Fehlentscheidung. Moderne, auf den AMWF-Leitlinien und damit auf Evidenz basierende Behandlungsverfahren machen eine <u>Anpassung der Minutenwerte</u> der therapeutischen und sonstigen Berufsgruppen erforderlich, auch wenn infolge des Verzichtes auf die sog. „Wittchen-Studie“ die ansonsten heranziehbaren empirischen Studien eine nur schwache Berechenbarkeit des evidenzbasierten Personalbedarfs ermöglichen.</p>	<p>GKV-SV: Der DV-Gemeindepsychiatrie verkennt bei seiner Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzel-psychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anfor-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>derungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen..</p> <p>DKG: Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet <u>und zugleich</u> nicht unterschritten werden darf.</p> <p>Der G-BA ist zu dem Schluss gekommen, dass die Psych-PV derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt. Bekanntermaßen handelt es sich bei der Psych-PV - in Abgrenzung der hier zu definierenden Mindestvorgabe - um ein Personalbemessungsinstrument zur Budgetfindung auf der Ortsebene.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung</p> <p>BPtK: Zustimmung und Verweis auf den Vorschlag der BPtK zur Erhöhung der Minutenwerte.</p>
1.3	DV Gemein-depsychiatrie	Es liegen jedoch mit den Minutenwerten der Schussenrieder Tabellen (Anlage 2 der PPP RL) empirisch begründete Personalbedarfe für die therapeutischen und sonstigen Berufsgruppen vor.	GKV-SV: Es wurden andere Modelle zur Ermittlung von Personalvorgaben oder Mindestpersonalvorgaben in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>vom G-BA geprüft. Keines der geprüften Modelle hatte hinreichenden Reifegrad erlangt. Keines der Modelle war in der Praxis erprobt – Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen lagen nicht vor – so dass eine jetzige Einführung nicht in Frage kommt.</p> <p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p>
1.4	DV Gemein- depsychiatrie	Wir stimmen als Dachverband Gemeindepsychiatrie dem Richtlinienentwurf damit grundsätzlich zu und fordern die Selbstverwaltung auf, den gesetzlichen Auftrag gemäß § 136a Abs. 2 SGB V bis Ende d.J. zu erfüllen.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
1.5	DV Gemein- depsychiatrie	Wir begrüßen, dass die Richtlinie vorsieht, Menschen, die die eigene Erfahrung von seelischen Krisen gemacht und erfolgreich bewältigt haben, als sog. „Genesungsbe- gleiter“ in die klinische Arbeit regelhaft als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzubeziehen. Die Tätigkeit dieser neuen Berufsgruppe darf jedoch durch keine andere Berufsgruppe ersetzt oder z.B. mit Stellen aus der Pflege gegengerechnet werden.	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung</p>
1.6	DV Gemein- depsychiatrie	Die Verfahren zur Qualitätssicherung, zur Überprüfung des tatsächlichen Personaleinsatzes, Sanktionen des Krankenhauses etc. nehmen in der PPP-RL und im klinischen Alltag eine immer größere Rolle ein. Damit wird wertvolle therapeutische Arbeitszeit für nicht therapeutische Zwecke gebunden. Diese Entwicklung verfolgen wir mit Sorge, da sie mit einem falschen Ressourcenverbrauch einhergeht. Wir halten diese Maßnahmen jedoch immer dann für notwendig, wenn diese tatsächlich im unmittelbaren Behandlungsinteresse der Patienten erfolgen. Das kann z.B. die Frage sein, warum ein Patient bereits entlassen wurde, obwohl seine Behandlung hätte länger dauern müssen, warum er oder sie keine Psychotherapie erhalten hat oder warum die Angehörigen der Patientin nicht einbezogen wurden.	<p>GKV-SV: Dokumentationspflichten sind unentbehrlich. Sie dienen der Qualitätssicherung und dem Schutz der Patientinnen und Patienten.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

1.7	DV Gemein- depsychiatrie	Sind die Prüfungen jedoch Ausdruck einer primär begründeten Kostenkontrolle ohne Rücksicht auf die qualitativen Behandlungsfolgen für den Patienten, sehen wir in dieser primär monetär motivierten Vorgehensweise das Gegenteil des Ziels einer qualitativ besseren Behandlung.	<p>GKV-SV: Die Dokumentationspflichten sind unentbehrlich. Sie dienen der Qualitätssicherung und dem Schutz der Patientinnen und Patienten.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p>
1.8	DV Gemein- depsychiatrie	Daher sind wir der Auffassung, dass der Dokumentations- und Nachweisaufwand mit seinem bislang nicht belegten Ressourcenverbrauch nicht zu Lasten des therapeutischen, pflegerischen und sonstigen mit dem Patienten arbeitenden Personals gehen darf. Alle zeitlichen Belastungen des Krankenhauses für den Nachweis der Umsetzung der Richtlinie sind stets gesondert und durch ein dafür zusätzlich beschäftigtes Personal auszuweisen. Zeitliche Aufwendungen der Qualitätssicherung und des Nachweises gegenüber der GKV/MDK sind daher, wie die therapeutischen Tätigkeiten, mit entsprechenden Minutenwerten zu beziffern, in der Richtlinie mit einem zeitlichen Volumen auszuweisen und dem Auftraggeber somit in Rechnung zu stellen. Gemeinsames Ziel von GKV-SV und DKG muss sein, die dem Patienten zur Verfügung stehenden therapeutischen Zeiten (Minutenwerte) ihm auch zu 100% zukommen zu lassen. Wir vermissen daher eine entsprechende Minutentabelle des Personals für Nachweispflichten des Krankenhauses.	<p>GKV-SV: Ein zusätzlicher und unverhältnismäßiger Dokumentationsaufwand ist nicht nachvollziehbar. Eine kontinuierliche Einstufung der behandelten Patienten ist praktikabel und erfolgt bereits bisher über den entsprechenden OPS-Code.</p> <p>Ein zusätzlicher und unverhältnismäßiger Dokumentationsaufwand ist nicht nachvollziehbar. Eine kontinuierliche Einstufung der behandelten Patienten ist praktikabel und erfolgt bereits bisher über den entsprechenden OPS-Kode. Eine gesonderte Erfassung der Anwesenheit von Personal am Krankenhaus und auf Station ist nicht notwendig, da diese Angaben bereits heute aus arbeitsrechtlichen und haftungsrechtlichen Gründen bereits erhoben werden müssen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

1.9	DV Gemein- depsychiatrie	<p>Auch wenn die fachliche Zielsetzung der sektorenübergreifenden Behandlung nicht der Auftrag der PPP-RL ist, vermissen wir dennoch in ihr zwei Positionierungen, die für die Behandlung der Patientinnen und Patienten erhebliche qualitative Auswirkungen haben:</p> <p>- Die Öffnung hin zu einer sektorenübergreifenden Behandlung, die (teil-) stationäre und ambulante Behandlung besser mit einander verzahnt und das Ziel hat, die Grenzen zwischen stationär und ambulant durch ein einheitliches Finanzierungs-, Behandlungs- und Qualitätssicherungssystem aufzuheben. Wir vermissen daher in §1 der PPP-RL und in den Tragenden Gründen eine entsprechende Formulierung.</p>	<p>GKV-SV/DPR: Dank und Kenntnisnahme DKG: Kenntnisnahme PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p>
1.10	DV Gemein- depsychiatrie	<p>- Wir vermissen ebenfalls eine Abkehr von den Begriffen „Betten“ und „Stationen“, die durch die Begriffe „Behandlungsplätze“ bzw. „Behandlungseinheiten“ ersetzt werden kann. Auch hiermit hätte die AG PPP RL im G-BA ein entsprechendes Signal im Sinne der Qualitätssicherung formulieren können. Uns ist bewusst, dass auch dies nicht der Auftrag der AG war. Dennoch ist es u.E. aus fachlichen und qualitativen Gründen notwendig, zumindest in den Tragenden Gründen hierzu Stellung zu beziehen.</p>	<p>GKV-SV/DPR: Dank und Kenntnisnahme DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme. Entsprechend der Stellungnahme der DV Gemeinpsychiatrie wurde der Begriff „Betten“ im Richtlinienentwurf durch den Begriff „Behandlungsplätze“ ersetzt.</p>
1.11	DV Gemein- depsychiatrie	<p><u>Anlage 2 / Minutenwerte</u></p> <p>Die für die angepasste Behandlungsqualität entscheidenden Aussagen werden in der Anlage 2, als Minutenwertetabellen, Blatt 50 und 51, der PPP-RL getroffen. Die Zeitwerte in Minuten je Woche und Behandlungsbereich stellen das rechnerische Fundament des künftigen Personalbedarfs ab 2020 dar. Dis gilt für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche.</p> <p>Der fachliche Auftrag an die AG PPP-RL war primär, für die qualitative Verbesserung der klinischen psychiatrischen Behandlung durch die Richtlinie zu sorgen. Der Auftrag hatte ausdrücklich nicht das Ziel, eine finanzielle Folgeabschätzung vorzunehmen.</p>	<p>GKV-SV: siehe Zeilennr. 1.2 DKG: Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet <u>und zugleich</u> nicht unterschritten werden darf.</p> <p>Bekanntermaßen handelt es sich bei der Psych-PV - in Abgrenzung der hier zu definierenden Mindestvorgabe - um ein Perso-</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Dennoch haben die GKV-SV sowie die DKG genau dies indirekt getan, indem sie die alten Psych-PV Minutenwerte nahezu ungebrochen fortschreiben wollen.</p> <p>Wir unterstützen daher die von der Patientenvertretung, dem Deutschen Pflegerat, der Bundespsychotherapeutenkammer sowie für die durch die PatV ausgewiesenen Berufsgruppen der Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Ergo-, Musik-, Kunst- und Kreativtherapeuten ausgewiesenen Minutenwerte und stellen fest, dass die von der GKV-SV sowie von der DKG vorgenommene Festschreibung der alten Werte zu keiner qualitativen Verbesserung führen kann.</p>	<p>nalbemessungsinstrument zur Budgetfindung auf der Ortsebene.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Kenntnisnahme</p>
1.12	DV Gemein-depsychiatrie	<p><u>Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich</u></p> <p><u>Zu Abs. 1</u></p> <p>Letzter Satz: Wir unterstützten die Zielsetzung und Formulierung „verbindliche Mindestvorgaben“ für die personelle Ausstattung der stationären Einrichtungen. Von der „sollten“-Formulierung der DKG raten wir dringend ab. „Verbindliche Mindestvorgabe“ meint verbindlich.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>DKG: Das „sollen“ in § 1 Abs. 1 zielt lediglich darauf ab, dass die Mindestvorgaben einen Beitrag zu leitliniengerechter Behandlung leisten sollen und nicht, dass die Mindestvorgaben nicht verbindlich sind. In Abgrenzung dazu soll die Definition eines Personalbemessungsstandards eine leitliniengerechte Behandlung sicherstellen.</p>
1.13	DV Gemein-depsychiatrie	<p><u>Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich</u></p> <p><u>Zu Abs. 3</u></p> <p>Wir schließen uns der GKV-SV und PatV an und empfehlen für die Umsetzung keinen auf 2024 befristeten zeitlichen Korridor einzuräumen, sondern zu einer sofortigen Umsetzung durch die Krankenhäuser im Rahmen der Machbarkeit aufzufordern. Wenn aufgrund fehlenden qualifizierten Personals eine sofortige Umsetzung nicht erreicht</p>	<p>GKV-SV/DPR: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		werden kann, können die Krankenhäuser die Gründe im Detail nachweisen und sollten belegen, mit welchen Maßnahmen sie versuchen die personellen Engpässe zu überwinden.	
1.14	DV Gemein- depsychiatrie	<u>§ 2 Grundsätze</u> <u>Zu Abs. 1</u> Wir unterstützen die Auffassung, dass die Krankenhäuser jederzeit das erforderliche Personal vorzuhalten haben.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
1.15	DV Gemein- depsychiatrie	<u>§ 2 Grundsätze</u> <u>Abs. 2</u> Hier stimmen wir der GKV/PatV zu.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme
1.16	DV Gemein- depsychiatrie	<u>§ 2 Grundsätze</u> <u>Abs. 5</u> Hier stimmen wir der GKV/PatV zu. Wir sind trotz des höheren Dokumentationsaufwandes der Auffassung, dass der Nachweis des Personaleinsatzes kalendermonatlich je Station zu erbringen ist. Nur so wird deutlich, ob das erforderliche Personal tatsächlich am Ort des Patienten eingesetzt wird. Der größte Teil dieser Personaldaten liegt dem Personal-Controlling bzw. der Pflegeplanung ohnehin vor. Auszuschließen ist zugleich, dass für diese Dokumentationsarbeiten Pflegekräfte oder anderes therapeutisches Personal herangezogen wird. Der entsprechende zusätzliche, nicht-therapeutische Personal- und Kostenaufwand ist dem Auftraggeber mit Angaben von Minutenwerten in Rechnung zu stellen.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme DKG: Kenntnisnahme PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

1.17	DV Gemein- depsychiatrie	Den ergänzenden Empfehlungen zur Berechnung des Bedarfs an Minutenwerten durch die Vorsitzenden des UA QS schließen wir uns an.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
1.18	DV Gemein- depsychiatrie	<p><u>§ 2 Grundsätze</u> <u>Abs. 7</u> findet unsere Unterstützung</p>	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
1.19	DV Gemein- depsychiatrie	<p><u>§ 2 Grundsätze</u> <u>Abs. 8</u> wird von uns unterstützt</p>	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
1.20	DV Gemein- depsychiatrie	<p><u>§3/4 Behandlungsbereiche</u> Wir begrüßen den regelhaften Einbezug der stationsäquivalenten Behandlung als eigenen Behandlungsbereich, hätten uns aber eine stärkere Betonung der Konsequenzen gegenüber dem Personal bei der Verzahnung mit dem außerklinischen Sektor gewünscht.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Die Behandlungsbereiche in den Eingruppierungsempfehlungen wurden im Vorschlag des GKV-SV erweitert um die Stationsäquivalente Behandlung (ST1 und KJ9). Im Bereich ST1 können alle Kranken eingruppiert werden, die eine StäB benötigen (siehe Eingruppierungsempfehlung). Mit Hilfe der Nachweise und der Strukturabfrage sollen künftig empirische Werte, die eine Maßgabe für die StäB ermöglichen, gewonnen werden. PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>1.21</p>	<p>DV Gemein- depsychiatrie</p>	<p><u>§ 5/6 Berufsgruppen</u> Warum mit dem § 11 die Berufsgruppe der Genesungsbegleiter einer besonderen Ausweisung in einem eigenen Paragrafen bedarf und nicht im Sinne einer Gleichstellung in § 5 integriert ist, können wir nicht nachvollziehen. Wir begrüßen, dass Genesungsbegleiter regelhaft zu der Personalausstattung der Stationen gehören, schlagen aber deren Integration in den § 5 vor. Sie sind mit den anderen Berufsgruppen auch in der Textdarstellung der PPP-RL gleich zu stellen.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme DKG: Genesungsbegleiter übernehmen bereits in vielen Einrichtungen eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten, es gibt derzeit jedoch noch keine einheitliche Ausbildungsform dieser Berufsgruppe. Vor diesem Hintergrund wird der Einsatz von Genesungsbegleitern nicht unter den Mindestvorgaben dieser Richtlinie verortet. Bei der Vereinbarung der Personalstellen, welche erforderlich sind, um eine leitlinien-gerechte Versorgung sicherzustellen, sind jedoch gemäß § 6 Abs. 7 neben u.a. Leitungskräften und Bereitschaftsdiensten auch Genesungsbegleiter zu berücksichtigen. PatV: zustimmende Kenntnisnahme DPR: Genesungsbegleiter übernehmen bereits in vielen Einrichtungen eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten, es gibt derzeit jedoch noch keine einheitliche Ausbildungsform dieser Berufsgruppe. Vor diesem Hintergrund wird der Einsatz von Genesungsbegleitern nicht unter den Mindestvorgaben dieser Richtlinie verortet.</p>
<p>1.22</p>	<p>DV Gemein- depsychiatrie</p>	<p><u>§§ 7 [Hinweis: insbes. §8/9] ff Minutenwerte Tagdienst</u></p>	<p>GKV-SV: siehe Nr. 1.2 DKG: Der gesetzliche Auftrag sieht die</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Wie bereits oben ausgeführt, sind erhebliche Anpassungen an die überholten Psych-PV Vorgaben erforderlich. Der Erhalt des Status Quo, wie von der GKV-SV sowie der DKG vorgeschlagen, entspricht nicht dem Auftrag der Verbesserung der Behandlungsqualität. Das Recht des Patienten auf eine fachlich qualifizierte psychiatrische Behandlung kann nur mit zeitlichen Ressourcen ausgestatteten Personal realisiert werden. Eine Anpassung der Minutenwerte analog zur Schussenrieder Tabelle ist zu realisieren.</p>	<p>Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet <u>und zugleich</u> nicht unterschritten werden darf.</p> <p>Bekanntermaßen handelt es sich bei der Psych-PV - in Abgrenzung der hier zu definierenden Mindestvorgabe - um ein Personalbemessungsinstrument zur Budgetfindung auf der Ortsebene.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung – aber nicht für den letzten Satz.</p>
<p>1.23</p>	<p>DV Gemein-depsychiatrie</p>	<p><u>Zu §§ 7 und 8/9 Minutenwerte Tagdienst:</u></p> <p>Wir schließen uns mit Bezug auf die Schussenrieder Tabellen (Anlage 2) den Minutenwerten der PatV an.</p>	<p>GKV-SV: siehe Nr. 1.2</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>BPtK: Die Schussenrieder Tabellen entsprechen für die ärztliche und psychologische Berufsgruppe weitgehend den Vorschlägen von BPtK/DPR/PatV zur Erhöhung der Minutenwerten von Ärzten und Psychologen, beziehungsweise gehen über diese hinaus. Nur für den Intensivbehandlungsbereich (A2, S2, G2) sieht der Vorschlag von BPtK/DPR/PatV höhere Minutenwerte für die psychologische Berufsgruppe vor. Diese</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			könnten aufgrund der Austauschbarkeit zwischen der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppe durch die höheren Minutenwerte bei den Ärzten für die Intensivbehandlungsbereiche nach Schussenrieder Tabelle (im Vergleich zum BPtK/DPR/PatV Vorschlag) ausgeglichen werden.
1.24	DV Gemein- depsychiatrie	<u>§§ 9, 13, 15 Ausnahmetatbestände</u> Nachweis der Ausnahmetatbestände: Eine Festsetzung auf vier Wochen ist u.E. zu starr formuliert. Textvorschlag „Sollte der Ausnahmetatbestand länger als vier Wochen andauern, hat das Krankenhaus die Fortdauer des Ausnahmetatbestandes für jede weiteren zwei Wochen zu belegen“.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme
1.25	DV Gemein- depsychiatrie	<u>§§ 10, 14, 16, 15 Nachweisverfahren / Strukturabfrage</u> Hier folgen wir im Wesentlichen den Vorschlägen der GKV, fordern aber bei der Beauftragung des IQTIG in der Strukturabfrage, dass dieses jährlich die Stellungnahme auch der allgemeinen Öffentlichkeit, also der Bevölkerung zur Verfügung stellt.	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme DKG: In den Regelungen zu Nachweisverfahren und Strukturabfrage ist geregelt, dass das IQTIG die Daten zum Zwecke der Veröffentlichung im strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Abs. 1 und 6 SGB V standortbezogen aufbereitet, so dass diese im Rahmen des Lieferverfahrens gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) direkt vom IQTIG an die Annahmestelle übermittelt werden können. PatV: zustimmende Kenntnisnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

2.	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), 19. Juni 2019		
2.1	ver.di	<p><u>Vorbemerkung</u></p> <p>Beschäftigte in der psychiatrischen Krankenhausversorgung wollen gute Arbeit leisten und für die Sicherheit der Patient*innen sorgen und wissen doch, dass sie das unter den gegebenen Umständen immer weniger einlösen können. Der Handlungsbedarf für die Arbeitsbedingungen und die psychiatrische Versorgung ist enorm. Mit dem Ende 2016 beschlossenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) konnte – unter dem Druck vielfältiger Proteste der Beschäftigten und ihrer Gewerkschaft ver.di, von Betroffenen und Verbänden – u. a. die Abschaffung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) verhindert werden. Stattdessen hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in § 136 a Abs. 2 SGB V beauftragt, verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal festzulegen. 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) und ist vom G-BA erstmals bis zum 30. September 2019 mit Wirkung zum 01. Januar 2020 zu beschließen. Um lückenlose Vorgaben für die psychiatrische Versorgung sicherzustellen, ist das zwingend erforderlich, da ab dem 01. Januar 2020 die Vorgaben der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) außer Kraft treten.</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p>
2.2	ver.di	<p>Die Zeit bis zum Inkrafttreten neuer Mindestpersonalvorgaben für Psychiatrie und Psychosomatik sollte genutzt werden – so die Intention des Gesetzgebers – die Psych-PV in möglichst allen Kliniken vollständig umzusetzen. Allerdings zeigt sich bis</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>PatV/GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		heute, dass die Vorgaben der Psych-PV oft nicht eingehalten werden, insbesondere in der Pflege.	DPR: Dank und Zustimmung
2.3	ver.di	<p>Ziel neuer Vorgaben muss die bedarfsgerechte Versorgung sein</p> <p>Mit der Psychiatrie-Enquete von 1975 war ein Reformschub auch für die personelle Ausstattung in der Psychiatrie verbunden, der für den Bereich der Kliniken im Jahr 1990 mit der Psych- PV verstetigt wurde: Erstmals wurden verbindliche Personalgaben gemacht, um die Voraussetzungen für eine gute Versorgungsqualität zu gewährleisten.</p> <p>Gute psychiatrische Behandlung braucht vor allem eins: genug Zeit. Schließlich hat die Beziehungsaufnahme der Patient*innen mit qualifiziertem Personal entscheidende Bedeutung. Voraussetzung ist die Schaffung eines entsprechenden Milieus.</p> <p>Bei den Mindestvorgaben zur Personalausstattung durch den G-BA ist zu berücksichtigen, dass sich seit Inkrafttreten der Psych-PV im Jahr 1990 in der psychiatrischen Krankenhausversorgung vieles verändert hat: Während die Anzahl der Aufnahmen stark anstieg, ist die Verweildauer in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in den letzten Jahren drastisch zurückgegangen. Zugleich weist ein zunehmender Anteil von Patient*innen komplexe Behandlungs-, Pflege- und Hilfebedarfe auf. Eine erhebliche Leistungsverdichtung im stationären und teilstationären Bereich ist die Folge.</p> <p>Die Anforderungen an die Mitarbeiter*innen steigen zusätzlich durch neue Behandlungskonzepte, einen stetig wachsenden Dokumentationsaufwand, die in vielen Häusern unvollständige Umsetzung der Psych-PV-Vorgaben sowie die Vernetzung von stationären und außerklinischen Angeboten. Die Wahrung der Patientenautonomie, die möglichst weitgehende Vermeidung von Zwangsmaßnahmen, aber auch von aggressiven Vorfällen und Übergriffen gegen das Personal erfordern erhebliche Zeitressourcen. Insgesamt ist darum in den letzten drei Jahrzehnten die positive Wirkung der Psych-PV immer weiter hinter den Aufgaben der Krankenhäuser zurückgeblieben.</p>	<p>GKV: Dank und grundsätzlich zustimmende Kenntnisnahme. In Bezug auf die PPP RL ist allerdings zu beachten, dass diese das Ziel hat Mindestanforderungen der Strukturqualität – hier die Personalausstattung - im G-BA-Kontext zum Zwecke der Qualitätssicherung festzulegen, nicht aber Personalanzahlzahlen (etwa zum Zwecke der Budgetfindung auf Orts-ebene). Dieser unterschiedliche Rege-lungskontext erklärt die Unterschiede in der Art und der Höhe der Personalvorgaben, bei den Nachweisen und den Konsequenzen zwischen der Psychiatrie-Personalverordnung und den Vorgaben dieser RL. So ist nach § 137 Abs. 1 SGB V und QFD-RL des G-BA die Folge der Nichterfüllung von G-BA-Mindestanforderungen der Vergütungsausschluss – im Unterschied zu einer Rückzahlungsverpflichtung für vereinbarte aber nicht besetzte Stellen. Die Erfüllung von Mindestanforderungen ist im Sinne der Patientensicherheit die Voraussetzung dafür, Patienten behandeln zu können und folglich dafür eine Vergütung beanspruchen zu können.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Wenn Kliniken und Krankenkassen im G-BA über neue Personalvorgaben verhandeln, muss das Ziel eine bedarfsgerechte, umfassende, kohärente und lückenlose verbindliche Personalbemessung sein. Alle Aufgaben und Tätigkeiten, Berufsgruppen, medizinischen und fachpflegerischen Diagnosen und Settings müssen abgebildet werden. Dazu gehören insbesondere auch therapeutische Ansätze, die in der Psych-PV noch nicht ausreichend abgebildet waren, wie z. B. Psychotherapie und Spezialtherapien. Auch die neue Berufsgruppe der Genesungsbegleiter*innen muss berücksichtigt werden. Jene, also psychiatrieerfahrene Menschen mit einer spezifischen Zusatzausbildung, bieten in immer mehr psychiatrischen Einrichtungen eine wichtige Ergänzung des Versorgungsangebots.¹</p> <p>¹Literatur:</p> <p>Vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): „Es ist Zeit für einen neuen Aufbruch! Handlungsbedarfe zur Reform der psychosozialen Versorgung 44 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete“, Juni 2019, S. 16f</p>	<p>Der Gesetzgeber hat außerdem vorgegeben, dass die Mindestvorgaben möglichst evidenzbasiert sein und zu einer leitlinien-gerechten Versorgung beitragen sollen. Dazu hat der G-BA die einschlägigen Leitlinien ausgewertet und Fachgespräche geführt.</p> <p>Ver.di erkennt bei ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der KJP bei der Erhöhung der Pflegeaufwände für Intensivpatienten aufgrund neuer rechtliche Vorschriften.</p>
--	--	---	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>DKG: Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienauswertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise. Die Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der RL-PPP festzulegenden Mindestpersonalvorgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist so zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird.</p> <p>In den Fachexpertengesprächen aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiter-</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>entwicklung der Richtlinie gemäß § 14 berücksichtigt. In der Weiterentwicklung der Richtlinie sollen unter anderem die Berufsbilder des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berücksichtigt werden.</p> <p>Genesungsbegleiter und auch Spezialtherapien werden in der vorliegenden Richtlinie berücksichtigt.</p> <p>DKG: So wird die Berufsgruppe der Ergotherapeuten umgewidmet in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten, mit welcher auch weitere Spezialtherapien ausgebildet werden.</p> <p>Genesungsbegleiter übernehmen bereits in vielen Einrichtungen eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten. Es gibt derzeit jedoch noch keine einheitliche Ausbildungsform dieser Berufsgruppe. Vor diesem Hintergrund wird der Einsatz von Genesungsbegleitern nicht unter den Mindestvorgaben dieser Richtlinie verortet. Genesungsbegleiter sind jedoch gemäß § 6 Abs. 7 bei den Vereinbarungen auf Ortsebene zu berücksichtigen.</p> <p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung</p> <p>BPtK: Grundsätzliche Zustimmung und</p>
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			Verweis auf Vorschläge der BPtK zur Erhöhung der Minutenwerte sowie zur Weiterentwicklung der Richtlinie in Stufe 2.
2.4	ver.di	<p>Alle Beteiligten leiden infolge des Personalmangels unter Zeitdruck und Arbeitsverdichtung. Es braucht zusätzliches gut qualifiziertes Personal, um den Arbeitsdruck zu verringern, die Ausbildungsqualität zu verbessern und gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen zu schaffen. So hat eine im ersten Halbjahr 2017 durchgeführte ver.di-Online-Befragung unter Interessenvertretungen in der psychiatrischen Krankenhausversorgung ergeben, dass Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte stark zugenommen haben. 80 Prozent der Antwortenden gaben an, dass in ihrer Einrichtung physische Angriffe mit Arbeitsunfähigkeitstagen in den letzten fünf Jahren zugenommen haben; fast 40 Prozent stellten eine starke Zunahme fest. Bei den Angriffen ohne Arbeitsunfähigkeit waren es insgesamt 87 bis 89 Prozent (starke Zunahme: 44 bis 68 Prozent). Eine Abnahme wurde nur in sehr wenigen Fällen vermerkt. Die Ergebnisse zeigen an, dass Gesundheitsgefährdung durch Übergriffe ein dringliches Thema ist. Personalmangel wurde eindeutig als eine der wichtigsten Ursachen für die Zunahme bezeichnet².</p> <p>² Link: vgl. https://gesundheit-soziales.verdi.de/mein-arbeitsplatz/psychiatrie/++co++b19c78e6-f532-11e7-8e34-525400afa9cc</p> <p>Den Arbeitsbedingungen von Beschäftigten in der psychiatrischen Versorgung kommt eine zentrale Bedeutung zu, um eine hohe Versorgungsqualität zu gewährleisten. Gemeinsames Ziel muss es sein, psychisch kranken Menschen die individuelle Versorgung und Unterstützung zukommen zu lassen, die sie benötigen.</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme PatV: zustimmende Kenntnisnahme DPR: Dank und Zustimmung GKV-SV: Die von Ihnen berichteten Zahlen geben Anlass zur Besorgnis und decken sich mit anderen Studienergebnissen. Das Bestreben des GKV-SV ist es, ein transparentes stationsbezogenes Nachweissystem zu etablieren, damit das Personal, das vorgesehen ist, auch dort ankommt, wo es benötigt wird: auf den Stationen. Dabei möchten wir einen besonderen Fokus auf die Akutstationen mit eigen- und fremdgefährdeten Patienten legen.</p>
2.5	ver.di	Der Beschlussentwurf des G-BA über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-richtlinie (PPP-RL) enthält aus Sicht der Vereinten Dienstleistungsge-	DKG: Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>werkschaft (ver.di) Maßnahmen, die anerkennenswert sind und in die richtige Richtung weisen. Er erfüllt mit der quantitativen und qualitativen Fortschreibung der 30 Jahre alten Psych-PV jedoch nicht die Anforderungen, die im Auftrag des Gesetzgebers an den G-BA enthalten waren. Die jetzt vorgeschlagene Lösung bringt keine qualitativen und strukturellen Verbesserungen der Versorgungssituation. Aufgrund vorgesehener Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen könnte sich die Lage in den psychiatrischen Fachabteilungen und Kliniken sogar verschlechtern, wenn erst bei deutlichem Unterschreiten der Mindestvorgaben Sanktionen greifen, diese dann direkt zum Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen führen.</p>	<p>Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf. Wir adressieren diese Problematik in § 2 Abs. 1, mit dem Hinweis, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann. Daher ist in den Vereinbarungen auf der Ortsebene gemäß § 6 Abs. 7 das Personal gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen.</p> <p>Gemäß dem gesetzlichen Auftrag, dürfen die Mindestvorgaben nicht unterschritten werden. Daher sieht das DKG-Entwurf bei Unterschreitung der Mindestvorgaben ein gestuftes System an Durchsetzungsmaßnahmen vor, bei denen gemäß § 137 Abs. 1 SGB V die Beratung und Unterstützung der Einrichtungen zur Erfüllung der Mindestvorgaben im Vordergrund steht.</p> <p>PatV: Die von der PatV in der RL vorgeschlagenen Regelungen beinhalten qualitative und strukturelle Verbesserungen der stationären Versorgungssituation.</p> <p>GKV-SV: Tatsächlich könnten niedrig angesetzte Mindestvorgaben im Vergleich zu</p>
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>den Psych-PV-Vorgaben zu einer Abwärts-spirale in Richtung der Mindestvorgaben führen. Der GKV-SV macht deshalb die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.</p>
2.6	ver.di	<p>Nachbesserungen erforderlich</p> <p>Für spürbare und nachhaltige Verbesserungen der psychiatrischen Krankenhausversorgung sind Nachbesserungen und Ergänzungen erforderlich. ver.di setzt sich für</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		bedarfsgerechte Personalvorgaben ein, die eine sichere Versorgung gewährleisten, Basis für gesundheitsfördernde und attraktive Arbeitsbedingungen bilden, Transparenz herstellen und zweckentsprechend vergütet werden. Der Richtlinienentwurf darf sich nicht zu einer „Psych-PV minus“ entwickeln, er muss deutlich verbessert werden, um den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung zu erfüllen.	DPR: Dank und Kenntnisnahme GKV-SV: Ein Psych-PV Minus ist nicht im Interesse des GKV-SV. Siehe Nr. 2.5
2.7	ver.di	<u>Zu § 1 Zweck, Ziele und Anwendungsbereich</u> <u>Abs. 3</u> ver.di bekräftigt, dass es zur Sicherstellung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung eine deutliche Verbesserung gegenüber der geltenden Psych-PV geben muss. Der Gesetzgeber verweist darauf, dass die Mindestvorgaben möglichst evidenzbasiert sein sollten. Wenn die darauf durchgeführten Befragungen und Recherchen ergeben haben, dass dies nach derzeitigem Stand des Fachwissens nicht möglich ist, stützt das die ver.di-Position, wonach normative Vorgaben gesetzt werden müssen. Die notwendigen verbesserten Mindestvorgaben können unter den gegebenen Umständen nicht mehr fristgerecht entwickelt werden. Daher muss in einer zweiten Stufe zwingend die Psych-PV umfassend überarbeitet werden, um die gestiegenen Anforderungen abzubilden. Ein verbindliches Zeitziel (z. B. 2022) muss dazu bereits in die PPP-RL aufgenommen werden.	DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Um sicherzustellen, dass es sich bei dem vorliegenden Richtlinienentwurf nur um die erste Stufe von Personalvorgaben durch den G-BA handelt, werden in § 13 verbindliche Vorgaben zur Weiterentwicklung der Richtlinie getroffen, die die Entwicklung einer zweiten Stufe zur Ausgestaltung der Personalvorgaben umfasst. GKV-SV: Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.
2.8	ver.di	<u>§ 2 Grundsätze</u> <u>Abs. 1</u> Mindestvorgaben müssen jederzeit eine sichere und bedarfsgerechte Patientenversorgung gewährleisten. Aufgrund struktureller und organisatorischer Gegebenheiten	DKG/PatV/DPR/GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		kann eine höhere Personalausstattung erforderlich sein, um eine leitliniengerechte Versorgung zu ermöglichen.	
2.9	ver.di	<p><u>§ 2 Grundsätze</u></p> <p><u>Abs. 2</u></p> <p>ver.di unterstützt den Grundsatz, wonach die Erfüllung der verbindlichen Mindestvorgaben Voraussetzung für die Behandlung der in den Behandlungsbereichen zugeordneten Patient*innen ist.</p>	<p>DKG: Ein Behandlungsverbot und eine Schließung von Stationen, können in dem gestuften System an Durchsetzungsmaßnahmen nicht vorgesehen werden, da diese Konsequenzen zu einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung der Patienten führen würden. Daher sieht das DKG-Entwurf bei Unterschreitung der Mindestvorgaben ein gestuftes System an Durchsetzungsmaßnahmen vor, bei denen gemäß § 137 Abs. 1 SGB V die Beratung und Unterstützung der Einrichtungen zur Erfüllung der Mindestvorgaben im Vordergrund steht.</p> <p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR/GKV-SV: Dank und Zustimmung</p>
2.10	ver.di	<p><u>§ 2 Grundsätze</u></p> <p><u>Abs. 3</u></p> <p>ver.di unterstützt die Aufnahme von Regelungen für alle zu besetzenden Schichten, also auch in der Nacht.</p>	<p>DKG: Gemäß der Systematik der Psych-PV sind die Mindestvorgaben jahresdurchschnittlich und auf Einrichtungsebene einzuhalten. Einrichtungen müssen die Möglichkeit haben, Schwankungen in der Personalbesetzung, die innerhalb eines Jahres auftreten, und so zu einer zeitweisen Unter- wie auch Überschreitung der Mindestpersonalausstattung führen können,</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>auszugleichen.</p> <p>Zudem würde eine Abweichung von dieser grundsätzlichen Psych-PV-Systematik (Einrichtungs- und Jahresbezug ohne Nachtwachenplätze) eine Auswirkungenanalyse in der Praxis erfordern, da die Folgen und Aufwände für die Kliniken derzeit nicht abschätzbar sind und nicht unerheblich sein dürften.</p> <p>PatV/GKV-SV: zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR/GKV-SV: In den vom GBA durchgeführten Fachgesprächen gibt es Hinweise auf ein Qualitätsdefizit im Nachtdienst. Aus diesem Grund wird der Nachtdienst künftig mit geregelt werden.</p>
2.11	ver.di	<p><u>§ 2 Grundsätze Abs. 4 bzw. Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>Die langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter erfordert für eine bedarfsgerechte und sichere Versorgung hohe Zeitressourcen. Es ist deshalb erforderlich, diesen Behandlungsbereich der Psych-PV mit den entsprechenden Minutenwerten in die PPP-RL aufzunehmen.</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme. Warum in der Erstfassung der Richtlinie keine Anpassung der Minutenwerte erfolgt, wird ausführlich in den Tragenden Gründen dargestellt.</p> <p>GKV-SV: Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens wurde die Streichung der Kategorien A4, S4 und G4 zurück genommen.</p>
2.12	ver.di	<p><u>§ 2 Grundsätze</u></p>	<p>Die Ausfallzeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher -</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p><u>Abs. 5</u></p> <p>Bisher haben lediglich 47 Prozent der Krankenhäuser die Vorgaben der Psych-PV erfüllt, obwohl der Stand der Umsetzung lediglich im Jahresdurchschnitt nachgewiesen werden muss. Die Erfahrungen zeigen, dass die vollständige Umsetzung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung sehr verbindlich reguliert werden muss. Aus diesem Grund spricht sich ver.di im Rahmen der ersten Umsetzungsstufe für kalendermonatliche Einhaltung auf den Stationen aus.</p> <p>Hinsichtlich der Ausfallzeiten setzt sich ver.di dafür ein, dass diese, wie ursprünglich auch in der Psych-PV vorgesehen, anhand der realen Werte eingeplant werden. Dazu gehören Krankenstand (nach Berufsgruppen), Fort- und Weiterbildungszeiten, Urlaub, Abwesenheiten durch innerbetriebliche Koordination (zum Beispiel betriebliches Gesundheitsmanagement, Hygiene, Qualitätsmanagement), notwendige Netzwerkarbeit nach außen und sonstige Abwesenheitszeiten. Nur so kann eine systematische Personalunterdeckung vermieden werden.</p>	<p>wie bisher auch bei der Psych-PV – als Add-on vor Ort verhandelt werden (siehe dazu auch § 7 Abs. 9 GKV-SV, § 6 Abs. 8 DKG).</p> <p>DKG: Die Psych-PV diene als Personalbemessungsinstrument und gleichzeitig Grundlage zur Budgetfindung war, daher ist es folgerichtig, die Festlegung einer neuen Mindestvorgabe deutlich unter 100 % Psych-PV-Umsetzung zu setzen. Davon ist unbenommen, dass für eine Sicherstellung leitliniengerechter Behandlung im Sinne einer Personalbemessungsgrundlage die Minutenwerte oder die Anforderungen an den Umsetzungsgrad der Psych-PV höher anzusetzen wären. Eine „veraltete“ Personalbemessung als neue Mindestvorgabe normativ festzulegen, entbehrt jeglicher empirischen Grundlage.</p> <p>Gemäß der Systematik der Psych-PV sind die Mindestvorgaben jahresdurchschnittlich und auf Einrichtungsebene einzuhalten. Der Gesetzgeber hat in § 136a Absatz 2 Satz 2 SGB V verdeutlicht, dass Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen festzulegen sind. Der Einrichtungsbezug ist erforderlich, um den Einrichtungen zu ermöglichen, dass Personal bei gestiegenen Patientenzahlen, einer Veränderung der Patientenbedarfe oder</p>
--	--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>auch Personalausfällen auf bestimmten Stationen, das vorhandene Personal flexibel innerhalb der Einrichtung in Abhängigkeit von dem aktuellen Bedarf der einzelnen Stationen einsetzen zu können. Ebenfalls müssen, wie oben bereits erörtert, Einrichtungen die Möglichkeit haben, Schwankungen in der Personalbesetzung, die innerhalb eines Jahres auftreten, und so zu einer zeitweisen Unter- wie auch Überschreitung der Mindestpersonalausstattung führen können, auszugleichen.</p> <p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme von Abs. 5 Sätze 1-3</p> <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung zu Absatz 1. Die Ausfallzeiten können leider nicht in dieser Richtlinie geregelt werden. Es kann aber darauf hingewiesen werden, dass diese extra behandelt werden müssen .</p>
2.13	ver.di	<p><u>§ 2 Grundsätze</u> <u>Abs. 7</u></p> <p>Der Nachweis über die Einhaltung der Mindestvorgaben muss differenziert nach Berufsgruppen sowie stations- und monatsbezogen erfolgen. Um den Dokumentationsaufwand auf ein notwendiges Maß zu reduzieren, sind hierfür die vorhandenen Daten der Dienstplanung digital zu nutzen. Leistungs- und Verhaltenskontrolle muss ausgeschlossen und die Beteiligung der Interessenvertretung garantiert sein.</p>	<p>DKG: Aus den unter 2.12 genannten Gründen rekurriert der DKG-Entwurf bezüglich der Mindestvorgaben – und somit auch die Nachweise über die Einhaltung dieser Vorgaben – auf die Einrichtungsebene und den Jahresbezug. Den Vorschlag zur Reduktion des Dokumentationsaufwands unterstützt die DKG ausdrücklich. Die Vorschläge zu digitalen Nutzungsmöglichkeiten</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>ten sind wünschenswert und sinnvoll, entsprechen jedoch momentan noch nicht den realen Gegebenheiten vor Ort in den Krankenhäusern.</p> <p>PatV/GKV-SV: zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Kenntnisnahme</p>
2.14	ver.di	<p><u>§ 2 Grundsätze</u></p> <p><u>Abs. 9</u></p> <p>Im Sinne der Qualitätssicherung und der Schaffung gewaltarmer Stationsmilieus sind die Stationsgrößen nach Patientenzahl zu begrenzen. Stationsleitungen müssen den Überblick behalten können. Die maximale Stationsgröße sollte 18 Betten betragen, im Akutbereich 15. Der Vorschlag des Deutschen Pflegerats (sowie des GKV-SV und der Patientenvertretung in § 10) setzt an einem wichtigen Punkt an, den ver.di ausdrücklich unterstützt. Auch die vom GKV-SV vorgeschlagene Erhöhung der Minutenwerte für Ärzt*innen und Pflege bei Überschreitung dieser Anzahl wird von ver.di befürwortet.</p>	<p>DKG: Der gesetzliche Auftrag umfasst die Festlegung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung und nicht für Stationsgrößen.</p> <p>PatV/GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Kenntnisnahme</p>
2.15	ver.di	<p><u>§ 3 (GKV-SV/PatV/BPtK/LV/DPR) Definition der Tag- und Nachtdienste</u></p> <p>Aufgrund der schichtgenauen Nachweisführung der Mindestpersonalvorgaben ist die Definition der Tag- und Nachtdienste mit festen Stundenzahlen zur Berechnung der Personalausstattung erforderlich. Der Vorschlag des GKV-SV/ der PatV ist deshalb sachgerecht.</p>	<p>DKG: Aus den in Zeile 2.10 genannten Gründen wird von schichtbezogenen Regelungen abgesehen.</p> <p>PatV/GKV-SV Dank und Zustimmung</p>
2.16	ver.di	<p><u>§ 3 (DKG)/§ 4 (GKV-SV/PatV) Behandlungsbereiche</u></p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	<p>Die Psych-PV beruht auf der Einteilung in Teilgebiete (Allgemein-, Geronto-, Sucht- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) sowie verschiedene Behandlungsbereiche (zum Beispiel Regel- und Intensivbehandlung). Nicht erfasst waren bisher die Psychosomatik sowie neuere Formen teilstationärer und ambulanter Behandlung bzw. die stationsäquivalente Behandlung. Jedem und jeder Patient*in werden in der so entstehenden Matrix Minutenwerte pro Woche für die verschiedenen Berufsgruppen zugeordnet, die auf detaillierten Aufgabenlisten beruhen. Diese Struktur ist grundlegend sinnvoll, jedoch spätestens mit der zweiten Stufe der Weiterentwicklung inhaltlich zu überprüfen. Dabei ist entscheidend, Überkomplexität zu vermeiden. Die Regelungen müssen handhabbar sein, um den Dokumentationsaufwand gering zu halten und die Überprüfbarkeit zu gewährleisten.</p> <p>Zusätzlich aufzunehmen ist ein neues Teilgebiet „Psychosomatik“. Die entsprechenden Aufgabenlisten und Minutenwerte sind – ebenso wie bei der Überprüfung der bisherigen Teilgebiete – anhand von Expertengesprächen, Input von Praktiker/innen und Arbeitsplatzbeobachtungen zu erstellen. Der aktuelle Ist-Zustand ist keine sachgerechte Ausgangsbasis, weil derzeit eine personelle Unterausstattung vorliegt, die nicht fortgeschrieben werden darf.</p> <p>Die Anzahl der Behandlungsbereiche sollte die jetzige Anzahl nicht nennenswert überschreiten. Allerdings sollten diese neu strukturiert werden. „Psychotherapie“ als gesonderter Behandlungsbereich ist nicht mehr zeitgemäß. Psychotherapeutische Anteile sind spätestens mit der zweiten Stufe der Weiterentwicklung in allen Behandlungsbereichen in angemessener Weise abzubilden.</p> <p>Der Vorschlag des GKV-SV, den Behandlungsbereich „Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfacherkrankter“ zu streichen, ist nicht sachgerecht. Gerade diese Patientengruppen benötigen intensive Versorgung – siehe dazu auch Anmerkungen zu § 2 Abs. 4.</p> <p>Neue Behandlungsbereiche zur Abbildung teilstationärer und ambulanter Versorgung aus dem Krankenhaus heraus, wie „psychiatrische Institutsambulanz /PIA“, und „stationsäquivalente Behandlung (StäB)“, müssen spätestens im zweiten Schritt ebenfalls</p>	<p>In § 13 verbindliche Vorgaben zur Weiterentwicklung der Richtlinie getroffen, die die Entwicklung einer zweiten Stufe zur Ausgestaltung der Personalvorgaben umfasst. Unter anderem sollen hierbei, wie von ver.di aufgeführt, die Abbildung der psychotherapeutischen Behandlung berücksichtigt werden.</p> <p>Da bezüglich der StäB keine Quantifizierung der zugrunde zu legenden Minutenwerte und ausreichende Erfahrungen in der Praxis vorliegen, können für den neu eingeführten Behandlungsbereich keine Vorgaben in die Richtlinie aufgenommen werden. Die Patienten sind jedoch ab dem 1. Januar 2020 entsprechend in die Kategorien A9, S9, G9 und KJ9 einzustufen. Durch die in der Minutenwertetabelle in Anlage 2 aufgenommenen Minutenwerte in Höhe von Null, ist die Höhe der Mindestvorgabe pro Einrichtung innerhalb der ersten Stufe ab 1. Januar 2020 unabhängig von der Anzahl der in die Kategorien A9, S9, G9 und KJ9 eingestuftten Patienten. Dieses Vorgehen innerhalb der ersten Stufe ist erforderlich um eine Basis für Beratungen über die Abbildung von StäB innerhalb der Weiterentwicklung der Richtlinie zu schaffen.</p> <p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme zu</p>
--	---	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>eingefügt werden. Das Ergänzen der StäB ohne Benennung von Minutenwerten ist nicht sachgerecht.</p>	<p>den Abs. 1,3 und 5</p> <p>DPR: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Um die Besonderheiten bei der Behandlung von Patienten in psychosomatischen Einrichtungen abbilden zu können, wird der Behandlungsbereich A5 im Vorschlag des GKV-SV für die Psychosomatik geöffnet und heißt neu „Psychosomatische und psychotherapeutische Behandlung“. Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens schlägt der GKV-SV vor, einen neuen Behandlungsbereich A7 für die psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung aufzunehmen. Dieser wird mit dem OPS 9.63 bzw. 9.62 verknüpft und steht psychiatrischen als auch psychosomatischen Patienten offen, die über die gleichen Störungen, Behandlungsmittel und Behandlungsziele verfügen.</p> <p>Die Behandlungsbereiche in den Eingruppierungsempfehlungen wurden im Vorschlag des GKV-SV erweitert um die Stationsäquivalente Behandlung (ST1 und KJ9).</p> <p>Im Bereich ST1 können alle Kranken eingruppiert werden, die eine StäB benötigen (siehe Eingruppierungsempfehlung). Mit Hilfe der Nachweise und der Strukturabfrage sollen künftig empirische Werte, die</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>eine Maßgabe für die StäB ermöglichen, gewonnen werden.</p> <p>Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens wurde die Streichung der Kategorien A4, S4 und G4 zurück genommen.</p>
2.17	ver.di	<p><u>§ 5 (DKG)/§ 6 (GKV-SV/PatV) Berufsgruppen</u></p> <p>Die gestiegenen Anforderungen an die pflegerische Versorgung machen es notwendig, mehr Fachpersonal einzusetzen. Pflegefachpersonen sind die Voraussetzung für eine hohe Patientensicherheit und Versorgungsqualität. ver.di setzt sich aus diesem Grund dafür ein, dass zur Ermittlung der Mindestpersonalausstattung unter Buchstabe b) an dieser Stelle sowie insgesamt in der PPP-RL der Begriff der Pflegefachkräfte verwendet wird.</p> <p>Grundsätzlich spricht sich ver.di dafür aus, neu entstandene Berufsgruppen wie Psycholog. Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilziehungspflege, Musik- Theater- und Kunsttherapeuten sowie ggf. Dolmetscher zusätzlich aufzunehmen.</p> <p>Soll in einem ersten Schritt eine Erweiterung der in c) und d) aufgelisteten Psych-PV-Berufsgruppen um zusätzliche Berufsgruppen erfolgen, so ist dies nur sinnvoll, wenn dafür auch die Minutenwerte erhöht werden. Diese Beschäftigten haben die bisherigen Berufe nicht ersetzt, sondern das Behandlungsspektrum erweitert und sind daher zusätzlich eingesetzt. Darüber hinaus unterscheiden sich die Aufgaben und Tätigkeitsprofile zum Teil erheblich. Spätestens im zweiten Schritt sind hier neue Aufgabenlisten und Minutenwerte zu erstellen.</p> <p>Darüber hinaus sind spätestens im zweiten Schritt zusätzlich Quoten für fachweitergebildete Pflegekräfte (DKG-Weiterbildung), Fachärzte und weitergebildete Psychotherapeuten festzulegen.</p>	<p>Dem Hinweis folgend wird die Bezeichnung der Berufsgruppe in der Richtlinie angepasst. Die Berufsbilder der Musik- Theater- und Kunsttherapeuten werden im vorliegenden Richtlinienentwurf bereits durch die Umwidmung der Berufsgruppe der Ergotherapeuten in die Berufsgruppe der Spezialtherapeuten, mit welcher auch weitere Spezialtherapien abgebildet werden, aufgenommen.</p> <p>DKG: Weitere Anpassungsbedarfe der Psych-PV, wie eine Veränderung der Aufgabenlisten und Minutenwerte, werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt. In der Weiterentwicklung der Richtlinie sollen unter anderem die Berufsbilder des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berücksichtigt werden.</p> <p>PatV: Die PatV hat die Erhöhung der Minutenwerte für die genannten Berufsgruppen entsprechend der</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Berechnungen in den Schussenrieder Tabellen vorgenommen.</p> <p>DPR: Zustimmung- allerdings sollte dieser Komplex zusammen mit der Austauschbarkeit der Berufsgruppen in einer 2. Stufe geregelt werden.</p> <p>DPR: die Anrechenbarkeit zwischen den Berufsgruppen sollte im Sinne des Skill- und Grademix der Zukunft (z.B. Akademisierung <u>der Pflege</u>) in einer 2.Stufe offen geregelt werden.</p> <p>GKV-SV: Dank und Zustimmung für folgende Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bei der Bezeichnung der Berufsgruppen wurde sich innerhalb dieser ersten Stufe der Richtlinie an der Psych-PV orientiert. Die Gruppe der Kunst-, Tanz- und Musiktherapeuten wurde bei den Ergotherapeuten in Gruppe d aufgenommen.• Die Psycholog. PT und Kinder- und Jugendlichen PT wurde in die Gruppe c aufgenommen.• Die Gruppe b wurde mit Pflegefachpersonen bezeichnet. <p>Zu den Minutenwerten siehe 2.5</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>BPtK: Die Berücksichtigung der Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten soll verbindlich in Stufe 2 erfolgen. Siehe § 13 Richtlinie und Tragende Gründe zu § 5 Berufsgruppen.</p>
2.18	ver.di	<p><u>§ 6 (DKG)/§ 7 (GKV-SV/PatV) Ermittlung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung</u></p> <p><u>Abs. 1</u></p> <p>Sinnvoll für die Berechnung der Mindestvorgaben ist eine prospektive Vorgabe, um eine entsprechende Dienstplanung zu ermöglichen. Hier schließt sich ver.di dem Vorschlag des GKV-SV und der Patientenvertretung an.</p>	<p>DKG: Wir teilen die Auffassung, dass eine prospektive Vorgabe für die Personalplanung unerlässlich ist. Aus diesem Grund lehnen wir den Vorschlag des GKV-SV ab, in dem der Planungshorizont des Krankenhauses nicht nur durch den Monatsbezug extrem eingeschränkt, sondern durch die zusätzliche Abhängigkeit von der aktuellen tatsächlichen Belegung vollständig aufgehoben wird. Gemäß § 7 Abs. 3 des GKV-SV-Vorschlags, wird die prospektive Planung aufgehoben, wenn die tatsächliche Belegung um 2,5 % von der Belegung des Vormonats abweicht. Bei einer derartigen Abweichung ermittelt sich die Mindestvorgabe aus der Belegung des laufenden Kalendermonats. Eine prospektive Planung wird, wie ver.di ebenfalls in Zeile 2.19 ausführt, so unmöglich.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

2.19	ver.di	<p><u>§ 6 (DKG)/§ 7 (GKV-SV/PatV) Ermittlung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung</u></p> <p><u>Abs. 3</u></p> <p>Die Regelung zu Abweichungen von den Vorjahreswerten im Formulierungsvorschlag des GKV-SV und der PatV erscheint nicht praktikabel. Eine Personalausstattung nach der Ist-Belegung wäre nicht planbar. Wenn Abweichungen aufgefangen werden sollen, muss eine Reserve kalkuliert werden, um Schwankungen beim Personalbedarf im Dienstplan vorsehen zu können (z.B. Bereitschaftsdienst, Springerpool).</p>	<p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Es sei darauf hingewiesen, dass sich der GKV-SV-Vorschlag nicht auf eine Abweichung von den Vorjahreswerten, sondern eine Abweichung von der Belegung des jeweiligen vorangegangenen Monats bezieht.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Eine Personalausstattung nach der Ist-Belegung setzt einen Anreiz, die Ist-Belegung zur ausreichenden Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der vorgegebenen Regelungen zu gewährleisten. Schwankende Personalbedarfe sind spezifisch zu begründen und ggf. auf der regionalen Ebene zu vereinbaren.</p>
2.20	ver.di	<p><u>§ 6 (DKG)/§ 7 (GKV-SV/PatV) Ermittlung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung</u></p> <p><u>Abs. 3 (§ 6 DKG)</u></p> <p>Die Sockelwerte pro Station sind eine wichtige Größe für die Personalbemessung in der Pflege. Viele grundlegende Aufgaben und Tätigkeiten der Pflege sind im Einzelnen nicht vorplanbar und nicht an einzelne Patient*innen gebunden. Der Sockelwert von 5.000 Minuten pro Woche/Station war ursprünglich für eine maximale Stationsgröße von 16 Patientinnen und Patienten ausgelegt, die als normative Zielgröße galt. Inzwischen sind Stationen häufig wesentlich größer. Der ursprüngliche Anreiz, mit dem Sockelwert kleinere Stationen vorzuhalten, greift nicht mehr aufgrund verschie-</p>	<p>DKG: In der Erstfassung der Richtlinie werden keine wesentlichen Änderungen in der Systematik der Psych-PV vorgenommen und die Gründe ausführlich in den Tragenden Gründen dargestellt.</p> <p>Etwaige Anreizwirkungen zum Beispiel für angemessene Stationsgrößen sind bei der Weiterentwicklung der Richtlinie zu berücksichtigen.</p> <p>PatV/GKV-SV: zustimmende Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>dener Umstände. Vielmehr dienen die größeren Stationen inzwischen der Personaleinsparung. Zum Teil werden Stationen auch systematisch überbelegt, um die Notwendigkeit einer Erhöhung der Zahl von Planbetten begründen zu können. Es wird aber nicht entsprechend mehr Personal eingesetzt.</p> <p>ver.di unterstützt daher die Vorstellungen, die Sockelwerte auf Minuten/Patient*in/Woche umzurechnen. Dabei sind die realen Durchschnitts-Belegungswerte zugrunde zu legen.</p>	<p>GKV-SV/DPR: Eine Beibehaltung des Stationssockels führt bei Mindestvorgaben zu einem gegenteiligen Anreiz. Besonders große Stationen müssten weniger Pflegepersonal pro Patient vorhalten. Dies würde dem ursprünglichen Ziel bei Einführung der Psych-PV widersprechen. Deshalb haben der GKV-SV und der DPR den Sockel gestrichen und in die Minutenwerte entsprechend hinzugerechnet.</p>
2.21	ver.di	<p><u>§ 6 (DKG)/§ 7 (GKV-SV/PatV) Ermittlung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung</u></p> <p><u>Abs. 4</u></p> <p>Der Vorschlag der DKG, ohne Versorgungsverpflichtung die Minutenwerte um 10 Prozent zu verringern, ist nicht sachgerecht. Für die Versorgungsverpflichtung ist dagegen ein personeller Zuschlag für die Einrichtung zu vereinbaren, der z.B. den Personalbedarf für vorzuhaltende freie Betten für Notfälle bzw. Krisendienste abdeckt.</p>	<p>DKG: In der Erstfassung der Richtlinie werden keine wesentlichen Änderungen in der Systematik der Psych-PV vorgenommen und die Gründe ausführlich in den Tragenden Gründen dargestellt. Auch in der Psych-PV war eine Verringerung der Minutenwerte bei Einrichtungen ohne Versorgungsverpflichtung vorgesehen.</p> <p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. In den Minutenwerten ist die Pflichtversorgung prinzipiell enthalten. Aufgrund des Stellungnahmeverfahrens wird die Pflichtversorgung aber im Rahmen eines Ausnahmetatbestandes zusätzlich im Vorschlag des GKV-SV berücksichtigt..</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

2.22	ver.di	<p><u>§ 6 (DKG)/§ 7 (GKV-SV/PatV) Ermittlung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung</u></p> <p><u>Abs. 8</u></p> <p>ver.di bekräftigt die Notwendigkeit, Ausfallzeiten anhand der realen Werte in die Mindestvorgaben für die Personalausstattung einzurechnen und nachzuweisen.</p> <p>Krankenhäuser müssen in die Lage versetzt werden, die Mindestvorgaben verbindlich einzuhalten, ohne vom Personal beständige Überstunden und unbegrenzte Flexibilität („Einspringen“) zu erwarten. Dies geht nur mit realistisch geplanten Ausfallzeiten, die auch die Kompensation kurzfristiger Ausfälle, z.B. durch Springerdienste, erlauben. Es gehört zur Qualitätssicherung, diese Bedingungen für die Einhaltung der Mindestvorgaben verbindlich zu vorzugeben.</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung</p> <p>GKV-SV (siehe ZVK 12.5 AG): Der G-BA hat keine Handhabe die Ausfallzeiten in der RL zu regeln. Er kann aber darauf hinweisen, dass sie berücksichtigt werden müssen: Die Ausfallzeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher - wie bisher auch bei der Psych-PV – als Add-on vor Ort verhandelt werden. (siehe dazu auch § 7 Abs. 9 GKV-SV, § 6 Abs. 8 DKG)</p>
2.23	ver.di	<p><u>§ 8 Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung und Umsetzungsgrad (GKV-SV/PatV)</u></p> <p>Der Begriff „Vollkraftstunde“ erscheint nicht sachgerecht. Eine Arbeitsstunde bleibt eine Arbeitsstunde, unabhängig ob von einer Voll- oder Teilzeitkraft erbracht.</p> <p>Ein stations- und monatsgenauer Nachweis pro Berufsgruppe ist sinnvoll. Dieser kann weniger komplex gestaltet werden, in dem die Besetzung laut IST-Dienstplänen nach Vollkräften über den Umsetzungsgrad in Prozent der errechneten Personalvorgabe nach § 7 (GKV-SV/PatV) in Vollkräften dargestellt wird. Dabei sind die Ausfallzeiten entweder in beide Berechnungen mit einzufügen oder aus beiden Berechnungen zu entfernen, in jedem Fall jedoch gesondert auszuweisen.</p>	<p>DPR: Dank und Zustimmung</p> <p>GKV-SV: Die Vollkraftstunde kann sowohl von einer Teilzeit- als auch von einer Vollzeitkraft erbracht werden. Ziel der Festlegung ist der Bezug zu einer Tätigkeitsstunde auf der Station.</p>
2.24	ver.di	<p><u>§ 7 Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen (DKG)</u> <u>Anlage 4 (GKV-SV/PatV)</u></p>	<p>DKG: Gemäß § 7 Abs. 3 ist eine Anrechnung anderer Berufsgruppen nur im begrenzten Umfang auf die Berufsgruppen</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Die Anrechnung von Auszubildenden auf die Mindestpersonalausstattung lehnt ver.di ab.</p> <p>Mindestvorgaben der Personalausstattung müssen die Aufgaben und Tätigkeiten von Fachkräften umfassend erfassen und Berufsgruppen nach ihrer entsprechenden Qualifikation zuordnen. Wo mehrere Berufsgruppen bestimmte Aufgaben erfüllen können, können – wie bisher in der Psych-PV – bis zu einem gewissen Grad Berufsgruppen gleicher Qualifikationsniveaus miteinander ausgetauscht werden. Dazu sollte eine maximal zulässige Quote festgelegt werden. Ein Austausch gegen geringer qualifiziertes Personal ist unzulässig, um Fehlanreize zu Lasten der Versorgungsqualität und attraktiver Arbeitsbedingungen zu vermeiden.</p> <p>Leiharbeitskräfte können, bei aller fachlichen Qualifikation, Fachkräfte der Stammbeslegschaft nicht vollständig ersetzen. Die Anrechnung von Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis mit dem Krankenhaus, im allgemeinen Beschäftigte in der Arbeitnehmerüberlassung, wird von ver.di deshalb grundsätzlich nicht unterstützt. Mindestens ist eine Anrechnung zu begrenzen.</p>	<p>gemäß § 5 möglich und nur soweit diese gemäß Anlage 5 Regelaufgaben der Berufsgruppe, bei der die Anrechnung erfolgen soll, erbringen. Auch in der Psych-PV bestand die Möglichkeit, Fachkräfte anderer Berufsgruppen der Psych-PV und anderer nicht in der Psych-PV genannter Berufsgruppen auf die Personalstellen anzurechnen. Auch der Bundesrat führte in seiner Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf des PsychVVG aus, dass in Anbetracht des herrschenden Fachkräftemangels die Einrichtungen die Möglichkeit haben müssen, Personalengpässe mit Hilfe anderer Berufsgruppen auszugleichen und diese dementsprechend weiterhin angerechnet werden können.</p> <p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung</p> <p>GKV-SV: Auszubildende leisten insbesondere im Bereich der Basispflege (Betten machen, Nahrung anreichen, Getränke anreichen etc.) einen wertvollen Beitrag und entlasten das Fachpersonal von diesen Tätigkeiten, die keine spezifische Ausbildung, geschweige denn ein künftiges Bachelor-Studium erfordern. Deswegen ist eine anteilige Anrechnung der Auszubildenden sachgerecht.</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Wo mehrere Berufsgruppen bestimmte Aufgaben erfüllen können, können bis zu einem gewissen Grad Berufsgruppen gleicher Qualifikationsniveaus miteinander ausgetauscht werden. Dies muss begründet werden, dadurch entfällt u.E. die Notwendigkeit einer Quote.</p> <p>Der GKV-SV prüft bei der Weiterentwicklung der Richtlinie die Aufnahme der vorgeschlagenen Regelung, einen Austausch mit geringer qualifiziertem Personal für unzulässig zu erklären.</p> <p>U. E gibt es keinen gesetzlichen Grund für den Ausschluss von Leiharbeitskräften. Die Einführung einer Quote wird vom GKV-SV bei der Weiterentwicklung der Richtlinie geprüft, beispielsweise auch die getrennte Ausweisung in den Nachweisen.</p>
2.25	ver.di	<p><u>§ 8 (DKG)/§ 9 (GKV-SV/PatV) Minutenwerte Tagdienst</u></p> <p>Für die stark gestiegene Zahl der Fälle von 1:1-Betreuung wird bis dato häufig Personal abgezogen, das für die Versorgung anderer Patient*innen fehlt. Personal für 1:1-Betreuung, sowohl für die Betreuung während als auch zur Vermeidung von Zwangsfixierungen, muss zusätzlich zu den Regelstellen für die entsprechende Station „on top“ bereitgestellt werden.</p> <p>Für akute Notsituationen und 1:1-Situationen ist ein Beschäftigtenpool einzurichten, der mit Fachkräften besetzt wird. 1:1-Betreuung ist ein Beleg für eine komplexe</p>	<p>DKG: In der Erstfassung der Richtlinie werden keine wesentlichen Änderungen in der Systematik der Psych-PV vorgenommen und die Gründe ausführlich in den Tragenden Gründen dargestellt.</p> <p>Vorgaben für die verpflichtende Einrichtung eines Springer-Pools greifen in die organisatorische Freiheit der Kliniken ein und werden von uns abgelehnt.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Pflege- und Behandlungssituation, die auch spezifische Lösungsansätze unter Einbeziehung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse verlangt. Das kann nicht Hilfskräften überlassen werden. Die Zahl der Pool-Stellen pro Schicht sollte der durchschnittlichen Anzahl von 1:1-Betreuungen und Notsituationen in einer vergleichbaren Schicht entsprechen. Dabei ist sicherzustellen, dass 1:1- Betreuungen nur durch Fachpersonal durchgeführt werden (so auch vom Bundesverfassungsgericht gefordert und zum Teil auch schon in den Psychiatrie- Krankenhausgesetzen der Länder auch so festgelegt) und eine Ablösung von der 1:1-Betreuung nach maximal vier Stunden erfolgt. Zusätzlich müssen Ablösungen bei Kurzpausen eingeplant werden.</p> <p>Im Rahmen der mündlichen Verhandlung des Bundesverfassungsgerichts in Sachen "Fixierung im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung" am 30. und 31. Januar 2018 wurden die Anforderungen an die Personalausstattung zur Vermeidung von Zwangsfixierungen deutlich herausgestellt³.</p> <p>³ Link: vgl.: https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Publikationen/Kammeier_Fixierungen_bei_PsychKG-Unterbringungen_-_BVerfG_-_m%C3%BCndliche_Verhandlung_2018-01.pdf</p>	<p>Zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung ist kann unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein. Daher ist in den Vereinbarungen auf der Ortsebene gemäß § 6 Abs. 7 das Personal gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen.</p> <p>Bei der Weiterentwicklung der Richtlinie sind die besonderen personellen Anforderungen einer 1:1 Betreuung zwingend zu berücksichtigen. Sei es, um freiheitsentziehende Maßnahmen zu begleiten und zu betreuen oder um durch eine 1:1-Betreuung diesen Maßnahmen vorzubeugen,</p> <p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung</p> <p>GKV-SV: Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf.</p> <p>Dies bedeutet, dass die Krankenhäuser grundsätzlich mehr Personal vorhalten</p>
--	--	---	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			müssen, um die Mindestvorgabe zu erfüllen. Besonderheiten, die zu einer Personalerhöhung führen, können nur auf der Ortsebene nach BPfIV verhandelt werden – sie sind nicht Teil dieser RL.
2.26	ver.di	<p><u>§ 11 Nachtdienste (PatV/DPR)</u></p> <p>Grundsätzlich gilt auf allen psychiatrischen Stationen zur Unfallverhütung und Vermeidung gefährlicher Alleinarbeit, dass mindestens zwei Fachkräfte in jeder Schicht im Dienst sein müssen. ver.di bekräftigt daher die Notwendigkeit einer Mindestbesetzung pro Schicht, wie sie der Vorschlag der Patientenvertretung vorsieht. Notwendig ist eine verbindliche Mindestvorgabe für Pflegefachpersonen im Nachtdienst. Eine Angabe zu Durchschnittswerten führt in der Praxis erfahrungsgemäß zu großen Problemen bei der Erfassung.</p>	<p>DKG: In der Systematik der Psych-PV bleibend, werden keine Mindestvorgaben für den Nachtdienst in dieser Richtlinie quantifiziert. Nachtwachenplätze Pflege sind so weiterhin auf der Ortsebene zu vereinbaren. Derartige Abweichungen von der Psych-PV würden eine Auswirkungsanalyse in der Praxis erfordern.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung</p> <p>GKV-SV (siehe auch GKV-SV/DPR/PatV zu DGPM 8.4): In den vom G-BA durchgeführten Fachgesprächen gab es Hinweise auf ein Qualitätsdefizit im Nachtdienst. Aus diesem Grund wird der Nachtdienst künftig mitgeregelt werden.</p>
2.27	ver.di	<p><u>§ 10 (GKV-SV) / § 12 (PatV) Stationsgröße</u></p> <p>Im Sinne der Qualitätssicherung und der Schaffung gewaltarmer Stationsmilieus sind die Stationsgrößen nach Patientenzahl zu begrenzen. Stationsleitungen müssen den</p>	<p>DKG: Der gesetzliche Auftrag umfasst die Festlegung von Mindestvorgaben für die Personalausstattung und nicht für Stationsgrößen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Überblick behalten können. ver.di setzt sich deshalb dafür ein, die maximale Stationsgröße auf 18 Betten zu begrenzen, im Akutbereich 15. (siehe auch die Ausführungen zu § 2 Abs. 9)</p>	<p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR/GKV-SV: Die Anzahl der Patienten auf einer Station hat einen erheblichen Einfluss auf das Stationsmilieu und die Qualität der Behandlung.</p> <p>Es handelt sich um eine Sollvorschrift. Die Empfehlungen zur Stationsgröße sind Ableitungen aus den Expertengesprächen des GBA, die als Expertenmeinung zu werden sind.</p>
<p>2.28</p>	<p>ver.di</p>	<p><u>§ 11 (GKV-SV) / § 13 (PatV)/LV Genesungsbegleiter</u></p> <p>Die neue Beschäftigtengruppe der Genesungsbegleiter*innen muss bei den Mindestpersonalvorgaben berücksichtigt werden. Sie bieten in immer mehr psychiatrischen Einrichtungen eine wichtige Ergänzung des Versorgungsangebots. Der Vorschlag wird ausdrücklich unterstützt.</p> <p>Es ist sicherzustellen, dass Genesungsbegleiter nicht auf die Mindestpersonalausstattung anderer Berufsgruppen angerechnet werden können.</p>	<p>DKG/DPR: Genesungsbegleiter übernehmen bereits in vielen Einrichtungen eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten, es gibt derzeit jedoch noch keine einheitliche Ausbildungsform dieser Berufsgruppe. Vor diesem Hintergrund wird der Einsatz von Genesungsbegleitern nicht unter den Mindestvorgaben dieser Richtlinie verortet. Genesungsbegleiter sind jedoch gemäß § 6 Abs. 7 bei den Vereinbarungen auf Ortsebene zu berücksichtigen.</p> <p>PatV/GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV: Eine Anrechenbarkeit der Genesungsbegleiter auf andere Berufsgruppen ist nach dieser RL nicht möglich</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

2.29	ver.di	<p><u>§ 12 (GKV-SV) / § 14 (PatV) Umsetzung in ein Behandlungsangebot</u></p> <p>Die Anforderungen, die für die Umsetzung in ein Behandlungsangebot an die Mindestpersonalvorgaben mit dieser Formulierung gestellt werden, unterstützt ver.di ausdrücklich. Jedoch müssen die hinterlegten Minutenwerte das Erreichen dieser wichtigen Ziele abbilden. Dazu sind sie bedarfsgerecht an die richtig beschriebenen, gestiegenen Anforderungen realistisch anzupassen.</p>	<p>DKG: Die Forderung ein konkretes Behandlungsangebot in dieser Richtlinie verbindlich zu regeln, bedeutet einen erheblichen Eingriff in die Gestaltung der Behandlungskonzepte und überschreitet damit deutlich den Auftrag dieser Richtlinie.</p> <p>PatV/GKV-SV: zustimmende Kenntnisnahme</p>
2.30	ver.di	<p><u>§ 9 (DKG)/§ 13 (GKV-SV)/§ 15 (PatV) Ausnahmetatbestände</u></p> <p>Damit Ausnahmetatbestände keine Schlupflöcher zum Umgehen der Mindestpersonalvorgaben bieten, müssen sie quantifiziert werden. Bei krankheitsbedingten Personalausfällen, die das übliche Maß übersteigen, muss das genauso klar formuliert werden wie für stark erhöhten Patient*innenzahlen.</p>	<p>DKG: Die Definition der Ausnahmetatbestände orientiert sich an der „Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung“. Da das „übliche Maß krankheitsbedingter Personalausfälle“ nur individuell festzustellen ist, ist eine konkrete prozentuale Vorgabe für dieses Maß nicht zu verankern. Unerwartete Erhöhungen von Patientenzahlen erscheinen unwahrscheinlich und selten, so dass auch hier keine Quantifizierung möglich ist. Trotzdem sollte nicht auf diesen Ausnahmetatbestand verzichtet werden, da diese Einrichtungen ebenfalls Krankenhäuser sind und somit als Ort der Hilfe und Behandlung bei unerwartet hohen Patientenzahlen nicht benachteiligt werden dürfen.</p> <p>DPR/GKV-SV: Dank und Zustimmung</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>2.31</p>	<p>ver.di</p>	<p><u>§ 10 Nachweisverfahren und Strukturabfrage/§ 14 (GKV-SV/§ 16 (PatV) Nachweisverfahren</u></p> <p>Die Umsetzung von Personalvorgaben muss konkret vor Ort geprüft werden. Dazu sind gesetzliche Interessenvertretungen in die Lage zu versetzen, hier tätig zu werden. In den Bestimmungen zur Nachweispflicht ist festzulegen, dass Betriebs- und Personalräte sowie Mitarbeitervertretungen beteiligt werden, bevor der Wirtschaftsprüfer seine Bestätigung zur Umsetzung Mindestpersonalvorgaben erteilen darf.</p> <p>Stichproben durch Landesaufsicht, Besuchskommissionen und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) müssen möglich sein.</p>	<p>DKG: Gemäß § 8 Abs. 1 der Richtlinie nach § 137 Abs. 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a SGB V (MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, MDK-QK-RL) sind aufgrund von Anhaltspunkten Kontrollen der Einhaltung der Vorgaben sowie Stichprobenprüfungen möglich. Die Konkretisierung dieser Kontrollen wird noch im entsprechenden Abschnitt der MDK-QK-RL ausgestaltet. Art und Verfahren von Qualitätskontrollen werden somit nicht in dieser Richtlinie, sondern in der MDK-QK-RL festgelegt.</p> <p>GKV-SV: (siehe auch GKV-SV/PatV zu BPE 4.5): Der G-BA hat in seiner Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a SGB V (MDK-Qualitätskontroll-Richtlinie, MDK-QK-RL) festgelegt, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrollen des MDK, die durch Anhaltspunkte begründet sein müssen (Anhaltspunkte können durch sonstige Dritte gemeldet werden), sowie 2. Stichprobenprüfungen zur Datenvalidierung möglich sind.
-------------	---------------	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Es ist darauf zu achten, dass bei der Konkretisierung der MDK-QK-RL im besonderen Teil diese Gesichtspunkte aufgenommen werden.</p> <p>Die Prüfung der Umsetzung von G-BA Richtlinien erfolgt durch den MDK, eine Prüfung durch den Wirtschaftsprüfer ist nicht vorgesehen.</p> <p>Der GKV prüft, ob eine Meldung von Anhaltspunkten durch die genannten Institutionen erfolgen kann.</p>
2.32	ver.di	<p><u>§ 11 (DKG)/§ 16 (GKV-SV) / § 18 (PatV) Veröffentlichungspflichten für Einrichtungen</u></p> <p>Die Personalvorgaben müssen für Beschäftigte, Patient*innen und ihre Vertretungen verständlich und nachvollziehbar sein. Dazu ist die durchschnittliche Ist-Personalbesetzung (Pro Station/Bereich) und ihre Abweichung von der Soll-Personalbesetzung in den Qualitätsberichten auszuweisen. Der Nachweis über den Einsatz des erforderlichen Personals muss über die Qualitätsberichte in verständlicher Form öffentlich gemacht werden. Die Veröffentlichung muss die Mindestbesetzung für die jeweilige Station umfassen.</p>	<p>DKG: Die Erfüllung der Mindestvorgaben wird im Strukturierten Qualitätsbericht dargestellt. Wie die Darstellung zu erfolgen hat, gehört nicht zum Regelungsbereich dieser Richtlinie. Entsprechende Vorgaben regelt der G-BA auf Grundlage des § 136b Abs. 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser.</p> <p>PatV/GKV-SV: zustimmende Kenntnisnahme. In § 136a Abs. 2, Satz 9 SGB V wird ausdrücklich der Auftrag erteilt, Informationen über die Umsetzung der verbindlichen Mindestvorgaben ... in den Qualitätsberichten darzustellen. Die in § 18 von der PatV vorgesehene Regelung verweist</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			auf diesen gesetzlichen Auftrag. DPR: Dank und Zustimmung
2.33	ver.di	<p><u>§ 12 (DKG) Durchsetzungsmaßnahmen bei Nichteinhaltung von Mindestvorgaben/ § 17 (GKV-SV) / § 19 (PatV) Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</u></p> <p>ver.di setzt sich für eine Sanktionskaskade ein, die greifen muss, wenn Personalvorgaben nicht eingehalten werden. Das Ziel muss die Sicherung guter Patientenversorgung sein. Bei Unterschreitung der Personalvorgaben sind folgende Maßnahmen geeignet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es erfolgt ein Aufnahmestopp. Gegebenenfalls werden Patient*innen verlegt und Betten gesperrt, bis der Engpass behoben ist. Verantwortlich dafür ist das Management des Krankenhauses. Die Notfall- und Krisenversorgung ist jederzeit sicherzustellen. - Wenn ein Krankenhausträger kurzfristig nicht in der Lage ist, für ausreichend Personal in bestimmten Versorgungsbereichen bzw. auf bestimmten Stationen zu sorgen, werden Patient*innen in andere Krankenhäuser gelenkt. Verantwortlich ist die Aufsichtsbehörde. - Ist ein Krankenhausträger über einen längeren Zeitraum nicht in der Lage, für ausreichend Personal in bestimmten Versorgungsbereichen bzw. Stationen zu sorgen, leitet die Aufsichtsbehörde (zum Beispiel zusammen mit der regionalen Gesundheitskonferenz) eine Änderung der Versorgungsplanung für diese Bereiche ein. Der Versorgungsauftrag wird entsprechend geändert. Das vorhandene Personal wird zur Entlastung anderer Bereiche eingesetzt. Alternativ wird sichergestellt, dass Beschäftigte ohne Verlust von erworbenen Ansprüchen auf den neuen Träger des Versorgungsauftrages übergehen können. 	<p>DKG: Ein Behandlungsverbot und eine Schließung von Stationen, können in dem gestuften System an Durchsetzungsmaßnahmen nicht vorgesehen werden, da diese Konsequenzen zu einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung der Patienten führen würden. Daher sieht der DKG-Entwurf bei Unterschreitung der Mindestvorgaben ein gestuftes System an Durchsetzungsmaßnahmen vor, bei denen gemäß § 137 Abs. 1 SGB V die Beratung und Unterstützung der Einrichtungen zur Erfüllung der Mindestvorgaben im Vordergrund steht.</p> <p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung</p> <p>GKV-SV: Der GKV –SV setzt sich prinzipiell für ein gestuftes System bei der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach § 137 Abs. 1 SGB V ein.</p> <p>Allerdings handelt es sich hier um Mindestanforderungen. Nach der Richtlinie zur Förderung der Qualität sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen (QFD-RL) QFD-Richtlinie des G-BA wird</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>ver.di spricht sich dafür aus, dass durch die Kostenträger nur Ausgaben für tatsächlich durchgeführte Behandlungen und nur Personalkosten in Höhe der tatsächlich aufgewandten Beträge gegenüber den Leistungserbringern erstattet werden. Wenn der Vergütungsanspruch aufgrund der Nichterfüllung von Mindestanforderungen vollständig entfällt, führt das nicht zu einer verbesserten Versorgungsqualität. Zusätzlich steigt der Druck auf die vorhandenen Beschäftigten. Durchsetzungsmaßnahmen über klärende Dialoge sind aus unserer Sicht keinesfalls geeignet, die Mindestvorgaben zur Personalausstattung wirksam und kurzfristig umzusetzen.</p>	<p>bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen von dem gestuften System abgewichen. So heißt es in §5 Abs 2 QFD-RL: „Werden Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V nicht erfüllt, ist der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen.“ https://www.g-ba.de/beschluesse/3766/.</p> <p>Das gestufte Verfahren ist ab diesem Punkt nicht mehr anzuwenden, sondern kann nur vor der Unterschreitung der Mindestanforderung Anwendung finden. Dem hat der GKV-SV in § 13 Abs. 3 Rechnung getragen, und dass Krankenhaus verpflichtet schon vor Erreichung der Mindestanforderung eine Zielvereinbarung abzuschließen, falls es sich der Mindestanforderung nähern sollte.</p> <p>Der anteilige Wegfall des Vergütungsanspruchs wird abgelehnt, weil er einem Abschlag bei Unterschreitung eines Mindestqualitätsniveaus entspricht.</p>
2.34	ver.di	<p><u>§ 13 (DKG)/§ 18 (GKV-SV) / § 20 (PatV) Anpassung der Richtlinie</u></p> <p>ver.di setzt sich für einen kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess von Struktur, berücksichtigten Aufgaben und Zeitvorgaben ein. Entscheidendes Kriterium dabei ist die bedarfsgerechte Versorgung gemäß den aktuellen medizinischen Standards bei gleichzeitigem Schutz der Beschäftigten vor Überlastung. Spätestens nach zwei Jahren ist eine notwendige Anpassung der Richtlinie zu prüfen. In die Überprüfung ist die</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme PatV: zustimmende Kenntnisnahme DPR: Dank und Zustimmung GKV-SV: Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>tatsächliche Personalausstattung mit einzubeziehen. Diese darf jedoch nicht zum Maßstab für die Anpassung gemacht werden. Der Vorschlag des GKV-SV, die Einstufung der Patienten an den OPS-Daten zu orientieren, ist nicht zielführend, da hier bei weitem nicht alle Tätigkeiten erfasst werden.</p> <p>Darüber hinaus ist eine zweite Stufe der Weiterentwicklung erforderlich. Im Rahmen der zweiten Stufe wird ein neues Modell zur Ausgestaltung der Personalvorgaben entwickelt und in die Umsetzung gebracht, welches eine am Patient*innenbedarf orientierte Personalausstattung, ergänzt um settingbezogene Aspekte, verbindlich vorgibt.</p>	<p>Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben. Darüber hinaus kann der G-BA auch ein neues Modell einführen. Dieses Modell muss aber vor der Einführung in der Praxis erprobt und die Folgen abgeschätzt werden, bevor es in der Fläche ausgerollt werden kann.</p> <p>BPtK: Zustimmung und Verweis auf Vorschlag der BPtK zur Weiterentwicklung der Richtlinie.</p>
2.35	ver.di	<p><u>§ 14 (DKG)/§ 19 (GKV-SV) / § 21 (PatV) Evaluation der Richtlinie</u></p> <p>ver.di begrüßt die im Richtlinienentwurf vorgesehene Evaluation der Auswirkungen der Vorgaben auf die Versorgungsqualität.</p>	<p>DKG/DPR: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p>
2.36	ver.di	<p><u>§ 15 (DKG)/§ 20 (GKV-SV) / § 22 (PatV) Übergangsregelungen</u></p> <p>Grundsätzlich kritisiert ver.di, dass nach 30 Jahren Psych-PV und zuletzt fast dreijähriger Entwicklung von Personalmindestvorgaben Übergangsregelungen notwendig sein sollen, da noch immer 47 Prozent der Kliniken die geltende Psych-PV unterschreiten. Wir sehen mit den Übergangsregelungen im Richtlinienentwurf eine große Gefahr, dass Unterschreitungen der Psych-PV zur Norm werden, die Versorgungsqualität verschlechtert wird und die Belastung für Beschäftigte zunimmt. Eine auch zeitweilige Festlegung der Mindestausstattung unterhalb der Werte der Psych-PV ist mit einer guten Patientenversorgung und guten Arbeitsbedingungen nicht vereinbar.</p> <p>Von den im Richtlinienentwurf vorgeschlagenen Übergangsregelungen spricht sich ver.di für den Vorschlag der Patientenvertretung mit einer Übergangszeit bis zum</p>	<p>DKG: Während es sich bei der Psych-PV um ein Budgetfindungsinstrument auf Basis von Personalanzahlzahlen handelte, definiert diese Richtlinie erstmalig Mindestpersonalvorgaben, die nicht unterschritten werden dürfen. Bei Nichteinhaltung drohen den Einrichtungen gravierende Durchsetzungsmaßnahmen. Aus diesem Grund sind angemessene Übergangsregelungen in dieser Richtlinie zwingend erforderlich.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>31.12.2021 aus. Ergänzend ist es nach unserer Auffassung erforderlich, dass die Nichteinhaltung der Mindestvorgaben unter Berücksichtigung der Übergangsregelungen ab 01. Januar 2020 sanktioniert werden müssen (Vorschlag Vorsitzende des UA QS zu Abs. 2).</p>	<p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung</p> <p>GKV-SV: Ver.di verkennt bei ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.</p>
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

2.37	ver.di	<p><u>Anlage 1 Eingruppierungsempfehlungen</u></p> <p>ver.di schließt sich dem Vorschlag der DKG an, den Behandlungsbereich „Behandlung Schwer-und Mehrfacherkrankter“ aus der Psych-PV zu übernehmen.</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p>
2.38	ver.di	<p><u>Anlage 2 Minutenwertetabellen</u></p> <p>Für eine bedarfsgerechte und sichere Versorgung sind die Minutenwerte zu erhöhen. In Ermangelung einer fertiggestellten Analyse der Aufgaben und Zeiterfordernisse schließt sich ver.di den Vorschlägen der Patientenvertretung an.</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme. Warum in der Erstfassung der Richtlinie keine Anpassung der Minutenwerte erfolgt, wird ausführlich in den Tragenden Gründen dargestellt.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>DPR: Dank und Zustimmung für das Votum zur Erhöhung der Minutenwerte</p> <p>GKV-SV: siehe Zeilennr. 2.36</p> <p>BPtK: Die Schussenrieder Tabellen entsprechen für die ärztliche und psychologische Berufsgruppe weitgehend den Vorschlägen von BPtK/DPR/PatV zur Erhöhung der Minutenwerten von Ärzten und Psychologen, beziehungsweise gehen über diese hinaus. Nur für den Intensivbehandlungsbereich (A2, S2, G2) sieht der Vorschlag von BPtK/DPR/PatV höhere Minutenwerte für die psychologische Berufsgruppe vor. Diese könnten aufgrund der Austauschbarkeit zwischen der ärztlichen und psychologischen Berufsgruppe durch die höheren Minutenwerte bei den Ärzten</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			für die Intensivbehandlungsbereiche nach Schussenrieder Tabelle (im Vergleich zum BPTK/DPR/PatV Vorschlag) ausgeglichen werden.
3.	Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik (AGPPS), 24. Juni 2019		
3.1	AGPPS	<p>Allgemeine Hinweise:</p> <p>Wir möchten konstatieren, dass die Pädiatrische Psychosomatik in der Kinder- und Jugendmedizin im Geltungsbereich des § 17b KHG angesiedelt ist. Grundsätze zur Struktur- und Prozessqualität für den Bereich der Pädiatrischen Psychosomatik wurden von der AGPPS bereits in 2013 in entsprechenden Positionspapieren veröffentlicht (Monatsschrift Kinderheilkunde 1+9/2013).</p> <p>Die differenzierte Ausgestaltung von Qualitätskriterien, vor allem zur Personalausstattung, ist richtungsweisend für die Schaffung verbesserter Rahmenbedingung für die Versorgung psychosomatisch kranker Kinder und deren Familien.</p> <p>[...] Von der Anhörung würden wir erwarten noch besser in den Prozess der Gestaltung der Richtlinie eingebunden zu werden, um die kinder- und jugendspezifischen Belange besser herausarbeiten zu können. Einzubringen ist auch die in Pädiatrie und pädiatrischen Einrichtungen in den letzten Jahren zunehmend entwickelte Psychosomatik-Expertise, die sich aus der zunehmenden Notwendigkeit einer fachlich angemessenen Versorgung pädiatrischer Patienten mit psychosomatischen und somatopsychischen Problemen zwangsläufig ergeben hat.</p>	<p>DKG: Kenntnisnahme</p> <p>PatV/GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p>
3.2	AGPPS	Ein psychosomatischer Konsiliar- und Liaisondienst mit einer angemessenen Personalausstattung sollte in der Richtlinie berücksichtigt werden. Ein solcher Dienst hat	DKG/GKV-SV: Der Regelung der Personalausstattung im Bereich des psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienstes liegt außerhalb dem Regelungsbereich

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		eine wichtige Weichenstellungsfunktion für eine adäquate Versorgung und ein funktionierendes Versorgungsnetzwerk (siehe auch: Positionspapier zum psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst in Monatsschrift Kinderheilkunde 3-2017).	dieser Richtlinie, da es sich hier um Leistungen handelt, die in anderen Versorgungsbereichen erbracht werden.
3.3	AGPPS	Aus den Erfahrungen der täglichen Arbeit im Rahmen der stationären pädiatrischen Psychosomatik ergibt sich eine besondere Bedeutung psychotherapeutischer Leistungen, deren differenzierte Ausarbeitung in den Richtlinien aus unserer Sicht dringend notwendig erscheint. Dies betrifft sowohl ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.	<p>DKG: Die Weiterentwicklung der Richtlinie wird mit § 13 geregelt. Bei den hier beispielhaft genannten Punkten, die einer Überprüfung bedürfen, handelt es sich nicht um eine abschließende Aufzählung. Eine Überprüfung ist nicht nur hinsichtlich psychotherapeutischer Leistungen notwendig, sondern bezüglich der Tätigkeit aller Berufsgruppen.</p> <p>BPtK: Die Berücksichtigung der Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten soll verbindlich in Stufe 2 erfolgen. Siehe § 13 Richtlinie und Tragende Gründe zu § 5 Berufsgruppen.</p> <p>PatV: Eine Erhöhung der Minutenwerte für ärztliche Therapeuten, Psychologische Therapeuten und Kinder- und Jugendtherapeuten ist in Anlage 2 durch die PatV, den DPR und die BPtK erfolgt.</p> <p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

III. Unaufgefordert eingegangene Stellungnahmen

Von folgenden Organisationen wurden unaufgefordert Stellungnahmen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
1	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa), Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK), Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (LIPPs)	14. Juni 2019	Stellungnahme
2	Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie)	17. Juni 2019	Stellungnahme

Zusammenfassung und Auswertung der unaufgefordert eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung wurde in zwei Arbeitsgruppen-Sitzung am 25. und 30. Juli 2019 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 8. August 2019 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 8. August 2019)
1.	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa), Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK), Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (LIPPs), 14. Juni 2019		
	ackpa, BDK, LIPPs	Vorbemerkungen Der Arbeitskreis der Chefärzt*Innen der Kliniken für Psychiatrie und Psychothera-	DKG/PatV: zu Seite 1: Kenntnisnahme GKV-SV: Kenntnisnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>pie an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa), der Verband leitender Ärzt*Innen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (Bundesdirektorenkonferenz, BDK e.V.) und der Verein der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie (LIPPs e.V.) sind die Krankenhausverbände, die mit über 400 Kliniken bzw. Krankenhäusern mit insgesamt über 56.000 vollstationären und über 15.000 teilstationären Behandlungsplätzen sowie Psychiatrischen Institutsambulanzen die klinische Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland vertreten.</p>	
1.1	ackpa, BDK, LIPPs	<p>Mit großem Interesse verfolgen die Krankenhausverbände ackpa-BDK-LIPPs den im Psych- VVG gem. § 136a Abs. 2 SGB V vorgegebenen politischen Prozess an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung festzulegen. Insbesondere sind „verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu bestimmen“. Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung sollen evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sind festzulegen. Dies hat mit einer Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik zu erfolgen (PPPRL), die der G-BA bis zum 30. September 2019 zu beschließen und im Anschluss dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorzulegen hat. Zum 1. Januar 2020 soll die Richtlinie in Kraft treten.</p>	
1.2	ackpa, BDK, LIPPs	<p>ackpa-BDK-LIPPs verfolgen die Entwicklung mit großem Interesse, da die Personalausstattung das wesentliche Element der Strukturqualität in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie darstellt. Für eine leitliniengerechte und patientenorientierte Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine angemessene Personalausstattung die entscheidende Grundlage. Zu begrüßen ist, dass nach den Vorgaben des §136a SGB V eine zukunftsorientierte Personalbemessung festzulegen ist und damit die seit 1991 geltende Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) abgelöst wird. Die Psych-PV stellte Anfang der 90er Jahre einen Mei-</p>	

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>lenstein der Strukturqualität dar. Sie bildet allerdings die Behandlungs- und Versorgungsbedarfe am Anfang der 90er Jahre ab. Die dringende Notwendigkeit einer Weiterentwicklung ergibt sich insbesondere dadurch, dass in der Psych-PV keine Dynamisierung und Anpassungsmechanismen vorgesehen sind, die die Veränderungen der Behandlungskonzepte, der rechtlich-ethischen Aspekte und der Versorgungsrealität der letzten 28 Jahre berücksichtigen würden. Des Weiteren ergeben sich insbesondere im Bereich der Dokumentation weitreichende Erfordernisse durch die Implementierung der PEPPs, die mit einem erheblichen zeitlichen Mehraufwand einhergehen und in der Psych-PV kein Korrelat haben.</p>	
1.3	ackpa, BDK, LIPPs	<p>Anforderungen an eine zukunftsfähige Personalbemessung</p> <p>Für ackpa-BDK-LIPPs sind folgende Punkte von entscheidender Bedeutung:</p> <p>1. Im Mittelpunkt einer zukunftsfähigen Personalbemessung sollte der Patientenbedarf stehen, der mit einem therapeutischen Aufwand in Verbindung gesetzt wird. Daraus lassen sich Tätigkeitsprofile und entsprechende Berufsgruppen ableiten und die Personalausstattung errechnen. Im Sinne einer patientenzentrierten Behandlung leitet sich demgemäß die notwendige Personalausstattung nicht von den Strukturen, sondern von den Behandlungsbedarfen der Patienten ab.</p>	<p>GKV-SV: Die Stellungnehmenden verken- nen bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stellungnahmeverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stellungnahmeverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hin-weg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der KJP bei der Erhöhung</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>der Pflegeaufwände für Intensivpatienten aufgrund neuer rechtliche Vorschriften.</p> <p>DKG: zu Seite 2, Nr. 1-4:</p> <p>Die Auswertungen der vom G-BA durchgeführten Leitlinienauswertungen und Fachexpertengespräche ergaben heterogene Ergebnisse und Hinweise. Die Fachexpertengespräche zielten auf die Aufwände zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Behandlung ab. Diese Aufwände im Sinne eines Personalbemessungsstandards sind von den in der RL-PPP festzulegenden Mindestpersonalvorgaben abzugrenzen. Weiterhin stehen die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personal-ausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik derzeit nicht zur Verfügung. Der G-BA ist so zu dem Schluss gekommen, dass die deutsche Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt, sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat und somit in der ersten Stufe als Grundlage für die Festlegung der Mindestpersonalvorgaben genutzt wird.</p> <p>DKG: In den Fachexpertengesprächen</p>
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>aufgezeigte Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt. Eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung der Personalbemessung, wie sie von ackpa, der BDK und den LIPPs unter Nummer 1 und 2 angesprochen werden, werden in § 13 der Richtlinie aufgeführt. Auch die weiteren von den Stellungnehmenden genannten Aspekte, werden innerhalb der Weiterentwicklung geprüft werden.</p> <p>GKV-SV: Andere Modelle (u. a. Plattform-Modell, Setting-Modell, PEPP-basiertes Modell) zur Ermittlung von Personalvorgaben oder Mindestpersonalvorgaben in den Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik wurden ebenfalls vom G-BA geprüft. Keines der geprüften Modelle hatte hinreichenden Reifegrad erlangt. Keines der Modelle war in der Praxis erprobt – Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen lagen nicht vor – so dass eine jetzige Einführung nicht in Frage kommt. Dem G-BA steht es aber frei bei der künftigen zweijährigen Anpassung der RL auch praxiserprobte neue Modelle zu prüfen.</p>
1.4	ackpa, BDK, LIPPs	2. Eine zukunftsorientierte verbindliche Personalbemessung sollte die Überwin-	PatV: Dieser Anforderung wird zuge-

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>derung von Settinggrenzen ermöglichen und sowohl im voll-/teilstationären und stationsäquivalenten Behandlungsbereich wie auch im ambulanten Setting der Psychiatrischen Institutsambulanzen Anwendung finden.</p>	<p>stimmt. Allerdings ist der Auftrag des Gesetzgebers enger gefasst. Ambulante Settings können daher z.Z. noch nicht in diese Richtlinie einbezogen werden.</p>
1.5	ackpa, BDK, LIPPs	<p>3. Die Veränderungen in der klinischen Behandlungs- und Versorgungsrealität seit 1991 sind zu berücksichtigen. Dabei sind u.a. veränderte Patientenbedarfe, Leitlinien, neue therapeutische Konzepte, eine erhebliche Leistungsverdichtung, hoher Dokumentationsaufwand, veränderte juristische Rahmenbedingungen, Stärkung der Patientenrechte und veränderte gesellschaftliche Erwartungen zu nennen. All diese Aspekte haben sich in der Ausgestaltung einer neuen Personalbemessung wieder zu finden.</p>	<p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p>
1.6	ackpa, BDK, LIPPs	<p>4. Die Leitlinien sind als eine Grundlage bei der Festsetzung einer neuen bedarfsgerechten Personalausstattung zu berücksichtigen. Gemäß § 136a Abs. 2 SGB V sollen die Mindestvorgaben der Personalausstattung evidenzbasiert sein und zu einer leitliniengerechten Behandlung beitragen. Diese Vorgaben sind in der Personalbemessung im Sinne der Strukturqualität umzusetzen.</p>	<p>PatV: Kenntnisnahme GKV-SV: Die Leitlinienrecherche ergab keine ableitbaren Standards. Eine empirische Studie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik wurde in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse derzeit nicht zur Verfügung stehen und so vorerst in die Überlegungen nicht einbezogen werden konnten. BPtK: grundsätzliche Zustimmung und Verweis auf die Vorschläge der BPtK zur Erhöhung der Minutenwerte in dieser Richtlinie.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>1.7</p>	<p>ackpa, BDK, LIPPs</p>	<p>5. Eine Personalbemessung sollte ausreichend flexibel sein, um die unterschiedlichen Personalbedarfe in einer sehr heterogenen Versorgungslandschaft einrichtungsbezogen festzuschreiben. Unterschiedliche Größen und Organisationsformen der Kliniken bzw. Krankenhäuser, das Vorhalten mehrerer Standorte, divergente Behandlungskonzepte, krankenhausespezifische Besonderheiten, regionale Unterschiede wie z.B. Versorgungsverpflichtung erfordern eine entsprechende Berücksichtigung in der Personalbemessung.</p>	<p>DKG: zu S. 2, Nr. 5: Dank und zustimmende Kenntnisnahme GKV-SV: Kenntnisnahme. Regionale und strukturelle Besonderheiten sind nach BpflV § 3 Abs. 3 auf der Ortsebene zu vereinbaren.</p>
<p>1.8</p>	<p>ackpa, BDK, LIPPs</p>	<p>Für die Festlegung der von der Richtlinie betroffenen Berufsgruppen könnte die Psych-PV als Grundlage verwendet werden. Die Angaben müssen jedoch ebenfalls an aktuelle Entwicklungen im klinischen Alltag angepasst werden. Als Beispiel werden mittlerweile nicht nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Erzieher, Heilerzieher oder Heilpädagogen beschäftigt, sondern sie kommen oftmals auch in speziellen Behandlungssettings der Erwachsenenpsychiatrie zum Einsatz und müssen daher Berücksichtigung finden dürfen. Zudem entsprechen die in der Psych-PV detailliert beschriebenen Regelaufgaben der betroffenen Berufsgruppen längst nicht mehr dem aktuellen professionellen Verständnis der Fachkräfte. So wie sich die Therapieansätze in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in den letzten 30 Jahren deutlich weiterentwickelt und verbessert haben, gab es auch bei den Berufsbildern Weiterentwicklungen. Im Zeitalter des Fachkräftemangels ist es nicht mehr länger nachvollziehbar, wenn hochqualifizierte Mitarbeiter, die im multiprofessionellen Team gerne an einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten mitwirken wollen, mit Hilfsarbeiten beschäftigt werden müssen. Die Richtlinie muss dieser Entwicklung Rechnung tragen, in dem die Tätigkeitsprofile entsprechend überarbeitet werden. Parallel dazu sollte die Möglichkeit des Einsatzes von Hilfs- und Unterstützungspersonal im patientenfernen Bereich der Stationen Berücksichtigung finden. Bislang sieht die Richtlinie nur den Einsatz von Fachkräften vor und schreibt die Regelaufgaben und Tätigkeitsprofile der 30 Jahre alten Psych-PV unverändert fort.</p>	<p>DKG: zu S. 2 allgemeinem Block: In der Erstfassung der Richtlinie werden keine wesentlichen Änderungen in der Systematik der Psych-PV vorgenommen. Die Gründe hierfür wurden in Zeilennr. 1.3 bereits aufgeführt. GKV-SV: Die Berufsgruppen wurden aktualisiert. Insgesamt wurde in den TG konstatiert, dass die deutsche Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) derzeit der einzige existierende Standard ist, der empirisch hergeleitet konkrete Personalzahlen für alle Berufsgruppen vorgibt und sich in der Praxis prinzipiell bewährt hat. BPtK: grundsätzliche Zustimmung und Verweis auf Vorschlag der BPtK, dass in Stufe 2 eine Anpassung der Tätigkeitsprofil der Berufsgruppen erfolgen muss.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

1.9	ackpa, BDK, LIPPs	Insgesamt kommen ackpa-BDK-LIPPs zu dem Schluss, dass eine gesetzeskonforme Anwendung des § 136a Abs. 2 SGB V zu begrüßen und die konsequente Umsetzung zu fordern ist.	
1.10	ackpa, BDK, LIPPs	<p>Vorläufige Bewertung des PPP-RL</p> <p>Mehrere Punkte des Richtlinienentwurfs des G-BA zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL), die uns zur Kenntnis gelangt sind, sehen ackpa-BDK-LIPPs allerdings mit großer Sorge. Aus dem Grund sehen sich ackpa-BDK-LIPPs veranlasst, auf folgende Aspekte hinzuweisen.</p> <p>1. Überführung der Psych-PV in die PPP-Richtlinie</p> <p>Die weitestgehend unveränderte Fortschreibung der Psychiatrie-Personal-Verordnung (Psych-PV) ist nicht hinnehmbar. Sie missachtet hochgradig die Patientenbedarfe, bei denen u.a. medizinische, juristische und ethische Standards zu berücksichtigen sind und die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK) uneingeschränkt Anwendung finden müssen. Es wird dabei keinesfalls die dringend notwendige Anpassung der Personalausstattung abgebildet, die aufgrund der Veränderungen in der klinischen Versorgungsrealität in den letzten 28 Jahren zwingend erforderlich ist. Die starren Versorgungsstrukturen werden durch das Ausbleiben einer dynamischen Anpassung der Personalausstattung und Fehlen einer settingübergreifenden Lebenswelt- und Patientenorientierung weiterhin festgeschrieben. Die notwendige Flexibilisierung und Entwicklung eines patientenzentrierten Versorgungssystems werden verhindert.</p>	<p>GKV-SV: Die Stellungnehmenden verken- nen bei Ihrer Kritik, dass der GKV-SV die Durchschnittswerte der Psych-PV zur neuen Untergrenze macht. Und damit mindestens 50 % der Einrichtungen mehr Personal als bisher einstellen müssen, da sie bisher unter dem Durchschnittswert liegen. Außerdem erhöht der GKV-SV aufgrund des Stimmungsverfahrens die Minutenwerte weiter und zwar dort, wo es in den Fachexpertengesprächen und dem Stimmungsverfahren Hinweise auf Defizite gegeben hat: erstens bei der psychotherapeutischen Behandlung über alle Behandlungsbereiche hinweg (50 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche, 100 Minuten Einzelpsychotherapie pro Woche in der KJP); zweitens Einführung einer Komplex-Psychotherapie-Behandlungsbereiches und drittens in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP werden die Minutenwerte in der Pflege für Intensivpatienten um 10% erhöht, um neue rechtliche Anforderungen (z. B. 1:1 Betreuung, Zwangsbehandlung) zu berücksichtigen.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			BPtK: Verweis auf die Vorschläge der BPtK zur Erhöhung der Minutenwerte in dieser Richtlinie.
1.11	ackpa, BDK, LIPPs	<p>Wenn aufgrund aktuell nicht verfügbarer Alternativen die Psych-PV im Sinne einer Übergangs- und Notlösung in eine Richtlinie überführt wird, sind folgende Punkte unabdingbar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eine Anpassung der Psych-PV 2. eine neue Systematik der Personalbemessung in 5 Jahren (1.1.2025) 3. Verankerung der verbindlichen Regelung struktureller Notwendigkeiten, Ausfallzeiten etc. auf Ortsebene bereits in der Richtlinie 	GKV-SV: Kenntnisnahme
1.12	ackpa, BDK, LIPPs	<p>Ad 1</p> <p>a. Eine Anpassung der Zeitwerte pro Berufsgruppe ist zwingend erforderlich. Die Tätigkeitsprofile, Arbeitsinhalte und Inanspruchnahme haben sich in den letzten 28 Jahren deutlich verändert. Eine lineare Erhöhung der Minutenwerte der Psych- PV um mindestens 15% für alle Berufsgruppen ist aus fachlicher Sicht zwingend geboten.</p>	<p>DKG: zu Seite 3, Nr.1, Ad1, a-b:</p> <p>In der Erstfassung der Richtlinie werden keine wesentlichen Änderungen in der Systematik der Psych-PV vorgenommen. Die Gründe hierfür wurden in Zeilenr. 1.3 bereits aufgeführt. Wir teilen die Auffassung, dass die Richtlinie mit einem verbindlichen Zeitplan weiterentwickelt werden muss und haben dies entsprechend explizit in der Richtlinie aufgeführt (§ 13).</p> <p>Es darauf hingewiesen, dass mit dieser Richtlinie gemäß dem gesetzlichen Auftrag Mindestvorgaben festgelegt werden, die nicht unterschritten werden dürfen, Die</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Psych-PV diene bisher als Personalbemessungsinstrument und gleichzeitig als Grundlage zur Budgetfindung. Daher ist es folgerichtig eine neue Mindestvorgabe deutlich unter 100 Prozent Psych-PV-Umsetzung festzulegen. Davon ist unbenommen, dass für eine Sicherstellung leitliniengerechter Behandlung im Sinne einer Personalbemessungsgrundlage die Minutenwerte oder die Anforderungen an den Umsetzungsgrad der Psych-PV höher anzusetzen wären. Eine „veraltete“ Personalbemessung als neue Mindestvorgabe normativ festzulegen, entbehrt jeglicher empirischen Grundlage.</p> <p>PatV: Die PatV hat die Erhöhung der Minutenwerte für die genannten Berufsgruppen entsprechend der Berechnungen in den Schussenrieder Tabellen vorgenommen.</p> <p>GKV-SV: Der gesetzliche Auftrag sieht die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht unterschritten werden darf. Strukturelle und organisatorische Besonderheiten, die zu einer Personalerhöhung führen, können nur auf der Ortsebene nach BpflV verhandelt werden – sie sind nicht Teil dieser RL. Nichtsdestotrotz nehmen wir hier die Sorge</p>
--	--	--	---

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>zur Kenntnis, dass dies aus Sicht der ackpa, BDK und LIPPs nicht ausreichend gesetzlich geregelt zu sein scheint. In der RL wird deshalb darauf hingewiesen, dass dies vor Ort erfolgen muss, ebenso wie die Ausfallzeiten. Bezüglich der Ausfallzeiten ist darüber hinaus festzustellen, dass der G-BA keine Handhabe zur Festlegung von Ausfallzeiten bei den Mindestanforderungen hat.</p> <p>BPtK: Zustimmung, dass eine Erhöhung der Minutenwerte bereits in Stufe 1 erforderlich ist, um die gravierendsten Versorgungsmängel zu beheben. Eine gleichförmige Erhöhung der Minutenwerte um 15 % über alle Behandlungsbereiche und Berufsgruppen hinweg ist jedoch nicht sachgerecht. Relative Unterschiede in den Minutenwerten zwischen Behandlungsbereichen und zwischen Berufsgruppen werden hierdurch fortgeschrieben unabhängig von den in den letzten fast 30 Jahren seit Erscheinen der Psych-PV stattgefundenen Weiterentwicklungen der Behandlungskonzepte. So entspricht das Behandlungskonzept in der Tagesklinik heute einer tagesklinischen Regelbehandlung weshalb die Minutenwerten an die für die Regelbehandlung (A1, KJ1) geltenden Minutenwerte angepasst werden müssten. In allen</p>
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Behandlungsbereichen der Psych-PV werden zudem psychischen Erkrankungen behandelt bei denen gemäß Leitlinien Psychotherapie – angepasst an den Patientenbedarf – indiziert ist. Auch bspw. bei älteren Patienten, wie sie in den Behandlungsbereichen der Gerontopsychiatrie behandelt werden oder im Intensivbehandlungsbereich. Die Psych-PV sieht in diesen Behandlungsbereichen fast keine Psychotherapie vor, weshalb eine Erhöhung um 15 % der Minutenwerte der Berufsgruppe der „Psychologen“ nicht ausreichend wäre.</p>
1.13	ackpa, BDK, LIPPs	<p>b. Bis zur Umsetzung einer wirklich neuen Personalbemessung ab 1.1.2025 sind Übergangsregelungen der Psych-PV zu schaffen, die mit Beginn am 1.1.2020 eine Erhöhung der Psych-PV-Minutenwerte um 5% für alle Berufsgruppen festschreiben und alle zwei Jahre um 5% erhöht werden bis zu einer Gesamterhöhung um 15%.</p>	<p>PatV: Die PatV hat ebenfalls eine stufenweise Anpassung oberhalb der PsychPV vorgesehen, allerdings in einem kürzeren Zeitraum</p> <p>GKV-SV: siehe Nr. 1.10</p>
1.14	ackpa, BDK, LIPPs	<p>c. Die definierte Personalausstattung wird mit Vollzeitkräften (VK) angegeben und ist als Netto-Ausstattungsgröße für die Regelarbeitszeit am Tagdienst zu betrachten. Ausfallzeiten (Ausbildung, Fort-Weiterbildung, Krankheit, etc.), Personalausstattung für die Bereitschaftsdienste, Nachtdienste, Zentrale Notaufnahme bzw. Rettungsstellen oder auch Konsil-/Liasiondienste sind davon unabhängig zu berechnen und gesondert festzuschreiben.</p>	<p>DKG: zu Seite 3-, Nr.1, Ad1, c:</p> <p>Die Ausfallzeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher - wie bisher auch bei der Psych-PV- als Addon vor Ort verhandelt werden. (siehe dazu auch § 7 Abs. 9 GKV-SV, §6 Abs. 8 DKG)</p> <p>GKV-SV: Diese strukturellen und lokalen Besonderheiten sind auf der Ortsebene zu</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>verhandeln.</p> <p>Die Ausfallzeiten sind von Einrichtung zu Einrichtung spezifisch und müssen daher - wie bisher auch bei der Psych-PV – als Add-on vor Ort verhandelt werden. (siehe dazu auch § 7 Abs 9 GKV-SV, § 6 Abs. 8 DKG)</p>
1.15	ackpa, BDK, LIPPs	d. Die neue Berufsgruppe der Genesungsbegleiter ist mit zu berücksichtigen und in der Personalausstattung additiv abzubilden.	<p>DKG: zu Seite 3-, Nr.1, Ad1, d:</p> <p>Genesungsbegleiter übernehmen bereits in vielen Einrichtungen eine wichtige Rolle in der Versorgung der Patienten, da es derzeit jedoch noch keine einheitliche Ausbildungsform dieser Berufsgruppe gibt, wird der Einsatz von Genesungsbegleitern nicht unter den Mindestvorgaben dieser Richtlinie verortet. Genesungsbegleiter sind jedoch gemäß § 6 Abs. 7 bei den Vereinbarungen auf Ortsebene zu berücksichtigen.</p> <p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p>
1.16	ackpa, BDK, LIPPs	e. Die stationsäquivalente Behandlung (StäB) gewinnt bundesweit an Bedeutung und wird inzwischen auch fachspezifisch in der Gerontopsychiatrie und in der Suchtmedizin umgesetzt. Um den spezifischen Anforderungen dieser Patientengruppen gerecht zu werden bedarf es der Abbildung von StäB neben der A1 auch in G1 und S1 als spezifische Regelbehandlung in diesen Fachbereichen.	<p>DKG: zu Seite 3-4, Nr.1, Ad1, e:</p> <p>Da bezüglich der StäB keine Quantifizierung der zugrunde zu legenden Minutenwerte und ausreichende Erfahrungen in der Praxis vorliegen, wird zwar ein neuer</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Behandlungsbereich für die StäB mit aufgenommen - jedoch ohne quantifizierte Vorgaben. Die Patienten sind jedoch ab dem 1. Januar 2020 entsprechend in die Kategorien A9, S9, G9 und KJ9 einzustufen. Dieses Vorgehen innerhalb der ersten Stufe ist erforderlich um eine Basis für Beratungen über die Abbildung von StäB innerhalb der Weiterentwicklung der Richtlinie zu schaffen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die StäB ist der stationären Behandlung gleichgestellt und daher in der RL zu regeln.</p> <p>GKV-SV: Die Behandlungsbereiche in den Eingruppierungsempfehlungen wurden im Vorschlag des GKV-SV erweitert um die Stationsäquivalente Behandlung (ST1 und KJ9).</p> <p>Im Bereich ST1 können alle Kranken eingruppiert werden, die eine StäB benötigen (siehe Eingruppierungsempfehlung). Mit Hilfe der Nachweise und der Strukturabfrage sollen künftig empirische Werte, die eine Maßgabe für die StäB ermöglichen, gewonnen werden.</p>
1.17	ackpa, BDK, LIPPs	Ad 2	<p>DKG: zu Seite 4, Ad 2 + Ad 3: Dank und Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		a. Eine Richtlinie, die eine Fortschreibung der Psych-PV mit den unter Ad1 genannten zwingend notwendigen Punkten vorsieht, kann nur als eine Übergangs- und Notlösung betrachtet werden. Eine qualitativ und quantitativ neue Systematik der Personalbemessung ist erforderlich, die nicht Personalanzahlzahlen für die Budgetfindung festschreibt, sondern gemäß dem gesetzlichen Auftrag des § 136a Abs. 2 SGB V als Vorgabe der Strukturqualität verbindliche Zahlen der Personalausstattung festlegt.	GKV-SV: Kenntnisnahme Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.
1.18	ackpa, BDK, LIPPs	b. Die Entwicklung und Ausarbeitung einer neuen Systematik benötigt Zeit und differenzierte fachliche Expertise. Es wird dafür ein Zeitraum von 4 Jahren mit Einberufung einer Expertenkommission vorgeschlagen. In der Expertenkommission sollte sich die klinische Expertise der verschiedenen Berufsgruppen abbilden, insbesondere sind Vertreter der klinischen Fachverbände in die Entwicklung einzubeziehen.	GKV-SV: Kenntnisnahme Der G-BA verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Richtlinie. Dafür hat der G-BA sich einen verbindlichen Zeitplan zur Weiterentwicklung und Anpassung der Richtlinie gegeben.
1.19	ackpa, BDK, LIPPs	Ad 3 a. Der Wille zur Regelung von strukturell und organisatorisch notwendigen zusätzlichen Stellen und zur Vereinbarung von Ausfallzeiten auf Ortsebene muss bereits in der Richtlinie verbindlich benannt werden.	GKV-SV: Diese strukturellen und lokalen Besonderheiten sind auf der Ortsebene zu verhandeln.
1.20	ackpa, BDK, LIPPs	2. Mindestvorgaben für die Personalausstattung versus Personaluntergrenzen Eine unmissverständliche Unterscheidung zwischen Mindestvorgaben für die Personalausstattung , die eindeutig einen Bezug zu Qualität und Leitlinien erfüllen, und Personaluntergrenzen , die als Minimalausstattung die Patienten- und Mitarbeitersicherheit zu gewährleisten hat, ist erforderlich. Der gesetzliche Auftrag gem. § 136a Abs. 2 SGB V schreibt eine Personalausstattung mit eindeutigem	DKG: zu Seite 4 Nr. 2: Der gesetzliche Auftrag verweist nicht nur auf Leitlinien und Evidenz, sondern auch auf die Verbindlichkeit der Mindestvorgaben. Somit sieht der gesetzliche Auftrag die Festlegung einer Mindestvorgabe vor, die einen Beitrag zu einer leitliniengerechten Behandlung leistet und zugleich nicht

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Verweis auf Qualitätsaspekte wie Leitlinien und Evidenz vor. Von Personaluntergrenzen ist im Psych- VVG nicht die Rede.</p>	<p>unterschritten werden darf. Die Problematik wird durch eine Mindestvorgabe in Höhe von 80% der gemäß § 6 Absatz 1 bis 4 ermittelten Personalstellen und mit dem Hinweis in § 2 Absatz 1, dass zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung unter Berücksichtigung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten der Einrichtung eine höhere Personalausstattung erforderlich sein kann, adressiert. Daher ist in den Vereinbarungen auf der Ortsebene gemäß § 6 Absatz 7 das Personal gemäß Mindestvorgabe um die Anzahl an Personalstellen zu erhöhen, die erforderlich sind um eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen.</p> <p>GKV-SV: Das in § 6 vom GKV-SV vorgeschlagene Verfahren zur Ermittlung der Mindestvorgaben ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten je nach Belegung der Station in einem Kalendermonat. Sie stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen ohne Bettensperungen möglich sind, denn die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können also ausgeglichen werden.</p> <p>Aus Qualitätsgesichtspunkten ist es rele-</p>
--	--	--	--

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>vant, dass das Personal auch dort ankommt, wo es benötigt wird: am Patienten. Besonders vulnerable Patientengruppen sind häufig auf bestimmten Stationen untergebracht: Akutstation, Demenzstation, Kinder- und Jugendstation. So kann ein Haus zwar einrichtungsbezogen eine Personalausstattung über 100 Prozent nachweisen, auf den Akutstationen kann aber trotzdem nur 90 Prozent des erforderlichen Personals anwesend sein. Deshalb sollte der Personalnachweis pro Station erfolgen.</p> <p>Der Wunsch, (zeitlich) nicht zu kleinteilig zu erfassen, muss vor dem Anliegen relativiert werden, dass eine Nichterfüllung auch über begrenzte Zeitabschnitte vorliegen kann und dann über das Jahr statistisch nicht ins Gewicht fällt. Für die Patienten ist jedoch nicht der Jahresdurchschnitt relevant, sondern die Versorgungsqualität in der jeweiligen Situation.</p>
<p>1.21</p>	<p>ackpa, BDK, LIPPs</p>	<p>Unter einer pragmatischen Perspektive ist ein Korridor zwischen den Personalmindestvorgaben (Qualitätsbezug) und Personaluntergrenzen (Sicherheitsbezug) vorstellbar. Voraussetzung dafür ist, dass innerhalb einer Einrichtung eine bedarfsgerechte Ressourcenzuordnung möglich ist, flexibel auf personelle Engpässe reagiert werden kann und die unterschiedlichen Strukturen und Organisationsformen der Kliniken bzw. Krankenhäuser angemessen berücksichtigt sind. ackpa-BDK-LIPPs for-</p>	<p>GKV-SV: Aus Qualitätsgesichtspunkten ist es relevant, dass das Personal auch dort ankommt, wo es benötigt wird: am Patienten.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>dem mit aller Entschiedenheit, dass die Personalmindestvorgaben nicht mit den Personaluntergrenzen gleichgesetzt werden bzw. die Personalmindestvorgaben darüber definiert werden.</p>	
1.22	ackpa, BDK, LIPPs	<p>3. Nachweispflicht und Sanktionen</p> <p>Zu begrüßen ist, dass die Umsetzung der in den Budgetverhandlungen vereinbarten Personalausstattung durch eine Nachweispflicht überprüft wird. Die Überprüfung dient der Transparenz und leistet einen Beitrag zur Sicherung der Strukturqualität der Kliniken. Die entscheidende Frage stellt sich einerseits nach der Art und Weise wie der Nachweis zu erbringen ist und andererseits nach den Konsequenzen bei Nichterfüllung der Personalausstattung.</p>	<p>DKG: zu Seite 4-5 Nr. 3:</p> <p>Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Das in § 6 vom GKV-SV vorgeschlagene Verfahren zur Ermittlung der Mindestvorgaben ermöglicht eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten je nach Belegung der Station in einem Kalendermonat. Sie stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen ohne Bettensperungen möglich sind, denn die Einrichtung muss kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können also ausgeglichen werden.</p> <p>Aus Qualitätsgesichtspunkten ist es relevant, dass das Personal auch dort ankommt, wo es benötigt wird: am Patienten. Besonders vulnerable Patientengruppen sind häufig auf bestimmten Stationen untergebracht: Akutstation, Demenzstation, Kinder- und Jugendstation. So kann ein Haus zwar einrichtungsbezogen eine Personalausstattung über 100 Prozent nachweisen, auf den Akutstationen kann aber trotzdem nur 90 Prozent des erforderlichen</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			<p>Personals anwesend sein. Deshalb sollte der Personalnachweis pro Station erfolgen.</p> <p>Die Erfassung der Station – möglichst Kalendermonatlich – ist unabdingbar und eine Voraussetzung dafür, dass das Personal auch tatsächlich dort eingesetzt wird, wo es benötigt wird. Das in § 14 (GKV-SV / PatV) etablierte Nachweisverfahren stellt sicher, dass kurzfristige Unterschreitungen möglich sind. Die Einrichtung muss Kalendermonatlich im Durchschnitt die Anforderung erfüllen. Kurze Unterschreitungen können so ausgeglichen werden. Die Flexibilität des Krankenhauses bleibt so erhalten.</p>
<p>1.23</p>	<p>ackpa, BDK, LIPPs</p>	<p>Eine sinnhafte und praxistaugliche Nachweispflicht ist durch die Erfassung der Personalbesetzung im Jahresdurchschnitt und für die gesamte Einrichtung möglich. Eine zu kleinteilige Sicht auf die Versorgungsstrukturen von Kliniken im Sinne von Stationen und Kalendermonaten lässt den auf Grund der jeweiligen Patientenbedarfe notwendigerweise flexiblen Ressourceneinsatz in der Alltags- und Versorgungsrealität außer Acht und verleitet aufgrund der skotomisierten Perspektive zu Fehlinterpretationen. Vor dem Hintergrund der Versorgungsverpflichtung und der damit einhergehenden Notfallversorgung bedarf es der Flexibilität auf Einrichtungsebene mit Jahresbezug.</p>	<p>GKV-SV: Ein Nachweisverfahren ist in § 11 geregelt. Die monatliche Meldung der Erfüllung der Vorgaben sollten nicht in diesem ersten Schritt auf vierteljährlich aufgeweicht werden. Eine tagesbezogene, bedarfsorientierte Flexibilität ist ausreichend gewährleistet. Strukturelle und organisatorische Besonderheiten, die zu einer Personalerhöhung führen, können nur auf der Ortsebene nach BPfIV verhandelt werden. Die Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments ist nicht Aufgabe des G-BA. Nichtsdestotrotz ist sich der GKG-SV</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

			dieser Problematik bewusst und arbeitet an einer Lösung.
1.24	ackpa, BDK, LIPPs	Sanktionen im Sinne von Leistungseinschränkungen sind zumindest im ersten Schritt nicht zielführend. Unterschreitet die Personalausstattung die Untergrenze, sind gezielte Maßnahmen zu fordern, die zu einer Behebung der kritischen Situation führen. Leistungseinschränkungen bzw. Leistungsausschluss sind mit dem Grundsatz der regionalen Versorgungsverpflichtung nicht vereinbar und führen dazu, dass Patienten, die einer stationären Behandlung bedürfen, abgewiesen werden müssten. Aufgrund der in den Landesgesetzen (Psychisch Kranken Hilfe Gesetze der Länder) vorgegebenen regionalen Versorgungsverpflichtung ist ein solches Vorgehen mit dem gesetzlichen Auftrag nicht vereinbar. Zudem setzen Sanktionen eine Abwärtsspirale in Gang und gefährden die wirtschaftliche Existenzgrundlage insbesondere kleinerer Kliniken und Krankenhäuser in erheblichem Masse. Strategisch sinnvoller und nachhaltiger sind deshalb Maßnahmen, die dem Fachkräfte- und Nachwuchsmangel entgegenwirken. Dazu wären konzertierte Aktionen von Maßnahmen und Strategien der Personalgewinnung und -bindung hilfreicher.	PatV: Kenntnisnahme. Die Durchsetzungsmaßnahmen sind in § 137 Abs. 1 geregelt. GKV-SV: siehe Nr. 1.23
1.25	ackpa, BDK, LIPPs	Auch das beschriebene Szenario zur Umsetzung des Leistungsausschlusses wird abgelehnt. Der Vorschlag würde den administrativen Abrechnungsaufwand unzumutbar erhöhen, da fallbezogen die Anzahl der Berechnungstage ohne Vergütungsanspruch ermittelt und mit einem Qualitätssicherungsabschlag auf den Rechnungen zum Abzug gebracht werden müssten. Dieser Vorgang wäre nur mit einer deutlichen personellen Aufstockung im administrativen Bereich der Patientenabrechnung zu bewältigen und kann daher unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht Ziel einer qualitätsorientierten Richtlinie zur Verbesserung und Gewährleistung der Personalbesetzung im klinischen Kontext sein.	GKV-SV: siehe Zeilenr. 1.23

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>1.26</p>	<p>ackpa, BDK, LIPPs</p>	<p>Zusammenfassung</p> <p>In der Zusammenfassung kommen die Krankenhausverbände ackpa-BDK-LIPPs zu dem Schluss, dass mit der PPP-Richtlinie große Gefahren für die Patientenversorgung und Patientensicherheit einhergehen und keine Ansätze für positive Veränderungen zu erkennen sind. Die Kernelemente und Anforderungen an eine zukunftsfähige Personalbemessung sind in dieser Richtlinie nicht zu finden. Die einfache Fortschreibung der Psych-PV mit verschärfter Nachweispflicht und Einführung von Sanktionen führt nicht zu der dringend notwendigen Verbesserung der Strukturqualität in den Einrichtungen für Psychiatrie und Psychosomatik.</p> <p>Ganz im Gegenteil sehen ackpa-BDK-LIPPs folgende Risiken durch die PPP-RL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verschlechterung der Patientenversorgung • Zementierung starrer Versorgungsstrukturen • Erschwerung regionaler Versorgungsverpflichtung • existentielle Bedrohung von Kliniken und Krankenhäuser 	<p>DKG: zu Seite 5-6, Zusammenfassung: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme. Leider wird auf den konkreten RL-Entwurf nicht eingegangen.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p> <p>Die zusammenfassende Einschätzung von ackpa, BDK und LIPPs kann nicht geteilt werden. Insbesondere stellt das vorgeschlagene Vorgehen der 3 Organisationen einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) dar. Im Übrigen wird auf die obigen Kommentare verwiesen.</p>
<p>1.27</p>	<p>ackpa, BDK, LIPPs</p>	<p>Der entscheidende Punkt ist allerdings, dass durch die PPP-RL der gesetzliche Auftrag gemäß § 136a Abs. 2 SGB V, der einen klaren Bezug von Personalausstattung zu Qualität und Evidenz vorgibt, völlig verfehlt wird. Demgemäß ist die PPP-Richtlinie nicht gesetzeskonform und in Gänze abzulehnen.</p>	<p>GKV-SV: Die PPP-RL ist gesetzeskonform. S. o.</p>
<p>1.28</p>	<p>ackpa, BDK, LIPPs</p>	<p>Für eine zeitgemäße und zukunftsorientierte Systematik der Personalbemessung ist zu fordern, dass die Patientenbedarfe uneingeschränkt im Mittelpunkt stehen sowie Qualitätsansprüche, ethische Aspekte und Menschenrechte Grundlagen unseres Handelns sind. Moderne psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungs- und Behandlungskonzepte erfordern einen patientenzentrierten und settingübergreifenden personellen Ressourceneinsatz. Nicht Kontrollen und Sanktionen, sondern Dynamik</p>	<p>GKV-SV: Die Kritik von ackpa, BDK und LIPPs kann nicht nachvollzogen werden. Die Vorgaben des Gesetzgebers werden erfüllt. Die Patientensicherheit wird durch die PPP-RL gewährleistet.</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		und Flexibilität sind zukunftsweisende Ansätze, um sowohl die Patientenversorgung zu verbessern, als auch die Arbeitsbedingungen in den Kliniken attraktiver zu gestalten. Nur dadurch kann es gelingen, engagiertes Personal für die herausfordernde Arbeit in den Kliniken zu gewinnen und wirksame Maßnahmen gegen den Nachwuchs- und Fachkräftemangel zu befördern.	
2.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG Psychiatrie), 17. Juni 2019		
2.1	BAG Psychiatrie	BAG Psychiatrie ist sich der Komplexität und Verantwortung sowie der Herausforderung der oben genannten Aufgabe, die dem G-BA mit dem PsychVVG zum 01.01.2017 zugewiesen wurde, sehr bewusst. Wir sehen auch die, von den Verantwortlichen im G-BA nicht zu antizipierenden oder zu verantwortenden Widrigkeiten – wie die nicht bzw. derzeit nicht nutzbar zu machende – Datengrundlage der PPP-Studie, die als empirische Basis für die Entwicklung einer neuen PPP-RL wichtige Grundlagen liefern sollte. Viele BAG-Kliniken, vor allem die patientennah Mitarbeitenden, deren Träger durch die BAG Psychiatrie vertreten werden, haben sich sehr engagiert in diese Studie eingebracht und sind sehr enttäuscht, dass die Erkenntnisse der letzten Jahre bzgl. der nicht mehr angemessenen Psych-PV von 1991, die auch in den Experten-Workshops des G-BA und den wissenschaftlichen Publikationen der letzten Jahre immer wieder deutlich geworden sind – nun mit diesem GBA-Entwurf vollständig ignoriert werden.	GKV-SV: Informationen zur vom G-BA beauftragten Studie PPP finden Sie in den Tragenden Gründen. DKG: Die Ergebnisse der vom G-BA - zur Unterstützung der Erarbeitung der Richtlinie - in Auftrag gegebenen empirischen Studie zur Personal-ausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik stehen derzeit nicht zur Verfügung. Die Ergebnisse der Studie sowie die in den Fachexpertengesprächen aufgezeigten Änderungs- und Anpassungsbedarfe der Psych-PV werden in der Weiterentwicklung der Richtlinie gemäß § 13 berücksichtigt. PatV: Kenntnisnahme
2.2	BAG Psychiatrie	Gerade weil die BAG überzeugt ist, dass der G-BA mit der PPP-RL der Gesellschaft, den Menschen in Deutschland, eine qualitätsvolle und auf Evidenz und Nachhaltigkeit angelegte PPP-RL übergeben wollte und - davon gehen wir aus - auch weiterhin will, ist der jetzt vorliegende Beschlussentwurf grundsätzlich abzulehnen. Er erfüllt	DKG: Kenntnisnahme Der gesetzliche Auftrag zielt auf die Definition von Personalmindestanforderungen ab, die einen Beitrag zu leitliniengerechter

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		nicht ansatzweise den gesetzlichen Auftrag gemäß §136a Abs. 2 SGB V und ignoriert, dass es bereits sehr gute Grundlagen gibt, die bei systematischer Weiterentwicklung – und die erforderlichen Schritte sind bereits methodisch, quantitativ und bzgl. des zeitlichen Horizonts definier- und absehbar, geeignete Lösungen für eine moderne, anschluss- und zukunftsfähige Personalbemessung in der Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychosomatik etabliert werden können - wenn das von allen gewollt ist.	Behandlung leisten. Die Festlegung eines Personalbemessungsstandards, der leitliniengerechte Behandlung sicherstellen soll, ist von den in der RL-PPP festzulegenden Mindestpersonalvorgaben abzugrenzen.
2.3	BAG Psychiatrie	Im Stimmungs-Verfahren zum Richtlinienentwurf trägt die BAG Psychiatrie auch die wesentlichen Positionen der DKG mit, teilt darüber hinaus auch viele grundlegende Bewertungen der DGPPN. Insbesondere die Differenzierung zwischen Mindestvorgaben für eine leitlinienorientierte Behandlung und einer mit Restriktionen belegten „Untergrenze“ muss sehr deutlich sein.	DKG: Kenntnisnahme
2.4	BAG Psychiatrie	Darüber hinaus hält es die BAG Psychiatrie aber für einen diskriminierenden Sachverhalt – wenn nicht sogar Skandal, dass ausgerechnet die medizinischen Psych- Fächer die ersten klinischen Fachgebiete als Ganzes sein sollen , in dem Qualitätsvorgaben des G-BA bei Unterschreitung von Qualitätsrichtlinien direkt ökonomisch und womöglich auch krankenhauplanerisch sanktioniert werden sollen.	DKG: Dank und Kenntnisnahme PatV: Kenntnisnahme. Die Durchsetzungsmaßnahmen sind in § 137 Abs. 1 geregelt.
2.5	BAG Psychiatrie	Bisher ist es bundesweit etablierte Praxis des G-BA in allen somatisch-klinischen Fachdisziplinen -, dass die Qualitäts-RLs des G-BA in einem Eskalationsverfahren umund durchgesetzt werden. Dieses Eskalationsverfahren soll laut GKV-SV für die Umsetzung der PPP-RL in den Psych-Kliniken aber nicht gelten. Kein Recht zur Stellungnahme der Psych-Kliniken und Abteilungen bei QS-Auffälligkeiten, kein fachlicher Dialog und keine Beratung oder Unterstützung der Psych-Kliniken zur Erreichung der Qualitätsvorgaben laut G-BA-Richtlinie.	DKG: Dank und Kenntnisnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

2.6	BAG Psychiatrie	Selbst die mit Einschränkungen „scharf“ geschaltete QFR-RL des G-BA, der Qualitätssicherungsrichtlinie Früh- und Reifgeborene, bei der es um die qualitative und quantitative Personalausstattung auf Intensivstationen zur Sicherung des Überlebens von Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 1500g geht, ist in seiner Ausgestaltung weniger restriktiv ausgestaltet als der vorliegende Richtlinienentwurf nach Vorstellung des GKV-SV für die klinische Psychiatrie.	DKG: Dank und Kenntnisnahme
2.7	BAG Psychiatrie	Um Wiederholungen zu vermeiden sollen in dieser Stellungnahme in Ergänzung zu den erwähnten Stellungnahmen jedoch noch einige uns besonders wichtige Sachverhalte dargestellt werden, die zum Teil leider sehr deutlich machen, dass relevante Positionen in dem Beschlussentwurf bar wesentlicher Sachkenntnisse vertreten worden sein müssen, ein Umstand, den es in solch einem bedeutenden bundesdeutschen Gremium eigentlich nicht geben sollte.	
2.8	BAG Psychiatrie	<p><u>zu § 2 Grundsätze</u> <u>Abs. 5 bis 7</u></p> <p>In dem vorliegenden PPP-Richtlinien-Entwurf wird von einigen Seiten vorausgesetzt und gefordert, dass künftig auf Basis der täglichen Einstufung der Patienten in die jeweiligen Psych-PV-Behandlungsbereiche auch täglich und stationsbezogen eine entsprechende Personaleinsatzplanung qualitativ und quantitativ erfolgt und monatlich nachzuweisen sein soll. Wenn sich dann im Nachhinein herausstellt, dass die Personalausstattung nicht ausreichend gemäß der Mindestvorgaben vorhanden war, sollen die Krankenhäuser für die quantitativ überzähligen oder zu aufwändigen Patienten, die dennoch auf einer Station behandelt worden waren, keine Vergütung mehr erhalten.</p>	DKG: Dank und Kenntnisnahme

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		<p>Nur die Position der DKG ist hierzu vernünftig, die jahresdurchschnittlich auf Einrichtungsebene und differenziert nach Fachgebieten die Mindestvorgaben und deren Nachweise fordert.</p> <p>Begründung: Eine stationsbezogene und monatsdurchschnittliche Personalplanung auf erst retrospektiv feststellbarem Personalbedarf anhand einer täglich neuen Einstufung der Patienten zu den Psych-PV-Behandlungsbereichen ist mit einem sinnvollen und organisierten Betrieb eines psychiatrischen Akutkrankenhauses nicht vereinbar. Diese Forderung würde bedeuten, dass ein Krankenhaus über den gesamten patientennah arbeitenden Personalkörper und über alle Stationen hinweg täglich eine aktualisierte Personaleinsatzplanung auf Basis der täglichen Patientenzusammensetzung und deren Krankheitsverläufen machen müsste.</p> <p>In der Psychiatrie ist eine industrialisierte Ablauforganisation mit frei disponiblen Personal über das gesamte Krankenhaus hinweg und stationsübergreifend – wie dies vielleicht in operativen Fachgebieten zumindest im OP-Betrieb mit stark standardisierten und arbeitsteiligen Routinen möglicherweise effizient, sachgerecht und trotzdem qualitativ ist, im Sinne der Patienten mit psychischen Erkrankungen und deren spezifischen Bedarfen nicht anzustreben.</p>	
2.9	BAG Psychiatrie	<p>Überblick über die noch weiter konkretisierten Textstellen mit Forderungen der GKVS in dem PPP-Richtlinien-Entwurf die auf allen Ebenen zu zusätzlichem administrativem Aufwand führen, in besonderem Maße aber für die Kliniken:</p> <p><u>zu § 10 DKG, §§ 14 & 15 GKV-SV</u></p> <p>Der Standpunkt des GKV-SV sieht eine tägliche Psych-PV-Einstufung der Patienten vor mit konsekutiv erforderliche täglicher Berechnung der notwendigen Psych-PV-Ausstattung der Klinik pro Station, Monat, Jahr.</p>	<p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

2.10	BAG Psychiatrie	Als Folge, eines sich täglich ändern könne nden Personalbedarfs auf den einzelnen Stationen, entsteht ein hoher zusätzlicher Planungsaufwand und Unsicherheit bei den einzelnen Mitarbeitenden bzgl. der Personalallokation. Pro Station soll es einen Monatsnachweis geben. Aus der Summe der Monatsnachweise ergibt sich der Jahresnachweis , der standortbezogen an die Kassen zu übermitteln ist.	
2.11	BAG Psychiatrie	Für die Monatsnachweise sehen die Kassen eine umfangreiche Checkliste vor (Anlage 3 der Richtlinie). Für die elektronische Übermittlung der Checkliste soll der G-BA eine neue Spezifikation festlegen.	
2.12	BAG Psychiatrie	Der Jahresnachweis , und damit auch die Monatsnachweise, sind standortbezogen (wohl nach der Definition des Standortverzeichnisses) zu führen und bereits am 4 15.02. des Folgejahres an die Kostenträger zu übermitteln . Bisher können jedoch viele Kliniken den PsychPV-Jahresnachweis erst am Ende des Folgejahres verbindlich vom WiPrüfer gezeichnet liefern).	
2.13	BAG Psychiatrie	Im Rahmen einer neuen Strukturabfrage soll der G-BA die Erfüllung der Mindestanforderungen nach der PPP-RL überwachen .	
2.14	BAG Psychiatrie	<u>zu § 12 DKG, § 17 GKV-SV</u> <u>Abs. 3</u> Das Krankenhaus soll , bezogen auf jeden einzelnen Standort, ständig überwachen , ob im Monatsdurchschnitt der Umsetzungsgrad dieses Standorts 105% der Mindestvorgabe nicht unterschreitet . Ist dies der Fall, muss bis spätestens zum 15. des Folgemonats eine entsprechende Meldung an die Krankenkassen und die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde ergehen.	

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

<p>2.15</p>	<p>BAG Psychiatrie</p>	<p><u>zu § 11 GKV-SV, DKG keine Übernahme Genesungsbegleiter</u></p> <p>Kassen und Patientenvertreter fordern verbindlich den Einsatz von Genesungsbegleitern auf den Stationen. Dies verkompliziert die Personalsituation auf den Stationen zusätzlich (z.B. fehlende regionale Verfügbarkeit von Genesungsbegleitern).</p>	<p>PatV: Kenntnisnahme. Bei der Regelung in § 11 handelt es sich um eine Sollvorschrift. Der Umfang der Tätigkeiten ist in der Strukturabfrage und den Qualitätsberichten darzustellen</p>
<p>2.16</p>	<p>BAG Psychiatrie</p>	<p>Folgen der Nichteinhaltung der Mindestpersonalvorgaben:</p> <p>Das SGB V sieht verschiedene Maßnahmen vor, wenn die Qualitätsanforderungen von G-BA Richtlinien nicht eingehalten werden (zu finden in § 137 Abs. 1 SGB V). Dabei handelt es sich um ein gestuftes System von Folgen (Vergütungsabschläge, Wegfall des Vergütungsanspruchs, Information Dritter über die Verstöße, einrichtungsbezogene Veröffentlichung) nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit.</p>	<p>Folgen Nichteinhaltung:</p> <p>GKV-SV/PatV: Der GKV-SV setzt sich prinzipiell für ein gestuftes System bei der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach § 137 Abs. 1 SGB V ein.</p> <p>Allerdings handelt es sich hier um Mindestanforderungen. Nach der QFD-Richtlinie des G-BA wird bei der Nichterfüllung von Mindestanforderungen von dem gestuften System abgewichen. So heißt es in § 5 Abs. 2: „Werden Mindestanforderungen nach § 136 Abs.1 Satz 1 Nummer 2 SGB V nicht erfüllt, ist der Wegfall des Vergütungsanspruchs festzulegen.“</p> <p>In der Stellungnahme wird auf Übereinstimmungen mit den Stellungnahmen der DKG und der DGPPN verwiesen.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme</p>

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

2.17	BAG Psychiatrie	<p><u>zu § 12 DKG, § 17 GKV-SV Durchsetzungsmaßnahmen / Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</u></p> <p>Im Falle der Unterschreitung der Mindestvorgaben sehen die Kassen den Wegfall des Vergütungsanspruchs für die Patienten vor, bei denen eine Behandlung aufgrund einer zu geringen Personalausstattung gerade nicht mehr zulässig gewesen wäre. Das Ganze soll auf den monatlichen Umsetzungsgrad pro Station retrospektiv gerechnet werden, zusätzlich zum laufenden Monitoring Auftrag (105% Umsetzung, siehe oben). Liegt die monatliche Mindestbesetzung einer Station unter 100%, soll die Woche ermittelt werden, in der das Personal-IST unter dem Personal-SOLL liegt.</p>	
2.18	BAG Psychiatrie	<p>Sind an einem Tag 20 Patienten auf der betreffenden Station behandelt worden, aber im Nachhinein stellt sich heraus, dass nur eine Personalausstattung im IST vorhanden war, die nur die Behandlung von 19 Patienten erlaubt hätte, darf dieser eine Behandlungstag nicht als Berechnungstag gegenüber den Kassen abgerechnet werden. Unabhängig vom drohenden Wegfall der Vergütung, entsteht ein sehr hoher administrativer Aufwand genau den individuellen Patienten zu ermitteln, der gerade nicht mehr behandelt hätte werden dürfen. Dies kann im einen Fall ein Patient mit hohem, im anderen Fall ein Patient mit niedrigem DM sein. Dies führt zu weiteren Unsicherheiten bzgl. der Erlössituation von psychiatrischen Krankenhäusern.</p>	
2.19	BAG Psychiatrie	<p>Beispielrechnung der Auswirkungen einer tageweisen PP-Bedarfsberechnung:</p> <p>Für eine Gerontopsychiatrie-Station am kbo-Isar-Amper-Klinikum würde eine tageweise 5 Einstufung der Patienten folgendes „Soll“ nur auf die Berufsgruppe der Pflegekräfte bedeuten:</p> <p>Im Jahresdurchschnitt sind im Betrachtungszeitraum 35,8% in dem Psych-PV-Bereich G1 und 64,2% in G2 eingestuft worden. Bei einer Stichtagsbetrachtung ändert</p>	

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

		sich das Bild jedoch drastisch. Am Stichtag 1 ist das Verhältnis mit 29,41% (G1) und 70,59% (G2) noch ähnlich, an Stichtag 2 mit 54,55% (G1) und 45,45% (G2) jedoch grundlegend anderes. Dies würde deutliche Schwankungen im Personalbedarf von täglich bis zu ca. 2,66 VK allein in der Pflege für eine Station bedeuten. Diese 2,66 VK müssten nun nach Vorstellung der Kassen zusätzlich auf der Station eingesetzt werden, um die Mindestanforderungen an diesem Tag laut Bedarf der Patienten zu 100% zu erfüllen. Bei den Stichtagen im Beispiel handelt es sich um die Quartalsstichtage nach PsychPV, hier der 16.01.19 und der 17.04.19.	
2.20	BAG Psychiatrie	Weitere Berechnungen, in denen gezeigt werden kann, dass monats- und stationsbezogene Nachweispflichten der Patienten-Einstufungen nach Psych-PV und die jährlichen Einsatzplanungen für den Nachweis der Personalmindestvorgaben halte ich konkret nicht für zielführend – kann sie aber nachliefern, falsch gewünscht. Ich hoffe sehr, dass ich Ihnen vielleicht den ein oder anderen neuen Impuls zum Thema QS und Psychiatrie geben konnte – und vertraue auf Ihre Klugheit und Bewußtheit der Verantwortung bei diesen Entscheidungen.	

IV. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 18. Juli 2019 zur Anhörung eingeladen bzw. im Unterausschuss Qualitätssicherung angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	nein	nein

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Psychosomatik e.V. (AGPPS)	ja	ja
Deutsche Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege e.V. (DFPP)	ja	ja
Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	ja	ja
Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)	ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)	ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)	ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V. (DGVM)	ja	ja
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	ja	ja
Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	ja	ja

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	ja	ja
Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	ja	ja
Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)	ja	ja
Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	ja	ja
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)	nein	nein
Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE)	ja	ja
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	ja	ja
Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	ja	ja
Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK)	ja	ja

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 8. August 2019 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung
--------------	-------------------------------	-------------------------------------	-------------------------

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

Nr.			(Stand: 15. August 2019) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
2.	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
3.	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4.	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5.	Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e.V. (DGVM)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

6.	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
7.	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
8.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
9.	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
10.	Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

11.	Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
12.	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
13.	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
14.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
15.	Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

16.	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
17.	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatriische Pflege e.V. (DFPP)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
18.	Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BDK)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
19.	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
20.	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
21.	Arbeitsgemeinschaft	siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren As-

Anlage V der Tragenden Gründe

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 Erstfassung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

	Pädiatrische Psychosomatik (AGPPS)		pekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
--	------------------------------------	--	---



Mündliche Anhörung

gemäß § 91 Absatz 9 Satz 1 SGB V
des Gemeinsamen Bundesausschusses

**hier: Personalausstattung Psychiatrie und Psycho-
somatik-Richtlinie (PPP-RL)**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 8. August 2019
von 10:12 Uhr bis 14:27 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN):**

Herr Prof. Dr. Dr. ...

Angemeldete Teilnehmer für das **Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin e. V. (DKPM):**

Herr Prof. Dr. Dr. ...

Herr Prof. Dr. ...

Angemeldete Teilnehmerin für den **Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (BPE):**

Frau ...

Angemeldete Teilnehmerin für den **Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE):**

Frau ...

Angemeldete Teilnehmerin für die **Deutsche Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e. V. (DGVM):**

Frau Prof. Dr. ...

Angemeldete Teilnehmerin für den **Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. (BApK):**

Frau ...

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. (DGPM):**

Herr Dr. ...

Herr Prof. Dr. ...

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP):**

Frau Prof. Dr. ...

Herr Prof. Dr. ...

Angemeldete Teilnehmerinnen für die **Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e. V. (WFKT):**

Frau ...

Frau ...

Angemeldete Teilnehmerinnen für die **Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e. V. (DMtG):**

Frau ...

Frau ...

Angemeldete Teilnehmerin für den **Deutschen Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK):**

Frau ...

Angemeldete Teilnehmerin für die **Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung e. V. (DGSGB):**

Frau Dr. ...

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP):**

Herr Prof. Dr. Dr. ...

Frau ...

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (DGKJ):**

Herr Dr. ...

Angemeldeter Teilnehmer für die **Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK):**

Herr Dr. ...

Angemeldeter Teilnehmer für die **Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG-Sucht):**

Herr Prof. Dr. ...

Angemeldete Teilnehmer für die **Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V. (DFPP):**

Frau ...

Herr ...

Angemeldeter Teilnehmer für die **Bundesdirektorenkonferenz e. V. (BDK):**

Herr Prof. Dr. ...

Angemeldeter Teilnehmer für den **Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.:**

Herr ...

Angemeldete Teilnehmerin für die **Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di):**

Frau ...

Angemeldete Teilnehmerin für die **Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Psychosomatik e. V. (AGPPS):**

Frau Dr. ...

Beginn der Anhörung: 10:12 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Meine Damen und Herren, herzlich willkommen im Namen des gesamten Gemeinsamen Bundesausschusses, insbesondere im Namen des Unterausschusses Qualitätssicherung. Wir freuen uns sehr, dass Sie zur Anhörung gekommen sind. Es ist für uns wichtig, Ihre kompetente Stimme zu den Themen zu hören, die wir heute auf der Agenda haben. Die Anhörung, die wir heute durchführen, findet vor dem Hintergrund der Stellungnahmen statt, die Sie bereits abgegeben haben. Ihre Organisationen sind eingeladen worden, und Sie vertreten hier Ihre Organisationen. Ich danke Ihnen auch für die schriftlichen Stellungnahmen, die in der Regel sehr ausführlich waren.

Wir haben heute sehr viele Anzuhörende und möchten, dass jeder zu Wort kommt. Anschließend werden wir die Gelegenheit haben, Fragen zu stellen. Ich darf Ihnen zur Anhörung Folgendes sagen. Wir bitten jeden, dass er sich an die vorgegebene Redezeit von drei Minuten hält. Damit das für Sie leichter ist, haben wir für Sie ein Instrument entwickelt, das wir auf dem Monitor darstellen. Sie werden eine Sanduhr sehen, die genau drei Minuten anzeigt.

(Heiterkeit)

Ich denke, das ist eine Hilfe für Sie; denn Sie sehen nicht nur, wann Schluss ist, sondern Sie sehen auch, wie die Zeit verrinnt.

(Heiterkeit)

Ihre Stellungnahmen, die Sie schriftlich abgegeben haben, waren ausführlich und informativ. Wir möchten Sie bitten, Ihre Stellungnahme nicht noch einmal mündlich vorzutragen. Es geht vielmehr darum, dass Sie uns ergänzende, neue Informationen geben, die wir noch nicht in der Stellungnahme gelesen haben. Nur so ist es möglich, eine Redezeit von drei Minuten einzuhalten. Nach Ihren mündlichen Beiträgen werden wir den Mitgliedern des Unterausschusses Gelegenheit geben, eine Stunde lang Fragen zu stellen und zu diskutieren, um alles richtig zu verstehen. In einem ersten Schritt werden elf der anwesenden Organisationen ihre mündlichen Stellungnahmen abgeben, dann machen wir die erste Fragerunde und danach eine Mittagspause. Nach der Mittagspause wird die zweite Hälfte der Organisationen ihre mündlichen Stellungnahmen abgeben und dann entsprechend befragt.

Ich bitte Sie, ins Mikrofon zu sprechen und vor Ihrem Beitrag jeweils Ihren Namen und die entsendende Organisation zu nennen. Das ist wichtig für das Protokoll. Wir gehen in der Reihenfolge des Eingangs der Meldungen vor. Es geht also nicht nach dem Alphabet oder auch Wohlgefallen. Die Beschränkung der Redezeit bitte ich zu akzeptieren.

Nach der Anhörung wird das Protokoll im Internet veröffentlicht. Im Protokoll wird die Organisation genannt, die Sie vertreten und für die Sie sprechen. Bevor ich den ersten Stellungnehmer aufrufe, gebe ich Herrn ...(G-BA-Geschäftsstelle) das Wort, der etwas zu rechtlichen Aspekten sagen wird.

Herr ... (G-BA-Geschäftsstelle): Herzlich willkommen auch von meiner Seite! Nur zur Klarstellung: Indem Sie heute erschienen sind und mündlich Ihre Stellungnahme abgeben werden, erteilen Sie uns gegenüber faktisch die Einwilligung, dass wir Ihr Statement im Wortlaut anschließend als Teil unserer gesamten Unterlagen nach Beschluss des Plenums im Internet veröffentlichen. Das heißt, wir haben Ihnen einerseits die Verschwiegenheitsverpflichtung auferlegt, das heißt, Sie dürfen über das, was heute hier passiert, nicht nach außen berichten. Wenn wir mit den Beratungen fertig sind und die Richtlinie beschlossen haben, wird die Richtlinie im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt in Kraft. Parallel zu dieser Veröffentlichung im Bundesanzeiger veröffentlichen wir andererseits dann sowohl

Ihre schriftlichen Stellungnahmen als auch Ihre mündlichen Äußerungen heute hier auf unseren Internetseiten. Es muss Ihnen klar sein, dass Sie dazu heute hier die Einwilligung erteilen. Das Protokoll wird so abgefasst, dass Sie nicht als Person erscheinen, sondern lediglich Ihre Organisation genannt wird, zumindest bei dem mündlichen Teil, den wir heute durchführen. Dies nur zur Klarstellung, dass Ihnen das zugemutet werden kann. Wenn jemand damit nicht einverstanden ist, bitte ich um ein Handzeichen. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Nachdem wir die Präliminarien geklärt haben, beginnen wir mit der Anhörung. Ich rufe als Erstes die DGPPN auf, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V., vertreten durch Herrn Professor Herr Professor ...(DGPPN), ich bitte Sie um Ihr Statement.

Herr Prof. Dr. Dr. ... (DGPPN): Die DGPPN lehnt jetzt neu im Verbund mit einer breit abgestimmten Koalition von anderen Gruppierungen, die sich hier teilweise auch äußern werden, die Entwürfe beider Bänke grundsätzlich ab. Wir sehen nicht, dass der gesetzliche Auftrag einer Qualitätssicherung erfüllt worden ist, insbesondere nicht eine Ausrichtung an Leitlinien und auch nicht an den derzeit zum Beispiel durch das Bundesverfassungsgericht und UN-BRK vorgegebenen menschenrechtlichen Notwendigkeiten der Personalausstattung.

Wir fordern vier Punkte. Erstens. Wir fordern, dass ein Personalbemessungsinstrument in einem verbindlichen Zeitrahmen entwickelt wird, was die beiden Bänke nicht erfüllen. Die haben nur die Psych-PV in unterschiedlicher Weise zur Untergrenze erklärt, was in keiner Weise der Qualitätssicherung entgegenkommt. Zweitens. Die Psych-PV muss in dieser Zeit verlängert werden. Wir gehen davon aus, dass ein deutlicher Mehrbedarf ungefähr 120 Prozent gegenüber den bisherigen Psych-PV-Personalausstattungen besteht. Da geht es nicht um die Untergrenze, sondern um die Standards der Patientenversorgung. Ich möchte an diesem Punkt anmerken, dass auch die Finanzierung der Psychologen in Ausbildung ungeklärt ist und in diesem Rahmen eigentlich eine Rolle hätte spielen müssen und hätte geklärt werden müssen. Drittens. Wir brauchen eine Sicherstellung einer leitlinien-gerechten Versorgung und menschenrechtskonformen Behandlung. Das heißt, das muss personell entsprechend ausgestattet werden. Es ist völlig uneinsehbar, warum die Expertenanhörungen hier nicht geholfen haben sollten. Wir möchten ganz deutlich sagen: Wir erwarten, dass ein Personalbemessungsinstrument vorgegeben wird, leitlinienorientiert, das nach den bestehenden Regeln des PsychVVG, also mit prozentualem Abzug, kontrolliert und nachgewiesen wird. Viertens. Bezüglich der Pflichtversorgung ist es essenziell, dass Kliniken, die Personalvorgaben wegen Notaufnahmen über das Wochenende oder akut zeitweise unterschreiten, entweder eine Unterstützung erfahren oder einen monatlichen Mehrerlösausgleich mit den Kassen regelmäßig verhandeln; denn das Personal, das man für die Pflichtversorgung braucht, muss finanziert werden, ansonsten würden wir die regionale Pflichtversorgung zerstören, und dann wären 40 Jahre Psychiatriereform umsonst gewesen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Professor ...(DGPPN). Das war wirklich eine Punktlandung. Ihre Ausführungen waren sehr klar und deutlich. – Ich rufe als Vertreter des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin e. V. Herrn Professor ...(DKPM) auf.

Herr Prof. Dr. Dr. ... (DKPM): Frau Vorsitzende des Unterausschusses, meine Damen und Herren! Vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme. Ich möchte – das haben wir nicht geschrieben – eine historische Dimension ansprechen. Als wir vor 15 Jahren begonnen haben, zusammen mit der Fachgesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie noch innerhalb der Psych-PV Veränderungen zu erarbeiten, war – schon vor 15 Jahren – immer klar, dass die Psychosomatik-Psychotherapie eine ei-

genständige Säule innerhalb, damals haben wir gesagt: der Psych-PV bräuchte, die dann in sich die differenzierte Versorgung weiter abbildet. In diesen 15 Jahren gab es viele Entscheidungen über die fachlich eigenständige Arbeit für Patienten, die eine stationäre Hochdosispsychotherapie als psychosomatisch-psychotherapeutische Patienten brauchen. Als Stichworte, die wir in unserer Stellungnahme nicht ausgeführt haben, mag die Einführung zum Beispiel des Psych-OPS gelten, also der Komplexziffer Psychosomatik-Psychotherapie, die seinerzeit auf Befürwortung des BMG eingeführt worden ist. Wir haben uns mit dieser Psychosomatik-Psychotherapie-Komplexziffer verpflichtet, die entsprechende Therapiedosis, die wir den Patienten applizieren, tatsächlich nachzuweisen. Wir lassen sie auch durch den MDK überprüfen. Sie werden auch gerichtlich relevant und immer wieder überprüft. Das heißt, wir setzen uns ganz bewusst der Überprüfung aus, dass das bei den Patienten ankommt, was wir den Patienten versprechen, und dass das garantiert wird. Wir haben dieses Jahr sogar versucht, im DIMDI-Prozess im OPS 2020 die Therapieeinheiten für die Spezialtherapeuten wieder eingeführt zu bekommen. Dem ist leider bisher nicht gefolgt worden. Wir sind auch da bereit, das, was die Spezialtherapeuten leisten, tatsächlich zu dokumentieren.

Weitere Stichworte wären die eigenständige Weiterbildung im Fachgebiet psychosomatische Medizin, Psychotherapie auf der ärztlichen Seite. Es ist nicht umsonst so, dass für die psychologischen Psychotherapeuten die Ausbildung unterschieden wird zwischen einer Psychotherapieausbildung in der Psychiatrie und einer zweiten Einheit, der PT2, der Ausbildungszeit in der Psychosomatik-Psychotherapie. Es macht Sinn, dass hier von zwei sich ergänzenden Versorgungsbereichen ausgegangen wird.

Für unseren Versorgungsbereich haben wir vor etwa 25 Jahren, weil die Psych-PV für uns nicht hilfreich, nicht ausreichend war, die Personalanzahl entwickelt, damals unter meiner Federführung. Diese sind bis auf den heutigen Tag, auch wenn neue Kliniken eröffnet worden sind, immer wieder der Bezugspunkt gewesen. Sie sind nicht überall eingelöst, aber wir können durch unsere eigenen Studien, die in unserer Stellungnahme am Ende zitiert worden sind, sagen, dass mindestens bei 30 Prozent der Kliniken die heute schon Standard sind. Die anderen Kliniken brauchen eine Chance, da nachzuziehen.

Das differenzierte Therapieangebot, das wir in der Psychosomatik-Psychotherapie für die Patienten vorhalten, ist etwas, was in der neuen PPP-Richtlinie zukunftsfähig als Potenzial einer Weiterentwicklung des gesamten Systems – die P-Säule hat schon immer existiert – tatsächlich als eigenständige Konzeption realisiert werden sollte. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr Professor ...(DKPM), vielen Dank. Damit haben Sie die Zeit eingehalten und das Wesentliche gesagt. – Wir kommen zum Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V., vertreten durch Frau ...(BPE).

Frau ... (BPE): Ich danke, dass ich heute über die Situation der Betroffenen sprechen darf. Ich habe ein Zitat mitgebracht: Ich kann freilich nicht sagen, ob es besser werden wird, wenn es anders wird, aber so viel kann ich sagen: Es muss anders werden, wenn es gut werden soll. – Es müssen Entscheidungen getroffen werden. Natürlich sollen es die richtigen Entscheidungen sein, nämlich pro Betroffene und damit für Menschen in Krisen. Wir wissen, dass es Geld kostet, mehr Personal einzustellen. Das Geld wird aber für Menschen ausgegeben, die sowieso die Ärmsten der Nation sind, die in der Psychiatrie Gewalt, Zwang und Druck finden, wie kürzlich im Hamburger UKE. Sicherheitspersonal ohne Ausbildung, ohne die nötigen Skills, die eine Pflegekraft haben sollte, ist für uns ein völliges No-Go. Wir sind gegen Zwang und Gewalt. Mit mehr Personal und zusätzlicher Ausbildung und Fortbildung könnten sicherlich die meisten Situationen, die zu eskalieren drohen, verhindert werden.

Die Politik hat die Macht, die Verpflichtung und die Verantwortung, Menschen zu retten und nicht Kollateralschäden hinzunehmen. Personal ist in der Psychiatrie wichtig, weil es dort um Menschen geht, die in Krisen sind, die Zeit benötigen. Kontrolle ist besser als Sanktion. Ich denke, dass Sanktion nur die Umgehung der Gesetze sein kann. Kontrolle finde ich geschickter. Als ich mich mit Ihren Schriftstücken auseinandersetzte, stellte ich fest, dass Krankenhäuser bestraft werden. Glauben Sie mir, das habe ich dreimal gelesen. Wird dadurch die Motivation höher, zumal das Krankenhaus dann auch noch aufnahmepflichtig ist? Da gehen wir Zeiten entgegen, die wir, glaube ich, nicht wieder haben wollen.

Für uns muss sichergestellt werden, dass es eine Weiterentwicklung der Versorgung nach UN-BRK gibt, die angepasst und finanziert werden muss. Eine Sicherstellung der leitlinienorientierten Versorgung und menschenrechtskonformen Behandlung sollten Sie sich als Überschrift bei Ihren weiteren Beratungen ganz oben hinstellen. Wir handeln hier nicht um Ware, sondern um Menschen. Die Unzufriedenheit baden die aus, die am letzten in der Reihe stehen, und das sind die Betroffenen. Ich weiß, das ist nicht ganz sachlich. Das soll es auch nicht sein. Sachlich sind Ihre Sitzungen und die Stellungnahmen, die wir abgegeben haben, die wir und andere verfasst haben. Ich beschrieb Ihnen ein bisschen das Leid der Menschen, die Ihre Entscheidungen schlussendlich aushalten müssen.

Ich begann mit einem Zitat und ende auch mit einem Zitat: Für Wunder muss man beten, für Veränderungen aber arbeiten. – Ich sage, ich will dafür arbeiten und beten. Ich bin immer wieder begeistert, wie frühzeitig die Menschen aus dem 13. Jahrhundert unsere Probleme heute erkannt haben. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau ... (BPE). Ich darf Ihnen besonders für die menschliche Betrachtungsweise danken, die Sie in den Mittelpunkt gestellt haben. Es ist, glaube ich, sehr wichtig, dass wir uns immer wieder klarmachen, was Sie gerade ausgeführt haben, um welche Menschen mit welchen Problemen es hier geht. – Als Nächstes rufe ich den Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V. und hier Frau ... (DVE) auf.

Frau ... (DVE): Mit einem Satz: Ich schließe mich der Stellungnahme der DGPPN an. Damit erledigt sich vieles von dem, was ich sagen möchte. Ich möchte es um genau die Dinge ergänzen, die speziell die Ergotherapie betreffen. Dies geschieht durchaus im Konsens mit den Vertretern der künstlerischen Therapien. Es geht uns darum, dass im System der Richtlinie die Ergotherapie ihre Eigenständigkeit erhält oder wieder bekommt; denn Ergotherapie ist ein eigenständiger Beruf in Ausbildung, Inhalten, Konzeption, Therapie, Befundung, im gesamten Prozess und kann nicht mit anderen Berufsgruppen gemeinsam ausgebildet werden, das wird der Sache nicht gerecht. Eine Vermischung dieser Berufsgruppen würde bedeuten, dass die Unterschiede, die sie auszeichnen, ignoriert werden und Patienten damit relevante und auch notwendige Behandlungsmöglichkeiten vorenthalten werden.

Ergotherapie hat sich in den letzten 30 Jahren enorm entwickelt. Das sieht man, wenn man sich in Anlage 4 die Tätigkeitsbeschreibung anschaut. Davon ist fast nichts mehr real und zeitgemäß. Daran wird deutlich, dass Ergotherapie und künstlerische Therapien kaum noch eine Schnittmenge haben. Uns ist wichtig, dass dies entsprechend Berücksichtigung erfährt. An dieser Stelle zu Anlage 4 der Hinweis: Es fällt immer noch der Begriff „Beschäftigungstherapie“. Er ist seit 1999 rechtlich vorbei. Das bitte ich dringend zu korrigieren.

Ansonsten möchte ich über dieses Thema hinaus nur zwei Punkte erwähnen. Es geht mir einmal um §§ 8 bzw. 10 des Richtlinienentwurfs, wo das Thema der Leitungsstrukturen diskutiert wird. Der Therapiebereich braucht Leitungsstruktur analog der Pflege und dem Ärztlichen Dienst. Um den komple-

nen Prozessen in der Organisation und der Behandlungskoordination und bei den Behandlungskonzepten gerecht zu werden, ist das notwendig. Das kann nicht ärztlicherseits nebenbei erledigt werden oder über andere Berufsgruppen oder gar nicht passieren, was heute häufig Realität ist.

Der zweite Punkt, den ich betonen möchte, betrifft § 2 des Richtlinienentwurfs. Wir schlagen eine Ergänzung bezüglich der Gruppengrößen vor. Gruppengrößen müssten auch definiert werden, denn sie sind ein elementarer Bestandteil in Bezug auf Durchführbarkeit und Qualität der Behandlung. Wenn man auf den ambulanten Bereich in der Ergotherapie schaut, so sind dort Gruppengrößen mit drei bis sechs Personen definiert. Ich kann mir nicht vorstellen, dass im stationären Bereich, in dem es wesentlich schwerer betroffene Patienten gibt, eine deutliche Abweichung davon sinnvoll ist. – So weit das, was ich heute gerne ergänzen möchte. Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau ... (DVE). Das war punktgenau. Sehr schön, dass wir diese Informationen von den Ergotherapeuten bekommen haben. – Wir kommen zur Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation e. V., vertreten durch Frau Professor Dr. ... (DGVM).

Frau Prof. Dr. ... (DGVM): Wir schließen uns ebenfalls der gemeinsamen Kernposition an, die von Herrn Professor ... (DGPPN) vorgetragen wurde. Die DGVM hat sich vor allem den sehr ausführlichen Statements der DGPM und des DKPM angeschlossen. Die DGVM ist eine Gesellschaft, die Ihnen vielleicht nicht so bekannt ist, die gleichwertig aus Ärzten *und* Psychologen besteht. Wenn Sie so wollen, war sie lange Zeit die verhaltenstherapeutische Schwester des DKPM und der DGPM. Sie hat – darauf sind wir stolz – eine sehr hohe Integration sowohl der beiden großen Psychotherapieverfahren als auch der psychologischen Psychotherapeuten und der ärztlichen Psychotherapeuten in der komplexen psychosomatischen Versorgung mitbewirkt und miterreicht. Das ist der Grund, warum wir die Einführung einer P-Kategorie rückhaltlos unterstützen. Es ist schwer zu verstehen, warum man die komplexen psychosomatisch-psychotherapeutischen Leistungen jetzt in ein anderes Korsett zwingen möchte, eines, das noch dazu für alle anderen Psych-Fächer auch nicht mehr zeitgemäß ist. Wir haben große Sorge, dass dadurch das Weiterbestehen eines doch gut etablierten therapeutischen Bereichs – des zweitgrößten Versorgungsbereichs in der Psych-Medizin – erheblich geschädigt werden könnte.

Zuletzt – Herr Professor ... (DKPM) hat es angesprochen –: Die Eigenständigkeit wird auch durch den jetzt wieder bestätigten eigenen Facharzt mit eigenem Tätigkeitsprofil, durch das eigene Unterrichtsfach im Medizinstudium bestätigt. Der Tätigkeitsbereich eines Psychosomatikers ist ein anderer als der Tätigkeitsbereich anderer Psych-Fächer. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau Professor Dr. ... (DGVM). – Ich darf dann vom Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen Frau ... (BApK) um ihre Stellungnahme bitten.

Frau ... (BApK): Der BApK ist die älteste und größte Selbsthilfeorganisation im Bereich Psychiatrie und eine der wenigen ohne eigenwirtschaftliche Interessen. Wir schließen uns grundsätzlich der Stellungnahme der DGPPN in den angeführten vier Punkten an. Für uns sind zusätzlich wichtig Aspekte wie eine ausreichende oder besser als ausreichende personelle Ausstattung der Stationen; denn die Situation mit 100 Prozent Psych-PV, wie wir sie jetzt in den Kliniken erleben, ist weder zeitgemäß noch garantiert oder gewährleistet sie eine leitliniengerechte Behandlung. Wir brauchen gut ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf den Stationen, um die menschenwürdige Begleitung von Zwangsmaßnahmen nicht nur zu gewährleisten, sondern Zwangsmaßnahmen möglichst zu verhin-

dern. Das ist nur durch gut ausgebildete und zahlenmäßig ausreichend vorhandene Mitarbeiter zu gewährleisten. Wir brauchen Mitarbeiter, die die notfallmäßige Versorgung unserer kranken Familienmitglieder sicherstellen, auch abends und am Wochenende. Wir brauchen Mitarbeiter, die in der Lage sind, die Familien, die immer mitbetroffen sind, entsprechend zu beraten und zu begleiten, und das auch am Wochenende oder abends.

Wir brauchen gut ausgebildete Mitarbeiter nachts als Ansprechpartner. Wir würden begrüßen, wenn es auch eine Ausweitung für die G9-Behandlung gibt, um auch im gerontopsychiatrischen Bereich stationsäquivalente Leistungen anbieten zu können. Wir brauchen weniger Bürokratieaufwand. Wir brauchen eine Beziehungskontinuität, die gewährleistet, dass nicht Patienten von hier nach da verschoben werden. Wir brauchen vor allen Dingen, wie eben schon angeführt, kleinere Gruppen, kleinere Stationen, um einfach eine sichere Behandlung zu gewährleisten. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau ... (BAPK), vielen Dank für Ihre Stellungnahme aus Sicht der Angehörigen der Patienten. Ich glaube, viele Angehörige sehen manchmal noch mehr und erleben noch mehr als die Betroffenen selber. – Ich rufe die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e. V. auf, vertreten durch Herrn Professor ... (DGPM).

Herr Prof. Dr. ... (DGPM): Sehr geehrte Frau Vorsitzende des Unterausschusses! Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Möglichkeit, hier Stellung zu nehmen. Herr Professor (DGPPN) hatte am Anfang schon einige wesentliche Punkte genannt, die wir mittragen. Auch wir sehen in den Richtlinien eine erste Stufe im Rahmen einer Übergangslösung und halten eine verbindliche Weiterentwicklung der Richtlinie mit einem definierten Zeitplan für notwendig. Für die psychosomatische Medizin steht im Zentrum die Etablierung der P-Kategorie im Rahmen der Psych-PV-Weiterentwicklung. Die psychosomatische Medizin hat sich im Rahmen von Spezialisierungsprozessen entwickelt. Spezialisierungen sind im Bereich der Medizin durchaus etwas Häufiges zum Wohle der Patientenversorgung. Das ist bei psychisch Kranken nicht anders als bei somatisch Kranken. Mittlerweile gibt es 5.000 Fachärzte für psychosomatische Medizin, 11.000 Krankenhausbetten und 3.000 niedergelassene Kollegen in diesem zweitgrößten Psych-Fachgebiet. Und sie hat ein eigenes Arbeitsprofil entwickelt.

Mit dem OPS – Herr ... (DKPM) hat es eben angesprochen – gibt es einen klar definierten psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexcode, der sich in den letzten zehn Jahren etabliert hat. Diese Arbeitsweise ist auch durch die InEK-Zahlen beschrieben und nachweisbar. Um diese Behandlung aber durchzuführen, bedarf es eines spezifischen Personalmixes. Dieser ist in den vergangenen Jahren durch die Heuft'schen Personalanhaltszahlen festgelegt und definiert worden. Sie sind quasi schon eine Psych-PV-P-Kategorie, zumal sie anhand der Minutenwerte definiert werden. Sie dienen auch in der Vergangenheit schon als Anhaltszahlen für die Entwicklung zahlreicher stationärer psychosomatischer Einrichtungen. Die Analysen der InEK-Zahlen und davon unabhängig auch eine eigene Studie bzw. Studie des Deutschen Krankenhausinstituts bestätigen, dass diese Zahlen in den meisten Kliniken Realität sind.

Also: Die P-Kategorie überführt die aktuelle Realität der Personalbemessung in ein künftiges Vergütungssystem. Dafür sind die Kategorien A1 und A5 hinsichtlich des Personalmixes nicht geeignet, also qualitativ und quantitativ nicht. Würden diese in der Psychosomatik relevant, würde dies einen deutlichen Rückschritt in der Versorgung bedeuten. Um die Varianz der Kliniken und den Unterschied zwischen Personalanhaltszahlen und Mindestvorgaben zu berücksichtigen, könnte man bei der Formulierung von Personalmindestvorgaben einen Abschlag von 15 Prozent in Kauf nehmen. Aber angesichts der Herausforderung, die die psychischen und psychosomatischen Störungen für das Ge-

sundheitssystem schaffen, wäre es aus unserer Sicht fatal, diesen Behandlungsbereich durch eine inadäquate Abbildung im Rahmen einer Psych-PV zu gefährden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Herr Professor ... (DGPM). Auch Sie haben sich wunderbar an die Zeit gehalten. Das möchte ich ausdrücklich betonen. Dies ist für jemanden nicht so ganz leicht, der sonst in der Regel, sagen wir einmal, eine Dreiviertelstunde redet und hier in drei Minuten sein Statement abgeben soll. – Wir kommen zur Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V., vertreten durch Frau Professor ... (DGKJP).

Frau Prof. Dr. ... (DGKJP): Liebe Frau Vorsitzende des Unterausschusses! Sehr geehrte Damen und Herren! Sie hatten laut PsychVVG den Auftrag, die Bedürfnisse psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ganz besonders zu berücksichtigen. Das ist mit dem vorgelegten Entwurf aus unserer Sicht nicht gelungen. Insofern schließen wir uns der DGPPN an. Wir haben uns im Fach seit Einführung der Psych-PV ganz besonders verändert, und zwar wurde die Verweildauer auf ein Viertel des Ausgangswertes gesenkt, die Fallzahl verdreifacht, es fand ein Bettenabbau um 20 Prozent bis heute statt, und die Notaufnahmequote ist von damals 10 Prozent auf über 50 Prozent in den meisten Kliniken gestiegen. Das alles erfordert dringend eine Erhöhung der Minutenwerte, die nicht erfolgt ist. Wir haben schon kleine Stationen, wie gewünscht, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die sind üblich.

Wenn ich ganz nackt Ihren Vorschlag rechne, ohne Konjunktive, die im Vorschlag auch stehen, aber bei den Minutenwerten noch nicht erfüllt sind, dann bekommen wir für 10 Betten ungefähr 11 VK Pflege- und Erziehungsdienst – bleiben wir bei dieser Gruppe –, die Nachtwachen werden einbezogen, gewünscht 1,4 Nachtwachen, jede Nachtwache kostet 2,5 VK, macht minus 3,5 VK, resultieren 7,5 VK für den Erziehungsdienst, das macht 68 Prozent der Psych-PV. Sofern Sie das nicht noch erhöhen und in der Bundespflegesatzverordnung festschreiben, dass es verhandelbar ist, macht es wenig Sinn, die Nachtwachen in die Psych-PV-Minutenwerte hineinzuziehen, wenn das dabei herauskommt und wenn besonders kleine Stationen davon den Nachteil haben. Gleichzeitig plant eine Bank, den Sockelwert abzuschaffen und damit in unseren Augen den Fehlanreiz zu setzen, die kleinen Stationen zu behalten, wenn sogar die Größe der Station durch Personalvermehrung „belohnt“ wird. Das macht in unseren Augen gar keinen Sinn. Des Weiteren machen Sanktionsmechanismen keinen Sinn, weil wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mehr als dreimal so große Versorgungsgebiete haben wie in der Erwachsenenpsychiatrie. Wir können auf keine Klinik, die wir haben, verzichten; regional kann man vielleicht diskutieren. – Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau Professor ... (DGKJP), vielen Dank für Ihre Ausführungen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. – Wir kommen zur Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e. V., vertreten durch Frau ... (WFKT).

Frau ... (WFKT): Unsere Fachgesellschaft ist eine relativ junge Fachgesellschaft, die sich hier in Deutschland darum bemüht, einen zeitgemäßen Stand für Therapieformen wie Musik- und Kunsttherapie, Theatertherapie, Tanztherapie und andere zu entwickeln, sich um Forschung zu kümmern, aber auch Qualität in der Praxis zu fördern. Wir sehen wie die DGPPN noch viel Entwicklungsnotwendigkeit und würden uns wünschen, dass diese Richtlinie die Fachkompetenz der fachtherapeutischen Berufe in der Entwicklung mehr einbezieht, als das bisher der Fall war. Allein wenn man sich das Begriffswirrwarr in der Richtlinie ansieht – da kann ich mich nur Frau ... (DVE) anschließen –, wären wir sehr dankbar, wenn die Eigenständigkeit der verschiedenen Fachtherapien auch in der Struktur stärker berücksichtigt würde, also dass künstlerische Therapien separat von Ergotherapie geführt

werden. Wir haben einige Kollegen in Berufsgruppen wie zum Beispiel Sozialarbeit oder Bewegungstherapie, die hier gar nicht vertreten sind und etwas dazu sagen können. Auch da – ich kann wieder an Frau ... (DVE) anschließen – sehen wir die Notwendigkeit, dass der gesamte Bereich in Leitungsstrukturen in die Richtlinie eingefügt wird.

Ich weise aus Sicht der Wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien darauf hin, dass wir international die Situation haben, dass in England, den Niederlanden oder der Schweiz diese Berufe mit einer berufsrechtlichen Regelung verankert sind, die letztendlich Qualität an Standards messbar macht. Wir würden uns gerne mit engagieren, dass das in die neue Richtlinie einfließt. Wir weisen auf die Leitlinie Psychosoziale Therapien hin, in der die Eigenständigkeit der verschiedenen Fachtherapien gut herausgearbeitet worden ist, sodass man gut daran ansetzen kann.

Wenn man auf dieser Grundlage eine Richtlinie formuliert, kann man dafür sorgen, dass Patienten alle Zugangsmöglichkeiten, die diese Therapien bieten, zur Verfügung stehen und nicht immer nur eine durch Personalvorgaben, wo gar nicht zwischen den verschiedenen Therapien differenziert und in manchen Kliniken entweder nur das eine oder andere vorgehalten wird. Das halten wir nicht mehr für zeitgemäß. Die Psych-PV war ein Aufbruch, als sie erfunden wurde. Seitdem hat sich viel entwickelt. Wir wünschen uns, dass die neue Richtlinie einen Aufbruch zur Bewältigung der Aufgaben, die noch vor uns liegen, mit sich bringt, und arbeiten gerne daran mit.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau ... (WFKT), vielen Dank für Ihre Ausführungen. – Wir kommen zur Deutschen Musiktherapeutischen Gesellschaft e. V., vertreten durch Frau ... (DMtG).

Frau ... (DMtG): Sehr geehrte Damen und Herren! Im Austausch unter anderem mit dem DVE und der WFKT wurde eine gemeinsame Forderung nach Eigenständigkeit deutlich. Hierbei ist es die Unterschiedlichkeit der Berufsgruppen, die einen Unterschied ausmacht und die zu beachten und zu benennen ist. Neu hinzugekommen ist seit der Stellungnahme der HTA-Bericht zu Therapie und Krebs, auf den ich kurz eingehe. So steht in Kapitel 7, dass zu Musiktherapie für einige psychologische Endpunkte kurzzeitig Nutzen vorliegt, die die externen Sachverständigen als relevant beschreiben. Vor diesem Hintergrund kann die Frage gestellt werden, ob die Verortung der Musiktherapie in der Anlage 1 der Heilmittel-Richtlinie des G-BA, in der Maßnahmen aufgeführt sind, deren therapeutischen Nutzen nach Maßgabe der Verfahrensordnung des G-BA nicht nachgewiesen ist, noch angemessen ist. In Kapitel 6.1 heißt es:

Zur Patientensicherheit ... trägt wesentlich eine rechtliche Grundlage und Regelung des Berufs der Musiktherapeutinnen und des Musiktherapeuten bei. Diese liegt in Deutschland jedoch gegenwärtig nicht vor.

Was die Frage der gerechten Verteilung von Gesundheitsleistungen betrifft, so ist festzustellen, dass der Zugang zur Inanspruchnahme von Musiktherapie insofern begrenzt ist, als im ambulanten Setting in der Regel keine Kostenübernahme durch gesetzliche Krankenkassen erfolgt. Damit werden sozioökonomisch benachteiligte Personen potenziell von der Inanspruchnahme ausgeschlossen.

In Kapitel 7 heißt es:

Im niedergelassenen Bereich hingegen ist der Zugang für sozioökonomisch Benachteiligte begrenzt, da Krankenkassen nur fallweise die Kosten übernehmen.

Musiktherapie als eigene, weder dem ärztlichen noch dem pflegerischen Bereich angehörende Berufsgruppe fügt bei regulärem Ansatz im jeweiligen Setting im Gesundheitssystem gewissermaßen eine neue Profession hinzu, mit entsprechenden berufsrechtlichen, berufsethischen und organisatorischen Anforderungen, mit einem höheren Potenzial zu zwischenberuflichen Interaktionen und zum Austausch. Ebenso ist zu ergänzen, dass die Musiktherapie als eine von 17 Fächern vom Bundesmi-

nisterium für Bildung und Forschung in den „Kleine Fächer-Wochen“ mit Hintergrund gesellschaftlicher Kulturrelevanz zu fördern ist. Betrachten wir diese ergänzenden Perspektiven, so wird deutlich, dass eine berufsrechtliche Regelung in der Eigenständigkeit und der Spezialisierung gefordert ist und gefördert werden muss, um die qualitätsbezogene und leitliniengerechte Versorgung zu gewährleisten. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank für die Ausführungen zur Musiktherapie, Frau ... (DMtG). – Als letzten Stellungnehmer in dieser ersten Runde bitte ich Frau ... (ZVK) vom Deutschen Verband für Physiotherapie e. V. um ihre Stellungnahme.

Frau ... (ZVK): Wir sind als eigenständige Berufsgruppe formuliert und begrüßen das sehr. Ich möchte kurz auf die Minutenwerttabelle eingehen und darauf hinweisen, dass wir die Minuten, die dort formuliert sind, nicht befürworten, weil wir heute wissen, dass Ausdauer- und Bewegungssport für die Patientengruppen wichtige Determinanten sind. Wenn man im Schnitt 30 Minuten Therapie pro Woche auf die Tage herunterbricht, dann können wir nicht befürworten, dass ein Patient mit Depression oder Abhängigkeitserkrankung 5 Minuten Therapie am Tag bekommt. Weiter fällt auf, dass die Therapiedokumentation an keiner Stelle erfasst ist. Wir müssen heute unsere Therapien dokumentieren. Das finden wir in der Minutentabelle nicht. Bei der Gruppengröße würde ich mich Frau ... (DVE) vom Deutschen Verband der Ergotherapeuten anschließen. Abschließend der Hinweis, dass seit 1994 die „Krankengymnastik und Bewegungstherapie“ unter dem Begriff „Physiotherapie“ zusammengefasst ist. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Damit hätten wir auch das Statement des Deutschen Verbandes für Physiotherapie. – Wir haben dann elf Statements gehört. Diese Stelle ist für uns der Cut, zu sagen, wir machen eine Frage- und Diskussionsrunde. Die erste Statementrunde ist damit abgeschlossen. Ich eröffne die Frage- und Diskussionsrunde. Ich habe dabei eine Bitte an die Mitglieder des Unterausschusses. Es geht hier nicht um Koreferate, es geht wirklich um Fragen und Diskussion. Ich sage dies, damit wir uns darüber im Klaren sind und sich hier jeder diszipliniert. Wir haben jetzt eine Stunde bis 12 Uhr Zeit, um diese Diskussion in der ersten Runde zu führen. – Als Erster hat sich der GKV-SV gemeldet.

GKV-SV: Ich möchte jetzt nicht einen ganzen Bund von Fragen stellen, die mir auf der Zunge liegen. Ich will daher zuerst die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ansprechen. Ich möchte kurz ein Missverständnis hinsichtlich Punkt 9.13 aufklären. Sie gehen davon aus, dass die Minutenwerte für den Nachtdienst und die Wochenenden von den Minutenwerten abgezogen werden. Das ist nicht der Fall. Das ist ein Missverständnis. Die kämen perspektivisch additiv dazu. Nur um dieses klarzustellen. Ansonsten würde ich Sie bitten, zu Punkt 9.21 noch einmal Stellung zu nehmen. Sie schlagen Regelungen zur Pflichtversorgung vor. Ich möchte Sie bitten, uns Ihre Überlegungen zur regionalen Pflichtversorgung noch einmal mitzuteilen.

Herr Prof. Dr. ... (DGKJP): Zum Ersten danke für Ihre Klarstellung. Zum Zweiten. Die Pflichtversorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eigentlich dadurch geregelt, dass fast alle Kliniken, die in den Krankenhausbettenplänen aufgenommen sind, Pflichtversorgung leisten. Wir haben dreimal so große Versorgungsgebiete – das wurde schon gesagt –, weil es weniger Kinder als Erwachsene gibt und die Gott sei Dank auch nicht alle psychisch krank sind, sodass wir kleinere Einheiten haben, die dann zum Beispiel für drei Landkreise zuständig sind, und ähnliche Dinge. Diese Kliniken leisten im Normalfall alle bis auf wenige Ausnahmen regionale Pflichtversorgung. Das heißt, wenn wir hier letztendlich eine Verschiebung zum Beispiel durch Sanktionierungen oder Ähnliches hätten, weil Statio-

nen zugemacht werden, hätten wir eine Verschiebung zu noch größeren Entfernungen hin zur Behandlung, was der Regionalisierung der Psychiatrie, der Tendenz zur wohnortnahen Behandlung, der lebensumfeldnahen Behandlung gerade bei Kindern – der Kooperation mit der Schule – und allen diesen Punkten entgegensprechen würde. Pflichtversorgung heißt bei uns, zusammen mit Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen, PIAs, die 24-stündige Erreichbarkeit, Versorgung und Aufnahmefähigkeit. – Ich weiß nicht, ob Ihnen das genügt.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Die DKG.

DKG: Vielen Dank unsererseits an die Verbände und diejenigen, die ihre Stellungnahme heute mündlich abgeben.

Ich habe drei Fragen. Die erste Frage richtet sich an Herrn Professor ... von der DGPPN. Sie sprechen sich in Ihrer Stellungnahme sehr deutlich dafür aus, die Mindestvorgaben auf die Einrichtungsebene und auf das Jahr zu beziehen und nicht auf die Stationsebene und einen Monat. Da würde uns interessieren, was Ihre Gründe sind, den entsprechenden Vorschlag zu machen.

Die zweite Frage richtet sich an Frau Professor ... von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Ich knüpfe an das an, was Sie gesagt haben. Sie haben sich sehr dafür ausgesprochen, bei einer möglicherweise Unterschreitung der Mindestvorgaben nicht sofort auf Sanktionen und Versorgungsausschlüsse zu setzen, sondern auf das Thema Beratung und Unterstützung. Uns wäre wichtig, dass Sie noch einmal deutlich machen, wie Sie dies entsprechend begründen und welche Sorgen Sie haben.

Die dritte Frage geht an den Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, Frau ... (BApK). Sie hatten sich in Ihrer Stellungnahme und jetzt auch mündlich dafür ausgesprochen, dass die Minutenwerte erhöht werden sollten, um eine adäquate Versorgung im Hinblick auf eine leitlinien-gerechte und moderne Psychiatrie zu ermöglichen. – Vielen Dank.

Herr Prof. Dr. Dr. ... (DGPPN): Mit den Verbänden, die uns unterstützen, sind wir dafür, dass mit dem bisherigen Regularium fortgefahren wird. Das heißt, es gibt eine Personalvorgabe, und wenn die unterschritten wird, wird natürlich prozentual abgezogen. Was jetzt besonders diskutiert wird, ist die Frage einer Untergrenze, ab der eine Station oder ein Krankenhaus gar nicht mehr vergütet wird. Da haben wir gerade bei kleinen Krankenhausabteilungen das Problem, dass, wenn sie über das Wochenende oder über irgendeinen Notfalltag eine größere Zahl von Menschen aufnehmen müssen, weil sie regional zuständig sind, sich dann massiv die Belegung erhöht und sie dann entweder aus einem Pool von Personal kurzfristig zusteuern müssen – das heißt aber, dass man alle Stationen absenkt, um diesen Pool zu haben, und damit die Teams demontiert – oder sie das Geld eben nicht bekommen, das könnte aber dazu führen, dass einzelne Krankenhäuser dadurch pleitegehen. Oder drittens: Die Krankenhäuser verhandeln nicht jährlich, sondern alle paar Wochen mit den Kassen und sagen, wir haben gerade fünf Leute mehr auf Station aufgrund einer regionalen Pflichtversorgung, bei der wir aufnehmen müssen. Sie können nicht abweisen und sagen, es tut uns leid, unser Krankenhaus ist voll. Das ist nicht der Sinn der Pflichtversorgung. So war es in den alten Zeiten, als die Patienten 80, 100 Kilometer in eine zentrale Einrichtung geschafft worden sind, wo dann der Kontakt zu Angehörigen oder zum Bezirk fehlte.

Das heißt, es gibt verschiedene Lösungsmöglichkeiten für das Problem der Untergrenze. Am einfachsten wäre es, wenn man es wie bisher macht. Natürlich sollte Personal, das nicht da ist, nicht finanziert werden, aber kurzzeitige Krankheitsfälle oder kurzzeitige Aufnahmen aufgrund irgendwelcher Ereignisse, von Katastrophen bis Übergriffen, wenn wieder eine größere Zahl von Menschen mit

Fluchthintergrund ankommt, müssen finanzierbar und abfangbar sein, ohne dass das Krankenhaus daran pleitegeht.

Frau Prof. Dr. ... (DGKJP): Ich bin gefragt worden, warum wir lieber Beratung und Unterstützung als Sanktionen bei Unterschreitung der Mindestvorgaben brauchen. Das Erste ist: Bei unseren kleinen Stationen und unseren kleinen Einheiten ist eine prozentuale Verminderung des Personals durch wenige Personen schnell hergestellt. Das habe ich eben mit dem Rechenbeispiel versucht darzustellen. Wenn Sie da schon weiter waren, als wir den Text verstanden haben, umso besser. Es wird sehr schnell deutlich, wie wenige Personen eine 10-Betten-Einheit schnell unter die Prozentzahlen, die angelegt sind, bringen.

Dazu kommt, dass wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie inzwischen ein relativ hohes Gewaltpotential haben und viel Einzelbetreuung brauchen. Wir haben nicht nur Einzelbetreuung, sondern auch Kleinstgruppenbetreuung nach OPS, anders als die anderen Fächer. Diese Kleinstgruppenbetreuung braucht mehr Personal. Das hängt extrem davon ab, wer gerade mit welchem Betreuungsbedarf auf der Station ist. Wir müssen also flexibel sowieso schon zwischen den Stationen unser Personal ausgleichen. Wenn dann Krankheitsfälle – über Ausfallzahlen haben wir uns in unserem Statement ausgelassen – oder andere Ausfälle dazukommen, dann geht es relativ schnell unter die Grenze, obwohl man praktisch genug Personal hat. Dazu kommt, dass sehr wenig klar ist, was bei uns Pflichtversorgung ist, was geschlossene Unterbringung ist, welche rechtlichen Voraussetzungen da sind. Es ist anders als in der Erwachsenenpsychiatrie. Wir haben nur fakultativ offene Stationen. Das ist die moderne Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie sind fakultativ offen oder fakultativ geschlossen. Es können nicht alle nach Schema F bewertet werden. Jede Klinik hat andere regionale Voraussetzungen mit der ambulanten Versorgung, die sehr unterschiedlich ausgebaut ist. Deswegen: Beratung.

Frau ... (BAPK): Sie fragten nach der Erhöhung der Minutenwerte. Wir sehen im Rahmen der staatlichen Besuchskommission nach PsychKG bei uns alle pflichtversorgenden Kliniken und müssen immer wieder feststellen, dass auch in den Kliniken, die personell 100 Prozent nach Psych-PV erreichen, Angebote nicht vorgehalten werden können, weil die Mitarbeiter nicht vorhanden sind, die diese Angebote machen können. Das fängt an bei Angehörigen-, Familiengesprächen, geht über psychoedukative Angebote, die in den S3-Leitlinien überall ihren Nachhall finden. Das geht hin bis zum Angebot der offenen Station, einer offenen Psychiatrie, wie sie von uns allen gewünscht wird; sie ist nicht gewährleistet, wenn nicht ausreichend Mitarbeiter auf der Station sind. Es geht weiter bis zu Zwangsmaßnahmen, Übergriffen, die in der Regel stattfinden, wenn es gedrängt auf den Stationen sehr viele hocherreagte Patienten gibt und nicht ausreichend Mitarbeiter, die sich darum kümmern können und Gespräche, Entlastung und Deeskalation anbieten können. Deshalb ist eine Erhöhung der Mitarbeiterzahl oder der Minutenwerte zwingend erforderlich, um menschenwürdige Verhältnisse zu schaffen. Wie desolat zum Teil – ich sage bewusst: zum Teil – die Situation ist, haben wir kürzlich in der Wallraff-Reportage sehen können. Das sind Zustände, die wir für heutige Verhältnisse nicht mehr möchten. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Die Patientenvertretung.

PatV: Meine Frage richtet sich an Professor ... (DGPPN) und die DGPPN und damit indirekt auch an die Verbände, die die Richtlinie grundsätzlich ablehnen. Herr ... (DGPPN), gehen Sie damit nicht das Risiko einer Ersatzvornahme durch den Minister ein, und welchen Alternativvorschlag haben Sie innerhalb der Selbstverwaltung, dann ein anderes Verfahren zu etablieren, bei dem Ihre Interessen stärker und besser vertreten werden? Können Sie die vier Punkte, die Sie formuliert haben, auch po-

sitiv ausdrücken? Was wäre nach Ihrem Wunsch das Gute an einer Richtlinie, die die DGPPN mit uns unterschreiben könnte?

Herr Prof. Dr. Dr. ... (DGPPN): Was wir uns wünschen würden oder womit wir sehr glücklich wären, wäre erstens eine klare Vorgabe, dass wir qualitätsorientiert weiterdiskutieren. Es ist jetzt keine Veränderung in der Psych-PV vorgenommen worden, sondern die Psych-PV ist zu einer Untergrenze erklärt worden mit – wenigstens in dem einen Vorschlag – Abschlag. Was wir aber brauchen, ist eine Vorgabe, die sich an den derzeitigen Leitlinien und an den Menschenrechten orientiert. Was heißt das? Wir brauchen ungefähr zweimal eine Stunde mehr Psychotherapie durch die Bank bei den Patienten. Das fehlt massiv. Das steht in jeder Leitlinie Psychotherapie. Das hätte unseres Erachtens jetzt in den Vorschlägen stehen müssen. Zweitens. Wir brauchen für Deeskalation und entsprechende Aufklärung der Patienten anders als vor 30 Jahren wirklich mehr Zeit. Das ist ein begrenzter Zeitrahmen, aber der müsste enthalten sein.

Positiv gesprochen: Wir würden vom G-BA erwartet haben, dass man erstens sagt, wir machen weiter, denn die Diskussion ist jetzt nicht abgeschlossen, und zweitens sagt, für den Übergangsbereich erhöhen wir die Werte der Psych-PV substanziell – ich hatte 20 Prozent gesagt, da kann man sicher im Einzelnen hin- und herdiskutieren –; denn es braucht jetzt eine substanzielle Erhöhung. Mit diesen beiden Dingen wäre das in Ordnung. Dann muss man sehen, dass man diese Vorgaben tatsächlich budgetrelevant als Personalvorgaben formuliert, nicht nur sanktionsrelevant als Untergrenze. Wir haben natürlich die Sorge, dass, wenn die Untergrenze tief liegt, viele Kliniken darauf zusteuern und Personal so lange abbauen, bis man die Untergrenze reißt. Wenn sie hoch liegt und nicht gegenfinanziert ist, dann kommt es zum Kliniksterben. Beides kann nicht im Sinne der Psychiatriereform sein.

(PatV: Sie haben die Frage nach der Ersatzvornahme noch nicht beantwortet!)

– Wenn es tatsächlich dabei bleibt, dass eine Untergrenze propagiert wird, dann wäre unseres Erachtens die Politik gefordert, eine Ersatzvornahme – relevant für das PsychVVG oder eine Ergänzung – zu machen, um eine erhöhte Psych-PV als Budgetgrundlage festzuschreiben.

(PatV: Eine erhöhte, okay!)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Eine Wortmeldung der Patientenvertretung.

PatV: Ich hätte drei Fragen. Die erste Frage richtet sich an Professor ... von der DGPPN. Sie haben in der Stellungnahme sowohl eine Festlegung der Mindestvorgaben als auch eine Personaluntergrenze gefordert. Warum haben Sie das gemacht? Der Gesetzgeber hat grundsätzlich den G-BA beauftragt, die Mindestvorgaben festzulegen. Damit verbunden ist eine weitere Frage. Sie sind aber gegen die Schließung von Krankenhäusern bzw. Abteilungen bei Unterschreitung dieser sicherheitsbezogenen Untergrenze. Wie soll dann insbesondere in Notfällen die Sicherheit von untergebrachten Patienten gewährleistet werden, wenn sogar Sicherheitsgrenzen unterschritten sind?

Eine weitere Frage habe ich an Frau ... (BPE). Du hast für den Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener gesagt, Kontrolle ist besser als Sanktionen. Aber wenn Kontrolle keine Konsequenzen mit sich bringt, wie soll dann die Lage verbessert werden? Vielleicht könntest du dazu kurz etwas sagen.

An Frau ... vom BApK habe ich die Frage: Sie haben sich negativ über geschlossene Stationen als, so kann man sagen, überaltertes Konzept ausgelassen. Bedeutet das – Sie haben das schon angedeutet –, dass Sie grundsätzlich nur offene Stationen befürworten, und wenn ja, aus welchem Grund?

Herr Prof. Dr. Dr. ... (DGPPN): In unserer Stellungnahme sind wir tatsächlich davon ausgegangen, dass die Untergrenzen durch den G-BA hier jetzt nicht verhandelbar sind, und haben deswegen betont, dass wir Mindestvorgaben, die deutlich darüber liegen müssen, fordern. Wir haben uns letzte Woche mit verschiedenen Verbänden zusammengesetzt, die zum Teil hierauf Bezug genommen haben und die dann mehrheitlich gesagt haben, wir kommen mit der Untergrenzen thematik zwischen Baum und Borke nicht voran. Ich habe es schon angesprochen: Wenn die Untergrenze zu tief liegt, dann gehen die Kliniken beim Personal herunter, und wenn sie zu hoch liegt, dann haben wir nicht nur Schwierigkeiten mit den Kliniken, bei denen es mir, ehrlich gesagt, egal ist, ob die Profit machen wollen, sondern auch mit den Kliniken, die auf dem Lande eine Regionalversorgung machen. Natürlich gehen auch wir davon aus, dass die Mindestvorgaben so hoch sein müssen, dass ihre prozentuale Unterschreitung den Kliniken abgezogen wird. Es kann nicht sein, dass man das nicht prüft. Das ist mit dem jetzigen System deutlich besser geworden. Als letzter Prüfauftrag dazu den MDK einzuschalten, würde meines Erachtens sehr viel Rechtssicherheit schaffen.

Frau ... (BPE): „Kontrolle ist besser als Sanktionen“, wir sind eher der Meinung, dass Sanktionen dann wieder der Letzte aushalten muss, der an der untersten Stelle ist. Ich denke, Kontrollen auch über den MDK zu verschiedenen Zwecken auf Stationen sind sehr viel effektiver. Wenn das regelmäßig stattfindet, kann man vielleicht von Sanktionen absehen. Es ist aufwendig, bei solchen Kontrollen zu bestätigen, dass alles in Ordnung ist. Wenn Besuchskommissionen zum Beispiel feststellen, dass da etwas im Argen ist, egal was, dann kann man es zum Beispiel an den MDK weiterleiten, der einmal zusätzlich hingehet. Ich glaube, dieses System wäre geschickter, als jemandem etwas abzuziehen.

C'est la vie, ich würde dann eher versuchen, das zu umgehen. Wenn ich das in Gedanken haben kann, schaffen es andere, die weiter oben sitzen, vielleicht noch sehr viel besser als ich.

Frau ... (BApK): Wir sind der Meinung, dass geschlossene Stationen mittlerweile veraltete Konzeptionen mit sich bringen. Wir sind der Überzeugung – diese Überzeugung wird gestützt durch Untersuchungen, die Professor ... in der Charité schon vor ich weiß nicht wie viel Jahren durchgeführt hat –, dass eine geschlossene Station nicht hilft, Entweichungen oder Zwangsmaßnahmen zu verhindern. Es ist einfach ein physikalisches Gesetz: Wenn ich etwas abschließe, erhöhe ich den Druck, und ein erhöhter Druck trägt nicht dazu bei, ruhig und vernünftig miteinander zu arbeiten; ganz abgesehen davon, dass man bei einer geschlossenen Tür schlecht kommunizieren kann. Wir sind der Meinung, dass es dafür gut qualifizierte Mitarbeiter geben muss, die einfach zum Gespräch bereitstehen und die zu vermeiden helfen, dass es zu Druck und Übergriffen kommt. Wir glauben, dass das zu einer modernen Konzeption einer vernünftigen psychiatrischen Klinik heute einfach dazugehört.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Die Bundesärztekammer.

BÄK: Ich würde gerne eine Frage an die Betroffenen und Angehörigen stellen, also BPE und BApK. Die Bundesärztekammer geht im Rahmen dieser Richtlinie davon aus, dass das, was wir jetzt hier machen, die psychiatrische Versorgung für relativ lange Zeit beeinflussen und prägen wird, auch wenn nicht etwas im ersten Schritt passiert. Wenn es so bleibt, wie es bisher ist, wenn also die Minutenwerte und damit auch die Personalausstattung im Wesentlichen so bleiben, was bedeutet das aus Ihrer Sicht, der Sicht der Betroffenen und Angehörigen, konkret für die Zukunft? Was von dem, was heute zur Psychiatrie und Psychosomatik gehört, kann dann nicht umgesetzt werden? Mir ist bewusst, dass Sie einiges schon gesagt haben, insbesondere Frau ... (BApK). Aber ich würde es gern auf den Punkt bringen. Angeschlossene Frage: Was würde mit der Versorgung passieren, wenn eine

für eine Region zuständige Klinik im Extremfall einen Leistungsausschluss hätte, also Versorgung nicht mehr erbringen könnte? Wie würde das aus Ihrer Sicht aussehen?

Frau ... (BPE): Zur ersten Frage: Wenn alles so bleibt, wie es ist – das wäre schrecklich –, dann würde es nicht weitergehen. Um es ganz genau zu benennen: Wenn alles so bleibt, wie es ist, und es keine Bewegung zu mehr Personal gibt, dann wird es so aussehen, dass wir irgendwann Sicherheitspersonal auf den Stationen haben, die keinen Plan haben und wirklich nur sichern. Da ist der Auftrag zur Behandlung, einen Genesungsbeitrag zu leisten oder weiter zu befähigen, selbstbestimmt leben zu können, zunichte gemacht. Es funktioniert jetzt schon nicht. Es können keine Stationen aufgemacht werden, es können keine Zwangsmaßnahmen reduziert werden. Das ist so, wenn die Personalzahlen nicht erhöht werden. Die Gewalt – von höchstlicher Seite, der UN-BRK und Menschenrechten brauchen wir gar nicht zu reden – wird sich nicht reduzieren. Da wird sich nichts verändern. Die ganze Situation der Psychiatrie wird noch unbefriedigender werden, als sie jetzt schon ist. Das kostet etwas, sicher, aber wenn es etwas kostet, heißt das noch nicht, dass es gut ist. Es muss dann angepasst werden, es muss den Leistungen angepasst werden, die in anderen Gremien schon gefordert sind, zum Beispiel den Leitlinien oder jetzt mit den Sachen aus der DGPPN, die wir größtenteils mitunterschreiben.

Was ist, wenn es einen Klinikausschluss gibt? Das ist eine Katastrophe. Wenn Berlin zusperrt, dann muss plötzlich Bayern aufnehmen. Das kann doch nicht sein. Das wäre die schlimmste Vorstellung überhaupt. Wir sind für personenzentrierte Behandlung und Gemeindepsychiatrie, und alles soll am besten vor Ort sein, und Sie würden mit dem Klinikschließen Betroffene in eine Situation bringen, die aus dem letzten Jahrhundert ist! Mein Gott, was soll ich in Bayern, wenn in Berlin meine Freunde hocken? Ich würde komplett sozial isoliert und in einer Art und Weise beschnitten, die unsäglich ist. Also, Klinikschließen ist genauso ein No-Go wie Sicherheitspersonal einstellen. – Ich hoffe, das reicht.

Frau ... (BApK): Was wäre, wenn? Ich kenne psychiatrische Kliniken seit über 30 Jahren. Ich treffe heute auf den Stationen nicht mehr die Patientenzusammenstellung an wie vor 30 Jahren. Ich treffe auf den Stationen auch nicht mehr die Atmosphäre an wie vor 30 Jahren. Es haben sich Konzepte verändert. Es gibt ganz andere therapeutische Angebote für Patienten. Vor allen Dingen gibt es auch ganz andere Angebote für die betroffenen Familien. Sie gehen davon aus: Der Patient steht im Mittelpunkt. – Das ist klar. Damit steht er aber auch allen im Weg. Die betroffenen Familien, die das meiste mittragen, die die ganzen Jahre im Vorfeld miterleben, die einfach als Garant für verlässliche, dauerhafte Kontakte erhalten, werden überhaupt nicht berücksichtigt. Wenn ich in eine Klinik komme und Fragen oder auch Mitteilungen habe, brauche ich einen Ansprechpartner. Ich brauche einen Ansprechpartner für die betroffenen erkrankten Familienmitglieder, und ich brauche Angebote, die den heutigen S3-Leitlinien entsprechen. Die sehen eben komplett anders aus, als ich das vor 30 Jahren erlebt habe. Um diese Angebote gewährleisten zu können, brauchen wir auf den Stationen bedeutend mehr gut qualifizierte Mitarbeiter, sonst ist das nicht gewährleistet.

Wenn ich mir die Versorgung anschau, die heute in der Fläche schon zum Teil desolat ist – schauen Sie einmal in Regionen in Mecklenburg-Vorpommern oder in Brandenburg –, wo Patienten ich weiß nicht wie viele Kilometer zum nächsten Facharzt fahren oder die Kliniken nicht entsprechend gut ausgestattet sind: Wenn dort Engpässe entstehen, du lieber Gott, was soll dann mit den Leuten werden? Wer hilft dann? Das ist einfach unerträglich.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Die BPtK.

BPtK: Ich habe zwei Fragen. Die erste Frage richtet sich an Herrn ... von der DGPPN. Sie haben gerade noch einmal ausgeführt, dass Sie – die DGPPN und vielleicht auch die assoziierten anderen Bewegungen – der Richtlinie zustimmen könnten, wenn die Minutenwerte auch schon in einem ersten Schritt erhöht würden. Es gibt in dem Richtlinienentwurf einen Vorschlag von der Patientenvertretung, dem Deutschen Pflegerat und der Bundespsychotherapeutenkammer, bereits im ersten Schritt eine Erhöhung der Minutenwerte vorzusehen, auch unter Berücksichtigung der Fachgespräche. Vielleicht können Sie noch kurz ausführen – Sie sind in der Stellungnahme leider nicht auf diesen Vorschlag eingegangen –, was Sie von diesem Vorschlag halten?

Die zweite Frage richtet sich an die DGPM und die DGPPN. Sie haben beide in Ihren Stellungnahmen ausgeführt, dass Sie es für notwendig halten, dass die Richtlinie nur ein erster Schritt sein kann und es eine Stufe II geben muss, eine weiterentwickelte Richtlinie. Vielleicht können Sie noch kurz begründen, warum die Psych-PV und die Einstufung der Patienten nach Psych-PV nicht mehr zeitgemäß ist und warum es eines moderneren oder anderen Patientenklassifikationssystems bedarf, nach dem der Bedarf der Patienten bestimmt wird, und welche Rolle da Transparenz über die Leistungen, dass die tatsächlich beim Patienten ankommen, spielt und welche Rolle objektivierbare und nachvollziehbare Kriterien zur Bestimmung des Patientenbedarfs spielen.

Herr Prof. Dr. Dr. ... (DGPPN): Wir sind sehr für eine deutliche Anhebung der Psych-PV als Personalvorgabe. Ich glaube, das ist gut. Ich hatte die anderen Punkte angesprochen, die damit durchaus vereinbar sind. Das eine ist das Kümern um die Psychologen in Ausbildung jetzt, was ein Teil dieser Anhebung sein kann. Das Zweite ist, dass das ein Übergangsbereich ist, weil eine lineare Anhebung oder eine Form der Anhebung nicht der Leitliniendiskussion gerecht wird, die man in einer neuen Entgeltverpflichtung machen müsste. Das ganz Entscheidende ist, dass das dann auch wirklich umsetzbar ist. Dann kann man mit einer Anhebung sehr gut leben.

Herr Dr. ... (DGPM): Für die psychosomatische Medizin stellt sich die Anpassung der Psych-PV in besonderer Weise, denn die psychosomatische Medizin ist bisher in der Psych-PV aus guten Gründen nicht enthalten gewesen. Stattdessen hat die psychosomatische Medizin aber ein eigenes System von Personalanzahlzahlen geschaffen, die bereits erwähnten Personalanzahlzahlen von Heuft et al., die sich im Übrigen an der Logik und an der Struktur der Psych-PV durchaus orientieren, aber die besonderen Leistungserfordernisse auf dem Gebiet psychosomatische Medizin und Psychotherapie angemessener beschreiben. Insofern gäbe es durchaus eine Möglichkeit, sich mit der bereits erwähnten eigenen P-Kategorie in das System Psych-PV zu integrieren. Aber die braucht es eben, um die Entwicklung, die die psychosomatische Medizin in den letzten 30 Jahren genommen hat, auch nachzuzeichnen und nicht entwicklungsbezogen einen Rückschritt zu vollziehen, der entstehen würde, wenn man sich in die Kategorien, so wie vorgeschlagen, A1 oder A5 hineinbegeben müsste. Gerade im Bereich der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie hat die psychosomatische Medizin sehr viel entwickelt. Diese Entwicklung bildet sich in den Kategorien A1 und A5 unserer Auffassung nach überhaupt nicht ab. Das ist jetzt nicht nur eine subjektive Meinung von uns, sondern das lässt sich durch die InEK-Zahlen belegen, die deutlich machen, in welchem Umfang, in welcher Komplexität, in welcher Intensität psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlungen in der psychosomatischen Medizin stattfinden, in einem Umfang, wie sie mit A1 oder mit A5 gar nicht leistbar wäre.

Kurzum: Wir haben eigentlich schon die geforderte P-Kategorie für die Psych-PV durch die Personalanzahlzahlen von Heuft und könnten diese Personalanzahlzahlen gut in die Weiterentwicklung eines Entgeltsystems oder eines Personalbemessungssystems einbringen.

Wofür die psychosomatische Medizin schon seit Langem steht, ist die Leistungstransparenz. Da ist die Weiterentwicklung der Psych-PV aus unserer Sicht dringend geboten. Es geht nicht nur darum, festzustellen, welche Ressourcen eine Klinik oder eine Abteilung braucht, um eine leitliniengerechte Behandlung durchzuführen, sondern es muss auch darum gehen, welche Leistungen am Ende bei den Patienten ankommen. Das ist der Anspruch, der in der somatischen Medizin wie auch in der Psych-Medizin ein ganz wesentlicher ist. Es geht nicht darum, irgendwie Personal zu definieren, sondern es geht um Leistungen, Leistungen, die der Versorgung von kranken Menschen zugutekommen müssen. Dafür brauchen wir Leistungstransparenz. Dafür hat sich die DGPM schon seit vielen Jahren, im Grunde seit Beginn der Entgeltsystemdiskussion, eingesetzt, auch über das Instrument der Therapieeinheiten. Dies halten wir für ein ganz wesentliches Instrument im Bereich der psychosomatischen Medizin. Das ist leider in den zurückliegenden Jahren etwas eingeschränkt worden. Der Aspekt der transparenten Leistungsdokumentation ist heute also etwas geringer, als er schon einmal war. Von daher würden wir uns wünschen, dass mit der Weiterentwicklung der Richtlinie diese Instrumente wieder zur Verfügung gestellt werden würden. Denn wir wollen nicht einfach mehr Personal, wir wollen bessere Leistungen für die erkrankten Menschen. Da sehen wir im augenblicklichen Richtlinienentwurf noch Probleme.

BPtK: Herr ... (DGPPN), die Frage ging auch an Sie, warum eine Weiterentwicklung der Psych-PV notwendig ist, wenn das in der Richtlinie ein erster Schritt wäre, warum wir zukünftig ein modernes Personalbemessungsinstrument brauchen.

Herr Prof. Dr. Dr. ... (DGPPN): Ich kann es aus den Anhörungen sagen, an denen ich teilgenommen habe; ich war in zweien. Es ging zum einen um die Alkoholbehandlung und zum anderen die Zwangsvermeidung. Es gibt schon inhaltliche Schritte, die mit einer linearen Erhöhung der Psych-PV nicht abbildbar sind. Das eine ist tatsächlich der große Psychotherapiebedarf. Ich habe es schon angesprochen, die Psych-PV ist vor 30 Jahren geschrieben worden. Da gibt es relativ wenige Minuten beispielsweise bei schwererkrankten Patienten mit Demenz oder schweren Psychosen, weil man damals davon ausging, dass man erst einmal medikamentös behandelt und dann spricht. Das hat sich grundsätzlich geändert. Wir gehen davon aus, dass Gespräche von mehreren Berufsgruppen entscheidend sind, natürlich Ärzte und Psychologen, aber auch die Pflege- und andere Berufsgruppen. Man muss da gezielt nachsteuern, um einzelne besonders empfindliche oder gefährdete Patienten, bei denen es auch um die Vermeidung von Zwangsmaßnahmen geht, wirklich mit einer angemessenen Aufmerksamkeit und Zeit behandeln zu können. Gerade solche Sachen wie Deeskalation sind in erheblichem Umfang neu dazugekommen. Die sind immer schon wichtig gewesen, aber jetzt sind sie durch das Verfassungsgericht und die UN-BRK vorgegeben. Das heißt, sie müssen flächendeckend umgesetzt werden. Auch das braucht mehr Zeit, als bisher in den alten Vorgaben vorgesehen war.

Ein letzter Punkt: die EX-INer. Ich sage es jetzt für die Betroffenen. Es ist diese unglaublich wichtige Gruppe von Erfahrenen, die hineingehen, ihre Erfahrung teilen und zum Verständnis beidseits, der Machtstrukturen und des Umgangs, beitragen können. Die fehlen in der alten Psych-PV komplett.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Der DPR.

DPR: Ich habe eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, und zwar zur Personalausstattung im Nachtdienst. Sie haben insgesamt gesagt, dass die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen Ihrer gemeinsamen Ansicht nach nicht ausreichend Berücksichtigung gefunden haben. Sie haben schon beschrieben, dass es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie heutzutage üblich ist, dass man die Tagschicht bis 22 Uhr ausweist. Können Sie dazu noch etwas sagen? Wie sehen Sie eine bedarfsgerechte Personalbesetzung in der Nacht für Kinder und Jugendliche?

Frau Prof. Dr. ... (DGKJP): Kinder und vor allen Dingen Jugendliche schlafen erst einmal um 22 Uhr. Wenn man die Stationsbesetzung ab 20 Uhr auf eine Person reduziert, dann gibt es sehr oft relativ viel Bewegung; ich sage das ganz vorsichtig. Es ist also angeraten, gerade Jugendliche, die depressiv sind, diejenigen, die dissoziieren, nichts mit sich anzufangen wissen, oder auch sozialgestörte Jugendliche sinnvoll zu beschäftigen und in die Nacht zu begleiten, und das muss bis abends um 22 Uhr stattfinden. Wir haben auch gesagt, dass viele Kliniken hingehen und nicht nur 1,x Nachtwachen auf einer Station haben, sondern auch eine pflegerische Bereitschaft nachts wegen der Notaufnahmen haben. Auch das ist sehr sinnvoll. – Der letzte Teil Ihrer Frage ist damit schon beantwortet?

DPR: Die Frage war die bedarfsgerechte Nachtbesetzung auf kinderpsychiatrischen Stationen.

Frau Prof. Dr. ... (DGKJP): Es reicht nicht, wenn einer pro Gruppe anwesend ist. Sobald eine Notaufnahme kommt, sobald ein Kind einnässt, braucht es mehr als eine Person pro Station. Deswegen eine Bereitschaft, die mindestens 1,4 beträgt. Das, was Sie vorgeschlagen haben, ist für Kinder zu wenig.

Herr Prof. Dr. ... (DGKJP): Als Ergänzung: Hier muss man die Vorgaben des Gesetzgebers bzw. der Gerichte sehen. Auch wenn zum Beispiel eine Eins-zu-eins-Betreuung notwendig ist, ist es mit 1,0 oder 1,3 Stellen nicht machbar.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Die nächste Frage kommt von der DKG.

DKG: Ich habe zwei Fragen. Die erste geht an Frau ... (WFKT). Sie haben in der Stellungnahme der WFKT und auch in der Stellungnahme der DMtG die Anrechenbarkeit weiterer nicht in der PPP-Richtlinie aufgeführter Berufsgruppen angesprochen. Ich würde mich freuen, wenn Sie die Wichtigkeit der Möglichkeit der Anrechenbarkeit weiterer Berufsgruppen erläutern könnten.

Die zweite Frage geht an Herrn Professor ... von der DGPM. In der Stellungnahme der DGPM sind Sie auf die Aufwände bezüglich Monitoring, Controlling und Dokumentation im Zusammenhang mit der Einhaltung der Mindestvorgaben eingegangen, gerade im Hinblick darauf, dass die Psych-PV für die Psychosomatik bisher keine Gültigkeit hatte. Ich würde mich freuen, wenn Sie ausführlicher darauf eingehen könnten, wie sich diese Aufwände Ihrer Einschätzung nach in der Praxis auswirken werden.

Frau ... (WFKT): Einfach einmal zurück auf das, was im Augenblick gilt. In der Personalverordnung für die Psychiatrie ist unter der Überschrift „Ergotherapie“ in den Regelaufgaben zum Beispiel Musiktherapie als eine Aufgabe der Ergotherapeuten benannt. Das war unter Umständen zum damaligen Zeitpunkt auch nicht so verkehrt, denn es gab noch gar nicht flächendeckend genug Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten oder andere künstlerische Therapeuten. Insofern ist es aus der Geschichte heraus verständlich, dass es so ist, wie es im Moment ist. Aber die Situation hat sich wirklich deutlich verändert. Künstlerische Therapeuten werden auf Hochschulebene seit inzwischen 40 Jahren ausgebildet. Wir feiern demnächst gerade in Heidelberg den Start in Deutschland mit einer akademischen Ausbildung für Musiktherapie. Das heißt, inzwischen haben wir flächendeckend hinreichend qualifiziert ausgebildete Personen, die solche Berufe ausüben und die eine Ausbildung durchlaufen, in der sie lernen, künstlerische Medien und Prozesse zielgerichtet zur Behandlung von Erkrankungen einzusetzen. Das ist einfach ein sehr spezieller Zugang. Die Qualitätssicherung ist, glaube ich, gar nicht möglich, wenn es in einen Pott mit dem geworfen wird, was Ergotherapeuten machen, die eh schon ein weites Feld abdecken; zu der Aufgabenteilung müsste vielleicht Frau ... (DVE) noch etwas sagen. Sie haben jedenfalls einen alltagsbezogenen Zugang zu Patienten. Insofern sind tatsächlich andere

Wirkmechanismen und andere Wirkungen von solchen unterschiedlichen Therapien zu erwarten. Nur wenn es in zwei separaten Spalten in der Personalzuordnung geführt wird und für alle Patienten überall die unterschiedlichen Zugänge möglich sind, können überall beide Berufsgruppen überhaupt vorgehalten werden. Die Ausstattung mit den unterschiedlich ausgebildeten Therapeuten und die Kontrolle des Einsatzes wären konsequent nur machbar, wenn es in der neuen Richtlinie als extra Berufsgruppe eingeführt würde. – War das das, was Sie fragten?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ist Ihre Frage beantwortet?

DKG: Dürfen wir nachhaken? – Uns ging es insbesondere darum, die Anrechenbarkeit anderer Berufsgruppen zu ermöglichen, unabhängig von den zwei Kategorien und der Trennung der Kategorien, die Sie jetzt vorschlagen. Uns alle treibt natürlich die Frage um, welche Berufsgruppen das denn sind und wo wir ein Delta an Unwissenheit haben, was noch an Berufsgruppen aufschlagen könnte, oder es mit der Begrifflichkeit „künstlerische Therapeuten“ dann tatsächlich getan ist, unabhängig von den zwei Kategorien, die Sie jetzt fordern.

Frau ... (WFKT): Das ist schwierig, weil ich dann für Berufsgruppen spreche, die ich selber nicht direkt vertrete. Die Psychiatrie und die Psychosomatik entwickeln sich weiter, und wir werden immer neue Berufsgruppen haben. Wir sehen jetzt schon, dass Ernährung eine zunehmend wichtige Rolle spielt oder dass in der Kinder- und Jugendpsychiatrie teilweise Heilpädagogen ganz intensiv einbezogen sind. Ich glaube, dass da immer wieder nachgesteuert werden muss, weil die Vermischung der unterschiedlichen Ansätze dazu führt, dass es Kliniken gibt, die etwas vorhalten, was in anderen Kliniken aber nicht vorgehalten wird, und damit ein bestimmter Zugang, der für manche Patienten für Therapiefortschritte wichtig sein kann, in bestimmten Kliniken überhaupt nicht vorgehalten ist und dem Patienten damit nicht zur Verfügung steht. Ich würde jetzt ungern für alle möglichen anderen Berufsgruppen, von denen ich eigentlich nicht genug verstehe, sprechen. Aber es muss ein systematischer Veränderungsprozess möglich sein, in dem dann immer wieder entsprechende Berufsgruppen aufgenommen werden.

Herr Dr. ... (DGPM): Ich hoffe, Sie sind einverstanden, wenn ich die Frage beantworte. Wir haben uns gerade untereinander darauf geeinigt. – Das Thema sind die Nachweispflichten und die daraus resultierenden Aufwände. Das ist in der Tat ein Konfliktthema. Die Personalrichtlinie ist nicht arm an inneren Konflikten. Wir haben heute schon ein paar gehört. Das Thema Untergrenze vs. Personalmindestzahl vs. Personalanzahl ist, glaube ich, ein noch zu lösendes Konfliktthema. Mit dem Nachweisaufwand ist es etwas Ähnliches. Natürlich brauchen wir einen Nachweisaufwand, wenn wir Qualität in dem Bereich der Psych-Medizin verändern wollen, aber der Aufwand sollte überschaubar und mit Augenmaß geschehen, um nicht zusätzliche Personalkapazitäten nur für die Erfüllung der Nachweispflichten aufwenden zu müssen, also das System teurer zu machen an Stellen, wo es dem Patienten unmittelbar nicht mehr zugutekommt. Deswegen ist es an dieser Stelle wichtig, zu schauen: Kann man die vorhandenen Daten, die es schon gibt, beispielsweise über die Personalanwesenheitszeiterfassung oder die Leistungsdokumentation, von der wir sagen, sie sollte durchaus sehr differenziert sein, nutzen, um der Nachweispflicht zu genügen? Das ist der eine Punkt.

Der andere ist: Wie kleinteilig mache ich die Nachweispflicht in Bezug auf Stationsgrößen oder auf Zeitintervalle, also erfasse ich monatlich, halbjährlich, jährlich? Das ist sicherlich ein ganz wichtiger Punkt. Es geht auch darum – das beinhaltet die Frage jetzt nicht, aber ich sage es noch einmal –: Wie gehe ich mit den Sanktionsmechanismen um? Denn – es wurde mehrfach gesagt – die Sanktionsmechanismen haben Einfluss auf die Versorgungsstruktur im Bereich der Psych-Medizin. Das ist in der Psychiatrie wie in der Psychosomatik das gleiche Problem. Wir haben in den letzten Jahren politisch

gewollt eine Verbesserung der regionalen Versorgung erreicht. Das bedeutet, wir haben kleinere Behandlungseinheiten gefördert und unterstützt, und die sind von Sanktionsmechanismen, die sehr scharf und kleinteilig sind, im Unterschied zu den größeren Einheiten in besonderer Weise betroffen. Das hat natürlich Auswirkungen. Wenn man das weiterdenkt, hieße das, mit der Personalrichtlinie kommt man irgendwann zu überregionaler Versorgung, zu wohnortferner Versorgung, zu nicht mehr regionaler Versorgung – will man das in einem Gesundheitssystem? Von daher ist in der Personalrichtlinie sehr viel politischer und gesundheitspolitischer Sprengstoff, den man durchaus mitbedenken sollte. Unser Anliegen wäre, dass der G-BA das sorgfältig mitkalkuliert.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Der GKV-SV.

GKV-SV: Wir können sicherlich nicht alles auf einmal regeln. Darum haben wir eine zweijährige Weiterentwicklungszeit eingeplant. Alle zwei Jahre soll es weitergehen. Das möchte ich Ihnen mindestens zu bedenken geben.

Eine Frage richtet sich an die Ergotherapeuten, die im Rahmen der zweijährigen Weiterentwicklungsphase ausdrücklich die Regelung begrüßt haben, dass in zwei Jahren die Qualifikation und fachliche Anforderung an das Personal festzulegen ist. Ich bitte Sie, zu begründen, warum Sie das für so wichtig erachten.

Ich habe eine zweite Frage. Die Ergotherapeuten, künstlerischen Therapeuten und Musiktherapeuten schlagen im Prinzip vor, dass wir eine neue Berufsgruppe aufmachen, neben den Ergotherapeuten jetzt noch die künstlerischen Therapeuten. Wir hatten uns als AG überlegt, die Ergotherapeuten und künstlerischen Therapeuten in einer Gruppe zusammenzufassen. Sie schlagen darüber hinaus vor, dass sowohl die Ergotherapie als auch die künstlerische Therapie als Behandlungsmittel in sämtlichen Behandlungsbereichen in den Eingruppierungsempfehlungen aufgeführt werden, zum Beispiel in A6 oder S2 oder KJP, also über alle hinweg. Wir haben uns als G-BA schwergetan, zu sagen, jetzt funken wir in die Behandlungskonzepte der Einrichtungen hinein. Ich wollte explizit diese Gelegenheit nutzen, weil Sie nicht auf den Fachgesprächen waren, Frau ... für die DGKJP, Professor ... für die DG-Sucht, Professor ... für die DGGPP und Professor ... für die DKPM zu fragen, was sie davon halten. Ich bitte um ganz kurze Antworten. Es ist wichtig, um jetzt die Richtlinie schreiben zu können.

Eine Frage habe ich noch an die DGPPN. Die DGPPN hat das Konzept von Mindestvorgaben und Personaluntergrenzen. Unter einer Personaluntergrenze, so heißt es bei Ihnen, ist die Sicherheit der Patienten nicht mehr gewährleistet. Folge der Unterschreitungen sind dann aber unterstützende Maßnahmen für das Krankenhaus. Ich möchte Sie fragen, ob das wirklich die Folgen sind, die Sie sich vorstellen, wenn die Patientensicherheit nicht mehr gewährleistet werden kann, und wer in diesem Fall den Patienten schützt.

Meine letzte Frage richtet sich auch an die DGPPN. Können Sie noch etwas zu Stationsgrößen und Genesungsbegleitern sagen?

Frau ... (DVE): Es ging um die Trennung der Ergotherapie und der künstlerischen Therapie. Ergotherapie und künstlerische Therapien haben kaum noch eine Schnittmenge. Das mag vor 30 Jahren anders gewesen sein. Heute ist Ergotherapie handlungsorientiert, alltagsorientiert. Künstlerische oder kreative Aspekte sind lediglich *ein* Modul von Zugangsmöglichkeiten, aber überhaupt nicht der Schwerpunkt der Ergotherapie. Da hat sich dermaßen viel getan, dass das ein gemeinsames Miteinander in einer Kategorie nicht mehr rechtfertigt und inhaltlich begründet. Von daher ist es dringend notwendig, das voneinander zu trennen. Damit komme ich auf das Thema der Anrechenbarkeit. Sicher ist eine gewisse Anrechenbarkeit möglich, aber es ist nur ein kleiner Prozentsatz, bei dem das

funktioniert, wo es – das Miteinander gibt es sowieso – ein Ersatz sein kann, aber es ist ein komplett anderer Zugang, eine komplett andere Herangehensweise.

GKV-SV: Das hatten Sie schon erklärt. Sie hatten betont, dass in zwei Jahren Qualifikation und fachliche Anforderungen an das gesamte Personal nachzuziehen sind. Meine Frage war, ob Sie dazu noch etwas sagen können.

Frau ... (DVE): Das haben wir betont? Die Ergotherapie?

GKV-SV: Ergotherapie. Das steht in Ihrer Stellungnahme. Aber es würde zu dem passen, was Sie sagen.

Frau ... (DVE): Das irritiert mich, ehrlich gesagt, jetzt sehr. Denn aus ergotherapeutischer Sicht gibt es eine klare Definition, was der berufliche Hintergrund ist. Es muss eine Entwicklung passieren, die passiert aber gerade parallel, das Ergotherapeuten-Berufsgesetz wird überarbeitet. Das ist notwendig und sicherlich relevant. Aber ich bin jetzt irritiert. Ich glaube, es hat keinen Sinn, dazu jetzt etwas zu sagen.

Herr Prof. Dr. Dr. ... (DKPM): Die Frage würde aus Sicht der psychosomatischen Medizin und der Psychotherapie ganz klar so zu beantworten sein, dass wir bitten würden, den Begriff der Spezialtherapeuten, der auch im OPS verwandt wird, zusammenzulassen. Die PPP-Richtlinie hat unserem Verständnis nach vor allen Dingen einen Vergütungsaspekt, also: Soundso viele Spezialtherapeuten sind pro soundso viel Einheit, Station etc. vorzuhalten und gegebenenfalls nachzuweisen. Dies steht im Vordergrund. Je nach der Konzeption, zum Beispiel hat eine Klinik einen Schwerpunkt für Essstörungen, sind unter Umständen andere spezialtherapeutische Minutenwerte von Bedeutung als in einer Station, die überwiegend mit Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen arbeitet. Wir sollten jetzt nicht zu kleinteilig für die Psychosomatik-Psychotherapie oder für eine Psychotherapiestation in der Psychiatrie usw. sagen: Es ist 0,5 irgendwie Musiktherapie usw. vorzuhalten. Wir sollten bei der Spezialtherapie bleiben. Unter Petition wäre, dass man zumindest für unser Fachgebiet diese Therapieeinheiten auch wieder in dem OPS nachweist.

Frau Prof. Dr. ... (DGKJP): Ich kann mich Herrn ... (DKPM) im Wesentlichen anschließen. Wir haben nicht umsonst die Spezialtherapeuten in dem OPS auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie definiert. Die Kliniken sind sehr unterschiedlich ausgelegt. Manche haben einen Bereich für intelligenzgeminderte Kinder, manche haben den nicht, manche haben einen Bereich für Suchtpatienten, die brauchen andere fachtherapeutische, also spezialtherapeutische Voraussetzungen. Es hängt auch vom Personenmix ab, den man in einer kleinen Abteilung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dann gewinnen kann. Wir möchten uns konzeptionelle Flexibilität maximal erhalten. – Danke.

Herr Prof. Dr. Dr. ... (DGGPP): In den S3-Leitlinien Demenz, aber auch in anderen Leitlinien für psychisch kranke Ältere, wie sie sich in den letzten Jahren neu entwickelt haben, sind eine Reihe von nichtmedikamentösen Therapieverfahren implementiert und auf Evidenzbasis empfohlen. Es zählt auch die Musiktherapie dazu, es zählen auch die Bewegungstherapie und andere künstlerische Therapien dazu. Deswegen halten wir es für dringend erforderlich, diese Therapeutengruppen gerade auch für den Bereich der Gerontopsychiatrie mit aufzunehmen.

Herr Prof. Dr. ... (DG-Sucht): Ich sehe es ähnlich wie der Kollege mit der Gerontopsychiatrie. Ich bin nicht nur in der Suchtmedizin tätig, sondern auch als Allgemeinversorger. Es sollte in den folgenden Richtlinien eine Erwähnung der Spezialtherapeuten zumindest möglich sein, weil auch meinem Erle-

ben nach Ergotherapie und andere Spezialtherapien sich deutlich aufgefächert haben und auf jeden Fall stationsspezifisch eingesetzt werden sollen.

Herr Prof. Dr. Dr. ... (DGPPN): Die EX-INer sind die Genesungsbegleiter. Das unterstützen wir nachhaltig. Man muss natürlich schauen, in welchem Umfang es sinnvoll ist, dass es zwei Personen sind, falls einer eine Zeit hat, in der es eben nicht gut geht, und dass sie mit begrenzten Stellenanteilen, wie sie es sich wünschen oder zumuten können, vorgesehen sind pro Station. Ideale Stationsgrößen: je kleiner, desto besser. Um 18 ist durchaus eine sinnvolle Grenze, mit einem Sockel zu unterstützen. Es gibt eine wissenschaftliche Arbeit von Herrn Nienaber, einem Nervenarzt, aus dem letzten Jahr, die gezeigt hat, dass Stationsgrößen und Personalbesetzungen mit Zwangsvermeidung und Gewalt auf Stationen leider zusammenhängen.

Unterstützende Maßnahmen vs. Untergrenzen mit Stationsschließung: Wir haben lange dafür plädiert, dass der MDK die Personalzahlen auch in dem alten System kontrolliert. Das ist leider nur in Hessen der Fall gewesen. Es hat sich einiges mit Kontrollen gebessert. Wir haben Kliniken – das wissen wir alle – in Brandenburg, die haben massiven Ärztemangel, den wir in Mitte in der Charité überhaupt nicht haben. Es stellt sich die Frage der Berufsgruppenausgleiche, also ob man die eine Berufsgruppe durch die andere wenigstens begrenzt ersetzen kann. Wir haben im Campus Mitte einen Riesenbedarf an Sozialarbeit, weil wir so viel Obdachlose haben. Man braucht also eine Flexibilität. Eine Klinik, die solche Linien reißt, hat natürlich keinen Freifahrtschein, beliebig nach unten zu gehen. Aber wir halten es für ganz wichtig, erst einmal zu schauen, wo strukturelle Probleme sind, die man lösen kann und die man angehen kann, statt die Bertelsmann-Studie durch die Hintertür umzusetzen und größere Klinikschließungen auf die Schnelle durchzusetzen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Die DKG hat um das Wort zur Geschäftsordnung gebeten.

DKG: Ich habe eine Frage an die Vorsitzende. Wir haben jetzt Fragen auch an stellungnehmende Organisationen gehört, die noch keinen Kurzvortrag gehalten haben. Die Fragen waren vom GKV-SV gestellt. Gibt es hierzu Regelungen? Können alle Stellungnehmenden immer befragt werden?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich bin in diesem Moment einfach pragmatisch vorgegangen. Wir haben jetzt fünf vor zwölf, und ich habe noch eine Frage der Patientenvertretung, die jetzt das Wort erhalte. Dann ist die Fragerunde beendet. Wir haben dann die Mittagspause. Deshalb habe ich bei der letzten Frage, als diese Organisationen angesprochen wurden, gesagt, die sind zwar erst für die Nachmittagssitzung vorgesehen, aber wenn die Frage und die Antworten gerade noch in der Zeit sind, ist es mir jetzt egal. Aber wir sollten die Übrigen natürlich systematisch in der Nachmittagsrunde befragen, weil die auch erst in der Nachmittagsrunde ihr Statement abgeben. – Die Patientenvertretung.

PatV: Ich möchte erst einmal allen Experten danken. Es ist für uns sehr wichtig, was Sie sagen. Sie können sicher sein, dass wir die Dinge aufnehmen und versuchen, eine gute Regelung zu machen, in dem Rahmen, in dem wir es können. Ich habe eine Frage an den BPE. Sie haben in der schriftlichen Stellungnahme darauf hingewiesen, dass bei bestehenden Nichterfüllungsgraden der Personalvorgaben ein Behandlungsverbot und die Schließung erfolgen sollten. Haben Sie da Anforderungen, bei welchem Nichterfüllungsgrad dies dann erfolgen sollte?

Frau ... (BPE): Ich muss kurz überlegen, wie ich meinen Satz formuliere, damit ich mich nicht um Kopf und Kragen rede. Eine Schließung würde dann notwendig sein, wenn die Sicherheit von allen

nicht gewährleistet wäre. Es gibt Stationen, die in der Öffentlichkeit mehrfach schriftlich mitgeteilt haben, dass sie einmal in der Woche anzeigen, dass sie gefährliche Pflege machen. Wenn dann jemand dort hinkommt und prüft und es tatsächlich so ist, dann muss man überlegen, was jetzt das schlechteste Mittel wäre. Wenn ich es schließe und alle Patienten, die dort sind, dezentral unterbringe, wäre es natürlich genauso schrecklich. Andererseits steht die Sicherheit für Personal und Patienten im Vordergrund. Ich glaube, es ist wichtiger, Leute und Personal so einzusetzen, dass es gar nicht erst zur Diskussion kommt. Ich darf das Stichwort Genesungsbegleiter aufgreifen. Man muss so arbeiten, dass es gar nicht erst zu Komplikationen oder zu Dingen kommt, die aus dem Ruder laufen. Ich habe 29 Jahre in der Psychiatrie als Krankenschwester gearbeitet. Wenn wir sehen, dass sich etwas aufbaut – das ist ähnlich wie draußen bei den Wolken –, mein Gott, dann muss man halt bei den Leuten dicht dabei sein und sagen: „Wir müssen das jetzt entzerren“, und dann funktioniert es auch. Es gibt andererseits Deeskalationsmaßnahmen, die man hinnehmen muss. Genesungsbegleiter haben ein besonderes Gespür für solche Vorboten. Schließen muss man eine Station, wenn es gefährlich wird. Da bin ich sehr dabei.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Wenn ich es richtig sehe, gibt es im Moment keine weiteren Fragen. Sie haben alle Fragen hinreichend ausführlich und präzise beantwortet. Ich schlage vor, uns an den Zeitplan, den wir ursprünglich gemacht haben, zu halten und jetzt in die Mittagspause zu gehen.

(Unterbrechung von 12:00 bis 12:43 Uhr)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich begrüße Sie alle herzlich zu unserer Nachmittagssitzung. Wir machen genauso weiter wie heute Morgen. Zunächst erhält die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung e. V. die Gelegenheit zur Stellungnahme. Frau Dr. ... (DGSGB), bitte.

Frau Dr. ... (DGSGB): 1 bis 2 Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer geistigen Behinderung, die oft mit schweren komplexen körperlichen Mehrfachbehinderungen verbunden sind. Menschen mit geistiger Behinderung werden deutlich häufiger psychisch und auch körperlich krank als Menschen ohne Behinderung, und deren Lebenserwartung ist um sechs bis zwölf Jahre verkürzt. Aufgrund der bereits vor zehn Jahren in Deutschland ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention haben auch diese Menschen ein Recht auf viele gesunde Lebensjahre und eine Senkung der Mortalität. Dem ist der Gesetzgeber mit der Schaffung des Bundesteilhabegesetzes, das aktuell umgesetzt wird, aber auch der Etablierung ambulanter medizinischer Versorgungsangebote, den MZEBs, für Menschen mit Behinderung bereits ein Stück weit gefolgt und hat dem Rechnung getragen. Ein Manko besteht aber immer noch im stationären psychiatrischen Bereich. Dort ist den besonderen Belangen und Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung in keiner Weise Rechnung getragen, und auch in der aktuellen Fassung sehe ich diese nicht abgebildet. Dabei haben Menschen mit Behinderung sowohl einen pflegerischen als auch ärztlich-psychologischen und therapeutischen Mehraufwand, der sich gründet auf den erhöhten Unterstützungsbedarf im Lebensalltag, wie man zum Beispiel an den Tagessätzen in der Eingliederungshilfe von 150 bis knapp 300 Euro pro Tag sieht, aber natürlich auch aufgrund der komplexen Krankheitsbilder, der hohen somatischen Komorbiditäten und der Erfordernisse der Einbeziehung der Helfersysteme und der wesentlichen Bezugsperson, was zu einem deutlichen Mehraufwand führt. Die geistige Behinderung bedingt auch ein langsames Lernen und deswegen einen höheren therapeutischen Zeitaufwand. Ein besonderes Problem bei Menschen mit Behinderung sind häufige Krisensituationen, die besondere Deeskalationsintensitäten vom Team erfordern.

Unser Vorschlag ist daher, den aktuellen Entwurf um eigene Behandlungsbereiche für Menschen mit Intelligenzminderung zu ergänzen – wir haben dazu in unserer schriftlichen Stellungnahme konkrete Behandlungsbereiche definiert – und die aktuelle Überführung in ein neues Vergütungssystem zu nutzen, um die besonderen Bedürfnisse für Menschen mit Behinderung abzubilden. Wir schlagen darüber hinaus vor, eine weitere Berufsgruppe zu integrieren, die jetzt nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehen ist, die der Heilpädagogen und Heilerziehungspfleger, aber auch im Bereich der Sprach-, Sprech- und Kommunikationsunterstützung. – Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau ... (DGSGB). – Wir kommen zur nächsten Gruppe, das ist die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V., vertreten durch Herrn Professor ... (DGGPP).

Herr Prof. Dr. Dr. ... (DGGPP): Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, hier im Stellungnahmeverfahren Position zu beziehen. Ich will Sie nicht depressiv machen, aber der demografische Wandel wird nicht nur mit einer rasanten Zunahme der Hochaltrigen, damit meinen wir die über 80-Jährigen, einhergehen, bei denen aufgrund der altersbezogenen Inzidenzraten in erster Linie Demenzerkrankungen und Multimorbidität eine große Rolle spielen, sondern es wird auch zu einer großen Zunahme von 65- bis 80-jährigen jüngeren Menschen kommen, was für die Gerontopsychiatrie eine Zunahme der Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektiven Erkrankungen und anderen psychischen Erkrankungen bedeutet.

Insgesamt werden soziale Faktoren eine zunehmende Rolle spielen, Stichwort Altersarmut. Wir wissen, welchen hohen Impact die soziale Situation für die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen hat. Das heißt, wir gehen davon aus, dass es zu einer enormen Zunahme des Bedarfs insgesamt kommt. Dabei schließen wir uns als Fachgesellschaft der Stellungnahme der DGPPN an, der gemeinsamen Stellungnahme, die nachgereicht wurde. Wir möchten insbesondere in Bezug auf die besonderen Bedarfe der Gerontopsychiatrie darauf hinweisen, dass in der Stellungnahme der DGPPN Modelle der Plattform Personalbemessung genannt werden, in der aktuell Konzepte zu einer leitliniengerechten und evidenzbasierten Krankenhausbehandlung psychisch kranker Menschen erarbeitet werden. Insbesondere für die Gruppe der vulnerablen psychisch kranken Älteren haben wir Neuerungen aufzuweisen. Frau ... (DGGPP) und ich, die wir hier gemeinsam sitzen, haben vor 21 Jahren gemeinsam angefangen – ich als AiP, sie damals als meine Oberärztin in einer Gerontopsychiatrie –, da war die mittlere Verweildauer 39 Tage. Mittlerweile sind die mittleren Verweildauern in den Gerontopsychiatrien 16 oder 18 Tage, aber an der Personalbemessung hat sich nichts verändert. Das Bundesministerium für Gesundheit hat in den Leuchtturmprojekten Demenz und in anderen Initiativen auch das BMBF eine Reihe von Forschungsplattformen und Verbänden aufgelegt, die eine Menge evidenzbasierter Erkenntnisse insbesondere zu nichtmedikamentösen Therapieverfahren bei Demenzkranken, aber auch bei anderen psychisch kranken Älteren, insbesondere auch in der Gruppe der affektiven Erkrankungen, mit sich gebracht hat. Es erscheint uns einfach nicht mehr zeitgemäß, und wir machen uns ein bisschen Sorge um Altersdiskriminierung, wenn wir weiterhin eine Psychiatrie-Personalverordnung haben, die insbesondere im Bereich Psychotherapie und nichtmedikamentöser Therapieverfahren die Gerontopsychiatrie schlechterstellt als die allgemeine Psychiatrie. Es ist für uns schlicht nicht nachvollziehbar, wie das bei Patienten mit gleichen Krankheitsbildern nur aufgrund des Alters möglich sein kann. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke, Herr Professor ... (DGGPP). – Als Nächstes kommt die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V., Herr Privatdozent Dr. ... (DGKLJ).

Herr Dr. ... (DGKJ): Der eine oder andere von Ihnen mag sich jetzt fragen, was ein Kinderarzt in dieser Runde macht, wir reden ja über ein ganz anderes Thema als über typische kindermedizinische Fragen. Aber das ist nicht so. In Deutschland behandeln wir in Kinderkliniken in etwa 20 Prozent unserer Belegungsfälle psychosomatische Patienten, nicht kinder- und jugendpsychiatrische Patienten, die sind in der Obhut der Kinder- und Jugendpsychiatrie, da gehören sie auch hin. Die Psychosomatik in der Kinderklinik beginnt auch nicht so, wie manche denken, ab dem Schulalter oder erst ab dem jugendlichen Alter, sondern wir haben es mit Fütterstörungen bei Säuglingen zu tun, wir haben es mit Regulationsstörungen bei Kleinkindern zu tun, also: Wir sind auch psychosomatisch tätig. In den Behandlungsbereichen der KJP ist die Kinderpsychosomatik nicht erwähnt, die gibt es dort als explizit genanntes Thema nicht. Das trifft uns natürlich ein Stück weit, weil wir hier eigentlich gar nicht sitzen sollten oder dürften, wenn wir mit dem, was wir tun, gar nicht auftauchen. Das ist der eine Punkt, bei dem man darüber nachdenken muss, ob die Kinderpsychosomatik dort eine eigene Erwähnung findet.

Zu den inhaltlichen Darlegungen, was Personalausstattung, Personaluntergrenzen und Personalmindestmengen angeht, haben wir heute viel gehört. Wir schließen uns dort der Einschätzung der DGKJP an. Das heißt, wir brauchen Instrumente, die natürlich eine Mindestausstattung im Sinne von Qualitätskriterien definiert. Diese Qualitätskriterien und die Mindestausstattung müssen allerdings in einem Übergangssystem so gestaltet sein, dass ein Abbau von Behandlungsangeboten möglichst vermieden wird. Aus der Kinder- und Jugendmedizin können wir, was Personalbemessung angeht, durchaus aus Erfahrung berichten. Wir kennen das aus der Qualitätsrichtlinie für Reif- und Frühgeborene, wo auch bei kleinen Frühgeborenen eine Eins-zu-eins-Betreuung gefordert wird. Das führt dazu oder hat zumindest schon dazu geführt, dass in diesem Bereich Abwerbepremien, was Kinder- und Intensivkrankenschwestern angeht, von einer Klinik an die andere gezahlt werden. Das sollte bei den Kalkulationen, wenn es um Personalbemessung geht, berücksichtigt werden. Dass wir über Qualitätskriterien entsprechende Größenordnungen brauchen, versteht sich von selbst. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Dr. ... (DGKJ). – Damit sind wir schon bei der nächsten Gruppe, der Aktion Psychisch Kranke e. V., Herr Dr. ... (APK).

Herr Dr. ... (APK): Die APK hat sich im PsychVVG-Prozess neben vielen anderen sehr stark für ein Budgetsystem statt eines Preissystems ausgesprochen. In der Budgetfinanzierung ist Personal in der Psychiatrie das Entscheidende. Das heißt, die Personalbemessung ist der entscheidende Punkt. Aus Sicht der APK war der G-BA eindeutig beauftragt, neue Personalbemessungsgrundlagen als Nachfolge der Psych-PV zu schaffen. Die vorliegenden Entwürfe entsprechen diesem Auftrag aus Sicht der APK nicht. Sie reduzieren den Auftrag auf Personaluntergrenzen. Da ist die Frage: Wenn Sie die Personaluntergrenzen definieren, wer bewertet mir dann den Personalmaßstab? Der G-BA, der Bundesgesetzgeber, wer immer? Egal wie und wer es tut, zum 1. Januar 2020 brauchen wir eine neue Personalbemessung. Die kann nicht die alte Psych-PV sein, die seit 30 Jahren Personalvorgaben gibt. Die muss deutlich höher sein. Der erste Schritt muss deutlich verbesserte Minutenwerte bringen. Wir haben schon mehrfach 120 Prozent gehört. Das entspricht allem, was wir bisher aus Expertenkreisen sowohl bei der DGPPN-Plattform, der Schussenrieder Tabelle oder, schätze ich, Ihren eigenen Expertenbefragungen kennen. Das heißt, wir brauchen im ersten Schritt 120 Prozent. Die Frage ist: Linear oder nicht linear? Meiner Meinung nach sollten wir die besonderen Bedarfe der Psychosomatik und der Gerontopsychiatrie bereits einbauen. Solche Systeme existieren. Ich nenne die Schussenrieder Tabelle, in die es 2018 mit eingebaut wurde.

Zum Thema Nachweis. Die APK hat sich vehement für den Psych-PV-Nachweis im PsychVVG auch gegen Widerstände eingesetzt. Der Psych-PV-Nachweis hat Effekte gezeigt. Wenn wir uns die Land-

schaft ansehen, so stellen wir fest, wir haben heute deutlich mehr Psych-PV-Ausstattung. In Baden-Württemberg, das kann ich sagen, liegen wir bei über 100 Prozent. Der jetzt von der GKV-Seite vorgeschlagene, ich muss schon sagen: Exzess, pro Station pro Monat nachzuweisen, ist ein bürokratisches Monster. Mehr kann man nicht dazu sagen. Das ist nicht durchdacht. Was heißt es, wenn Sie für jede Station jeden Monat Personal nachweisen? Das heißt, Sie geben das Budget auf. Wenn Sie im Mai mehr haben, müssen Sie mehr Personal finanzieren, und ich muss im Dezember meinen Laden schließen. Wie soll das gehen? Wie wollen Sie eine Budgetdeckelung mit monatlichem Nachweis haben? Das kann nicht sein. Wir bitten ganz stark um den bewährten bisherigen Psych-PV-Nachweis, der sich auch 2018 segensreich in der Republik ausgewirkt hat. Wir machen das pro Krankenhaus und pro Jahr.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Dr. (APK). – Wir kommen zur Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V., vertreten durch Herrn Professor ... (DG-Sucht).

Herr Prof. Dr. ... (DG-Sucht): Ich spreche auch im Namen der anderen Suchtgesellschaften. Ich möchte mich genauso wie die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie den Stellungnahmen und Ausführungen der DGPPN anschließen. Abhängigkeitsmedizin im Unterschied dazu ist zahlenmäßig die häufigste Diagnose bei der Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern. Daher halten wir es für wichtig, dass das in der Personalvorgabe entsprechend Berücksichtigung findet. Notfallbehandlungen beispielsweise, die bei Personen mit Abhängigkeitserkrankungen, zum Beispiel der Alkoholabhängigkeit, sehr häufig sind, Personen, die sich schlecht an Termine halten, sondern häufig ungeplant zur Aufnahme kommen und dann notfallmäßig behandelt werden müssen, finden wir nicht ausreichend berücksichtigt, genauso wenig wie die Vorhaltefunktionen, die die Pflichtversorger in diesem Kontext haben. Ich glaube, man sollte darüber nachdenken, wie man das adäquat ausstatten kann; denn das ist etwas anderes als die bisher vorgesehene Intensivbehandlung.

Die Überprüfung der Personalvorgaben ist eben schon angeklungen. Das monatlich durchzuführen, ist tatsächlich ein bürokratisches Monster und führt dazu, dass die Belastung des eh schon mit Bürokratie überfrachteten Personals zunimmt. Ich bin auch dafür, das so wie bisher jährlich durchzuführen. Wenn man sanktioniert und dann Kliniken mit eh schon knappem Personalbestand nicht mehr funktionsfähig macht oder die Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, führt das dazu, dass Versorgungswege länger und zentralisierter werden. Ich habe Großkrankenhäuser als Zivildienstleistender vor 25 Jahren noch erlebt. Da waren Zustände, die ich in der modernen Psychiatrie sicher nicht mehr haben will. Ich sage dies auch in Anspielung an Gutachten, die die Zentralisierung fordern. Die wohnortnahe, dezentrale Versorgung halte ich für ganz entscheidend. Dies gilt auch für die Dynamisierung von Personalvorgaben. Inhalte, Anforderungen, auch juristische, bürokratische, administrative Anforderungen steigen mit der Zeit und ändern sich. Wir können nicht wie bisher die Psych-PV 30 Jahre fortschreiben. Das zu monitoren und anzupassen, halte ich für ganz entscheidend.

Abschließend: Die Psych-PV kann in der bisherigen Form nicht fortgeführt werden. Die Anforderungen haben sich in den letzten 30 Jahren juristisch, inhaltlich, administrativ so verändert, dass man sagen kann, die Anpassung ist dringend indiziert. Wenn eine moderne Psychiatrie und auch eine moderne Suchtmedizin mit den erhöhten Anforderungen, leitlinienorientiert, menschenrechtskonform, zum Beispiel in der Psychotherapie mit spezifischer Suchttherapie, stattfinden soll, dann ist wichtig, dass die Personalvorgaben entsprechend angepasst werden.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Professor ... (DG-Sucht). – Wir kommen zur Deutschen Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V. Frau ... (DFPP), bitte.

Frau ... (DFPP): Wir vertreten die größte Berufsgruppe, zahlenmäßig die größte Akteursgruppe in der psychiatrischen Versorgung über alle Fachbereiche hinweg, und wir vertreten diejenige Berufsgruppe, die die Präsenz sicherstellt, rund um die Uhr, sieben Tage die Woche, die für Sicherheit zuständig ist, die am meisten das Milieu prägt und die am meisten die Krisenversorgung macht und die am meisten auf situative Anforderungen reagiert und für die es gleichzeitig fatal wäre, wenn sie auf diese Rollen reduziert wird. Wir erbringen auch leitliniengerechte supportive, psychotherapeutische und andere Leistungen, für die es Evidenz gibt. Dieses ganze Spektrum bilden wir ab. Das muss sich auch in der Personalberechnung zeigen.

Aufgrund der Kürze der Zeit möchte ich auf unsere sehr konkrete und dezidierte Stellungnahme verweisen, die liegt vor. Ich möchte vier Sätze zum Allgemeinen sagen und vier Sätze zur Pflege.

Erstens. Explizit unterstützen auch wir den Vortrag von Professor ... (DGPPN) und die Forderungen der DGPPN, so wie sie heute im Wortlaut formuliert und auf Nachfragen präzisiert worden sind.

Zweitens. Auch wir halten die Richtlinie 2.0 oder wie immer man die Folgeverordnung nennen will, für unabdingbar, denn jetzt haben wir eine Personaluntergrenzen-Verordnung, und das erfüllt nicht die Anforderungen des Gesetzgebers und auch nicht die Anforderungen an die Behandlung, das haben wir heute schon sehr oft gehört.

Drittens. Es wurde vorhin erwähnt, dass Personalbemessung auch eine Regelung für die Weiterbildung von Ärzten und Psychotherapeuten braucht. Da wollen wir ergänzen: auch Weiterbildung für die Fachpflege und wahrscheinlich auch Weiterbildung für andere Berufsgruppen. Das muss berufsgruppenübergreifend gedacht werden.

Viertens. Wenn wir schon für eine Übergangszeit mit einer Personaluntergrenzen-Verordnung leben müssen, müssen wir im Gesetz festschreiben, dass wir reale Ausfallzeiten anerkennen, denn sonst kann man die Personaluntergrenzen-Verordnung überhaupt nicht mehr realisieren. Im Moment ist die Ausfallzeitenregelung Verhandlungssache zwischen den Verhandlungspartnern. Das darf so nicht sein. Es muss festgeschrieben werden, dass reale Ausfallzeiten anerkannt werden.

Zu den Besonderheiten der Pflege. Wir haben im Moment ein Malussystem, um die Stationsgröße zu regulieren, zulasten unserer Berufsgruppe. Das hat nicht funktioniert. Wir müssen in Zukunft Malus- oder Bonussysteme für alle Berufsgruppen haben, oder wir müssen es lassen. So hat es einer Berufsgruppe und damit einem Leistungserbringer für die Patienten geschadet, ohne dass es wirksam war.

Zweite Forderung für die Pflege. Wir schließen uns der Forderung des Deutschen Pfliegerates an, was die Nachtwachenregelung angeht. Wir halten es nicht für glücklich, wenn man noch ein weiteres Jahr oder eine längere Zeit ohne Nachtwachenregelung hineingeht. Es ist ja der Sinn der Personalverordnung, dass man die Besetzung für Tag und Nacht regelt. Die Vorgaben des DPR sind moderat. Wir würden uns mit dem einverstanden erklären und unterstützen unbedingt, dass das in den Richtlinien text hineinkommt.

Für die Psych-PV 2.0 wollen wir schon einmal ankündigen: Es ist jetzt versäumt worden, über Skill- und Grademix und über Fachkraftquoten zu sprechen, obwohl das in allen Expertengesprächen ein langes und ausführliches Thema war. Wir wünschen uns, dass das in der neuen Richtlinie steht, und wir wünschen uns, dass das schon jetzt hineingeschrieben wird, dass das Thema kommen wird, weil sonst die Vorlaufzeiten tausend Jahre betragen, bis das realisiert werden kann. Sonst reduzieren die Kliniken jetzt Fachkräfte, und dann dauert es zu lange, bis sie wieder etabliert werden können. Wenn man es also jetzt nicht regelt, muss man hineinschreiben, dass es in Zukunft, in zwei bis drei Jahren, kommen wird.

Das Gleiche gilt für die Fortschreibung der Regelaufgaben. Auch die haben wir nicht diskutiert, und für alle Berufsgruppen haben sich die Regelaufgaben geändert.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau ... (DFPP). – Für die Bundesdirektorenkonferenz e. V. ist Herr Professor (BDK) anwesend. Ich bitte Sie um Ihr Statement.

Herr Prof. Dr. ... (BDK): Vielen Dank für die Einladung, weil es im Vorfeld dieser Anhörung intensive Debatten dazu gegeben hat, ob die BDK stellungnahmeberechtigt ist. Ich möchte klarstellen, dass es sich weder um den Bund Deutscher Kriminalbeamter handelt noch um den Bund Deutscher Kleinkunstbühnen, sondern um die Bundesdirektorenkonferenz, den Verband der leitenden Ärzte der psychiatrischen Fachkliniken, der durchaus etwas mit dem Thema zu tun hat.

Ich möchte inhaltlich zu zwei Punkten Stellung nehmen. Zunächst ist der Grund für die nahezu einhellige Ablehnung des Richtlinienentwurfs durch die anwesenden Stellungnahmeberechtigten nicht darin begründet, dass allen jeweils unterschiedliche Details nicht gefallen. Wir haben zwar solche Details gehört, aber der eigentliche Grund für die breite Ablehnung ist, dass der G-BA das ihm gesetzlich vorgegebene Ziel, nämlich evidenzbasierende und leitlinienorientierte Mindestpersonalvorgaben zu entwickeln, schlicht nicht erreicht hat. Die divergenten Vorschläge der Bänke beruhen beide auf der qualitativ und quantitativ überalterten Psychiatrie-Personalverordnung, die keinesfalls die Grundlage für die Personalbemessung in Psychiatrie und Psychosomatik für die nächsten 20 Jahre sein kann. Deshalb kann es nur zwei mögliche Lösungswege geben: Entweder der G-BA gesteht sein Scheitern ein, bittet die Politik um ein mehrjähriges Moratorium und entwickelt in Zusammenarbeit mit den Fachleuten und Betroffenen Personalmindestvorgaben, die diesen Namen auch verdienen – Grundlage für diese Vorgaben gibt es bereits, zum Beispiel das sogenannte Plattform-Modell –, oder aber der G-BA verpflichtet sich selbst in der Richtlinie zu dieser Weiterentwicklung mit einem definierten Zeitrahmen von zum Beispiel drei Jahren und verabschiedet für die Übergangszeit eine Zwischenlösung. Diese Zwischenlösung, die aber wirklich als solche benannt werden muss, kann in der Kürze der Zeit nur in einer linear verbesserten Psych-PV und einer gleichzeitig adäquaten Abbildung der Psychosomatik bestehen. Die lineare Anpassung wäre sicherlich nicht der Weisheit letzter Schluss. Aber differenzierte Modelle, die all die problematischen Teilbereiche abbilden, die wir heute hier schon gehört haben, liegen nicht vor. Die Schussenrieder Tabelle sehe ich in dieser Richtung noch am ehesten als einen Diskussionsvorschlag, aber sicher nicht als etwas, das man so jetzt übernehmen kann. Für den Fall, dass sich der G-BA nicht zumindest zu diesen verpflichten oder diese Vorgehensweise konsentieren kann, halten wir es für unwahrscheinlich, dass die Richtlinie durch das BMG genehmigt werden kann. Wir erwarten intensive öffentliche Proteste, in die sicher nicht nur die 15 Verbände einstimmen werden, die sich unter der Führung der DGPPN auf die gemeinsamen vier Punkte geeinigt haben, die Herr Professor ... (DGPPN) eingangs schon erwähnt hat.

Der zweite Punkt, auf den ich ganz kurz eingehen will, bezieht sich auf die Nachweispflichten. Die im PsychVVG festgeschriebenen Nachweispflichten – das ist schon öfter erwähnt worden – können in der Übergangszeit weiter bestehen. Eine stationsbezogene und sich auf Monate beziehende Nachweispflicht würde in einer ganz besonderen Hinsicht, die noch nicht erwähnt worden ist, fatale Folgen haben. Die Psych-PV ist überaltert, wir wissen das alle. Wenn sie jetzt fortgeschrieben wird, wird den Kliniken durch eine so kleinteilige Nachweispflicht die Möglichkeit genommen, die Unebenheiten der Psych-PV, die wir heute im Stationsbetrieb und in den Einrichtungen ausgleichen, in Zukunft noch auszugleichen, was vor allem für die Gerontopsychiatrie und die Tageskliniken eine Katastrophe wäre. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Professor ... (BDK). – Wir kommen zum Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V., vertreten durch Herrn ... (Dachverband Gemeindepsychiatrie).

Herr ... (Dachverband Gemeindepsychiatrie): Ich möchte mich zunächst für die Einladung bedanken, hier schriftlich und mündlich Stellung zu nehmen. Ich sehe darin die Anerkennung, dass die Fragen, die Sie heute hauptsächlich diskutieren, auch etwas mit dem Rest der Welt zu tun haben, also mit dem ambulanten Bereich. Nur ganz kurz: Die Frage der Schließung von Krankenhäusern zwischen Bayern und Berlin ist eigentlich nur innerhalb des Krankenhausbereichs diskutiert worden. Die Folgen für die Betroffenen hängen aber sehr weitgehend davon ab, wie leistungsfähig der ambulante Sektor ist. Da sind wir aber bisher im Bereich von Modellvorhaben und integrierter Versorgung, und dafür reichen die drei Minuten nicht.

Ich möchte mich allen anschließen, die die Hoffnung haben, dass alles das, was heute und in den nächsten Wochen auf den Weg gebracht wird, nur eine Übergangslösung ist, welche der beiden Varianten auch immer gewählt wird, und möchte Ihnen sagen, was aus unserer Sicht die wesentlichen Kriterien für das wären, was hier als Psych-PV 2.0 bezeichnet wurde.

Wir vertreten vor allem Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Das ist die Hauptgruppe, für die wir in der Mitgliedsorganisation des Dachverbands arbeiten. Die brauchen personelle Kontinuität innerhalb der Behandlung, aber auch über die Behandlung hinaus. Das heißt, wir wünschen uns, dass Krankenhäuser durchlässiger werden und personelle Kontinuität sowohl bei wechselnden Bedarfen innerhalb der Krankenhausbehandlung gewährleisten als auch darüber hinaus. Unser Vorschlag in unserer schriftlichen Stellungnahme, nicht mehr von „Stationen“ zu reden, sondern von „Behandlungseinheiten“, geht in diese Richtung, ist natürlich noch nicht mit Substanz gefüllt, aber wir würden uns sehr gerne daran beteiligen, was es dann konkret heißt, wenn wir diese Anforderungen nach oben heben.

Für die Übergangszeit würde ich mich gern allen anschließen, die kritisiert haben, dass mit dem Fortschreiben der Psych-PV die Missstände, die wir haben, in keiner Weise behoben werden, nicht einmal ansatzweise. Die brauche ich nicht noch einmal aufzuzählen. Ob es eine lineare Erhöhung wäre oder die Schussenrieder Tabelle oder sonst eine Lösung, wäre mir gleich, aber einfach die jetzigen Minutenwerte fortzuschreiben, würde heißen, das Ausmaß an Zwang und Gewalt fortzusetzen, das es in Kliniken gibt, und das hat etwas mit Personalausstattung zu tun. Ich will es dabei bewenden lassen.

Zwei ganz kurze Geschichten. Die Genesungsbegleiter sind im Moment nicht als reguläre Personalgruppe aufgerufen, das ist schon moniert worden. Das sollte so sein. Es gibt auch einen Minutenvorschlag, ich glaube, von der Patientenvertretung: 90 Minuten pro Woche und Patient. Ich würde vorschlagen, das als ersten Schritt pragmatisch einfach aufzunehmen. Zweitens. Mir ist aufgefallen, wenn von Tag- und Nachtdienst die Rede ist, ist immer von 14 Stunden und von 10 Stunden die Rede. Zwei Kritikpunkte: Der eine ist von Frau Professor ... (DGKJP) schon genannt worden. Abends um 20 Uhr liegen die Patienten nicht im Bett, übrigens auch bei der Erwachsenenpsychiatrie nicht unbedingt. Wir bräuchten also einen 16-Stunden-Tagdienst, 16 Stunden plus 8 Stunden. Zweitens sind die Übergabezeiten vergessen worden. Wir müssten also statt 14 Stunden plus 10 Stunden 16,5 Stunden plus 8,5 Stunden haben. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr ... (Dachverband Gemeindepsychiatrie). – Ich darf jetzt Frau ... (ver.di) von der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft, ver.di, bitten.

Frau ... (ver.di): Ich möchte mich für die Gelegenheit bedanken, hier Stellung zur PPP-Richtlinie zu nehmen. Hier geht es einerseits um eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten, aber – das ist ganz wesentlich – wenn es um Personalvorgaben geht, geht es auch um gute Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in der Psychiatrie und Psychosomatik, um gesunde Arbeitsbedingungen. Deshalb sind wir sehr dankbar für die Gelegenheit, hier Stellung zu nehmen.

Fachlich ist unstrittig: Eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten braucht ausreichend viel und gut qualifiziertes Personal, denn Psychiatrie – das ist vielfach schon gesagt worden – ist Beziehungsarbeit, und die Zeit für Beziehungsarbeit ist grundlegende Voraussetzung für eine den Leitlinien und Menschenrechten gerechte Versorgung in den psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken. Das ist heute nicht der Fall, einerseits weil sich die Anforderungen in den letzten 30 Jahren verändert haben und andererseits weil die bestehende Psych-PV – wir haben es gesehen – von 47 Prozent der Kliniken nicht eingehalten wird. Das zeigt sich auch in einer Vielzahl von Überlastungsanzeigen, die die Beschäftigten in den jeweiligen Kliniken an ihre Interessenvertretungen und an die Geschäftsführung richten.

Die Psych-PV ist grundsätzlich ein guter Ausgangspunkt, sie muss jedoch umfassend überarbeitet werden, damit die in den letzten Jahren deutlich gestiegenen Anforderungen sich in einer verbesserten Personalausstattung ab dem nächsten Jahr – ab 2020 braucht es neue Personalvorgaben – widerspiegeln. Dazu ist eine Erhöhung der Minutenwerte aus unserer Sicht pragmatisch erforderlich. Eine bloße Fortschreibung der Psych-PV erfüllt nicht die Anforderungen an den Auftrag, den der Gesetzgeber dem G-BA erteilt hat. Da sind auch wir der Auffassung der Vorredner, die sich zu diesem Punkt geäußert haben. Wir sehen die Gefahr, dass sich die Lage in den psychiatrischen Fachabteilungen und Kliniken sogar verschlechtert, indem aufgrund der Übergangsregelung sich die Mindestvorgaben zu einer Untergrenze entwickeln und Übergangsregelungen auch noch Anreiz dazu bieten, Personal abzusenden. Das könnte die Situation verschlechtern. Um alle Aufgaben abdecken zu können, braucht es mehr als ein Fortschreiben des schlechten Istzustands. ver.di fordert deshalb eine Psych-PV plus, die einen Personalaufwuchs ab 2020 auslöst. Als Beispiel möchte ich nennen, dass realistische Ausfallzeiten unbedingt berücksichtigt werden müssen. Nur so kann eine Personalunterdeckung verhindert werden. Es ist mehr Personal notwendig für die Vermeidung von Gewalt und Zwangsmaßnahmen. Die Zahl der Eins-zu-eins-Betreuungen hat massiv zugenommen. Die Situation ist jetzt, dass Personal aus anderen Bereichen abgezogen wird, um die Eins-zu-eins-Betreuung sicherzustellen, und sich dadurch die Versorgung in anderen Bereichen noch einmal verschlechtert. Wenn die Maßnahmen unumgänglich sind, ist dafür Personal on top, zusätzlich, vorzusehen. Stichwortartig nenne ich die unbedingt notwendige Begrenzung der Stationsgrößen, die Regelung für die Nacht, die Alleinarbeit verhindert. Die Richtlinie muss so weiterentwickelt werden, dass die Personalmindestvorgaben den aktuellen ethischen, medizinischen und rechtlichen Standards entsprechen. Ein verbindlicher Zeitplan muss dazu bereits in die Richtlinie aufgenommen werden. Auch das ist vielfach schon gesagt worden. Eine Überprüfung allein alle zwei Jahre genügt nicht, denn die muss qualitativ und quantitativ in diesem Punkt deutlich weiter gearbeitet werden. Auch in den drei anderen wesentlichen Punkten, die von Herrn Professor ... von der DGPPN eingangs genannt wurden, möchten wir uns anschließen und unterstützen diese Punkte.

Damit die neue Richtlinie kein Papiertiger bleibt, muss Transparenz über die Einhaltung der Vorgaben hergestellt werden. Die Nichteinhaltung der Vorgaben muss Konsequenzen haben. ver.di fordert dazu eine differenzierte Sanktionskaskade. Dass die erforderlich ist und die bestehenden Regelungen der Psych-PV nicht ausreichen, zeigt auch, dass 47 Prozent der Kliniken die Psych-PV nicht zu 100 Prozent erfüllen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau ... (ver.di). Ich danke Ihnen für Ihr Statement. – Wir kommen zur Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Psychosomatik e. V., vertreten durch Frau Dr. ... (AGPPS).

Frau Dr. ... (AGPPS): Ich möchte in Ergänzung zu Professor ... (DGKL) sagen, dass die pädiatrische Psychosomatik in der Kinder- und Jugendmedizin im Geltungsbereich des § 17b KHG angesiedelt ist. Die Anzahl der pädiatrischen Stationen bzw. der psychosomatischen Stationen und Abteilungen in den pädiatrischen Kliniken nimmt aufgrund des großen Bedarfes zu. Durch den OPS sind die zu erbringenden Leistungen vom Grundsatz und von den zeitlichen Mindestanforderungen her eigentlich sehr gut definiert, wobei es keine klaren Richtlinien für die Personalausstattung gibt. Aber die Bedeutung der psychotherapeutischen Leistungen ist doch sehr erheblich, die bei uns die ärztlichen Psychotherapeuten, die psychologischen und die Jugendlichen-Psychotherapeuten erfüllt wird.

Was uns am Herzen liegt, sind die psychosomatischen Konsiliar- und Liaisonleistungen, die bisher überhaupt nicht abgebildet sind.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau ... (AGPPS). – Damit ist die Anhörung im Sinne der Abgabe von Statements beendet. Ich eröffne die Frage- und Diskussionsrunde. Ich bitte um Wortmeldungen. Wer Anmerkungen, Fragen usw. hat, sollte sich melden. – Zuerst hat sich die DKG gemeldet.

DKG: Ich greife das Thema des Nachweises und der Überprüfung der Mindestpersonalvorgaben auf, die der G-BA in seiner Richtlinie zu machen hat. Ich spreche zunächst Sie, Frau ..., von ver.di an. Sie sind einer der ganz wenigen Verbände, die dafür plädieren, dass man die Nachweispflicht auf der Stationsebene und monatsbezogen durchführt. Demgegenüber hat sich gerade eben auch die APK dafür ausgesprochen, auch aufgrund der Erfahrungen, die offensichtlich aus den letzten Jahren vorliegen, es bei der jetzigen Nachweispflicht zu belassen. Insofern würden mich Ihre Argumente und auch die von Herrn Professor (BDK) vonseiten der Direktorenkonferenz zu dieser Frage interessieren.

Frau ... (ver.di): Bei den Personalmindestvorgaben, die ab 2020 gelten sollen, ist es wichtig, Transparenz herzustellen, dass das Personal auch tatsächlich vor Ort auf den Stationen vorhanden ist und für die Versorgung der Patientinnen und Patienten eingesetzt wird. Transparenz ist dabei ganz wichtig. Wir sehen, dass ein monats- und taggenauer Nachweis erforderlich ist, weil ansonsten Personal deutlich verschoben wird. Wir reden hier über Mindestvorgaben, die die Versorgung sicherstellen sollen. Deshalb ist es ganz richtig, dass der Dokumentationsaufwand auf ein notwendiges Maß begrenzt sein muss. Das ist ein ganz wichtiges Thema. Aber die Daten liegen vor, einerseits aus der EDV-gestützten Dienstplangestaltung über den Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und auf der anderen Seite über das Krankenhausinformationssystem. Da lässt sich beispielsweise über den Erfüllungsgrad, indem man diese beiden Daten zu den Mindestvorgaben ins Verhältnis setzt, eine Verhältniszahl herstellen, die mit einem begrenzten Aufwand einen stations- und monatsgenauen Nachweis möglich macht, der sicherstellt, dass das Personal auf den Stationen auch vorhanden ist.

Herr Dr. ... (APK): Zu unseren Argumenten. Bei einer Aufnahme-Station mit durchschnittlich 18 Betten schwankt die Belegung bei uns zwischen 10 und 24 Betten. Wir haben in einigen Monaten 24 Patienten auf einer 18-Betten-Station und manchmal 10. Wir versuchen natürlich, Personal von anderen Stationen nachzuziehen. Das lässt sich aber nicht punktgenau und auf die dritte Kommastelle genau machen. Die Frage ist, was tue ich, wenn ich jetzt 24 Betten brauche? Ich muss damit arbeiten, und ich muss auch Personal temporär überbelasten. Darum werden Sie nicht herkommen. Deshalb sind für mich die punktgenauen Nachweise nicht machbar. Wir müssen versuchen, im Ge-

samtkrankenhaus eine gute Personalausstattung zu jedem Zeitpunkt sicherzustellen. Wir müssen verschiedene Möglichkeiten haben, Personal schnell, zum Teil auch innerhalb von Stunden, zu verschieben. Ich kann es mir technisch einfach nicht vorstellen. Wenn ich 26 Patienten habe, kann ich ja den Pflegeersatz nicht nachverhandeln. Wie soll das passieren? Was tue ich, wenn ich überbelegt bin? Ich muss die vorhandene Arbeit eben auf das vorhandene Personal in gewissem Umfang verteilen können. Natürlich stellt sich die Frage: Wenn ich nur 10 habe, muss ich dann auf den Stationen zwei nach Hause schicken? Personalsteuerung ist eine ganz schwierige Geschichte. Das über das Jahr einigermaßen hinzubekommen, das schaffen wir. Monatlich pro Station halte ich für komplett überzogen.

Herr Prof. Dr. ... (BDK): Im Wesentlichen möchte ich Herrn ... (APK) zustimmen. Zu Frau ... (ver.di) möchte ich sagen, dass das mit der Extraktion der Anwesenheiten auf der Station vielleicht für das Pflegepersonal funktioniert, für die anderen Berufsgruppen praktisch aber gar nicht. Dabei ist überhaupt nicht bedacht worden, dass sehr viele therapeutische Aktivitäten gar nicht primär stationsbezogen geplant werden. Zum Beispiel finden die meisten Fachtherapien außerhalb der Station in speziellen Bereichen statt, wo Mitarbeiter zugeordnet sind. Ich kann mir gar nicht vorstellen, wie die wieder auf die einzelnen Stationen rückzugeordnet werden können. Das ist absolut ausgeschlossen.

Ich möchte ein Argument, das in der Diskussion bisher so noch gar nicht betrachtet wurde, anführen. Gerade wenn wir – so sieht es im Moment aus –, egal wie die Lösung ist, in irgendeiner Form mit den Qualitäten der Psych-PV erst einmal weiterarbeiten müssen, wären wir mit solchen Nachweisen darauf festgelegt, die Nachteile der Psych-PV in der Praxis mit Soldatentreue nachzuvollziehen. Ich kann gar nicht anders in der Klinik wie der meinen mit zwei großen gerontopsychiatrischen Stationen, als dort mehr Personal vorzuhalten, als die Psych-PV vorsieht. Das kann ich nur deshalb, weil es mir nicht auf der anderen Seite auf einer anderen Station auf die Füße fällt. Wenn ich die zu kleine Decke täglich in fünf Richtungen ziehen muss, dann wird es einfach nicht funktionieren.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Als Nächstes die Ländervertreter.

Ländervertreter: Ich habe eine Frage an die Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege und an ver.di. Es gibt eine sehr klare Personalvorgabe bei Fixierungen: Eins-zu-eins-Betreuung. Fachlich besteht Konsens, dass Deeskalation als ähnlich personalintensiv eingeschätzt wird, Sie brauchen auch im Vorfeld etwas. Gibt es aus Ihrer Sicht irgendeinen Ansatzpunkt, die Deeskalation in ihrer Quantität zu beschreiben?

Herr ... (DFPP): Quantitative Erhebungen würden wir uns sehr wünschen. Wir haben in Deutschland noch eine Menge zu tun, um das sachgerecht abbilden zu können. Was hier gerade in Form von Gewalt und Eins-zu-eins-Betreuung, Fixierungen und Behandlungen gegen den Wunsch und Willen von Patienten angesprochen worden ist, so ist da Prävention schon gescheitert. Prävention hat etwas mit Gewaltprävention, ausreichendem Personal, genügend Zeit zu tun, um zu entdecken, dass da – wie es hier schon genannt worden ist – Wolken am Himmel aufziehen, und darauf frühzeitig zu reagieren. Wir fordern daher einen Standard des Deeskalationstrainings für alle Menschen, die in Bereichen eingesetzt sind, die mit Unterbringungssituationen konfrontiert sind. Wir fordern dafür auch entsprechendes Fachpflegepersonal, das qualifiziert ist. Wir fordern genügend Zeit, dass so etwas gar nicht erst vorkommen muss. Ein Rettungsdienst sitzt manchmal auch eine Weile, bis er gerufen wird. Diese Zeit, vor Ort zu sein und fähig zu sein, auf die Situationen zu reagieren, die sich im Laufe des Tages zeigen, wird der Psychiatrie nicht gegeben. Eine Funktionalisierung der Psychiatrie, wie sie mit einer Fortschreibung der Psych-PV möglicherweise ansteht, ist desaströs für eine moderne Psychiatrie.

Frau ... (ver.di): Die Situation ist schon jetzt so, dass zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen für die Einrichtung der Eins-zu-eins-Betreuung Personal aus anderen Bereichen abgezogen wird und damit die Situation in anderen Bereichen schlechter wird. Es gibt keine quantitativen Erhebungen. Die Zahl der Eins-zu-eins-Betreuungen steigt grundsätzlich. Allerdings halten wir es für erforderlich, dass dieser Personalaufwand on top gerechnet wird – das ist jetzt nicht der Fall –, damit es den Anforderungen, die das Bundesverfassungsgericht an die Personalausstattung stellt, gerecht wird.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Als nächster Fragender die Patientenvertretung.

PatV: Ich habe zwei Fragen, die erste geht an die APK. Sie haben deutlich gemacht, dass die dreißig Jahre alten Minutenwerte inakzeptabel sind. Die Patientenvertretung hat vorgeschlagen, die Schussenrieder Tabelle als Grundlage für die Minutenwerte zu nehmen. Können Sie sagen, warum gerade diese Tabelle zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags beiträgt und inwieweit sie empirisch begründet ist?

Eine zweite Frage zu den Nachtdiensten. Wir haben auch eine Mindestvorgabe für den Nachtdienst vorgeschlagen. Da hätte ich gern die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei geistiger Behinderung, die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft gefragt, ob es notwendig ist, gleichzeitig die Personalvorgabe für die Nachtdienste zu regeln.

Herr Dr. ... (APK): Die Schussenrieder Tabelle war eine Notlösung Anfang 2018. Wir haben ähnlich wie der G-BA Expertenhearings im Rahmen der ZfP-Gruppe, also in ganz Baden-Württemberg, gemacht. Es sind 5 Prozent der deutschen Psychiatrie, die wir dort vertreten. Wir haben unsere Experten zusammengeholt und genau die Fragen gestellt, die Sie in den Expertenrunden auch gestellt haben: Wenn wir die Psych-PV in der Struktur so lassen, wo müssen wir an welchen Ecken mehr Personal hineintun? Wir haben dies auch begründen lassen. Man sieht, bei kürzeren Verweildauern haben wir mehr Fälle, wir haben mehr Aufnahmen, wir haben mehr Anamnesen. Dann kann man die Minutenwerte einer Anamnese nehmen und hochrechnen. Das war eine ordentliche Arbeit. Wir haben die damals aktuelle Literatur herangezogen, zum Beispiel Heuft et al., und die Psychosomatikbereiche eingearbeitet. Wir haben eine Forschungsabteilung, die das bei uns gemacht hat. Im Moment ist es für mich – ich bin seit zwei Jahren live in den Budgetverhandlungen – die aktuelle Notlösung, die die Dinge berücksichtigt, die wir 2018 gesehen haben. Es gab zum Beispiel verkürzte Verweildauern und rechtliche Rahmenbedingungen – das Urteil des Bundesverfassungsgerichts war noch nicht da –, erhöhter Doku-Aufwand usw. Wir haben es in Expertenrunden abgeschätzt. Das ist sicher nicht der Weisheit letzter Schluss. Es muss auch eine Struktur drin sein. Da ist nur A3, A4 drin. Auch die Psychosomatik ist berücksichtigt, der erhöhte Bedarf der Pflege ist berücksichtigt. Nicht drin ist die Gerontopsychiatrie. Aber meiner Meinung nach ist es eine Möglichkeit, für ein, zwei Jahre eine Notlösung zu machen. Inhaltlich deckt sich das, was ich aus anderen Quellen weiß, weitgehend mit Expertenmeinungen, die aktueller sind. Da sind, was man von der DGGPP-Plattform hört, die Zwangsgeschichten stärker drin. Aber im Prinzip wäre das eine Möglichkeit. Es ist die aktuellste mir vorliegende Tabelle. Ich halte das für besser als eine lineare Anhebung. Die strukturellen Besonderheiten der Psychosomatik müssen abgebildet werden. Linear geht das nicht. Es ist aus meiner Sicht nicht das Optimum, aber eine Notlösung.

Einen Satz zum Nachtdienst. Ich bin nicht zum Nachtdienst gefragt worden. Aktuell haben wir es verhandelt. Wir brauchen pro Akutstation mindestens 2 Nachtwachen im Ist unter den aktuellen rechtli-

chen Bedingungen, die vorgeschlagenen 1,6 pro Station sind nicht ausreichend. Die sind in Baden-Württemberg im Übrigen auch realisiert, die sind verhandelt und bereits in den Budgets realisiert.

Frau Dr. ... (DGSGB): In Bezug auf die Nachtdienste halte ich für Stationen mit Menschen mit Intelligenzminderung eine deutlich höhere Personalausstattung für notwendig als in der Allgemeinpsychiatrie. Ähnlich wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Gerontopsychiatrie besteht aufgrund der besonderen Bedürftigkeit und der körperlichen Komorbiditäten, der vermehrten Schlafstörungen, die sich auch häufig durch sensorische Behinderungen begründen, ein erhöhter Personalbedarf, dem Rechnung getragen werden muss, um eine Unterversorgung bei einer Eins-zu-eins-Zuwendung, die auch einmal eine halbe oder eine Stunde dauern kann und dringend erforderlich, zu verhindern.

Frau ... (DGGPP): Obwohl wir dazu nicht gefragt worden sind, sage ich ganz kurz etwas zu der Schussenrieder Tabelle. Aus Sicht der Gerontopsychiatrie ist die nicht akzeptabel, weil sie die von vornherein bestehenden strukturellen Ungerechtigkeiten in Bezug auf die Gerontopsychiatrie wieder aufnimmt und festschreibt. Womit will man begründen, dass ein 70-Jähriger mit einer Depression und einer beginnenden Demenzerkrankung weniger Psychotherapieminuten braucht als ein 40-Jähriger mit einer affektiven Erkrankung? Dies nur als Beispiel. Es gibt auch weniger Arztzeit. Ein Mensch mit einer hirnorganischen Erkrankung im Bereich der Gerontopsychiatrie hat auch in der Schussenrieder Tabelle – nicht nur in der Psych-PV – weniger Arzt.

Gefragt worden war zu den Nachtdiensten. Die Nachtdienste haben mehrere Aspekte. Eine Reihe der Aspekte ist schon genannt worden. Wenn Sie davon ausgehen, dass deeskalierende Maßnahmen jederzeit, auch nachts, möglich sein müssen, dann brauchen Sie eine höhere Nachtdienstbesetzung, sonst geht das nicht. Wenn nur eine Person auf der Station ist, kann sich nicht eine Person mit einem Patienten in einer schwierigen Situation beschäftigen, dann sind die anderen überhaupt nicht mehr versorgt. Wenn Sie Nachtdienste an bestimmte Stationsvoraussetzungen knüpfen, wie es heute in Verhandlungen zum Teil passiert, das heißt, ich habe die Akutaufnahmestation, die besser ausgestattet wird, und ich habe die Regelstationen, die schlechter ausgestattet werden, schreiben Sie bestimmte Behandlungskonzepte fest, die eigentlich überholt sind. Wenn man ein Bezugsstationensystem vertritt, gibt es nicht das Verschieben des Patienten von einer besonders gut ausgestatteten Station auf eine Station, auf der es dann mit Wechsel des Behandlungsteams ruhiger zugeht. Das heißt, aus unserer Sicht wäre es wichtig, dass die Nachtdienstausstattung ausreichend ist, und das bedeutet für jede 18-Betten-Station zwei Leute präsent, also eine entsprechende Personalausstattung. Wir haben in der Psychiatrie, wenn Sie sich das anschauen und auch wenn Sie sich die Entwicklung der taggenauen Psych-PV-Einstufungen über die letzten Jahre anschauen, zunehmend nur noch akute Patienten. Wir sprechen ja von einer Krankenhausbehandlung. Das heißt, eine solche gedankliche Trennung zwischen Akutstationen und anderen Stationen ist einfach nicht mehr angebracht.

Herr Prof. Dr. Dr. ... (DKPM): Ich wollte einfach nur sicherstellen, dass kein Informationsmangel besteht. Die Schussenrieder Tabelle entspricht jedenfalls nicht dem Personalbedarf, um eine psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexziffer à la 9-63, wie sie im OPS definiert ist, darstellen zu können. Das wäre eine krasse Unterfinanzierung des Personalbedarfs, den wir im Moment in der Psychosomatik-Psychotherapie haben. Das, glaube ich, Herr ... (APK), wissen Sie auch. Damit kommt man an dieser Stelle einfach nicht hin.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ich habe es so verstanden, dass es auch so erwähnt worden ist.

Herr Prof. Dr. Dr. ... (DKPM): Weil es so klingt, als ob das eine Lösung sein könnte. Das kann aus unserer Sicht gar keine Lösung sein.

Frau ... (ver.di): „Keine Nacht allein“, das muss auch für die Stationsbesetzung in der Nacht in den Psychiatrien und in der Psychosomatik gelten. Neben den genannten Gründen ist es schon allein aus Gründen der Unfallverhütung und der Vermeidung von Alleinarbeit notwendig, dass mindestens zwei Kräfte in jeder Schicht pro Station im Dienst sind. Insofern kann ich ausdrücklich unterstützen, dass eine Regelung notwendig ist. Die vorgesehene Ausstattung mit 1,6 reicht nicht aus, es müssen mindestens 2 sein.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. Ich habe den Eindruck, jetzt ist die Frage nach den Nachtdiensten hinreichend beantwortet. – Die Bundesärztekammer.

BÄK: Ich erlaube mir, vor meinen Fragen kurz auf etwas hinzuweisen. Ich möchte allen, die hier angehört wurden, persönlich meinen Respekt dafür aussprechen, was hier gesagt wurde. Ich sage das nicht einfach nur so, sondern es wird deutlich – das ist mir dabei wichtig –, worum es eigentlich geht, wie wichtig die Aufgabe ist und was das ist, was wir hier zu regeln haben. Es wird sehr deutlich, dass es um viel mehr geht als nur irgendwelche theoretischen Minutenwerte.

Daran schließen sich meine Fragen an, zunächst an die APK. Es ist vielleicht eine etwas gewagte Frage. Nun ist die APK eine Institution, in der auch Politik vertreten ist und in der, wie ich weiß, intensiv zwischen Politik und denen, die die fachliche Seite vertreten, diskutiert wird. Meine Frage: Gibt es aus diesen Diskussionen Informationen, Aufträge oder Ideen, wo die Politik eigentlich hin möchte, die Politiker, die in der APK davon auch etwas verstehen und sich damit befassen?

Meine andere Frage bezieht sich auf die Zwangsmaßnahmen. Ich würde gerne die Pflege, aber auch die BDK ansprechen. Auch das ist in Expertenrunden hier schon einmal Thema gewesen. Kann man durch mehr Personal Zwangsmaßnahmen verhindern, wenn ja, gibt es eine Möglichkeit, ganz grob abzuschätzen, ob es nur in Einzelfällen oder regelhaft der Fall ist, unter der Voraussetzung, dass man das Personal nicht daran misst, was man braucht, um jemanden, der fixiert ist oder einer Zwangsmaßnahme unterliegt, zu überwachen, sondern was man braucht, um jemanden, der ein Problem hat, das zu einer Zwangsmaßnahme führen könnte, so zu betreuen, dass diese Zwangsmaßnahme nicht notwendig ist?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke für die Fragen. Nun bitte die Antworten.

Herr Dr. ... (APK): Das ist eine ganz schwierige Frage. Ich kann nicht für *die* Politik antworten. Ich kann vielleicht für Strömungen antworten. Gehen wir ein Stück zurück, 2016, das PsychVVG, das war für die Politik ein Meilenstein, das war in der ganz klaren Erwartung, wir wollen die Situation der Psychiatrie verbessern, wir wollen die 30 Jahre seit der Psychiatrie-Enquete neu auflegen, und wir erwarten relativ klar, dass zum 1. Januar 2020 eine Verbesserung der personellen Situation kommt. Das erwartet die Politik. So sieht meiner Meinung nach die Politik auch den Auftrag des G-BA, egal was juristisch in der Zwischenzeit passiert ist. Wir haben 2018 das Pflegestärkungsgesetz. Das Thema Mindestpflegepersonalstandard ist dort anders definiert als vor drei Jahren. Die Erwartung der Verbände, der Politik, der Vertretung der psychisch Kranken, ist ganz klar: Am 1. Januar 2020 muss nach 30 Jahren etwas passieren. – Das ist die Erwartung. Wenn der G-BA aus irgendwelchen Gründen nicht in der Lage sein sollte, diesen Auftrag zu erfüllen, dann muss er ihn abgeben, und er muss woanders abgearbeitet werden. Wir müssen relativ schnell – am 31. Dezember läuft die Psych-PV aus – Rechtssicherheit für die Budgetverhandlungen ab 1. Januar 2020 schaffen. Im Notfall muss der Bun-

destag noch im Dezember irgendetwas tun, um Vorgaben für Januar zu machen. Wie sollen wir ab Januar Pflegesätze verhandeln, Psych-PV ist weg, Sie machen eine Mindestvorgabe, nach der ich keine Budgetsicherheit habe? Wir haben eine Lücke in der Personalbemessung. Ich glaube, die wird zusehends auch zumindest von einem Ministerium so gesehen, dass sie sich Gedanken machen, was passieren würde, wenn etwas kommt, was für die Verbände nicht akzeptabel ist. So sehe ich die Situation, aber das ist meine persönliche Meinung.

Frau ... (DFPP): Zur Frage mit den Zwangsmaßnahmen und den Personalquoten. Wir haben erste Hinweise, dass Stationsgröße und Quantität von Personal zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen führt. Wir haben aber auch deutliche Befunde, dass die Qualität von Personal zu einer deutlichen Reduzierung von unerwünschten Ereignissen generell in der Krankenhausbehandlung, aber auch in der Psychiatrie führt. Wir haben Augenscheinevidenz, aber sehr deutliche, dass Bezugspflege, die funktioniert, eine gute Präsenz bei Personal und eine verbindliche Herstellung von Kontakt am besten ist, um den Zwang zu reduzieren. Solange ich eine Beziehung habe, schlage ich nicht zu. Das ist das, worunter wir in der psychiatrischen Pflege am meisten leiden. Durch die Reduktion von Personal haben wir so wenig Kontinuität, um das Prinzip der Bezugspflege konsequent und gut durchzusetzen. Wir sind vollkommen sicher – ohne es beweisen zu können –, dass das wirklich zu einer wirksamen Reduzierung der Zwangsmaßnahmen führen würde.

Die Eins-zu-eins-Betreuung muss man davon getrennt sehen. Eins-zu-eins-Betreuung wird auch für eine engmaschige Begleitung gemacht, die kann auch nachgehend sein und kann auch vom Patienten gewünscht sein. Es kann bestimmte Drucksituationen geben, die er nicht eskalieren möchte, wo er es einfordert, das ist nicht immer als Zwangsmaßnahme zu sehen. Wir glauben schon, je früher man interveniert, desto mehr reduziert sich in der Folge die Dauer von solchen Maßnahmen. Aber es ist viel Augenscheinevidenz.

Herr Prof. Dr. ... (BDK): Wir haben in einer S3-Leitlinie der DGPPN die Evidenz zu all diesen Dingen aufgearbeitet. Wie Frau ... (DFPP) schon gesagt hat, rein wissenschaftlich betrachtet ist die Evidenz dafür, dass mehr Personal Zwangsmaßnahmen verhindert, relativ schwach, was aber vor allem daran liegt, dass die Einflussfaktoren so riesig sind. Die Stationsgröße spielt eine Rolle, es spielt eine Rolle, wo die Station liegt und Ähnliches. Deswegen darf man sich davon nicht verwirren lassen. Es gibt auch keine doppelblinde randomisierte Studie zur Frage, ob Fallschirmspringer unbedingt einen Fallschirm brauchen. Gewisse Dinge liegen einfach auf der Hand. Es ist deshalb eine wichtige Frage, weil es zeigt, dass der evidenzbasierte Ansatz nicht überall zum Ziel führt. Wir müssen gewisse Dinge normativ regeln. Es ist ganz klar, dass ich nie beweisen werden kann, dass auf einer Akutstation zwei pflegerische Nachtwachen benötigt werden. Aber es ist völlig evident, dass nur dann, wenn da zwei Nachtwachen sind, Patienten, denen es akut schlecht geht, wirklich konkret und individuell versorgt werden können. Es darf also meines Erachtens niemand sagen, wir werden erst dann zweieinhalb Nachtwachen auf Stationen einsetzen, wenn es tatsächlich bewiesen ist, dass das hilft. Wir müssen normativ arbeiten. Da sind die Zielrichtungen völlig klar.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Der GKV-SV.

GKV-SV: Meine erste Frage richtet sich an die APK und die BDK. Aus unseren Einschätzungen haben wir noch eine erhebliche Umsetzungslücke bei der Psych-PV. Nach unseren Angaben erfüllen 47 Prozent der Krankenhäuser die Psych-PV-Vorgaben zum aktuellen Stand nicht. Ich möchte von Ihnen wissen, wie die von Ihnen geforderten 120 Prozent einer höheren Anforderung dann auch, wie formuliert, in einer ersten Stufe umgesetzt werden sollen und wie Sie sicherstellen können, dass dieses Personal dann in einer ersten Stufe, 2020, bei den Patienten ankommen soll.

Meine zweite Frage richtet sich an die DFPP. Wir würden gern Ihre Gründe für den stationsbezogenen Nachweis hören wollen.

Herr Dr. ... (APK): Von der GKV-Seite finde ich das eine interessante Frage. Wir haben seit 1991 die Vorgabe Psych-PV 100 Prozent im Gesetz stehen und haben seit 1993 Probleme, das in Pfllegesatzverhandlungen umzusetzen. Ich sitze regelmäßig in den Verhandlungen und habe enorme Schwierigkeiten, die 100 Prozent überhaupt ins Budget zu bekommen. Dass wir jetzt aktuell nach zwei Jahren, seit dem PsychVVG 2016, bessere Verhandlungsbedingungen haben und dass einige Krankenhäuser erst nachziehen müssen und deshalb die 100 Prozent noch nicht erreicht haben, liegt nicht an den Krankenhäusern, sondern der Finanzierung, die Sie 30 Jahre lang verweigert haben.

GKV-SV: Diese Stellen sind in den Budgets berücksichtigt. Das, was an Personal jetzt fehlt, ist auf das bezogen, was im Budget vorgesehen ist.

Herr Dr. ... (APK): Ich lasse es erst einmal so stehen. Ich kann Ihnen Zahlen aus meinen Häusern nennen. Ich habe sieben Häuser. Wir sind zwischen 105 und 109 Prozent Psych-PV im Ist in 2018 angekommen. Ich komme wieder zurück auf unsere Verhandlungstechnik. Wir legen in den Verhandlungen zum Teil andere Bedarfe zugrunde und bekommen sie zum Teil auch realisiert. Ich denke schon, dass die psychiatrischen Häuser bei einer Vorgabe von 120 Prozent, die wir hier machen, das im Laufe der nächsten Jahre erfüllen werden und am Markt auch generieren können.

Herr Prof. Dr. ... (BDK): Ich gebe Herrn ... (APK) weitgehend recht, aber es ist nicht der einzige Grund, aus dem das nach der Psych-PV nicht voll erfüllt ist. Es gibt in den letzten zwei bis drei Jahren zunehmend ein Rekrutierungsproblem. Ich denke schon, dass man offen zugeben muss, dass eine plötzliche Steigerung um 20 Prozent in der Realität gar nicht umsetzbar ist. Es wäre schon klarzulegen, dass – um diese Zahl einmal zu nennen – die 20 Prozent das Ziel sind, das erreicht werden muss. Wie und in welchen Zeiträumen und mit welchen Mitteln, müsste man separat diskutieren. Es wäre denkbar, dass man das in Stufen macht, es wäre denkbar, dass man den Krankenhäusern Mittel an die Hand gibt, Personal zum Beispiel besser zu bezahlen, als das in anderen Bereichen der Medizin der Fall ist, bis die Quoten erfüllt sind. Da gäbe es schon Möglichkeiten. Aber da liegt ein gewisser wunder Punkt. Sie werden nicht behaupten können: „Geben Sie uns die 20 Prozent“, und am 1. Januar werden die erfüllt.

(Dr. ... (APK): Wenn wir 30 Jahre Zeit haben!)

Frau ... (DFPP): Sie hatten eine Frage an mich. Ich freue mich, dass auch ich mich zum Nachweis äußern darf. Unsere Fachgesellschaft hat immer für funktionierende Nachweise plädiert, weil auch wir davon in den vergangenen Jahren profitiert haben. Zur aktuellen Personalrichtlinie haben wir explizit gesagt, wir wollen keine stationsbezogenen Nachweise, sondern einen Ganzhaus- und einen Jahresbezug, weil wir keine bedarfsorientierte Besetzung haben. Solange wir nicht bedarfsorientiert besetzen, ist ein stationsbezogener Nachweis ein Genickschuss für die Kliniken. Das wollen wir explizit nicht. Da haben wir eine falsche Datenvorlage.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Dann kommt die BPtK.

BPtK: Ich habe eine Frage an die DGGPP und die BDK. Sie haben beide gesagt, dass es in einer Stufe II ein neues Modell zur Personalbemessung geben sollte. Vielleicht können Sie noch ganz kurz die Hauptgründe nennen, warum die Psych-PV-Systematik unabhängig von einer Diskussion um die Erhöhung der Minutenwerte, in einem ersten Schritt oder nicht, grundsätzlich von einem neuen Mo-

dell zur Personalbemessung abgelöst werden muss und warum die Psych-PV an sich nicht mehr zeitgemäß ist und darum eine schrittweise Anpassung oder Veränderung in einem Zweijahresrhythmus nicht ausreichend wäre.

Frau ... (DGGPP): Die Psych-PV war bei ihrer Einführung und lange Zeit danach ein sehr fortschrittliches Personalbemessungssystem und hat zu sehr großen wünschenswerten Veränderungen in der Psychiatrielandschaft geführt. Aber durch die fehlende Dynamisierungsklausel und die Festschreibung ist einfach die Lücke zwischen dem, was damals an Vorgaben und Tätigkeiten beschrieben worden ist, und dem, was heute Realität ist, so groß, dass man aus unserer Sicht das ganze Modell neu auflegen muss. Was aber auf jeden Fall erhaltenswert und weiterverfolgenswert ist – das macht der Ansatz der Plattform-Modells –, ist, ausgehend von den Patientenbedarfen in verschiedenen Krankheitssituationen Tätigkeitsbeschreibungen für die verschiedenen Berufsgruppen aufzustellen und auf der Basis dieser Tätigkeitsbeschreibungen zu einer Stellenbemessung zu kommen. Diesen Ansatz wirft auch das Plattform-Modell nicht über Bord. Was aber sehr wohl über Bord geworfen wird, ist der nicht mehr zeitgemäße Ansatz, die Patienten von vornherein in ein A-G-S-System einzuteilen. Zudem – das haben wir heute schon mehrfach gehört – wurde vorgeschlagen, noch eine P-Einteilung einzuführen, noch eine Einteilung für die geistig Behinderten einzuführen, was einzeln oder im Rahmen der Psych-PV-Systematik betrachtet verständlich ist, aber letzten Endes dazu führt, dass es eine Wahnsinnsanzahl von Stufen und Einstufungen geben würde. Wir würden deswegen eher dafür plädieren – wie es im Plattform-Modell ausgeführt ist –, dass von den drei Kategorien psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsbedarf, somatischer Behandlungsbedarf und psychosozialer Behandlungsbedarf ausgegangen wird und man auf dieser Basis zu Kategorien kommt. Das bedeutet nicht, von vornherein zu sagen, ich gehe davon aus, dass jemand behindert ist, dass jemand alt ist, dass jemand ein bestimmtes Krankheitsbild hat. Dazu kommt, dass wir mit einer zunehmenden Multimorbidität auch mit psychiatrischen Doppel- und Mehrfachdiagnosen zu rechnen haben. Wir haben schon jetzt Auseinandersetzungen mit dem MDK, wenn solche Prüfungen kommen, wo jemand einzuordnen ist, der mehrere Diagnosen hat. All diese Dinge, finde ich, sollten wir versuchen zu vereinheitlichen.

Herr Prof. Dr. ... (BDK): Der Hauptnachteil der so segensreichen Psych-PV war, dass sie eigentlich nach wie vor einen einrichtungsbezogenen und keinen personenbezogenen Ansatz hatte. Die A-G-S-Einteilung kommt aus den „alten“ Fachkrankenhäusern. Das darf ich als Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz sagen, weil ich die Krankenhäuser organisiere, in denen diese Abteilungen einfach vorzufinden waren, gerontopsychiatrische, allgemeinpsychiatrische und suchtmmedizinische Abteilungen. Das betrifft aber nicht mehr die heutigen strukturellen Voraussetzungen. All die Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern, die nicht so groß sind, haben das gar nicht strukturell, und es trifft vor allem nicht den Bedarf des Patienten. Wie Frau ... (DGGPP) gesagt hat, müssen wir im Grunde genommen zunächst schauen, in welchen Bereichen der Patient welchen Bedarf hat. Wir haben in dem Plattform-Modell drei Bereiche definiert, die unserer Meinung nach alles, was es so gibt, abdecken, das Psychiatrisch-Psychotherapeutische, das Somatische und das Psychosoziale. Anhand dieser Bedarfsgruppen kann für jeden Patienten ermittelt werden, was übrigens eine Aufgabe ist, die erst in der Zukunft erfüllt werden muss, was für den Bedarf, den der Patient hat, tatsächlich an Personal notwendig ist. Daraus lässt sich dann – damit komme ich zurück auf die Psych-PV – ein einrichtungsbezogenes Personaltableau errechnen. Das wäre der Weg, den wir sehen würden. Er lässt sich innerhalb der Psych-PV nicht mehr verfolgen, weil sie das grundsätzlich nicht hergibt.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Die DKG.

DKG: Ich habe eine Frage an die APK, die BDK und die DFPP. Auch andere Stellungnehmer sagen, dass Sie sich sehr deutlich für die Definition von zwei Zahlen, also Personalbemessungsstandard und Personalmindestvorgaben, aussprechen. Können Sie noch einmal verdeutlichen, warum das aus Ihrer Sicht wichtig ist? Vor allen Dingen: Was sind Ihre Bedenken bei einer ausschließlichen Definition einer Mindestpersonalvorgabe?

Herr Dr. ... (APK): Wenn wir ausschließlich Mindestpersonalvorgaben definieren würden, hätten wir Schwierigkeiten, in den Budgetverhandlungen irgendetwas auf diese Mindestvorgaben zu verhandeln. Wir müssten jede einzelne Stelle begründen, die wir mehr brauchen, obwohl wir uns hier alle einig sind, dass die Mindestpersonalvorgaben keine leitliniengerechte und qualitativ gute Behandlung sichern. Das heißt, wir brauchen normativ eine Personalbemessung analog Psych-PV, die leitliniengerechte und qualitativ hochwertige Behandlung ermöglicht, und darunter – wir haben auch noch Qualitätsstandards – eine Untergrenze, die nicht unterschritten werden darf. In dieser Bandbreite können wir arbeiten. Das ist, glaube ich, in jedem anderen Fachgebiet auch so.

Frau ... (DFPP): Es gibt zwei Kernkritikpunkte an der Mindestvorgabe. In der Somatik haben wir die Personaluntergrenzen-Verordnung. Die eine Kritik ist, da ist keine Evidenz dahinter, da werden irgendwelche Zahlen heruntergerechnet und Perzentile oder Prozente genommen, und dann wird es festgelegt. Man muss das schon auch mit Evidenz belegen, warum genau das die Sicherheit der Patienten gewährleistet. Wenn wir eine Mindestpersonalberechnung hätten, von der wir sagen können, da sind die Patienten sicher, würde ich es akzeptieren können.

Zweitens. Die jetzige Form in der Somatik macht uns skeptisch, weil die Personaluntergrenzen-Verordnung, die sehr rigide ist, einfach zu einer permanenten Verschiebung von Personal führt, was eine qualitative Arbeit auf der Basis von Beziehung aufbauen und Kontinuität herstellen verhindert. Das ist die Sorge, die man mit einer solchen Untergrenzenverordnung hat. Man ist bei einer besseren Ausstattung über eine Personalbedarfsrechnung, bei der man auch variieren und situative Aspekte würdigen darf, flexibler und situationsgerechter.

Herr Prof. Dr. ... (BDK): Die BDK hat wie andere auch die Idee der echten Untergrenzen aus dem Richtlinienentwurf übernommen und nicht als eigene Idee geboren. Ich bin nicht ganz sicher, ob, wenn wir gemeinsam in den nächsten Jahren tatsächlich vernünftige Personalmindestvorgaben, die qualitätsgestützt sind, entwickeln, dann solche quantitativen Untergrenzen überhaupt noch benötigt werden. Aber für eine Übergangszeit muss man schon sicherstellen, dass es ein absolutes Minimum gibt. Für diese drei Jahre – für die von uns vorgeschlagenen drei Jahre, vielleicht werden es mehr – braucht es das in dieser Form.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Die Patientenvertretung.

PatV: Meine ursprüngliche Frage hat die DKG schon gestellt. Ich würde ersatzweise die BDK fragen. Wir haben in Ihrer Stellungnahme eine Äußerung zu den Genesungsbegleitern vermisst. Ist das Zufall, Absicht, oder ist das mit Ihren Mitgliedern abgestimmt?

Herr Prof. Dr. ... (BDK): Das ist tatsächlich so, das ist kein Zufall. Wir sehen zum jetzigen Zeitpunkt – wir reden immer vom jetzigen Zeitpunkt, nicht vom Plattform-Modell – keine Möglichkeit, tatsächlich in ausreichendem Umfang Genesungsbegleiter einzusetzen. Im bayerischen Raum gibt es etwa fünf Kliniken, bei denen das gut funktioniert, weil es schon Personen gibt, die das tatsächlich können. In anderen Kliniken gibt es im Moment überhaupt niemanden, der das tatsächlich übernehmen könnte.

Deswegen finde ich es zum jetzigen Zeitpunkt schlicht verfrüht, Genesungsbegleiter verpflichtend in einem Personaltabelle vorzusehen.

PatV: Es ist eine Kannvorschrift, keine Verpflichtung. Im ersten Schritt. Sie müssen nicht, Sie können.

Herr Prof. Dr. ... (BDK): Aber können tun wir auch, ohne dass es da drinsteht.

PatV: Aber dann bekommen Sie es mit den Kassen nicht abgerechnet.

Herr Prof. Dr. ... (BDK): Okay. Das haben wir da so vielleicht nicht betrachtet.

PatV: Genau.

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

GKV-SV: Ich habe drei Fragen an Frau ... (ver.di) von ver.di und eine Frage an Frau ... (DFPP).

Frau ... (ver.di), Sie hatten sich schon zum stations- und monatsbezogenen Nachweis geäußert. Die stations- und monatsbezogenen Nachweise einer Einrichtung werden in unserem Vorschlag gesammelt und einmal im Jahr an den G-BA gesendet. Der G-BA prüft dann die Umsetzung und hat dann gegebenenfalls die Möglichkeit, Anpassungen einzuleiten. Wir haben ausgerechnet, dass eine solche erste jährliche Sendung frühestens im Frühjahr 2022 erfolgen könnte. Ich möchte Sie an dieser Stelle fragen, ob Sie die jährliche Sendung an den G-BA für ausreichend halten. Die zweite Frage bezieht sich darauf, dass Sie den Grundsatz unterstützen, wonach die Erfüllung der verbindlichen Mindestvorgaben Voraussetzung für die Behandlung von Patienten ist. Aus welchem Grund sehen Sie die Notwendigkeit, dass die Mindestvorgaben erfüllt werden müssen, um Patienten zu behandeln? Daraus resultiert die dritte Frage: Was bedeutet dieser Grundsatz für die Folgen? Welche Folgen würden Sie vorsehen?

Frau ... (DFPP), an Sie habe ich eine Frage, die wir in der AG PPP diskutiert haben. Wir überlegen, ob wir die Pflegefachpersonen oder – so heißt es in der alten Psych-PV – das „Krankenpflegepersonal“ umbenennen sollen in „Pflegefachkräfte“. Das ist uns von vielen Organisationen angetragen worden. Wir haben dann aber das Problem, dass „Pflegefachkräfte“ nach der jetzigen Regelung auch Altenpflegepersonal beinhalten. Wir möchten Sie fragen, wie Sie dazu stehen.

Frau ... (ver.di): Zunächst zu der ersten Frage, ob aus unserer Sicht eine jährliche Meldung der Nachweise an den G-BA ausreicht. Wir setzen uns für einen kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess ein. Dafür ist es erforderlich, dass die Nachweise so rechtzeitig vorliegen, dass ohne große Zeitverzögerung an der Weiterentwicklung gearbeitet werden kann. Deshalb halten wir es für sachgerecht, dass es eine unterjährliche, beispielsweise quartalsweise Meldung der Einrichtungen an den G-BA gibt. Auch da weise ich darauf hin, dass sich der Dokumentationsaufwand auf ein notwendiges Maß beschränken muss. Aber die wesentlichen Daten, der Dienstplan, der EDV-gestützt läuft, sind in den Krankenhausinformationssystemen vorhanden.

Zur zweiten Frage, dass Mindestvorgaben für die Behandlung der Patientinnen und Patienten erforderlich sind. Das Ziel muss sein, dass das notwendige Personal für eine sichere Versorgung der Patienten jederzeit vorhanden ist. Das bedeutet aber am Ende – das darf kein Tabu sein –, dass weniger Patienten aufgenommen werden, wenn das erforderliche Personal nicht vorhanden ist. Das schützt das Personal vor Überlastung. Vorhin war die Frage, woher das erforderliche Personal kommen soll. Man muss heraus aus dem Teufelskreislauf der belasteten Beschäftigten in den psychiatrischen Ein-

richtungen. Es muss eine klare Perspektive dafür geben, dass es verbindlich mehr Personal gibt, damit die Fachkräfte gehalten und auch neue Fachkräfte gewonnen werden können.

In der Konsequenz: Es muss Konsequenzen haben, wenn Mindestpersonalvorgaben nicht eingehalten werden, die eine sichere Versorgung der Patienten gewährleisten. Deshalb setzt sich ver.di – diesen Vorschlag haben wir gemacht – für eine Sanktionskaskade ein, die beispielsweise so aussieht, dass, wenn das erforderliche Personal nicht zur Verfügung steht, zunächst ein Aufnahmestopp verhängt wird, gegebenenfalls Patientinnen und Patienten verlegt werden, Betten gesperrt werden, bis der Engpass behoben ist. Verantwortlich dafür ist das jeweilige Krankenhausmanagement. Die Notfall- und Krisenversorgung ist aber jederzeit sicherzustellen. Heute ist schon die Vorhaltefunktion genannt worden. Das heißt natürlich auch, dass sie sich in den Mindestvorgaben widerspiegeln muss, sodass ein Puffer für die Patientinnen und Patienten da ist, die beispielsweise zwangseingewiesen werden. In die weiteren Details möchte ich gar nicht einsteigen. ver.di setzt sich für eine Sanktionskaskade ein, denn nicht eingehaltene Vorgaben müssen Konsequenzen haben, für gute Arbeit und die sichere Versorgung der Patienten.

Herr ... (DFPP): Zur Frage nach den Bezeichnungen. Das hilft uns, eine vernünftige Semantik darzustellen. Wir werden zukünftig Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner haben, und wir werden damit Pflegefachpersonen haben, die dreijährig qualifiziert sind. Der Begriff „Krankenpflege“ stammt in der Psych-PV noch aus alter Gesetzgebung. Inzwischen ist es die Gesundheits- und Krankenpflege, die wird aber obsolet sein. Im SGB XI und anderen Regelungen wird von „Pflegefachkräften“ gesprochen, wenn dreijährig qualifizierte Pflegenden eine Tätigkeit übernehmen. Wir plädieren dafür, zukunftsgerichtet „Pflegefachpersonen“ als einen Begriff zu nehmen, der zukünftig die generalistisch Ausgebildeten und bei denjenigen, die eine kontrollierte Qualifikation haben, die dreijährig Examinierten beschreibt. Wenn man die Gesetzestexte nimmt, müsste man gegebenenfalls „Pflegefachkräfte“ sagen, weil das in den Vergütungsregelungen für die KVen so steht.

Damit wollen wir auch sagen, dass in der Gerontopsychiatrie zum Beispiel die hohen sozialpflegerischen Kompetenzen von Altenpflegepersonen ein Riesengewinn sind, und sie werden heutzutage so eingesetzt. Wir erleben, dass Gesundheits- und Krankenpflegerinnen auch in der Altenpflege eingesetzt werden, weil der medizinische Bedarf in der Versorgung extrem hoch ist. Wir werden zukünftig qualifizierte Pflegefachpersonen haben, die sich im jeweiligen Setting qualifizieren und damit auch als ein Begriff genannt werden müssen. Wir schließen damit endlich etwas ein, was schon lange zu unserer Arbeit gehört, und wir nehmen eine Zukunftsbezeichnung vorweg.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Der DPR.

DPR: Ich habe eine Frage an die DFPP. Können Sie etwas zum Basissockelwert von 5.000 Minuten pro Station sagen?

Frau ... (DFPP): Die aktuelle Psych-PV sieht Regeltätigkeiten vor und für die Regeltätigkeiten Minutenwerte pro 18 Patienten pro Woche. Für die Pflege ist es so geregelt, dass es diese Minuten gibt, und von der Gesamtminutenzahl wird der Personalbedarf einer 18-Betten-Station berechnet, und von diesen gewonnenen Minuten werden 5.000 Minuten als Sockelwert ausgewiesen, die dann nicht mehr weitergeschrieben werden. Das heißt, wenn der 19. Patient kommt, werden anteilig – bei 5.000 Minuten sind es pro Patient 278 Minuten – Minuten pro Patient und Woche abgezogen. Von den definierten Regeltätigkeiten, die beschrieben sind, und von den Minutenwerten, die als notwendig erachtet werden, bekommt der 19. Patient 278 Minuten weniger, der 20., 21., 22. auch. Das ist in der Tat von vielen nie verstanden worden, weil alle denken, die 5.000 Minuten kommen obendrauf. Aber das ist nur ein Festfrieren von bestimmten Werten. Deswegen wehren wir uns so dagegen. Dies hat sich

nicht durchgesetzt, führt aber dazu, dass bei großen Stationen die anerkannten Regeltätigkeiten, die anerkannten Minutenwerte dann nicht mehr finanziert werden. – Reicht das?

(DPR: Ja!)

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

DKG: Wir haben jetzt schon viel über die Flexibilität bei der Einhaltung der Mindestvorgaben gehört und gesprochen, Stationsbezug vs. Einrichtungsbezug, Jahresbezug vs. Monatsbezug. In diesem Zusammenhang haben wir sehr oft auch in der AG das Konstrukt der Stationen besprochen, also inwiefern es da in der Versorgung schon gravierende Veränderungen gibt. Aus unserer Sicht würde man das tradierte Modell einer Station eher zementieren, wenn man darauf wieder die Mindestvorgaben beziehen würde. Mich würde interessieren – diese Frage richtet sich an Herrn ... (BDK), aber auch an die Psychosomatik, die andere Strukturen hat –, wie Sie es beurteilen, wenn man diesen Bezug herstellen würde.

Meine zweite Frage. Überraschenderweise haben wir heute noch gar nicht über die stationsäquivalente Behandlung gesprochen. Deswegen starte ich da, weil uns das immer umtreibt. Wir haben eine eigene Kategorie kreiert, aber keine Minutenwerte hinterlegt. In diesem Zusammenhang haben wir aber auch diskutiert, ob es für den Bereich der Gerontopsychiatrie und auch Sucht eine eigene Kategorie stationsäquivalente Behandlung bräuchte. Mich würde die Auffassung von Herrn ... (DGGPP), Frau ... (DGGPP), aber auch von Herrn (DG-Sucht) interessieren.

Herr Prof. Dr. ... (BDK): Was den Begriff der Stationen angeht. Ich habe vorhin angedeutet, dass schon heute in den meisten, zumindest in größeren Krankenhäusern sehr viele therapeutische Aktivitäten nicht stationsgebunden erfolgen, sondern in zentralen Einheiten, zum Beispiel die Ergotherapieeinheiten in sporttherapeutischen Einheiten. Mittlerweile gibt es aber auch in der Psychiatrie – das leitet zur Psychosomatik über – Klinikkonzepte, bei denen im Grunde genommen alle Therapie außerhalb einer Station stattfindet oder, wenn man es etwas plakativer ausdrückt, gar keine Station mehr existiert, sondern für die Patienten, die vollstationär sind, eine Art Wohntrakt und ein Therapeutentrakt. Da geht es dann überhaupt nicht mehr, Stationsbezüge herzustellen. Diese neueren, bisher nur in wenigen psychiatrischen Kliniken angewandten Konzepte sind sehr zukunftsweisend. Ich glaube nicht, dass die sich flächendeckend durchsetzen, aber sie werden zunehmen. In solchen Einrichtungen wäre es überhaupt nicht möglich, einen Stationsbezug im Nachweis herzustellen.

Herr Prof. Dr. Dr. ... (DKPM): Ich spreche jetzt für die DGPM, für die Psychosomatik-Psychotherapie. Wir haben die Anhaltzahlen auf 18 Betten bezogen. Wir würden als Fachgesellschaft den Stationsbezug, von experimentellen Einzelansätzen, die da und dort versucht werden, abgesehen, auf keinen Fall aufgeben, weil wir das stationäre Milieu, die von Frau ... (DFPP) angesprochene Beziehungsarbeit innerhalb der Kleingruppe, als hochwirksam und hochbedeutsam einschätzen. Man kann sonst auch kein Bezugspflegekraftsystem fahren usw., was wir alles als sehr wichtig einschätzen. Insofern mag es stationsübergreifende Angebote geben, aber für uns ist zentral, dass diese Mitarbeiter – das ist wieder kostenintensiv – bei den jeweiligen Teambesprechungen anwesend sind, die pro Setting – wenn man von 18 Betten ausgeht, haben wir zwei Settings pro Station – mit 1,5 Stunden pro Woche nach dem OPS 9-63 auch wirklich da sind, damit ein Patient, der in der Einzeltherapie ein Thema aufgreift, es dann in der Bewegungstherapie oder in der Gestaltungstherapie fortsetzt. Das wird dann wieder berichtet, damit man es bei der nächsten Einzeltherapie aufgreifen kann usw. Unsere Patienten sagen am Ende der stationären Behandlung: Man merkt, dass alle Mitarbeiter an einem Strang ziehen und durchgängig über alle Berufsgruppen hinweg mein Therapieziel,

meine Grundproblematik immer wieder in den einzelnen Felder aufgegriffen wird und ich nicht bis zur nächsten Einzeltherapie warten muss. – Das ist an eine stationsbezogene Arbeit gekoppelt. Wenn die 18 Betten in einer Klinik 24 sind, dann müsste man, wenn man mit Sockeln usw. rechnet, das entsprechend aufrüsten, also mitrechnen, und nicht bei den 5.000 Minuten, wenn man in dieser Logik bleibt, stehen bleiben. Das heißt, 18 plus eine gewisse Korridorflexibilität, das wäre unser Petikum.

Frau ... (DGGPP): Ich würde beide Antworten gern miteinander verbinden. Herr ... (BDK) hat zwei Extreme – extrem in dem Sinn, dazwischen liegt sehr viel – an Behandlungskonzepten genannt. Dazwischen liegt einfach sehr viel. Ich denke, wir sind in Bezug auf psychiatrische Behandlungskonzepte in Deutschland im Moment in einer Umbruchssituation. Es gibt im Rahmen der Modellvorhaben Versuche, andere Behandlungskonzepte auszuprobieren. Es gibt diagnosebezogene, stationsübergreifende Therapiegruppen; die sind schon erwähnt worden. Die lassen sich schwer zurückrechnen. Es gibt aber auch eine zunehmende Tendenz vor allen Dingen bei den Schwerkranken, die längere Krankheitsepisoden haben, eine Behandlerkonstanz herzustellen, indem man ein Behandlungsteam hat, das durch die verschiedenen Settings, Fallstatus, wie immer man das definieren will, für einen Patienten konstant bleibt, das heißt vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär und dann auch ambulant. Dann stehen immer dieselben Bezugstherapeuten für die Person zur Verfügung. Es hat Augenscheinevidenz in Bezug auf die Auswirkungen auf Gewaltbereitschaft und Zwangsmaßnahmen, wenn ein Behandlerwechsel nicht stattfindet. Das heißt, natürlich muss die stationsäquivalente Behandlung einbezogen werden. Genauso wie wir dafür plädieren, in Bezug auf das Personalbemessungssystem von der A-G-S-Einteilung wegzukommen, würde ich das auch für die stationsäquivalente Behandlung machen. Warum sollen für einen G-Patienten stationsäquivalent andere Minutenwerte zugrunde gelegt werden als für einen A-Patienten? Letztlich müsste es sich danach richten, wie viel ein Patient in einer bestimmten Krisensituation braucht, unabhängig davon, ob er jetzt A oder G nach der Psych-PV-Einteilung ist.

Herr Prof. Dr. ... (BDK): Darf ich zu diesem Thema kurz etwas ergänzen? – Die stationsäquivalente Behandlung ist ein neues Instrument, das den Weg in eine hoffentlich glorreiche Zukunft der Versorgung der Patienten im häuslichen Umfeld öffnet, die über dieses sehr starre Modell hinaus steht. Gerade dafür brauchen wir flexible Modelle in der Zukunft. Das spricht wieder dafür, die starren Einteilungen, auch die Einteilung in ambulant, teilstationär und vollstationär, langfristig zu verlassen und eher dynamische Systeme bezüglich des Settings einzuführen.

Herr Prof. Dr. ... (DG-Sucht): Ich möchte mich dem anschließen. Ich führe ein solches Anforderungsprofil am Standort gerade ein. Ich muss es im Moment normativ berechnen, wenn ich Personalausstattung machen soll. Es wird je nach Diagnosegruppe und Schweregrad der Behandlung unterschiedlich sein. Es wird in der Suchtmedizin anders aussehen als in der Gerontopsychiatrie. Eine gewisse Flexibilisierung ist schlicht und ergreifend notwendig, damit ich spezifisch auf die Bedürfnisse der Betroffenen, der Patienten vor Ort, eingehen kann.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Eine Frage noch der Patientenvertretung.

PatV: Meine erste Frage betrifft die Genesungsbegleiter und richtet sich an die APK. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme vorgeschlagen, zu prüfen, ob die Sollvorschrift in Bezug auf die Genesungsbegleiter irgendwann in eine Mussvorschrift umgesetzt werden kann. Wann, meinen Sie, könnte das umgesetzt werden, und welche Kriterien müssten erfüllt sein? Auch Herr ... vom Dachverband Gemeindepsychiatrie hat über die Genesungsbegleiter gesprochen. Vielleicht kann auch er etwas dazu sagen.

Zweitens habe ich eine Frage ebenfalls an Herrn ... vom Dachverband Gemeindepsychiatrie. Sie haben vorgeschlagen, dass in den Tragenden Gründen der Richtlinie die Begriffe „Betten“ durch „Plätze“ und „Station“ durch „Behandlungseinheit“ ersetzt werden sollten. Welchen positiven Einfluss auf die Behandlungsqualität hätte das? Wäre das ein erster Schritt zur sektorenübergreifenden Versorgung?

Herr Dr. ... (APK): Die APK setzt sich dezidiert dafür ein, Genesungsbegleiter in eine Personalbemessungsrichtlinie als eine Berufsgruppe aufzunehmen. Das ist zukunftsweisend. Wir haben in vielen Bereichen damit bereits gute Erfahrungen gemacht. Die Schwierigkeit ist, wie bereits genannt, dass wir nicht in allen Standorten flächendeckend ausreichend qualifizierte Genesungsbegleiter haben. Es entstehen im Moment an verschiedenen Ecken Ausbildungsgänge. Zur konkreten Umsetzung würden wir vorschlagen, dass man, falls es so bestehen bleibt, im Sockel der bisherigen Minutenanzahl zum Beispiel 1.000 Minuten pro Station für Genesungsbegleiter vorsieht, die man dann nutzen kann. Ich denke, dass wir noch drei bis vier Jahre brauchen, um wirklich regelmäßig Genesungsbegleiter auf jeder Station einsetzen zu können.

Herr ... (Dachverband Gemeindepsychiatrie): Wir sind in Deutschland in dieser Frage ziemlich hinterher. Ich kann mich erinnern, ich habe schon vor zehn Jahren einen Vortrag von einem niederländischen Kollegen gehört, da war das längst Teil der Regelversorgung. Inzwischen gibt es dort Akademien, die von Genesungsbegleitern geleitet werden. Es gibt dort übrigens eine interessante Aufteilung in Genesungsbegleiter oder wie auch immer sie heißen, in A und B. Die einen haben eine vollqualifizierte akademische Ausbildung und die anderen ungefähr das, was bei uns die EX-IN-Fortbildung ist. Das heißt, wir sind auf dem Weg, eine ganz andere Stufe zu erreichen. Vielleicht sind wir tatsächlich noch zu früh, um das einfach als Regel für alle vorzuschreiben, das will ich konzedieren. Ich würde auch dagegen sein, dass das vom Sockel genommen wird, unabhängig von den Kontroversen um den Sockel, weil ich die Erfahrung aus unseren ambulanten Einrichtungen habe – auch wir haben inzwischen viele Genesungsbegleiter –, dass wir Genesungsbegleiter bisher immer nur zu Lasten anderer Berufsgruppen aus deren Stellenpool einsetzen. Das muss hier unbedingt vermieden werden.

Deswegen habe ich vorhin dafür plädiert, selbst wenn es nur eine Sollvorschrift ist, sie als eigene Gruppe mit eigenen Minutenwerten vorzusehen – sonst muss es anderen weggenommen werden –, damit wir endlich vorankommen. Ich glaube übrigens nicht, dass wir einen Mangel an Menschen haben, die eine EX-IN-Fortbildung absolviert haben. Ich bin nicht ganz sicher, wie es in Bayern ist, aber ich würde wirklich davon ausgehen, dass es die EX-IN-Weiterbildung in Deutschland ziemlich flächendeckend gibt. Ich glaube, wir haben da gar nicht so einen Mangel. Wir haben vielleicht einen Mangel an gesicherten Erfahrungen, wie es ist, mit Genesungsbegleitern zu arbeiten. Aber für eine Sollvorschrift wäre ich allemal, denn wir haben inzwischen viel konkrete Evidenz aus vielen Einzelfällen – das ist alles schon gesagt worden –, dass Genesungsbegleiter einen anderen Zugang für Patienten haben, die sonst untergänglich sind, und sie sind durch alles andere nicht zu ersetzen. Wir sollten da vorankommen.

Zur Frage nach den Behandlungsplätzen und den Behandlungseinheiten. Ich kann an das anknüpfen, was Herr ... (BDK) gesagt hat. Wir müssten davon wegkommen, dass Patienten innerhalb der Krankenhausbehandlung je nach Bedarf hin- und herverlegt werden. Ich kann aus meiner eigenen konkreten Berufserfahrung bestätigen, dass es eine sinnvolle Maßnahme wäre, eine 24-Stunden-Unterbringung unter geschützten Milieubedingungen und bei praktischer Unterstützung von einer Tagestherapie abzukoppeln. Auf diese Art und Weise kann man dann einen sogenannten Tagesklinikstatus, einen Nachtklinikstatus, einen kombinierten vollstationären Status ohne Personalwechsel

haben. Das scheint mir eine gute Richtung. Das ist natürlich im Moment nicht ohne Weiteres abbildbar in einer Psych-PV, so wie sie jetzt aussieht, aber es wäre für mich eine Hausaufgabe für die Psych-PV 2.0.

Im Übrigen kann ich mir einen Kommentar nicht verkneifen, auch zu dem, was Herr ... (BDK), Herr ... (DKMP) und andere gesagt haben. Die Betrachtung des Patientenschicksals beschränkt sich natürlich auf den Zeitraum von der Aufnahme in die Krankenhausbehandlung bis zur Entlassung aus der Krankenhausbehandlung. Die allermeisten Patienten, über die wir reden, haben ein Schicksal davor und ein Schicksal danach. Das heißt, die Durchlässigkeit über die Krankenhauszuständigkeit hinaus muss unbedingt verbessert werden. Ich bin nicht der Meinung, dass es eine glorreiche Zukunft wäre – da unterscheiden wir uns aber, glaube ich, notorisch –, wenn das Krankenhaus sozusagen allzuständig würde. Das kann es nicht sein. Die Krankenhäuser werden in dem Moment, wo sie sich öffnen, sehr viel mehr als bisher die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, mit Psychotherapeuten und mit den sogenannten komplementären Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie suchen müssen. – Vielen Dank, dass ich das so sagen durfte. Es ist nicht Gegenstand der heutigen Personalbemessung.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Ganz herzlichen Dank. – Die Wortmeldeliste für die Frage- und Diskussionsrunde ist abgearbeitet. Es hat sich niemand mehr gemeldet. Alle sind zu Wort gekommen. Die Antworten waren erschöpfend. Damit könnten wir, wenn von Ihnen nichts mehr kommt, diese Anhörung heute beenden. – Frau ... (DGGPP).

Frau ... (DGGPP): Ich würde gerne eine Frage stellen; ich weiß, das ist nicht vorgesehen. Es ist immer wieder gesagt worden, wenn bestimmte Personalmesswerte unterschritten werden, wie immer die definiert sind, dann soll ein Aufnahmestopp verhängt werden, Patienten sollen verlegt werden. Wohin? Die Berliner Erfahrung zeigt, dass, wenn es Überbelegungen gibt, die dann gleichmäßig über alle Häuser auftreten. Es ist selbstverständlich, dass, wenn man selbst keine Aufnahmekapazitäten mehr hat, im Nachbarhaus anfragt, ob da noch etwas frei ist. Wie gesagt, wie immer es zustande kommt, in der Regel ist es so, dass da nichts mehr frei ist und dass, wenn alle freie Betten haben, alle freie Betten haben. Was passiert mit den abgewiesenen Patienten? Das würde mich interessieren. Was sind da die Vorstellungen der Leute, die für ein solches Modell plädieren?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Möchte sich jemand dazu äußern? – Bitte, der GKV-SV.

GKV-SV: Frau ... (DGGPP), wir haben kein System vor, wo Sie nicht gewisse Spitzen abfedern könnten. Wir reden von monatsbezogenen Durchschnittswerten. Das heißt, wenn Sie Spitzen haben, wo Sie tatsächlich Ihr Personal nicht vorhalten können, können Sie das später auch wieder ausgleichen. Das wollte ich zumindest zur Klärung sagen. Wir haben kein schichtbezogenes Nachweissystem, so wie es bei den Personaluntergrenzen ist, sondern wir wären für einen Monatsbezug. Damit beantwortete ich nicht Ihre Frage, da fühle ich mich auch nicht ganz zuständig, aber ich wollte die Schärfe herausnehmen. Ich glaube, die wird es nicht haben.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Möchte noch jemand diese Antwort ergänzen? – Die DGK.

DKG: Ich halte das für einen Irrtum. Wenn ich einen Monatswert abgeben will, muss ich jeden Tag schauen, und dann muss ich auch schichtbezogen überprüfen. Insofern ist das, was Sie gerade gesagt haben, nicht ganz korrekt. Natürlich, Ihre Vorstellungen gehen in einen schichtbezogenen Betrieb. Ich kenne das aus den somatischen Häusern. Ich werde tunlichst vermeiden, Schichten zu rei-

ßen, weil ich dann nämlich in allen möglichen Transparenzberichten auftauche. Insofern kann ich davon nur abraten. Das hätte, glaube ich schon – deswegen warnt die DKG davor –, die Konsequenzen, die von den Praktikern befürchtet werden.

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

Herr Dr. ... (APK): Ein ganz kurzer Kommentar dazu: Im Flächenland, gerade nicht in Berlin-City, sondern in Baden-Württemberg, Bayern, hat ein Fachkrankenhaus ein Einzugsgebiet von etwa 50 Kilometern. Da ist das Thema Aufnahmestopp völlig illusorisch.

Herr Prof. Dr. Dr. ... (DGPPN): Ich möchte nur auf saisonale Schwankungen hinweisen. Wir haben regelmäßig ein Sommerloch, wir haben regelmäßig Notaufnahmen über Weihnachten und Neujahr und Ähnliches. Wir haben wirklich auch in Berlin etablierte Beziehungen in den Bezirk. Es hilft oft wenig, wenn ein Patient woandershin abgeschoben wird und dann irgendwann zurückverlegt werden sollte, damit der Übergang in die Gemeindepsychiatrie gut läuft, und das jemand übernimmt, der die Anknüpfungspunkte nicht kennt.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Okay. – Gibt es weitere Wortmeldungen? – Ich sehe weitgehendes Kopfschütteln. Damit kann ich die Anhörung schließen. Ich bedanke mich bei allen, die heute gekommen sind und vorher eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben. Das war für uns sehr informativ und sehr hilfreich. Ich wünsche Ihnen allen eine gute Heimreise. Wir werden unser Bestes tun, um das, was Sie heute als Anregungen gegeben haben, in das aufzunehmen, was wir bearbeiten.

(Beifall)

Schluss der Anhörung: 14:27 Uhr