

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und
Psychosomatik-Richtlinie:
Änderungen zum Erfassungsjahr 2025

Vom 20. Juni 2024

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Die Regelungen im Einzelnen	2
2.1.1	Zu § 5 Berufsgruppen	2
2.1.2	Zu § 8 <i>Anrechnungen von Berufsgruppen</i>	3
2.1.3	Zu § 11 <i>Nachweisverfahren</i>	3
2.1.4	Zu § 13 <i>Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben</i>	3
2.1.5	Zu § 16 <i>Übergangsregelungen</i>	4
2.1.6	Zu Anlage 2 <i>Eingruppierungsempfehlungen</i>	4
2.1.7	Zu Anlage 3 <i>Nachweis</i>	9
3.	Bürokratiekostenermittlung	11
4.	Verfahrensablauf	11
5.	Fazit.....	11
6.	Literaturverzeichnis.....	12
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	14

1. Rechtsgrundlage

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

Die PPP-RL wird vorliegend geändert.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Das im Jahr 2022 beschlossene Verfahren, wie die Zuordnung der Routinedaten zu den Behandlungsbereichen der PPP-RL grundsätzlich erfolgt, bleibt unverändert: Die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungsbereiche erfolgt damit primär auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des Kapitels 9 des OPS in den Routinedaten. Mit den vorgenommenen Konkretisierungen in Anlage 2 „Eingruppierungsempfehlungen“ wird die beschlossene Umstellung auf Routinedaten unterstützt, sie dienen der inhaltlich trennscharfen Abgrenzung der Behandlungsbereiche. Damit ist eine einheitliche Zuordnung in die Behandlungsbereiche gewährleistet und bei den ca. 1.300 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Durchführung von insgesamt 34.000 Stichtagserhebungen mit ca. 1,9 Mio. Patientinnen und Patienten ersatzlos entfallen.

Weitere Änderungen dienen der Verbesserung der Datengrundlage, auf deren Basis der G-BA die Richtlinie weiter zu entwickeln hat. Deshalb werden grundlegende Plausibilisierungsregeln festgelegt. Damit der G-BA in der verlängerten Einführungsphase zeitnahe Ergebnisse über die Versorgungssituation erhält, wird die bereits etablierte quartalsweise Datenübermittlung und Berichterstattung um ein weiteres Jahr verlängert.

2.1 Die Regelungen im Einzelnen

2.1.1 Zu § 5 Berufsgruppen

Zu Absatz 2 Buchstabe c

Es handelt sich bei der vorgenommenen Streichung um eine redaktionelle Folgeänderung zu den Änderungen in § 8. In § 8 werden die Anrechnungen für die Berufsgruppen, inkl. der Anrechnung von Personen in Ausbildung geregelt. Aufgrund der in § 8 Absatz 2 vorgenommenen Änderung, die auch (Sozial-)Pädagogen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berücksichtigt, ist es nicht mehr erforderlich, die letztgenannte Berufsgruppe in Ausbildung zum Psychotherapeuten in § 5 Absatz 2 aufzuführen.

2.1.2 Zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen

Zu Absatz 2

In Absatz 2 Satz 2 wird klargestellt, dass sowohl für Psycholog/-innen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut/-in oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in als auch andere Berufsgruppen, wie z.B. (Sozial-) Pädagog/-innen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in bei der Anrechnung zu berücksichtigen sind, wenn diese vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihrem Grundberuf erhalten.

Zu Absatz 3

Da die diesbezüglichen Beratungen noch andauern, verschiebt der G-BA vorliegend in Satz 5 die Frist zur Entscheidung über die Anrechnungsregelung nach Satz 4 von September 2024 auf Juni 2025. In Satz 4 wird dementsprechend festgelegt, dass die bestehende Regelung im Erfassungsjahr 2025 noch beibehalten wird.

Zu Absatz 5

Entsprechend den zu Absatz 3 aufgeführten Erläuterungen zur Fristenänderung wird auch die Frist zur Festlegung des Umfangs der Anrechnungsmöglichkeiten in psychosomatischen Einrichtungen in Absatz 5 Satz 9 von September 2024 auf Juni 2025 verschoben.

2.1.3 Zu § 11 Nachweisverfahren

Zu Absatz 13

Bei Erstbeschlussfassung der PPP-RL hat der G-BA die quartalsweise einzuhaltenden Mindestvorgaben stufenweise eingeführt (§ 16 Absatz 1). Im Rahmen der Einführungsphase wurde übergangsweise eine engmaschige, quartalsweise Datenübermittlung und Auswertung festgeschrieben, damit der G-BA seinen Beobachtungspflichten nachkommen kann (§ 11 Absatz 13). Das Regelverfahren sieht eine jährliche Datenübermittlung und Auswertung vor (§ 11 Absatz 2), wobei die Mindestvorgaben quartalsweise einzuhalten sind und eine Nichterfüllung unverzüglich, spätestens 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals anzuzeigen ist (§ 11 Absatz 3).

Die quartalsweise Datenübermittlung und Auswertung gemäß § 11 Absatz 13 wird um ein Jahr bis zum 31.12.2025 verlängert. Quartalsweise Ergebnisse ermöglichen es dem G-BA, frühzeitige Veränderungen, positive wie negative, in der Versorgung zu erkennen.

2.1.4 Zu § 13 Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Zu Absatz 8

Gemäß § 11 Absatz 3 PPP-RL sind Krankenhäuser verpflichtet, eine Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben unter anderem den zuständigen Landesaufsichtsbehörden anzuzeigen. Kommen die Krankenhäuser dieser Mitwirkungspflicht nicht nach, haben gemäß § 13 Absatz 8 Sanktionen zu erfolgen.

Die Krankenkassen sind für die Umsetzung der Rechtsfolgen zuständig, obwohl ihnen nicht bekannt ist, ob die Krankenhäuser ihre Nichterfüllung den Landesaufsichtsbehörden angezeigt haben. Darüber hinaus stellte sich im Rahmen der Spezifikationsentwicklung für das Nachweisverfahren heraus, dass die Landesaufsichtsbehörden als einer der Datenempfänger, die üblichen technischen Anforderungen einer Spezifikation ggf. nicht umsetzen können. Eine

rechtliche Bindung der Landesaufsichtsbehörden, den Eingang einer Meldung schriftlich zu bestätigen, ist durch den G-BA nicht möglich. Deshalb erfolgt die Streichung der Sanktionen gemäß § 13 Absatz 8 bei Nichterfüllung der Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 3 an die Landesaufsichtsbehörden.

Die Datenübermittlungspflicht gemäß § 11 Absatz 3 bleibt davon unbenommen weiter bestehen.

2.1.5 Zu § 16 Übergangsregelungen

Zu Absatz 5

Zu Satz 1

Die für 2025 geplante Umstellung des Nachweises in elektronischer Form auf Basis der Spezifikation wird auf 2026 verschoben. Die Verschiebung ist notwendig, da die technische Entwicklung und Umsetzung noch nicht soweit fortgeschritten ist, dass eine Umstellung für alle Verfahrensteilnehmer erfolgen kann. Deshalb erfolgt die Dokumentation der Nachweise für das Erfassungsjahr 2025 weiterhin mit den Servicedokumenten.

Zu Satz 2

Ergänzend zur Regelung in Satz 1 weist das IQTIG nach Prüfung der Nachweisdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität ab dem 1. Januar 2025 fehlerhafte Datensätze gemäß Anlage 6 zurück. Die Zurückweisung verfolgt das Ziel, fehlerhafte Datensätze zu vermeiden, da diese eine entsprechende Weiterverarbeitung verhindern. In diesen Fällen sind eine Korrektur und erneute Lieferung des Datensatzes im Rahmen der Fristen gemäß § 11 Absatz 13 Nummer 3 durch das Krankenhaus notwendig und möglich. Für die Nachweise des dritten und vierten Quartals 2024 weist das IQTIG Krankenhäuser bei einer diesbezüglich fehlerhaften Datenlieferung auf das Inkrafttreten dieser Regelung hin.

2.1.6 Zu Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

Das Verfahren, wie die Zuordnung der Routinedaten zu den Behandlungsbereichen der PPP-RL grundsätzlich erfolgt, bleibt unverändert: Die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungsbereiche erfolgt primär auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des Kapitels 9 des OPS in den Routinedaten. In den Eingruppierungsempfehlungen sind den einzelnen Behandlungsbereichen die entsprechenden OPS-Kodes sowie die Merkmale Alter (< 14 Jahre und ≥ 14 in der KJP sowie < 65 Jahre und ≥ 65 Jahre in der Erwachsenenpsychiatrie), Hauptdiagnose (Hauptdiagnose aus ICD GM F10-F19 und andere Hauptdiagnose in der Erwachsenenpsychiatrie) und Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, stationsäquivalent) zugeordnet. Eine entsprechende Zuordnung findet sich in den Tragenden Gründen zum Umstellungsbeschluss auf Routinedaten (siehe dazu G-BA 2022).

Zu Tabellen A. Allgemeine Psychiatrie, S. Abhängigkeitskranke, G. Gerontopsychiatrie, P. Psychosomatik, KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Neue Spalte „3. Einstufung“

Um den Krankenhäusern einen schnellen Überblick über die Einstufung in die Behandlungsbereiche zu verschaffen, wird in Anlage 2 eine neue Spalte „3. Einstufung“ eingefügt, die die Zuordnung der Routinedaten zu den Behandlungsbereichen aus den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 15. September 2022 enthält. Diese dienen der inhaltlich trennscharfen Abgrenzung, damit ist eine einheitliche Zuordnung in die Behandlungsbereiche gewährleistet.

Operationalisierung „höheres Lebensalter“ (Tabelle G. Gerontopsychiatrie)

Mit der gewählten Altersgrenze von ≥ 65 Jahren wurde der bisher in den Eingruppierungsempfehlungen der Anlage 2 Tabelle G. Gerontopsychiatrie Spalte „2. Kranke“ der PPP-RL verwendete Terminus "höheres Lebensalter" für die Zuordnung in die Behandlungsbereiche der Gerontopsychiatrie operationalisiert.

Mit dem "höheren Lebensalter" wird gemeinhin das Alter ab dem 65. Lebensjahr bezeichnet. Die Altersgrenze von 65 Jahren wird sowohl vom Statistischen Bundesamt (Statistisches Bundesamt 2024), dem Bundesgesundheitsministerium (BMG 2024), dem Robert Koch-Institut (RKI 2023) als auch dem Europarat (Wissenschaftliche Dienste 2022) verwendet.

Weitere Ausführungen zu höherem Lebensalter finden sich im Abschnitt „Zu Tabellen S. Abhängigkeitskranke und G. Gerontopsychiatrie: Eingruppierung älterer Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit“.

Hinweis zu Lebensjahr und Alter im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie (Tabelle KJ Kinder- und Jugendpsychiatrie)

In den Behandlungsbereichen KJ1, KJ2 und KJ3 wird das Lebensjahr als Alter zur Einstufung in die Behandlungsbereiche herangezogen. Eine Einstufung in KJ1 erfolgt „bis zum 14. Lebensjahr“, eine Einstufung in KJ2 und KJ3 erfolgt „ab dem 14. Lebensjahr“. Da ein Lebensjahr am Vortag des Geburtstags vollendet wird, entspricht die Formulierung "bis zum 14. Lebensjahr" einem Alter von < 13 Jahren und die Formulierung „ab dem 14. Lebensjahr“ einem Alter von ≥ 13 Jahren.

Tabelle A. Allgemeine Psychiatrie und G. Gerontopsychiatrie:

Eingruppierung älterer Menschen in die Behandlungsbereiche der psychosomatisch-psychotherapeutischen und psychotherapeutischen Komplexbehandlung (A7, A8)

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zu den vorliegenden Richtlinienänderungen wurde in den Stellungnahmen und in der Anhörung gefordert, auch älteren Menschen spezifische psychotherapeutische Leistungen anzubieten. Begründet wird dies in den Stellungnahmen einerseits damit, dass ein höheres Lebensalter nicht automatisch immer mit höheren, z. B. pflegerischen Betreuungsaufwänden einhergeht und andererseits auch ältere Patientinnen und Patienten von Psychotherapie profitieren.

Die Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) führt dazu in ihrer Stellungnahme aus: „Gerade die Psychotherapie ist bei älteren Patientinnen mit z.B. schweren depressiven Episoden oft hochwirksam in der Akutphase und führt eindeutig zu einer Verbesserung des Krankheitsverlaufs, schnelleren Genese und deutlich geringeren Nachfolgekosten.“ (DÄVT 2024: S. 4). Auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) sowie die Bundesdirektorenkonferenz der Chefärztinnen und Chefarzte psychiatrischer Kliniken e.V. (BDK) sehen einen Bedarf an Psychotherapie für ältere Patientinnen und Patienten (DGPPN 2024, BDK 2024).

Dementsprechend gibt es in der PPP-RL in Anlage 2 für die Einstufung in die Behandlungsbereiche der psychosomatisch-psychotherapeutischen und psychotherapeutischen Komplexbehandlung (A7, A8) keine Altersbegrenzung. Damit ist eine intensive psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen und eine entsprechende Einstufung dieser in die Behandlungsbereiche A7 bzw. A8 möglich.

Zu Tabellen A. Allgemeine Psychiatrie und S. Abhängigkeitskranke:

Eingruppierung von Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit in die Behandlungsbereiche der psychosomatisch-psychotherapeutischen und psychotherapeutischen Komplexbehandlung A7, A8)

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens und der Anhörung zu den vorgesehenen Richtlinienänderungen wurde deutlich, dass es aus fachlich-medizinischen Gründen sinnvoll ist, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen auch in die Behandlungsbereiche der psychosomatisch-psychotherapeutischen und psychotherapeutischen Komplexbehandlung (A7, A8) einstufen zu können. Die DGPPN (DGPPN 2024) und die BDK (BDK 2024) wiesen in ihren Stellungnahmen darauf hin, dass auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen eine intensive Psychotherapie ermöglicht werden sollte.

Eine Einstufung in die Behandlungsbereiche A7 und A8 ist auch für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen möglich, da Patientinnen und Patienten mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19 aus diesen beiden Behandlungskategorien nicht ausgeschlossen werden.

Zu Tabellen S. Abhängigkeitskranke und G. Gerontopsychiatrie:

Eingruppierung älterer Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit

Eine typische psychiatrische Behandlung von Menschen im höheren Lebensalter wird unabhängig von der psychiatrischen Diagnose ganz erheblich durch alterstypische Aspekte bestimmt. Ein höheres Lebensalter korreliert mit Nebenerkrankungen aus dem somatischen Bereich (Multimorbidität), die eine ganzheitliche Behandlung erfordern. Es findet sich ein steigender Bedarf an Assistenz aufgrund von körperlichen Einschränkungen, komplizierenden Nebendiagnosen, einem erhöhten Betreuungsaufwand und einer erheblichen Pflegebedürftigkeit, der durch höhere Minutenwerte in den gerontopsychiatrischen Behandlungsbereichen berücksichtigt wird. Die S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen schreibt dazu, es „sind bei älteren PatientInnen Veränderungen im Stoffwechsel sowie dem erhöhten Auftreten von körperlichen Komorbiditäten und kognitiven Beeinträchtigungen Rechnung zu tragen.“ (DGPPN & DG Sucht 2020, S. 247). Und weiter: „Ältere Personen mit alkoholbezogenen Störungen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit als jüngere, an somatischen und psychischen Erkrankungen zu leiden (Böhm et al., 2009; NICE, 2011). Aufgrund des verlangsamten Abbaus des Alkohols, eines geringeren Wassergehaltes des Körpers und der größeren Empfindlichkeit des älteren Gehirns auf Noxen (Royal College of Psychiatrists, 2018) sind ältere Personen durch die toxischen Wirkungen des Alkohols gesundheitlich gefährdeter. Neben Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen treten beispielsweise kardiale Erkrankungen, arterielle Hypertonie, Hirnblutungen und Krebserkrankungen sowie Depressionen und Angststörungen gehäuft auf (Watson et al., 2013). Ebenso ist das Risiko für Demenzen erhöht. Zunehmend wird die Bezeichnung alcohol related brain damage als Oberbegriff für das Kontinuum kognitiver Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Alkohol verwendet (Rao & Draper, 2015; Ridley et al., 2013). Alkoholassoziierte kognitive Beeinträchtigungen sind im höheren Alter i.d.R. ausgeprägter und weniger gut rückbildungsfähig (Ridley et al., 2013), wobei eine vollständige Remission der neuropsychologischen Auffälligkeiten auch bei jüngeren PatientInnen ein Jahr Abstinenz erfordert (Stavro et al., 2013). Das Risiko von Stürzen mit entsprechenden Folgen ist durch den erhöhten Alkoholkonsum und/ auch in der Entgiftungsbehandlung erhöht (NICE, 2011). Interaktionen von Alkohol mit Arzneimitteln sind bei älteren Personen ebenfalls häufiger als bei jüngeren (NICE, 2011).“ (DGPPN & DG Sucht 2020, S. 312-313

Zur Evidenz schreibt die S3-Leitlinie: „Die Empfehlung, dass in der Planung und Durchführung von Interventionen und Behandlungen älterer Personen mit alkoholbezogenen Störungen die alterstypische somatische und psychische Komorbidität berücksichtigt werden soll, beruht auf Konsens (KKP). Aus zwei internationalen Quellleitlinien (APA, 2006[b]; SAMHSA, 2006) und

einer deutschen AWMF S2 Leitlinie (AWMF, 2006) kann mit niedriger Evidenz (LoE 5) abgeleitet werden, dass die Berücksichtigung altersspezifischer Aspekte die Behandlungsergebnisse älterer Personen mit alkoholbezogenen Störungen positiv beeinflussen. Es wurde eine „Kann“-Empfehlung ausgesprochen, in der Behandlung älterer Personen altersspezifische Anpassungen anzubieten.“ (DGPPN & DG Sucht 2020 S. 318-319).

Aufgrund der dargelegten Korrelation von höherem Lebensalter mit Multimorbidität, den Besonderheiten von höherem Lebensalter und Abhängigkeitserkrankungen, die u. a. zu höheren pflegerischen Aufwänden führen, sowie den Empfehlungen der Leitlinien wird festgelegt, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ab 65 Jahren in die Behandlungsbereiche der Gerontopsychiatrie eingestuft werden.

Zu Tabellen A. Allgemeine Psychiatrie, S. Abhängigkeitskranke, G. Gerontopsychiatrie, KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Streichung von „manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend und somatisch vitalgefährdet“ in Spalte 2 in den Behandlungsbereichen A2, S2, G2, KJ3

Für die Einstufung in die Behandlungsbereiche der Anlage 2 PPP-RL wurde bisher die Operationalisierung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) fortgeführt. Durch den Beschluss in 2022, die Behandlungsbereiche zukünftig über Routinedaten zu ermitteln, wurden in 2022 dementsprechend OPS-Kodes in Spalte 2. „Kranke“ in Anlage 2 ergänzt. Diese Ergänzung mit „und“ in den Behandlungsbereichen der Intensivbehandlung führte zu Missverständnissen. Beispielsweise wurde angenommen, dass nicht nur die Kriterien aus dem entsprechenden OPS-Kode zu erfüllen seien, sondern es darüber hinaus auch PPP-RL-spezifische Kriterien gebe, die zusätzlich zu den Vorgaben der jeweiligen OPS-Kodes zu erfüllen seien. Das ist nicht zutreffend, für die Einstufung in die Behandlungsbereiche der PPP-RL anhand von OPS-Kodes sind die Voraussetzungen der OPS-Kodes maßgeblich. Die bisher aufgeführten inhaltlichen Merkmale in Spalte „2. Kranke“ sind aufgrund der inzwischen aufgeführten OPS-Kodes nicht mehr erforderlich, führen zu Missverständnissen und werden deshalb entfernt. Diese klarstellende Streichung betrifft die Behandlungsbereiche der Intensivbehandlung A2, S2, G2, KJ1, KJ3. Die Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche nach Anlage 2 erfolgt auf Basis von Routinedaten.

Zu Tabellen A. Allgemeine Psychiatrie, S. Abhängigkeitskranke, G. Gerontopsychiatrie, KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie, P. Psychosomatik:

Änderung der Beschreibung „Kranke“ in „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ (Spalte 2, Überschrift zu Tabelle S. Abhängigkeitskranke)

Mit den Änderungen werden nun der Mensch und nicht mehr die Erkrankung in den Vordergrund gestellt, dies entspricht auch dem aktuellen Sprachgebrauch in medizinischen Leitlinien, Beispielsweise in der S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN 2019).

Bisher war die Beschreibung der betroffenen Menschen in Spalte 2 der Anlage 2 zudem uneinheitlich und teilweise veraltet: es wurde beispielsweise von „Akut psychisch Kranke“ (A1), „Psychisch Kranke“ (A2, A6,), „Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen“ (A7, A8,), „Psychisch erkrankte Menschen“ (A9) oder „Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen“ (P1, P2, P3, P4) gesprochen. Ebenfalls uneinheitlich war die Beschreibung in Spalte 2 im Bereich der Abhängigkeitskranken, der Gerontopsychiatrie, der Psychosomatik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Deshalb wurde die bisher heterogene Beschreibung der Patientinnen und Patienten angeglichen und durchgehend geändert in „Menschen mit psychischen Erkrankungen“, „Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit“ bzw. „Vorschul- und Schulkinder/Kinder/Jugendliche/Heranwachsende mit psychischen Erkrankungen“. Damit

geht kein Ausschluss einher, beispielsweise zählen somatoforme Erkrankungen zu den psychischen Erkrankungen und sind hier demnach nach wie vor mit gemeint.

Die Änderungen wurden in Spalte 2 in der Spaltenbeschriftung sowie in den einzelnen Zeilen über alle Behandlungsbereiche hinweg vorgenommen. Analog dazu wurde die Bezeichnung der Tabelle „S. Abhängigkeitskranke“ geändert in „S. Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit“.

Zu Tabelle S. Abhängigkeitskranke:

Eingruppierung von Menschen mit Drogenabhängigkeit in alle Behandlungsbereiche der Abhängigkeitserkrankungen

Maßgeblich für eine Einordnung in die Behandlungsbereiche der Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere der Regelbehandlung und der Intensivbehandlung, sind aus fachlicher Sicht die Gefährdung und die Symptomschwere, dies gilt auch für Menschen mit Alkohol, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit. Allerdings wurden in der Vergangenheit Menschen mit Drogenabhängigkeit immer automatisch in den Behandlungsbereich „S2 Intensivbehandlung“ eingestuft. Dies war historisch bedingt, da zu Beginn der Psych-PV Menschen mit Drogenabhängigkeit in einem wesentlich schlechteren Gesundheitszustand waren, als dies heute häufig der Fall ist.

Wenn bei Menschen mit Drogenabhängigkeit keine akute Selbstgefährdung, Fremdgefährdung oder somatisch vitale Gefährdung vorliegt, ist die bislang erfolgte Einstufung in „S2 Intensivbehandlung“ nicht mehr sachgerecht. Dies wird auch durch den bei Erstbeschlussfassung der PPP-RL in 2019 neu geschaffenen Behandlungsbereich der Stationsäquivalenten Behandlung deutlich. Die Patientengruppe für diesen Behandlungsbereich in Tabelle S. Abhängigkeitskranke wird allgemein als „Abhängigkeitskranke“ beschrieben, Menschen mit Drogenabhängigkeit sind nicht mehr explizit ausgeschlossen. Dies entspricht auch der gesetzlichen Vorgabe, dass „Versicherte [...] Anspruch auf [...], stationsäquivalente [...] Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus [haben], [...]“. (SGB V § 39 Absatz 1). Hierbei wird vom Gesetzgeber auch auf die Schwere der Erkrankung abgestellt, die bestimmt, welche Leistungen erforderlich sind: „Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, [...]“. (SGB V § 39 Absatz 1).

Durch die Ergänzung von Menschen mit Drogenabhängigkeit in den Behandlungsbereichen S1 und S6 wird klargestellt, dass auch bei Menschen mit Drogenabhängigkeit der Behandlungsbedarf, insbesondere für die Einstufung in die Regel- oder Intensivbehandlung, maßgeblich ist.

Zu Tabelle S. Abhängigkeitskranke:

Eingruppierung von Menschen mit Drogenabhängigkeit in den Behandlungsbereich S6 Tagesklinische Behandlung

Im Rahmen der Psych-PV war eine Einstufung in den Behandlungsbereich S6 der Tagesklinischen Behandlung nur für bereits entgiftete Patienten möglich. Die dahinter stehende Annahme war, dass eine Entgiftung nur vollstationär stattfinden könne. Allerdings entspricht dies nicht mehr dem heutigen Standard - der behandelnde Arzt entscheidet, in welchem Setting eine Entgiftung stattfindet. Die S3-Leitlinie zu Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen schreibt dazu: „Die körperliche Entgiftung und die qualifizierte Entzugsbehandlung werden in ambulanten, teilstationären oder stationären Einrichtungen angeboten“ (DGPPN & DG Sucht 2020, S. 8). Bei den Schlüsselempfehlungen

werden Empfehlungen für ein stationäres Behandlungssetting ebenso wie für ein ambulantes oder teilstationäres Setting gegeben. Die Leitlinie führt dazu aus „Eine ambulante oder teilstationäre Entzugsbehandlung (körperliche Entgiftung oder qualifizierte Entzugsbehandlung) kann angeboten werden, wenn keine schweren Entzugssymptome oder -komplikationen zu erwarten sind, eine hohe Adhärenz und ein unterstützendes soziales Umfeld bestehen (KKP, LoE: - Gesamtabstimmung: 95,8%). [...] Eine ambulante Entgiftung oder Entzugsbehandlung sollte nur angeboten werden durch ÄrztInnen mit: 1. ausreichenden Kenntnissen in der Alkoholentgiftung und 2. der Möglichkeit engmaschiger klinischer Kontrolluntersuchungen, inkl. Verhaltensbeobachtung und 3. organisatorischer Sicherstellung einer 24-h-Erreichbarkeit eines Notfalldienstes Empfehlungsgrad B, LoE: 3 Gesamtabstimmung: 100% Literatur: APA (2006[a]), NICE (2010), VA/DoD (2009)“ (S. 74). Deshalb wurde der Begriff „entgiftet“ im Behandlungsbereich S6 gestrichen.

Zu „Hinweise“

Alter bei Aufnahme

Da bei einigen Behandlungskategorien das Alter von Relevanz ist, wird mit dem ersten Hinweis klargestellt, dass bei der Einstufung in die entsprechenden Behandlungsbereiche das Alter am Tag der Aufnahme maßgeblich ist, auch wenn sich das Alter im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes ändert.

Nutzung der Aufnahmediagnose anstelle der Hauptdiagnose:

Mit der Umstellung auf Routinedaten wird in einigen Behandlungsbereichen die Hauptdiagnose herangezogen. Konkret ist für die Zuordnung in die Bereiche der Abhängigkeitserkrankungen eine Hauptdiagnose aus dem Bereich ICD-10-GM F10-F19 maßgeblich. Die Hauptdiagnose ist die Diagnose, die sich nach dem Abschluss der Behandlung in der Gesamtschau und Diagnostik als maßgebliche Diagnose für den stationären Aufenthalt herausstellt. Aufgrund der quartalsbezogenen Mindestvorgaben besteht die Möglichkeit, dass nicht alle Behandlungsfälle abgeschlossen sind und für eine kleine Gruppe an Patientinnen und Patienten noch keine Hauptdiagnose nach Ende des Erfassungsquartales vorliegt, weil sie noch nicht entlassen wurden. In diesen Fällen wird mit dem zweiten Hinweis festgelegt, dass stattdessen hilfsweise die Aufnahmediagnose zu verwenden ist.

Reihenfolge bei der Einstufung in die Behandlungsbereiche

Für die Einstufung in die Behandlungsbereiche finden sich in der neuen Spalte „3. Einstufung“ die Bedingungen, die für eine Einstufung jeweils erfüllt sein müssen. Es wird folgende Reihenfolge festgelegt, die für die inhaltliche Abgrenzung und trennscharfe Einstufung in die Behandlungsbereiche relevant ist:

Erwachsenenpsychiatrie

1. Einrichtung, 2. Alter, 3. Hauptdiagnose, 4. Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, STÄB), 5. OPS-Kode.

Psychosomatik

1. Einrichtung, 2. Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, STÄB), 3. OPS-Kode.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. Einrichtung, 2. Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, STÄB), 3. OPS-Kode, 4. Alter.

2.1.7 Zu Anlage 3 Nachweis

Zu Tabelle A5.1 und B2.1

Die Änderungen in Tabelle A5.1 passen den Nachweis der angerechneten Fach- oder Hilfskräfte von Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen an. Seit dem 1. Januar 2023 sind bei der Anrechnung von Fach- oder Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen Obergrenzen zu berücksichtigen (§ 8 Absatz 5).

Die Angabe in Spalte 4 der Tabelle A5.1 (VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS) entspricht der Summe der Werte für die in den Spalten 5 bis 8. Ergänzend zu den einzelnen Anrechnungstatbeständen wurde nun zusätzlich eine Spalte mit dem Umfang der tatsächlichen Personalausstattung für die Fachkräfte aus der jeweiligen Berufsgruppen nach PPP-RL ergänzt (neue Spalte 5). Zusätzlich wird ein Ausfüllhinweis zu Spalte 4 unterhalb der Tabelle ergänzt, der die Krankenhäuser darauf hinweist, dass sie die Spalte nicht eigenständig befüllen können. Der Wert in Spalte 4 ergibt sich aus der Summe der Spalten 5 bis 8 und wird automatisch ergänzt.

Die Angabe in Spalte 9 (Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) umfasst den Gesamtwert von Fach- oder Hilfskräften gemäß § 8 Absatz 5. Die Angabe in Spalte 7 (Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) umfasst den Umfang von Fach- oder Hilfskräften des Gesamtwertes aus Spalte 9, der unter Berücksichtigung der Höchstgrenzen nach § 6 Absatz 5 Satz 6 bei der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist zu berücksichtigen ist. Die Änderungen ermöglichen eine Dokumentation von weiteren Fach- und Hilfskräften, für die eine Anrechnung aufgrund der Obergrenzen nicht möglich ist. Die Erhebung dient somit dem Zweck, die Sachgerechtigkeit der Höhe der Obergrenzen überprüfen zu können.

Mit der Änderung in Tabelle A5.1 sind Folgeänderungen in den Tabellen A5.3, B2.1 und B2.2 verbunden. Die Angabe in Spalte 4 der Tabelle B2.1 (VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung in VKS) entspricht der Summe der Werte in den Spalten 5 bis 8. Zusätzlich wird ein Ausfüllhinweis zu Spalte 4 unterhalb der Tabelle ergänzt, der die Krankenhäuser darauf hinweist, dass sie die Spalte nicht eigenständig befüllen können. Der Wert in Spalte 4 ergibt sich aus der Summe der Spalten 5 bis 8 und wird automatisch ergänzt. Die monats- und stationsbezogenen Angaben in Spalte 7 (Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) umfasst den Gesamtwert von Fach- oder Hilfskräften ohne Berücksichtigung der Höchstgrenzen nach § 6 Absatz 5 Satz 6, da die Höchstgrenzen erst bei der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung pro Quartal und Einrichtung zu berücksichtigen sind.

Zur Referenztablelle A8.2:

Mit der vorgenommenen Ergänzung in der Auswahlliste wird eine breitere Erfassung der fachärztlichen Qualifikation ermöglicht.

Zu den Tabellen A9 und B3:

Die Konkretisierung ergibt sich aus Nachfragen mehrerer externer Anfragen. Mit der Konkretisierung in den Hinweisen in Tabelle A9 und B3 erfolgt eine Klarstellung, wie die vorgesehenen Daten zu übermitteln sind. Die Änderung erfolgt aufgrund erster Erfahrungen des IQTIG aus dem Prozess der Datenannahme.

Zu Anlage 6 (neu)

Mit der Änderung wird eine neuen Anlage 6 ergänzt.

In der Anlage werden Prüfregele bei fehlerhaften Angaben zu Einhaltung der Mindestvorgaben bei Nichteinhaltung aller Berufsgruppen (§ 7 Absatz 4) und bei Überschreitung der Höchstgrenze für die Anrechnung von Fach- und Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen (§ 8 Absatz 5) festgelegt. Die Nichteinhaltung dieser Prüfregele führt zu einer Abweisung der Daten.

3. Bürokratiekostenermittlung

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

4. Verfahrensablauf

Am 9. August 2023 begann die Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (AG PPP) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 7 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V, 136a Absatz 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Verfo wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. Anlage I) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 6. März 2024 wurde das Stellungnahmeverfahren am 11. März 2024 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in Anlage II. Die Frist für die Einreichung der schriftlichen Stellungnahme endete am 8. April 2024.

Es wurden elf Stellungnahmen fristgerecht eingereicht, mit ihrem Eingangsdatum in Anlage IV dokumentiert und in einer Arbeitsgruppensitzungen am 11. April 2024 für die Auswertung vorbereitet. Darüber hinaus wurde eine Stellungnahme nicht fristgerecht und eine Stellungnahme unaufgefordert übermittelt. Die eingereichten Rückmeldungen befinden sich in Anlage III.

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am 11. März 2024 bzw. 18. April 2024 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens in die Sitzung des Unterausschusses am 8. Mai 2024 eingeladen. Die Auswertung der Stellungnahmen durch den Unterausschuss erfolgte in seiner Sitzung am 8. Mai 2024 (Anlage IV).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2024 beschlossen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Länderververtretung tragen den Beschluss mit.

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

6. Literaturverzeichnis

1. **Bundesdirektorenkonferenz der Cheftärzten und Cheftärzte psychiatrischer Kliniken (2024)**: Schriftliche Stellungnahme der Bundesdirektorenkonferenz der Cheftärzten und Cheftärzte psychiatrischer Kliniken vom 27. März 2024 zum Beschlussentwurf über die Änderung der PPP-RL: Änderung für das Erfassungsjahr 2025 gemäß § 91 Abs. 5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) Verfo
2. **Bundesgesundheitsministerium (2024)**: Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/praevention-aeltere-menschen/> [eingesehen am 24.05.2024].
3. **Der Beauftragte der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen (2024)**: Substitutionstherapie – Wege zurück ins Leben. <https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/substitution/> [Eingesehen am 03.07.2024].
4. **Federführende Fachgesellschaften**: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) (2020) **S3-Leitlinie: "Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen"** Auflage/Version Datum: Dezember 2020 <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html> [Eingesehen am 05.03.2024].
5. **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (2019) (Hrsg.)**: S3-Leitlinie Schizophrenie 15.03.2019 <https://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html> [Eingesehen am 06.02.2024].
6. **Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) (2024)**: Schriftliche Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde vom 08. April 2024 zum Beschlussentwurf über die Änderung der PPP-RL: Änderung für das Erfassungsjahr 2025 gemäß § 91 Abs. 5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) Verfo
7. **Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) (2024)**: Schriftliche Stellungnahme der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie vom 08. April 2024 zum Beschlussentwurf über die Änderung der PPP-RL: Änderung für das Erfassungsjahr 2025 gemäß § 91 Abs. 5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) Verfo
8. **Gemeinsamer Bundesausschuss (2022)**: Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erste Anpassung gemäß § 1 Absatz vom 15. September 2022 https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9060/2022-09-15_PPP-RL_Erste-Anpassung_TrG.pdf [Eingesehen am 16. Januar 2024].

9. **Michels I.I., Sander G., Stöver H. (2009):** Praxis, Probleme und Perspektiven der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 52, 111–121 (2009), <https://doi.org/10.1007/s00103-009-0756-1>.
10. **Robert Koch-Institut (2023):** Beate Gaertner, Christa Scheidt-Nave, Carmen Koschollek, Judith Fuchs Gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit 65+ Journal of Health Monitoring 2023 8(3) https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/Focus/JHealthMonit_2023_03_Gesundheitliche_Lage_Aeltere.pdf?blob=publicationFile [Eingesehen am 24.05.2024].
11. **Selbstverwaltungspartner (2009):** Eingruppierungsempfehlungen zu den Behandlungsbereichen der Psych-PV in der Erwachsenenpsychiatrie. Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte ((2009) Anlage 1 zu § 4 Abs. 1 Psych-PV inklusive Erläuterungen) eingesehen am 06.03.2024 unter https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/kodierung/KH_Psych-PV_Anlage_1_2009_12_18.pdf
12. **Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung -** (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)
13. **Statistisches Bundesamt (2024):** Sterbefälle und Lebenserwartung. Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland - Statistisches Bundesamt (destatis.de) <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbetafel.html> [Eingesehen am 24.05.2024].
14. **Wissenschaftliche Dienste (2022) Deutscher Bundestag.** Dokumentation. Die Menschenrechte älterer Menschen. <https://www.bundestag.de/resource/blob/909526/d6f5164e84293d031ba24c3d234657b0/WD-2-047-22-pdf-data.pdf> [Eingesehen am 24.05.2024].
15. **Literatur zitiert nach DG Sucht, DGPPN 2021:**
American Psychiatric Association, Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F., Rounsaville, B. J., George, T. P., Strain, E. C., ... & O'Brien, C. P. (2006[a]). Treatment of patients with substance use disorders, American Psychiatric Association. American Journal of Psychiatry, 163(8 Suppl), 5-82.
16. **American Psychiatric Association, Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F., et al. (2006[b]).** Treatment of patients with substance use disorders, American Psychiatric Association. The American journal of psychiatry, 164(4 Suppl), 5-123.
17. **AWMF S2 Leitlinie (AWMF, 2006):** nicht im Literaturverzeichnis der S3-Leitlinie erkennbar aufgeführt.
18. **Böhm, K., Mardorf, S., Nöthen, M., et al. S. (2009).** Gesundheit und Krankheit im Alter
19. **Management of Substance Use Disorders Working Group. (2009).** VA/DoD clinical practice guideline for management of substance use disorders (SUD). Washington, DC: Department of Defense, Department of Veterans Affairs

20. **National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2010).** Alcohol Use Disorders: Diagnosis and Clinical Management of Alcohol-related Physical Complications.
21. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2011).** Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (Clinical guideline 115, CG115).
22. **Rao, R., & Draper, B. (2015).** Alcohol-related brain damage in older people. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 674-675
23. **Ridley, N. J., Draper, B., & Withall, A. (2013).** Alcohol-related dementia: an update of the evidence. *Alzheimer's research & therapy*, 5(1)
24. **Royal College of Psychiatrists (RCT) (2018).** Our invisible addicts. 2nd edition, College Report CR211, London
25. **Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2006).** Substance abuse: clinical issues in intensive outpatient treatment (Treatment improvement protocol TIP 47).
<https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4182.pdf>
26. **Stavro, K., Pelletier, J., & Potvin, S. (2013).** Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addiction Biology*, 18(2), 203-213
27. **Watson, J. M., Crosby, H., Dale, V. M., et al. (2013).** AESOPS: a randomised controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care. *Health technology assessment*, 17(25)K

7. Zusammenfassende Dokumentation

- Anlage I: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage II: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie sowie versandte Tragende Gründe
- Anlage III: Von 15 Organisationen eingereichte Stellungnahmen/Rückmeldungen
- Anlage IV: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 20. Juni 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage I Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

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

- Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft e.V. (DMtG)

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

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



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik- Richtlinie: Änderungen zum Erfassungsjahr 2025

Stand: 06.03.2024 nach Sitzung des UA

Hinweis:

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

Vom **20. Juni 2024**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **20. Juni 2024** beschlossen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie in der Fassung vom 19. September 2019 (BAnz AT 31.12.2019 B6), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom **21. März 2024** (BAnz AT **XX.XX.202X BX**) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

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

1. In § 5 Absatz 2 Buchstabe c werden

GKV-SV/DKG	BPtK
[Keine Übernahme]	nach den Wörtern „Kinder und Jugendliche bzw. für Erwachsene“ folgende Wörter eingefügt: „sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß § 27 PsychThG,“

GKV-SV	DKG
die Wörter „sowie (Sozial-) Pädagoginnen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und (Sozial-) Pädagogen in Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.“ werden gestrichen	[Keine Übernahme]

2. § 8 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Psychologinnen und Psychologen sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung gemäß § 27 Absatz 4 PsychThG sind zu berücksichtigen, wenn diese vom Krankenhaus eine Vergütung entsprechend ihrem Grundberuf erhalten.“

- b) In Absatz 3 Satz 4 wird die Angabe „31. Dezember 2024“ durch die Angabe „31. Dezember 2025“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 Satz 5 wird die Angabe „30. September 2024“ durch die Angabe „30. Juni 2025“ ersetzt.
- d) In Absatz 5 Satz 8 wird die Angabe „30. September 2024“ durch die Angabe „30. Juni 2025“ ersetzt.

3. § 11 wird wie folgt geändert:

GKV-SV	DKG
[Keine Übernahme]	a) In Absatz 3 wird die Angabe „unverzüglich, jedoch spätestens 14 Tage“ durch die Wörter „spätestens sechs Wochen“ ersetzt.

GKV-SV	DKG
a) In Absatz 8 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt: „Übermittelte Daten, die eine Prüfung der harten Prüfregeln gemäß Anlage 6 nicht erfüllen, sind vom IQTIG zurückzuweisen; der Nachweis gilt in diesem Fall als nicht übermittelt.“	[Keine Übernahme]

GKV-SV	DKG
[Keine Übernahme]	b) In Absatz 12 wird die Angabe „1. März“ durch die Angabe „15. März“ ersetzt.

GKV-SV	DKG
b) In Absatz 13 Satz 1 wird die Angabe „1. Januar 2025“ durch die Angabe „1. Januar 2029“ ersetzt.	[Keine Übernahme]

DKG (Folgedissens zu § 11 Absatz 3)	
c) In Absatz 13 Nummer 1 wird werden die Wörter „Eine Lieferung gemäß § 11 Absatz 3 14 Tage“ durch die Wörter „Eine zusätzliche Lieferung gemäß § 11 Absatz 3 sechs Wochen“ ersetzt.	

GKV-SV (Folgedissens zu § 11 Absatz 13 Satz 1)	
c) In Absatz 13 Nummer 2 wird die Angabe „1. Januar 2025“ durch die Angabe „1. Januar 2029“ ersetzt.	

GKV-SV (<i>Folgedissens zu § 11 Absatz 13 Satz 1</i>)
d) In Absatz 13 Nummer 4 wird die Angabe „bis 2024“ durch die Angabe „bis 2028“ersetzt.

4.

GKV-SV	DKG
<i>[Keine Übernahme]</i>	In § 13 Absatz 8 wird folgender Satz angefügt: „Die Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 3 bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben an die zuständige Landesaufsichtsbehörde sind von den Regelungen in Satz 2 bis 6 ausgenommen.“



GKV-SV	DKG
5. Die Anlage 2 (Eingruppierungsempfehlungen) [ab dem 1. Januar 2024 gültig] wird wie folgt gefasst:	<i>[keine Übernahme]</i>

„Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

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

A. Allgemeine Psychiatrie

1. Behandlungsbereiche	2. Menschen mit psychischen Erkrankungen	3. Einstufung
A1 Regelbehandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + < 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene
A2 Intensivbehandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen,, , die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
A6	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden	psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Teilstationäre Behandlung

Tagesklinische Behandlung ²		
A7 Psychosomatisch- psychotherapeuti- sche und psychotherapeuti- sche Komplexbehandl- ung	<p>Menschen mit psychischen Erkrankungen , die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder des OPS-Kodes 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.</p>	<p>psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene</p> <p>oder</p> <p>psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene</p>
A8 Psychosomatisch- psychotherapeuti- sche und psychotherapeuti- sche Komplexbehandl- ung teilstationär	<p>Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär entweder komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch oder komplex psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder des OPS-Kodes 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.</p>	<p>psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene</p> <p>oder</p> <p>psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene</p>

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

A9 Stationsäquivalente Behandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden, die nicht in S9 oder G9 eingestuft werden.	psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Stationsäquivalente Behandlung
--	---	---

S. Abhängigkeitskranke

1. Behandlungsbereiche	2. Menschen mit Alkohol, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit	3. Einstufung
S1 Regelbehandlung	Menschen mit Alkohol, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19 und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-F19 + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene
S2 Intensivbehandlung	Menschen mit Alkohol, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene die vollstationär behandelt werden, mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19 und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD -10-GM F10-F19 + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
S6 Tagesklinische Behandlung	Menschen mit Alkohol, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden, mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19	psychiatrische Einrichtung für Erwachsene Teilstationäre Behandlung + Hauptdiagnose aus ICD -10-GM F10-F19 + Alter < 65 Jahre
S9 Stationsäquivalente Behandlung	Menschen mit Alkohol, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit mit einer Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-19, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden	psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter < 65 Jahre + Hauptdiagnose aus ICD-10-GM F10-F19 + Stationsäquivalente Behandlung

G. Gerontopsychiatrie

1. Behandlungsbereiche	2. Menschen mit psychischen Erkrankungen	3. Einstufung
G1 Regelbehandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren (meist Multimorbidität), die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene
G2 Intensivbehandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind	psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 65 Jahre + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene
G6 Tagesklinische Behandlung⁴	Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene teilstationär behandelt werden	psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 65 Jahre + teilstationäre Behandlung
G9 Stationsäquivalente Behandlung	Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter von ≥ 65 Jahren, die in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden	psychiatrische Einrichtung für Erwachsene + Alter ≥ 65 Jahre + stationsäquivalente Behandlung

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

P. Psychosomatik

1. Behandlungsbereiche	2. Menschen mit psychischen Erkrankungen	3. Einstufung
<p>P1 Psychotherapie</p>	<p>Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Beispielsweise Kranke mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen</p>	<p>psychosomatischen Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene</p> <p>oder</p> <p>psychosomatischen Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene</p>
<p>P2 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung</p>	<p>Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen vollstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.</p>	<p>psychosomatischen Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene</p> <p>oder</p> <p>psychosomatischen Einrichtung + vollstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene</p>

<p>P3 Psychotherapie teilstationär</p>	<p>Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär psychosomatisch-psychotherapeutisch oder psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-607 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-61 (Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Beispielsweise Kranke mit schweren Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensstörungen oder somatoformen Störungen</p>	<p>psychosomatischen Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-607 Regelbehandlung Erwachsene</p> <p>oder</p> <p>psychosomatischen Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-61 Intensivbehandlung Erwachsene</p>
<p>P4 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär</p>	<p>Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in psychosomatischen Einrichtungen teilstationär komplex psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-62 (Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) oder 9-63 (Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) erfüllt sind. Damit müssen insbesondere die durchgeführten ärztlichen und/oder psychologischen Verfahren (ärztl. und psycholog. Einzel- und Gruppentherapie) mindestens drei Therapieeinheiten pro Woche umfassen.</p>	<p>psychosomatischen Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-626 Psychotherapeutische Komplexbehandlung Erwachsene</p> <p>oder</p> <p>psychosomatischen Einrichtung + teilstationäre Behandlung + OPS-Kode 9-634 Psychosomatische Komplexbehandlung Erwachsene</p>

KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie

<p>1. Behandlungsbereiche</p>	<p>2. Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen</p>	<p>3. Einstufung</p>
---	---	--

KJ1 Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung (bis 14. Lebensjahr)	<p>Vorschul- und Schulkinder bis zum 14. Lebensjahr mit psychischen Erkrankungen , die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-656 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) oder 9-672 (Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind</p>	<p>Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + OPS-Kode 9-656 Regelbehandlung KJP + vollstationäre Behandlung + Alter bis zum 14. Lebensjahr</p> <p>oder</p> <p>Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + OPS-Kode 9-672 Intensivbehandlung KJP + vollstationäre Behandlung + Alter bis zum 14. Lebensjahr</p>
KJ2 Jugendpsychiatrische Regelbehandlung	<p>Jugendliche und Heranwachsende ab dem 14. Lebensjahr mit psychischen Erkrankungen , die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-656 (Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind</p>	<p>Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + OPS-Kode 9-656 Regelbehandlung KJP + vollstationäre Behandlung + Alter ab dem 14. Lebensjahr</p>
KJ3 Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung	<p>Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und psychosozial retardierte Heranwachsende ab dem 14. Lebensjahr, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-672 (Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind</p>	<p>Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + OPS-Kode 9-672 Intensivbehandlung KJP + vollstationäre Behandlung + Alter ab dem 14. Lebensjahr</p>
KJ6 Eltern-Kind-Behandlung (gemeinsame Aufnahme von Kind und Bezugspersonen)	<p>Kinder mit psychischen Erkrankungen, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Eltern-Kind-Setting vollstationär behandelt werden und bei denen die Voraussetzungen des OPS-Kodes 9-686 (Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen) erfüllt sind</p>	<p>Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + OPS-Kode 9-686 Eltern-Kind-Setting KJP + vollstationäre Behandlung</p>

KJ7 Tagesklinische Behandlung⁵	Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen , die keiner vollstationären Behandlung bedürfen	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie + teilstationäre Behandlung
KJ9 Stationsäquivalente Behandlung	Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen, die stationsäquivalent im Sinne von § 39 Absatz 1 SGB V behandelt werden“	Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie +Stationsäquivalente Behandlung

Hinweise:

Die neue Spalte „3. Einstufung“ dient als Hilfestellung bei der inhaltlichen Abgrenzung der Behandlungsbereiche. Für eine trennscharfe Zuordnung in die Behandlungsbereiche der Erwachsenenpsychiatrie ist folgende Reihenfolge umzusetzen: 1. Einrichtung, 2. Alter, 3. Hauptdiagnose, 4. Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, STÄB), 5. OPS-Kode.

Für eine trennscharfe Zuordnung in die Behandlungsbereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist folgende Reihenfolge umzusetzen: 1. Einrichtung, 2. Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, STÄB), 3. OPS-Kode, 4. Alter. Für eine trennscharfe Zuordnung in die Behandlungsbereiche der Psychosomatik ist folgende Reihenfolge umzusetzen: 1. Einrichtung, 2. Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, STÄB), 3. OPS-Kode.

Ist bei der Einstufung in die Behandlungsbereiche auch das Alter der behandelten Person zu berücksichtigen, ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

Bei nicht abgeschlossenen Behandlungsfällen ohne festgelegte Hauptdiagnose ist bei der Einstufung in die Behandlungsbereiche die Aufnahmediagnose heranzuziehen. “

6. Die Anlage 3 (Nachweis) wird wie folgt geändert:

a) Im Hinweis zu Tabelle A3.2 (Stichtagserhebung) wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Damit ist auch in den Fällen eine Verteilung der Behandlungsbereiche festgelegt, in denen im direkten Zeitraum keine Ergebnisse aus Stichtagserhebungen vorliegen. Für die regulären Stichtage ist dann bei allen Behandlungsbereichen im Nachweis der Wert Null anzugeben.“

GKV-SV	DKG
b) Tabelle A5.1 (Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Berufsgruppe) wird wie folgt gefasst:	[Keine Übernahme]

„

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Berufsgruppe	VKS-Mindestpersonalausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS	VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS	Davon				Weitere Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS	Umsetzungsgrad der Berufsgruppen in %	Mindestanforderung der Berufsgruppe erfüllt
				Fachkräfte der Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fachkräfte anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS	Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS	Anrechnung Fachkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in VKS			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Zulässige Werte:

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

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

Spalten 3 bis 9: Zahlenwerte 0 bis 999 999

Spalte 10: Zahlenwerte 0 bis 999,99

Spalte 11: bei Spalte 1 = 29 oder 30: ja/nein,
bei Spalte 1 = 31, 297 oder 307: entfällt

Hinweis:

Die Tabelle enthält quartalsbezogen die berufsgruppenbezogenen Angaben zur Mindestpersonalausstattung, zur tatsächlichen Personalausstattung sowie zur Anrechnung, zum Umsetzungsgrad und zur Erfüllung der Mindestanforderungen der differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5.

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

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

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

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

Die Angabe in Spalte 4 (VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS) entspricht der Summe der Werte in den Spalten 5 bis 8. Die Angabe in Spalte 5 (Fachkräfte der Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS) umfasst neben den Fachkräften der jeweiligen Berufsgruppe auch Personen in Ausbildung gemäß § 8 Absatz 2. Die Angabe in Spalte 7 (Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) umfasst dem Umfang von Fach- oder Hilfskräften unter Berücksichtigung der Höchstgrenzen nach § 6 Absatz 5 Satz 6. In Spalte 9 (Weitere Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) kann bei Erreichen der Höchstgrenze, der Umfang der weitere Fach- oder Hilfskräften angegeben werden. Bei der Anrechnung von Personal in den Spalten 6 bis 9 sind diese Anrechnungen in Tabelle A5.3 zu erläutern.

Hinweis zur stationsäquivalenten Behandlung:

Für die stationsäquivalente Behandlung in den Behandlungsbereichen A9 und KJ9 sind vorläufig keine Minutenwerte festgelegt. Die diesbezügliche Personalausstattung wird bei der Ermittlung der Mindestanforderung an die Personalausstattung VKS-Mind (Spalte 3) nicht berücksichtigt. Das bei der stationsäquivalenten Behandlung tatsächlich eingesetzte Personal ist pro Berufsgruppe in den Nachweisen getrennt

von der tatsächlichen Personalausstattung nach § 6 auszuweisen. Der getrennte Ausweis der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist erfolgt in Tabelle A5.1 unter Angabe der Pseudoschlüssel 297 für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29) und 307 für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30) in Spalte 1. In den Spalten 3, 5, 8 und 9 sind keine Angaben zu machen. Eine Anrechnung von Fachkräften anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS ist ausgeschlossen. Erfolgt eine Anrechnung von Fachkräften oder Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen (Spalte 6) oder eine Anrechnung von Fachkräften ohne direktes Beschäftigungsverhältnis (Spalte 7) sind diese Anrechnungen in Tabelle A5.3 zu erläutern. “

- c) Im Hinweis zu Tabelle A8.1 (Qualifikation des tatsächlichen Personals) wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:
 „Die in Tabelle A5.3 Spalte 6 angegebenen angerechneten Tätigkeiten in VKS sind einzuschließen und hier unter der Berufs- bzw. Teilgruppe aufzuführen, von der sie tatsächlich erbracht – und nicht, auf welche sie übertragen – wurden.“
- d) In der Referenztabelle A8.2 (Qualifikationen des Personals in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik) wird in Spalte 2 im Feld „a1“ nach dem Wort „Fachärzte“ die Angabe „inklusive a2 bis a4“ ergänzt.
- e) In der Referenztabelle A8.3 (Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) wird in Spalte 2 Feld „a1“ nach dem Wort „Fachärzte“ die Angabe „inklusive a2“ ergänzt.

GKV-SV/DKG/PatV	BPtK
[Keine Übernahme]	f) In der Tabelle A8.3 (Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) werden in Spalte 1 Feld „c)“ die Wörter „(dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten) ⁸ “ durch die Wörter „sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder und jugendlichenpsychotherapeuten gemäß §27 PsychThG“ ersetzt, die Fußnote 8 aufgehoben und in Spalte 2 Feld c3) nach den Wörtern „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ die Wörter „sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß § 27 PsychThG“ eingefügt.

- g) Tabelle A9 (Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten) wird wie folgt gefasst:
„A9 Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Dokumentation der Leistungen zu den Regelaufgaben gemäß Anlage 4)
(Ab dem 1. Januar 2024 bis zum 31. Dezember 2025 gültig und in dieser Zeit nur von solchen Einrichtungen auszufüllen, die nicht an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen)

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

Nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtungen	Behandlungsart	Prozedur	OPS-Datum	Gültigkeitsdauer
1	2	3	4	5

Zulässige Werte:

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

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

Spalte 3: OPS-Kodes der Bereiche 9-60 bis 9-98 (<https://www.bfarm.de>)

Spalte 4: Datum im Format JJJJ.MM.TT

Spalte 5: Anzahl Tage bei Spalte 3 = 9-607, 9-617, 9-618, 9-619, 9-61a, 9-61b, 9-626, 9-634, 9-656, 9-672 oder 9-686,
Angabe entfällt bei Spalte 3 = andere OPS-Kodes

Hinweis:

[**IQTIG**: Für jeden in den stationären Abrechnungsdaten dokumentierten OPS-Kode aus dem Bereich 9-60 bis 9-98 ist eine Zeile zu übermitteln.] Spalte 1: Diese Angaben sind immer für die nach § 2 Absatz 5 differenzierte Einrichtung anzugeben, in der die Patientin oder der Patient zum Zeitpunkt des OPS-Datums behandelt worden ist. Bei zeitraumbezogenen OPS-Kodes erfolgt die Zuordnung zum Quartal, in dem der Gültigkeitszeitraum beginnt. Auf eine tagesgenaue Abgrenzung wird aus Vereinfachungsgründen und der Vermeidung zusätzlichen Aufwandes verzichtet.

Spalte 4: Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten übernommen werden.

Spalte 5: Diese Codes sind zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel der Behandlungsart (im Sinne des OPS Regelbehandlung, Intensivbehandlung bzw. Komplexbehandlung) anzugeben. Da in der Auflistung auf einen Patientenbezug verzichtet wird, muss hier die Gültigkeitsdauer des Kodes zugeordnet werden. Die Gültigkeitsdauer ist die Anzahl von Tagen bis zu dem Ende der Behandlung oder dem Wechsel der Behandlungsart. Der Tag der Entlassung bzw. des Wechsels wird, außer wenn dieser gleichzeitig der Tag des Beginns ist, nicht gezählt.

Die Tabelle A9 wird gemäß § 16 Absatz 6 in den Jahren 2024 und 2025 ausschließlich an das IQTIG übersandt.

Einrichtungen, die im Erfassungsjahr an der repräsentativen Stichprobe im Sinne von § 16 Absatz 8 teilnehmen, müssen die Tabelle A9 nicht übermitteln, da eine entsprechende Übermittlung über den Teil B erfolgt.“

GKV-SV	DKG
h) Bei den Unterschriften zum „Nachweis Teil A PPP-RL“ wird nach Satz 1 folgender Satz angefügt „Wurde gemäß § 11 Absatz 3 die Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben der Landesaufsichtbehörde angezeigt? Ja/nein“	[Keine Übernahme]

i) Im Hinweis zu Tabelle B1.2 (Stichtagserhebung) wird nach Satz 3 folgender Satz eingefügt:

„Damit ist auch in den Fällen eine Verteilung der Behandlungsbereiche festgelegt, in denen im direkten Zeitraum keine Ergebnisse aus Stichtagserhebungen vorliegen. Für die regulären Stichtage ist dann bei allen Behandlungsbereichen im Nachweis der Wert Null anzugeben.“

j) In der Tabelle B2.1 (Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Berufsgruppe je Station) wird nach der Überschrift die Angabe „Quartal (1 – 4)“ ergänzt.

GKV-SV (Folgedissens zu Tabelle A 5.1)	DKG
k) Tabelle B2.1 (Mindestvorgaben, tatsächliche Personalausstattung, Umsetzungsgrad und Erfüllung der Anforderungen pro Berufsgruppe je Station) wird wie folgt gefasst:	[Keine Übernahme]

„

Monat	Berufsgruppen	VKS-Mind Mindest- personal- ausstattung in VKS	VKS-Ist Tatsächliche Personal- ausstattung in VKS	Davon			Umsetzungsgrad der Berufsgruppen in %
				Fachkräfte der Berufs-	Anrechnung Fachkräfte	Anrechnung Fach- oder Fachkräfte	

				gruppen nach PPP-RL in VKS	anderer Berufsgruppen nach PPP-RL in VKS	Hilfskräfte Nicht-PPP-RL- Berufsgruppen in VKS	ohne direktes Beschäftigungs- verhältnis in VKS		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Zulässige Werte:

Spalte 1: 01 bis 12

Spalte 2: bei differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 Satz 3 = 29, 297 oder 31 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 1 Satz 1,
bei differenzierten Einrichtungen nach § 2 Absatz 5 Satz 3 = 30 oder 307 Buchstaben a bis f gemäß § 5 Absatz 2 Satz 1

Spalten 3 bis 8: Zahlenwerte 0 bis 999 999,99

Spalte 9: Zahlenwerte 0 bis 999,99

Hinweis:

Die Tabelle enthält die berufsgruppenbezogenen Angaben zur Mindestpersonalausstattung, zur tatsächlichen Personalausstattung, zum Umsetzungsgrad pro Station. Für die Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung (Spalte 4) sind die Hinweise zu Spalte 5 von Tabelle A4 zu berücksichtigen. Die Angabe in Spalte 4 (VKS-Ist Tatsächliche Personal-ausstattung in VKS) entspricht der Summe der Werte in den Spalten 5 bis 8. Die monats- und stationsbezogenen Angaben in Spalte 7 (Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) umfasst den Gesamtwertes von Fach- oder Hilfskräften ohne Berücksichtigung der Höchstgrenzen nach § 6 Absatz 5 Satz 6.

Die Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung erfolgen unter Verwendung der Ziffern 297 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Erwachsenenpsychiatrie (29) und 307 als Pseudoschlüssel für die stationsäquivalente Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (30). Für die Angaben zur stationsäquivalenten Behandlung sind die entsprechenden Hinweise zu Tabelle A5.1 zu berücksichtigen.

- l) In der Tabelle B3 (Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Dokumentation der Leistungen zu den Regelaufgaben gemäß Anlage 4) wird nach der Überschrift die Angabe „Quartal (1 – 4)“ ergänzt.

IQTIG

- m) In der Tabelle B3 (Datenfelder zur Dokumentation der Patientinnen und Patienten (Dokumentation der Leistungen zu den Regelaufgaben gemäß Anlage 4) wird im Hinweis folgender Satz vorangestellt:

„Für jeden in den stationären Abrechnungsdaten dokumentierten OPS-Kode aus dem Bereich 9-60 bis 9-98 ist eine Zeile zu übermitteln.“

n) Im Hinweis zu Tabelle B4.1 (Qualifikation des tatsächlichen Personals) wird nach Satz 3 folgender Satz angefügt:

„Die in Tabelle B2.2 Spalte 6 angegebenen angerechneten Tätigkeiten in VKS sind einzuschließen und hier unter der Berufs- bzw. Teilgruppe aufzuführen, von der sie tatsächlich erbracht – und nicht, auf welche sie übertragen – wurden.“

o) In der Referenztabelle B4.2 (Qualifikationen des Personals in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik) wird in Spalte 2 im Feld „a1“ nach dem Wort „Fachärzte“ die Angabe „inklusive a2 bis a4“ ergänzt.

p) In der Referenztabelle B4.3 (Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) wird in Spalte 2 im Feld „a1“ nach dem Wort „Fachärzte“ die Angabe „inklusive a2“ ergänzt.

GKV-SV/DKG/PatV	BPtK
[Keine Übernahme]	q) In der Referenztabelle B4.3 (Qualifikationen des Personals in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) werden in Spalte 1 Feld „c)“ die Wörter „(dazu zählen alle Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten) ¹⁰ “ durch die Wörter „sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder und jugendlichenpsychotherapeuten gemäß §27 PsychThG“ ersetzt, die Fußnote 10 aufgehoben und in Spalte 2 Feld c3) nach den Wörtern „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ die Wörter „sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß § 27 PsychThG“ ergänzt.

r) In der Tabelle B5 (Datenfelder zur tatsächlichen Besetzung im Nachtdienst) wird nach der Überschrift die Angabe „Quartal (1 – 4)“ ergänzt.

GKV-SV	DKG
s) Bei den Unterschriften zum „Nachweis Teil A und B PPP-RL“ wird nach Satz 1 folgender Satz angefügt „Wurde gemäß § 11 Absatz 3 die Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben der Landesaufsichtsbehörde angezeigt? Ja/nein“	[Keine Übernahme]

7.

GKV-SV	DKG
<p>Der Richtlinie wird folgende Anlage 6 angefügt:</p> <p>„Anlage 6 Plausibilitätsprüfung Bei einer Nichteinhaltung der folgenden harten PrüfregeIn, ist der Datensatz von der entgegennehmenden Stelle zurückzuweisen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bei einer Einhaltung der Mindestvorgabe für eine differenzierte Einrichtung muss gemäß § 7 Absatz 4 bei allen Berufsgruppen ein Umsetzungsgrad von mindestens 100 Prozent nachgewiesen werden. In der Übergangszeit gelten die Vorgaben des § 16 Absatz 1. Bei sich widersprechenden Angaben zwischen der Erklärung des Krankenhauses, die Mindestvorgaben einzuhalten und den Angaben zur Einhaltung der Mindestvorgaben in den einzelnen Berufsgruppen ist der Datensatz zurückzuweisen.• Bei der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung für eine differenzierte Einrichtung ist die Anrechnung von Fach- und Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen nur in einem Umfang bis zur Höchstgrenze gemäß § 8 Absatz 5 zulässig. Bei nicht zulässigen Anrechnungen ist der Datensatz zurückzuweisen.• Eine Zurückweisung erfolgt auch bei den harten PrüfregeIn, die vom G-BA in der jeweils gültigen Fassung des Servicedokumentes gemäß § 16 Abs. 5 bzw. der Spezifikation gemäß § 11 Absatz 7 beschlossen wurden.“	<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am / mit Wirkung vom 1. Januar 2025 in Kraft.

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

Berlin, den 20. Juni 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Kurzbezeichnung der
Richtlinie/Regelung:
Änderungen für das Erfassungsjahr 2025

Entwurf, Stand: 11.03.2024

Hinweise:

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

Vom 20. Juni 2024

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Die Regelungen im Einzelnen	3
2.1.1	Zu § 5 Berufsgruppen	3
2.1.2	Zu § 8 Anrechnungen von Berufsgruppen	4
2.1.3	Zu § 11 Nachweisverfahren	5
2.1.4	Zu Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen	8
2.1.5	Zu Anlage 3 Nachweis.....	19
3.	Verfahrensablauf	23
4.	Fazit	23
5.	Zusammenfassende Dokumentation	23

1. Rechtsgrundlage

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

Die PPP-RL wird vorliegend geändert.

2. Eckpunkte der Entscheidung

GKV-SV:

Die in 2022 beschlossene Umstellung auf Routinedaten und die damit verbundene, erhebliche Dokumentationsentlastung für die Krankenhäuser, wird endlich vollständig umgesetzt. Durch den Wegfall der Stichtagserhebung kann der Dokumentationsaufwand in der Umsetzung der Richtlinie reduziert werden. Bei den ca. 1.300 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Durchführung von insgesamt 34.000 Stichtagserhebungen mit ca. 1,9 Mio. Patientinnen und Patienten ersatzlos entfallen. Das im Jahr 2022 beschlossene Verfahren, wie die Zuordnung der Routinedaten zu den Behandlungsbereichen der PPP-RL grundsätzlich erfolgt, bleibt unverändert: die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungsbereiche erfolgt primär auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des Kapitels 9 des OPS in den Routinedaten. Mit den vorgenommenen Konkretisierungen in Anlage 2 „Eingruppierungsempfehlungen“ wird die beschlossene Umstellung auf Routinedaten unterstützt, sie dienen der inhaltlich trennscharfen Abgrenzung der Behandlungsbereiche. Damit ist eine einheitliche Zuordnung in die Behandlungsbereiche gewährleistet.

Weitere Änderungen dienen der Verbesserung der Datengrundlage, auf deren Basis der G-BA die Richtlinie weiter zu entwickeln hat. Deshalb werden grundlegende Plausibilisierungsregeln festgelegt. Damit der G-BA in der verlängerten Einführungsphase zeitnahe Ergebnisse über die Versorgungssituation erhält, wird die bereits etablierte quartalsweise Datenübermittlung und Berichterstattung verlängert.

DKG:

Mit Beschluss vom 15. September 2022 wurde die stichtagsbezogene Eingruppierung der Patienten/-innen in die Behandlungsbereiche nach Anlage 2 auf die Nutzung vorhandener Routinedaten umgestellt. Die Umstellung war ab dem Erfassungsjahr 2024 vorgesehen. Erforderlich ist hierfür zum einen eine technische Umsetzung durch die Anbieter der Krankenhausinformationssysteme (KIS) für die die Ausleitung der Routinedaten, um die erforderlichen Informationen für die Zwecke der PPP-RL generieren zu können. Zum anderen müssen sich die Kliniken auf eine veränderte Zusammensetzung der Anzahl der Patienten/-innen in den jeweiligen Behandlungskategorien und somit in vielen Fällen auf

eine andere Höhe der Mindestvorgaben einstellen. Da aufgrund offener Fragen der Krankenhäuser und KIS-Anbieter an den G-BA zur zukünftigen Zuordnung in die Behandlungskategorien eine Umstellung zum Erfassungsjahr 2024 im Wesentlichen nicht möglich war, wurde mit Beschluss vom 19. Oktober 2023 eine Übergangsregelung in § 16 Absatz 9 PPP-RL eingeräumt. Demnach können die Krankenhäuser - sofern nötig - auch im Jahr 2024 die bisherige Regelung gemäß § 6 Absatz 3 beibehalten und die stichtagsbezogene Erhebung mit den bisherigen Eingruppierungsempfehlungen nutzen. Die Umstellung soll nunmehr ab dem Erfassungsjahr 2025 erfolgen.

Viele offene Fragen, aber auch zuvor bestehende Bedenken ergeben sich daraus, dass die Umstellung der Eingruppierung der Patienten/-innen auf Routinedaten nicht ausreichend durchdacht und auf ihre Auswirkungen überprüft wurde. Insbesondere wurde nicht bedacht, dass die definierten Minutenwerte und somit personellen Aufwände aus den Mindestvorgaben nicht eins zu eins auf die bestehenden OPS-Kodes, auch unter Berücksichtigung weiterer Routinedaten, übertragbar sind. Bei allem Bemühen der Beteiligten war es nicht möglich, für alle diese Herausforderungen im G-BA adäquate Lösungen zu erarbeiten, die fachlich sinnvoll und gleichermaßen passend der bisherigen Ausgestaltung der Mindestvorgaben entsprechen. Hier ist etwa der Vorschlag für die Streichung eines Vorliegens „manifesten Gefährdungen“ in den Intensivbehandlungskategorien zu nennen. Es muss bedacht werden, dass die Formulierungen in den OPS und den bisherigen Eingruppierungsempfehlungen der PPP-RL zwar bei einzelnen Intensivmerkmalen Schnittmengen aufweisen, sich diese Merkmale allerdings im Wortlaut sowie in der Definition unterscheiden.

Weitere markante Beispiele sind etwa die Eingruppierung älterer Suchtpatienten/-innen, die fehlende Eingruppierungsmöglichkeit von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, die in psychosomatischen Einrichtungen versorgt werden oder die Eingruppierung von Drogenabhängigen in den Suchtkategorien. Um eine bedarfsgerechte psychiatrische und psychosomatische Versorgung und angemessene Mindestvorgaben zu gewährleisten, braucht es vor einer Umstellung auf Routinedaten valide und fachlich begründete Änderungen der Vorgaben und keine unbedachten Angleichungen an den OPS. Darüber hinaus erfolgen notwendige redaktionelle Änderungen und klarstellende Hinweise in Anlage 3 (Nachweis) u. a. in Folge des Beschlusses vom 19. Oktober 2023 zur Mitwirkungspflicht psychosomatischer Einrichtungen.

2.1 Die Regelungen im Einzelnen

2.1.1 Zu § 5 Berufsgruppen

Zu Absatz 2 Buchstabe c

GKV-SV:

Es handelt sich bei der vorgenommenen Streichung um eine redaktionelle Folgeänderung zu den Änderungen in § 8. In § 8 werden die Anrechnungen für die Berufsgruppen, inkl. der Anrechnung von Personen in Ausbildung geregelt. Aufgrund der in § 8 Absatz 2 vorgenommenen Änderung, die auch (Sozial-)Pädagogen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten berücksichtigt, ist es nicht mehr erforderlich, die letztgenannte Berufsgruppe in Ausbildung zum Psychotherapeuten in § 5 Absatz 2 aufzuführen.

BPtK:

Es erfolgt eine redaktionelle Klarstellung, dass neben (Sozial-)Pädagog*innen auch alle weiteren Berufsgruppen gemäß § 27 PsychThG in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in zu Berufsgruppe c) gehören.

2.1.2 Zu § 8 Anrechnungen von BerufsgruppenZu Absatz 2**GKV-SV:**

Die vorgenommene Änderung ist klarstellender Art. Beispielsweise verdeutlicht sie, dass eine Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auch mit dem Grundberuf (Sozial-)Pädagogin bzw. (Sozial-) Pädagoge erfolgen kann.

DKG/BPtK:

Nach § 8 Absatz 3 Nr. 3 der bis zum 31.08.2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) muss im Rahmen der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in oder zur Kinder- und Jugendpsychotherapeut*in eine Praktische Tätigkeit von 1.600 Stunden (Psychiatriejahr) in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung absolviert werden. Hierfür erhalten die Ausbildungsteilnehmer*innen in der Regel ein Entgelt (siehe § 3 Absatz 3 Satz 7 der BPfIV). In § 8 Absatz 2 PPP-RL wird deshalb klargestellt, dass diese Mitarbeiter*innen nur in dem Umfang auf die Personalvorgaben angerechnet werden dürfen, in dem sie eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufs erhalten. Durch den Verweis auf § 27 Absatz 4 PsychThG wird zum einen klargestellt, dass sich die Regelung auf die Zeit der Praktischen Tätigkeit gemäß § 8 Absatz 3 Nr. 3 PsychThG (alte Fassung) bezieht. Zudem wird durch den Verweis klargestellt, dass dies sowohl für Psycholog*innen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in als auch für andere Berufsgruppen, wie z.B. (Sozial-) Pädagog*innen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in gilt.

Zu Absatz 3

Der G-BA muss die Fristen seiner Beschlussfassungen zur Weiterentwicklung der PPP-RL künftig vorziehen, damit das IQTIG anschließend die entsprechenden Spezifikationsempfehlungen aktualisieren und den Softwareherstellern die auf den Empfehlungen basierende Anpassung der Krankenhaussoftware rechtzeitig vor Inkrafttreten der Beschlüsse ermöglicht werden kann. Dementsprechend hätten die fachlichen Beratungen des G-BA zu der in Satz 4 festgelegten Anrechnungsregelung für die psychotherapeutische und psychologische Berufsgruppe (§ 5 Buchstabe c) nunmehr bereits bis spätestens zum Frühjahr 2024 abgeschlossen werden müssen. Da die Beratungen aber noch andauern, verschiebt der G-BA vorliegend in Satz 5 die Frist zur Entscheidung über die Anrechnungsregelung nach Satz 4 von September 2024 auf Juni 2025. In Satz 4 wird dementsprechend festgelegt, dass die bestehende Regelung im Erfassungsjahr 2025 noch beibehalten wird.

Zu Absatz 5

Entsprechend den zu Absatz 3 aufgeführten Erläuterungen zur Fristenänderung wird auch die Frist zur Festlegung des Umfangs der Anrechnungsmöglichkeiten in psychosomatischen Einrichtungen in Absatz 5 Satz 9 von September 2024 auf Juni 2025 verschoben.

2.1.3 Zu § 11 Nachweisverfahren

Zu Absatz 3

DKG:

Gemäß § 11 Absatz 2 sind die Nachweise nach Absatz 1 inklusive der Erklärung über die Richtigkeit der Angaben ab 01.01.2025 jährlich zum 15. Februar an die Landesverbände der Krankenkassen, der Ersatzkassen und das IQTIG zu übermitteln. Die in § 11 Absatz 13 geregelten Übergangsfristen mit einer quartalsweisen Übersendung der Nachweise enden am 31.12.2024. Unberührt davon bleibt die unverzügliche Meldung bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen, der Ersatzkassen und zuständigen Landesaufsichtsbehörden nach Ende des betreffenden Quartals. Hierfür haben sich die Übermittlungsfristen von sechs Wochen, wie sie in § 11 Absatz 13 Nummer 1 Satz 2 geregelt sind, bewährt. Die ursprünglich mit 14 Tagen datierte Übermittlungsfrist nach Ende des Quartals in § 11 Absatz 3 wird auf sechs Wochen verlängert, um den etablierten Turnus der Kliniken beizubehalten und somit ausreichend Zeit zur Erstellung der Nachweise zu geben.

Zu Absatz 8

GKV-SV:

In Absatz 8 wird eine Regelung für die Übermittlung der Nachweise ergänzt. Fehlerhafte Nachweisdaten, die sogenannte harte Plausibilitätsregeln nicht einhalten, sind ab 2025 vom IQTIG zurückzuweisen. Die Regelung hat das Ziel, besonders schwerwiegende Auffälligkeiten bzw. Fehler zu vermeiden. In der Regel ist bei diesen Fehlern eine Weiterverarbeitung des Datensatzes nicht möglich oder eine nachträgliche Korrektur der Nachweisdaten zwingend erforderlich. In diesen Fällen ist eine Korrektur und erneute Lieferung des Datensatzes durch das Krankenhaus notwendig.

[DKG: *Der aktuelle Richtlinientext wird beibehalten.*

Die Nachweisführung gemäß § 11 PPP-RL ist ein komplexes und aufwendiges Verfahren. Seit Inkrafttreten der PPP-RL in 2020 kommt es demnach weiterhin zu Fehlern in der Bearbeitung der Servicedokumente. Hierzu gehören z. B. aktuell inkorrekte Anrechnungen von Fach- und Hilfskräften, in höherem prozentualem Umfang als es gemäß § 8 Absatz 5 seit dem 01.01.2023 zulässig ist. Einige Krankenhäuser mit solch implausiblen Anrechnungen gaben in der Folge an, die Mindestvorgaben erfüllt zu haben, obwohl dies in wenigen Fällen auf eine unzulässige Mehranrechnung zurückzuführen ist.

Gemäß § 11 Absatz 8 prüft das IQTIG die von den Kliniken übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert das Krankenhaus bei Korrekturbedarf. Im Auswertungs- und Berichtskonzept des IQTIG heißt es dazu: „...die Daten [werden] über ein Datenprüfprogramm auf Plausibilität geprüft. Mittels eines Feedbackdokuments, das via E-Mail an die Einrichtung versendet wird, wird die Korrektheit bestätigt oder auf nicht plausible Eingaben hingewiesen. Das Berichtsformat als Tabellenkalkulationsdatei (.xls) lässt es nicht zu, die Datensätze bereits beim Hochladen abzulehnen, wenn bestimmte Felder nicht ausgefüllt sind. Nach Umstellung der Erhebung via Servicedokument auf eine*

spezifikationsbasierte Erhebung prüft ein Datenprüfprogramm die Daten bei der Annahme unter anderem auf Plausibilität sowie Vollständigkeit und weist Datensätze zurück, die nicht den geforderten Anforderungen entsprechen. Die Einrichtung hat dann die Möglichkeit, innerhalb des Korrekturzeitraums die Daten zu korrigieren und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln“.

Eine Aufnahme „harter Prüfregele“ im Rahmen der Richtlinienänderung 2025 steht im Widerspruch zum üblichen Vorgehen im Rahmen anderer Qualitätssicherungsverfahren. Demnach sollten im Sinne einer einjährigen Übergangs- und Lernphase die Krankenhäuser bei Übersendung falscher bzw. fehlerhafter Nachweise ergänzend zur aktuellen Feedbackmeldung durch das IQTIG zusätzlich darauf hingewiesen werden, dass die Daten ab dem Erfassungsjahr 2026 bei bestimmten (harten) Fehlern nicht mehr angenommen werden. Da es sich um eine ergänzte Aufgabe an das IQTIG handelt, sollte eine alternative Verortung bei der Beauftragung an das IQTIG und im Auswertungs- und Berichtskonzept geprüft werden.]

Zu Absatz 12

DKG:

Bisher ist für die Kliniken bis zum 15.02. eines jeden Jahres gemäß § 11 Absatz 12 eine Korrekturfrist der Nachweisdaten gemäß Anlage 3 von 14 Tagen (jeweils bis zum 01.03. eines Jahres) vorgesehen. Diese Frist ist äußerst kurz, weshalb die Korrekturfrist um zwei weitere Wochen auf den 15.03. eines Jahres verlängert wird.

Zu Absatz 13

GKV-SV:

Bei Erstbeschlussfassung der PPP-RL hat der G-BA die quartalsweise einzuhaltenden Mindestvorgaben stufenweise eingeführt (§ 16 Absatz 1) und es wurde übergangsweise eine engmaschige, quartalsweise Datenübermittlung und Auswertung für die Beobachtungspflichten des G_BA festgeschrieben (§ 11 Absatz 13). Das Regelverfahren sieht eine jährliche Datenübermittlung und Auswertung vor (§ 11 Absatz 2), dabei sind jedoch die Mindestvorgaben quartalsweise einzuhalten und bei Nichterfüllung unverzüglich, spätestens 14 Tage nach Ende des betreffenden Quartals anzuzeigen (§ 11 Absatz 3).

Die Einführungsstufen in § 16 Absatz 1 wurden immer wieder verlängert, derzeit gelten die Einführungsstufen bis 2026 und es wird aktuell über eine weitere Verlängerung bis Ende 2028 beraten. Nicht verlängert hingegen wurde die quartalsweise Datenübermittlung, die nun Ende 2024 auslaufen würde. Die aktuellen Ergebnisse zeigen, dass die Umsetzungssituation nach wie vor verbesserungsbedürftig ist: im dritten Quartal 2023 erfüllten 54,9 Prozent der Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und 51,5 Prozent der Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Mindestvorgaben nicht, obwohl diese nur zu 90 Prozent einzuhalten waren (IQTIG 2024). Aufgrund der Umsetzungssituation setzt sich der GKV-Spitzenverband für eine Verlängerung der Einführungsstufen in § 16 Absatz 1 bis Ende 2028 ein. Derzeit werden diese Vorschläge in den Gremien des G-BA abschließend beraten, eine Beschlussfassung ist im Plenum am 21. März 2024 vorgesehen.

Die nun in § 11 Absatz 13 vorgeschlagene Verlängerung des Übergangsverfahrens und damit der quartalsweisen Datenübermittlung und Auswertung folgt der Logik der Einführungsphase. Quartalsweise Ergebnisse ermöglichen dem G-BA, frühzeitige Veränderungen, positive wie negative, in der Versorgung zu erkennen. Außerdem erhalten die Krankenhäuser bis Ende 2028 mehr Zeit, ihre Nachweise zu übermitteln. Sie können ihre Nachweise wie gewohnt innerhalb von 6 Wochen übermitteln, statt wie im Regelverfahren vorgesehen innerhalb von 14 Tagen, sofern die Mindestvorgaben nicht eingehalten wurden.

DKG: Eine Verlängerung der quartalsweisen Übermittlung der Nachweise über den 1. Januar 2025 ist abzulehnen.

Die Übergangszeit vom Inkrafttreten der Erstfassung der PPP-RL vom 1. Januar 2020 bis zum 1. Januar 2025 sollte dazu dienen, einen möglichst kurzfristigen PDCA-Zyklus zu etablieren, die Folgen auf das Versorgungsgeschehen im Krankenhaus zeitnah untersuchen und schnelle Anpassungen vornehmen zu können. Sowohl in den Überarbeitungen der Richtlinie, den Servicedokumenten als auch IQTIG-Empfehlungen zur Spezifikation für die technische Dokumentation sind die Informationen aus den Quartalsberichten kaum eingeflossen, weshalb die Mehrbelastung der Kliniken kaum noch zu rechtfertigen ist. Zum 1. Januar 2025 geht somit wie geplant das vierteljährliche in ein jährliches Nachweisverfahren über. Damit werden die Kliniken in erheblichem Maße von jenen technischen und personellen Mehraufwänden entlastet, die mit der quartalsweisen Übersendung der Nachweise verbunden ist. Es ist fraglich, welchen Mehrwert eine Fortführung der vierteljährlichen Übersendung der Nachweise bei den o. g. Zielen sowie der Weiterentwicklung der PPP-RL bietet, die nicht auch über das jährliche Übermittlung der quartalsbezogenen Nachweise gewährleistet werden kann. Im Gegenteil wäre dies für die Krankenhäuser weiterhin mit einer Mehrfachbelastung aus Dokumentations- und Übermittlungspflichten verbunden. Zudem müsste auch das IQTIG weiterhin hohe Ressourcen in die Fortführung der Prüfung und Datenannahme der Quartalsnachweise sowie die Erstellung der Quartalsberichte investieren. Zusätzlich ist auch zu bedenken, dass die bisherige Entwicklung der Spezifikationsempfehlungen ab dem Erfassungsjahr 2025 ebenso von einer jährlichen Datenübermittlung ausgeht.]

2.1.4 Zu § 13 § Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben

Zu Absatz 8

DKG:

Gemäß § 11 Absatz 3 PPP-RL sind Krankenhäuser verpflichtet, eine Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben unter anderem den zuständigen Landesaufsichtsbehörden anzuzeigen. Kommen die Krankenhäuser dieser Mitwirkungspflicht nicht nach, haben gemäß § 13 Absatz 8 Sanktionen zu erfolgen.

Bisher nutzen die Krankenhäuser für das Nachweisverfahren und zur Meldung einer Nichterfüllung der Mindestvorgaben das Servicedokument. Für das Nachweisverfahren soll ab 2025 die „Spezifikation zur Strukturabfrage mittels EDV-technischer Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung gemäß PPP-RL“ dienen. Eine diesbezügliche Empfehlung des IQTIG wurde am 16. November 2023 vom G-BA beschlossen. Die Spezifikation umfasst eine Beschreibung der inhaltlichen Anforderungen für ein technisches Verfahren, für deren Umsetzung z. B. eine spezielle Software benötigt wird. Ein Teil dieser Spezifikation wird auch die Meldung der Nichterfüllung der Mindestvorgaben nach § 11 Absatz 3 an die zuständigen Stellen umfassen. Bei der Erarbeitung der technischen

Dokumentation für die Umsetzung der Spezifikation durch das IQTIG wurde im Austausch mit den Landesaufsichtsbehörden als einer der Datenempfänger festgestellt, dass die üblichen technischen Anforderungen einer Spezifikation ggf. nicht umgesetzt werden können. Hierzu zählt z. B. der Empfang und Umgang mit dem spezifikationsüblichen Dateiformat .xml. Als mögliche Lösung könnte die Nutzung des etwas üblicheren Dateiformates .csv und eine entsprechende Übermittlung der Nichterfüllung per E-Mail in Frage kommen. Hieraus ergibt sich allerdings das Problem, dass keine automatisierte Prüfung der Korrektheit (technisch/fachlich) beim Empfänger und keine Rückmeldung an den Absender mittels strukturiertem Datenflussprotokoll erfolgen kann. Das Krankenhaus kann in diesem Szenario also nicht nachvollziehen, ob die Daten korrekt bei der Landesaufsichtsbehörde angekommen sind. Somit kann die Klinik auch nicht rechtssicher nachweisen, dass es eine entsprechende Datenübermittlung an die Landesaufsichtsbehörden vorgenommen hat. Eine rechtliche Bindung der Landesaufsichtsbehörden, den Eingang einer Meldung schriftlich zu bestätigen, ist durch den G-BA nicht möglich. Nach Abwägungen aller Varianten und Möglichkeiten ist es dem G-BA zusammen mit dem IQTIG bislang nicht gelungen, eine umsetzbare und rechtssichere Lösung zu entwickeln. Um die Umsetzung der Spezifikation nicht zu gefährden, erfolgt deshalb die Streichung der Sanktionen gemäß § 13 Absatz 8 bei Nichterfüllung der Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 3 an die Landesaufsichtsbehörden. Die Datenübermittlungspflicht gemäß § 11 Absatz 3 bleibt davon unbenommen weiter bestehen.

2.1.5 Zu Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen

GKV-SV:

Die in 2022 beschlossene Umstellung auf Routinedaten und die damit verbundene, erhebliche Dokumentationsentlastung für die Krankenhäuser, wird endlich vollständig umgesetzt. Durch den Wegfall der Stichtagserhebung kann der Dokumentationsaufwand in der Umsetzung der Richtlinie reduziert werden. Bei den ca. 1.300 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Durchführung von insgesamt 34.000 Stichtagserhebungen mit ca. 1,9 Mio. Patientinnen und Patienten ersatzlos entfallen.

Dabei bleibt das Verfahren, wie die Zuordnung der Routinedaten zu den Behandlungsbereichen der PPP-RL grundsätzlich erfolgt, unverändert: die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungsbereiche erfolgt primär auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der Behandlungsarten des Kapitels 9 des OPS in den Routinedaten. In den Eingruppierungsempfehlungen sind den einzelnen Behandlungsbereichen die entsprechenden OPS-Kodes sowie die Merkmale Alter (< 14 Jahre und ≥ 14 in der KJP sowie < 65 Jahre und ≥ 65 Jahre in der Erwachsenenpsychiatrie), Hauptdiagnose (Hauptdiagnose aus ICD GM F10-F19 und andere Hauptdiagnose in der Erwachsenenpsychiatrie) und Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, stationsäquivalent) zugeordnet. Eine entsprechende Zuordnung findet sich in den Tragenden Gründen zum Umstellungsbeschluss auf Routinedaten (siehe dazu G-BA 2022).

Zu Tabellen A. Allgemeine Psychiatrie, S. Abhängigkeitskranke, G. Gerontopsychiatrie, P. Psychosomatik, KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie: Neue Spalte „3. Einstufung“

Um den Krankenhäusern einen schnellen Überblick über die Einstufung in die Behandlungsbereiche zu verschaffen, wird in Anlage 2 eine neue Spalte „3. Einstufung“ eingefügt, die die Zuordnung der Routinedaten zu den Behandlungsbereichen aus den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 15. September 2022 enthält. Diese dienen der inhaltlich trennscharfen Abgrenzung, damit ist eine einheitliche Zuordnung in die Behandlungsbereiche gewährleistet.

Zu Tabellen S. Abhängigkeitskranke und G. Gerontopsychiatrie: Eingruppierung älterer Abhängigkeitskranker

Eine typische psychiatrische Behandlung von Menschen im höheren Lebensalter wird unabhängig von der psychiatrischen Diagnose ganz erheblich durch alterstypische Aspekte bestimmt wird. Ein höheres Lebensalter korreliert mit Nebenerkrankungen aus dem somatischen Bereich (Multimorbidität), die eine ganzheitliche Behandlung erfordern. Es findet sich ein steigender Bedarf an Assistenz aufgrund von körperlichen Einschränkungen, komplizierenden Nebendiagnosen, einem erhöhten Betreuungsaufwand und einer erheblichen Pflegebedürftigkeit, der durch höhere Minutenwerte in den gerontopsychiatrischen Behandlungsbereichen berücksichtigt wird. Die S3-Leitlinie zu alkoholbezogenen Störungen schreibt dazu, es „sind bei älteren PatientInnen Veränderungen im Stoffwechsel sowie dem erhöhten Auftreten von körperlichen Komorbiditäten und kognitiven Beeinträchtigungen Rechnung zu tragen.“ (DG Sucht, DGPPN 2021 S. 247). Und weiter: „Ältere Personen mit alkoholbezogenen Störungen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit als jüngere, an somatischen und psychischen Erkrankungen zu leiden (Böhm et al., 2009; NICE, 2011). Aufgrund des verlangsamten Abbaus des Alkohols, eines geringeren Wassergehaltes des Körpers und der größeren Empfindlichkeit des älteren Gehirns auf Noxen (Royal College of Psychiatrists, 2018) sind ältere Personen durch die toxischen Wirkungen des Alkohols gesundheitlich gefährdeter. Neben Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen treten beispielsweise kardiale Erkrankungen, arterielle Hypertonie, Hirnblutungen und Krebserkrankungen sowie Depressionen und Angststörungen gehäuft auf (Watson et al., 2013). Ebenso ist das Risiko für Demenzen erhöht. Zunehmend wird die Bezeichnung alcohol related brain damage als Oberbegriff für das Kontinuum kognitiver Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Alkohol verwendet (Rao & Draper, 2015; Ridley et al., 2013). Alkoholassoziierte kognitive Beeinträchtigungen sind im höheren Alter i.d.R. ausgeprägter und weniger gut rückbildungsfähig (Ridley et al., 2013), wobei eine vollständige Remission der neuropsychologischen Auffälligkeiten auch bei jüngeren PatientInnen ein Jahr Abstinenz erfordert (Stavro et al., 2013). Das Risiko von Stürzen mit entsprechenden Folgen ist durch den erhöhten Alkoholkonsum und/ auch in der Entgiftungsbehandlung erhöht (NICE, 2011). Interaktionen von Alkohol mit Arzneimittel sind bei älteren Personen ebenfalls häufiger als bei jüngeren (NICE, 2011).“ (DG Sucht, DGPPN 2021 S. 312-313)

Zur Evidenz schreibt die S3-Leitlinie: „Die Empfehlung, dass in der Planung und Durchführung von Interventionen und Behandlungen älterer Personen mit alkoholbezogenen Störungen die alterstypische somatische und psychische Komorbidität berücksichtigt werden soll, beruht auf Konsens (KKP). Aus zwei internationalen Quellleitlinien (APA, 2006[b]; SAMHSA, 2006) und einer deutschen AWMF S2 Leitlinie (AWMF, 2006) kann mit niedriger Evidenz (LoE 5) abgeleitet werden, dass die Berücksichtigung altersspezifische Aspekte die Behandlungsergebnisse älterer Personen

mit alkoholbezogenen Störungen positiv beeinflussen. Es wurde eine „Kann“-Empfehlung ausgesprochen, in der Behandlung älterer Personen altersspezifische Anpassungen anzubieten.“ (DG Sucht, DGPPN 2021 S. 318-319).

Deshalb wird festgelegt, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ab 65 Jahren in die Behandlungsbereiche der Gerontopsychiatrie eingestuft werden.

Zu Tabellen A. Allgemeine Psychiatrie, S. Abhängigkeitskranke, G. Gerontopsychiatrie, KJ. Kinder- und Jugendpsychiatrie Streichung von „manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend und somatisch vitalgefährdet“ in Spalte 2 in den Behandlungsbereichen A2, S2, G2, KJ3

Für die Einstufung in die Behandlungsbereiche der Anlage 2 PPP-RL wurde bisher die Operationalisierung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) fortgeführt. Durch den Beschluss in 2022, die Behandlungsbereiche zukünftig über Routinedaten zu ermitteln, wurden in 2022 dementsprechend OPS-Kodes in Spalte 2. „Kranke“ in Anlage 2 ergänzt. Diese Ergänzung mit „und“ in den Behandlungsbereichen der Intensivbehandlung führte teilweise zu Missverständnissen. Beispielsweise wurde angenommen, dass nicht nur die Kriterien aus dem entsprechenden OPS-Kode zu erfüllen seien, sondern es darüber hinaus auch PPP-RL-spezifische Kriterien gebe, die zusätzlich zu den Vorgaben der jeweiligen OPS zu erfüllen seien. Das ist nicht zutreffend, für die Einstufung in die Behandlungsbereiche der PPP-RL anhand von OPS-Kodes sind die Voraussetzungen der OPS-Kodes maßgeblich. Die bisher aufgeführten inhaltlichen Merkmale in Spalte „2. Kranke“ sind aufgrund der inzwischen aufgeführten OPS-Kodes nicht mehr erforderlich, führen zu Missverständnissen und werden deshalb entfernt. Diese klarstellende Streichung betrifft die Behandlungsbereiche der Intensivbehandlung A2, S2, G2, KJ1, KJ3.

Aus fachlich- medizinischer Sicht gibt es keine Probleme bei der Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche nach Anlage 2 auf Basis von Routinedaten. Die Eingruppierungsempfehlungen der PPP-RL folgen auf der einen Seite den Eingruppierungsempfehlungen der Psych-PV, nach der etwa in A2 Intensivbehandlung – aber ebenso auch in den Intensivbehandlungsbereichen der Abhängigkeitskranken S2 und der Gerontopsychiatrie G2 „psychisch Kranke, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet“ eingeordnet werden müssen (Selbstverwaltungspartner 2009). Diese Einordnung ist gelebte Praxis seit über 30 Jahren. Und sie werden nun auf der anderen Seite kombiniert mit dem zugehörigen OPS-Kode – hier für die Intensivbehandlung – der ebenfalls voraussetzt, dass der Patient akut selbstgefährdet, fremdgefährdend oder vital gefährdet sein muss. Ebenfalls gelebte Praxis seit vielen Jahren.

Es wird nun angeführt, dass sich insbesondere bei den Intensivmerkmalen die Merkmale im Wortlaut sowie in der Definition unterscheiden würden. So würde etwa die „manifeste“ Selbstgefährdung in der Psych-PV nicht der „akuten“ Selbstgefährdung im OPS entsprechen. Dies ist fachlich-psychiatrisch falsch.

Die „manifeste“ Selbstgefährdung nach Psych-PV bedeutet, dass eine „unmittelbare Gefährdung“ vorliegen müsse, dass „der Patient krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, auch nur über kurze Zeit für sich die Verantwortung zu übernehmen“, dass er „nicht absprachefähig oder sein Verhalten nicht vorhersehbar ist“ und „dass eine latente Suizidgefahr [...] nicht ausreichend“ sei (Selbstverwaltungspartner 2009 S. 1). Dies ist nichts anderes, als eine „akute“ Selbstgefährdung, die im Übrigen in Hinblick auf Suizidalität nicht

weiter im OPS ausgeführt wird. Eine Intensivbehandlung wird als eine relativ kurze Durchgangsphase oder eine Kriseninterventionsphase gesehen (Selbstverwaltungspartner 2009 S. 1).

Im Gesamten betrachtet, sind damit die Hürden für die Einstufung in die Behandlungsbereiche der Intensivbehandlung, A2, S2, G2, nicht höher als die Zuordnung nach dem zugehörigen OPS-Code.

Der Unterschied zwischen manifest und akut hat in der Praxis keine Bedeutung, ist konstruiert und allein historisch zu erklären. Zur Klarstellung wird die bisherige Beschreibung gelöscht.

Änderung der Beschreibung „Kranke“ in „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ (Spalte 2)

Mit den Änderungen in Spalte 2, beginnend in der Spaltenbeschriftung sowie in den einzelnen Zeilen über alle Behandlungsbereiche hinweg, werden nun der Mensch und nicht mehr die Erkrankung in den Vordergrund gestellt, dies entspricht auch dem aktuellen Sprachgebrauch in medizinischen Leitlinien, beispielsweise in der S3-Leitlinie Schizophrenie (DGPPN 2019).

Bisher war die Beschreibung der betroffenen Menschen in Spalte 2 der Anlage 2 zudem uneinheitlich und teilweise veraltet: es wurde beispielsweise von „Akut psychisch Kranke“ (A1), „Psychisch Kranke“ (A2, A6), „Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen“ (A7, A8), „Psychisch erkrankte Menschen“ (A9) oder „Psychisch oder somatoform erkrankte Menschen“ (P1, P2, P3, P4) gesprochen. Ebenfalls uneinheitlich war die Beschreibung in Spalte 2 im Bereich der Abhängigkeitskranken, der Gerontopsychiatrie, der Psychosomatik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Deshalb wurde die bisher heterogene Beschreibung der Patientinnen und Patienten angeglichen und durchgehend geändert in „Menschen mit psychischen Erkrankungen“, „Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit“ bzw. „Vorschul- und Schulkinder/Kinder/Jugendliche/Heranwachsende mit psychischen Erkrankungen“. Damit geht kein Ausschluss einher, beispielsweise zählen somatoforme Erkrankungen zu den psychischen Erkrankungen, sind hier demnach nach wie vor mit gemeint.

Zu Tabelle S. Eingruppierung von Menschen mit Drogenabhängigkeit in alle Behandlungsbereiche der Abhängigkeitskranken

Maßgeblich für eine Einordnung in die Behandlungsbereiche, insbesondere der Regelbehandlung und der Intensivbehandlung, sind aus fachlicher Sicht die Gefährdung und die Symptomschwere, dies gilt auch für Menschen mit Alkohol, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit. Allerdings wurden in der Vergangenheit Menschen mit Drogenabhängigkeit immer automatisch in den Behandlungsbereich „S2 Intensivbehandlung“ eingestuft. Dies war historisch bedingt, da zu Beginn der Psych-PV Menschen mit Drogenabhängigkeit in einem wesentlich schlechteren Gesundheitszustand waren, als dies heute meist der Fall ist. Aus heutiger Sicht ist eine Eingruppierung von Menschen mit Drogenabhängigkeit, ohne Berücksichtigung des tatsächlichen Behandlungsaufwandes und der Schwere der Symptomatik, fachlich nicht mehr gerechtfertigt. Wenn bei Menschen mit Drogenabhängigkeit keine manifeste Selbstgefährdung, Fremdgefährdung oder somatisch vitale Gefährdung vorliegt, ist die

bislang erfolgte Einstufung in „S2 Intensivbehandlung“ nicht mehr sachgerecht. Dies wird auch durch den bei Erstbeschlussfassung der PPP-RL in 2019 neu geschaffenen Behandlungsbereich der Stationsäquivalenten Behandlung deutlich. Die Patientengruppe für diesen Behandlungsbereich in Tabelle S. Abhängigkeitskranke wird allgemein als „Abhängigkeitskranke“ beschrieben, Menschen mit Drogenabhängigkeit sind nicht mehr explizit ausgeschlossen. Dies entspricht auch der gesetzlichen Vorgabe, dass „Versicherte [...] Anspruch auf [...], stationsäquivalente [...] Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus [haben], [...]“. (SGB V § 39 Absatz 1). Hierbei wird vom Gesetzgeber auch auf die Schwere der Erkrankung abgestellt, die bestimmt, welche Leistungen erforderlich sind: „Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, [...]“. (SGB V § 39 Absatz 1)

Durch die Ergänzung von Menschen mit Drogenabhängigkeit in den Behandlungsbereichen S1 und S6 wird klargestellt, dass auch bei Menschen mit Drogenabhängigkeit der Behandlungsbedarf, insbesondere für die Einstufung in die Regel- oder Intensivbehandlung, maßgeblich ist.

Zu Tabelle S. Eingruppierung von Menschen mit Drogenabhängigkeit in Behandlungsbereich S6 Tagesklinische Behandlung

Im Rahmen der Psych-PV war eine Einstufung in den Behandlungsbereich S6 der Tagesklinischen Behandlung nur für bereits entgiftete Patienten möglich. Die dahinter stehende Annahme war, dass eine Entgiftung nur vollstationär stattfinden könne. Allerdings entspricht dies nicht mehr dem heutigen Standard - der behandelnde Arzt entscheidet, in welchem Setting eine Entgiftung stattfindet. Die S3-Leitlinie zu Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen schreibt dazu: „Die körperliche Entgiftung und die qualifizierte Entzugsbehandlung werden in ambulanten, teilstationären oder stationären Einrichtungen angeboten“ (S. 8). Bei den Schlüsselempfehlungen werden Empfehlungen für ein stationäres Behandlungssetting ebenso wie für ein ambulantes oder teilstationäres Setting gegeben. Die Leitlinie führt dazu aus „Eine ambulante oder teilstationäre Entzugsbehandlung (körperliche Entgiftung oder qualifizierte Entzugsbehandlung) kann angeboten werden, wenn keine schweren Entzugssymptome oder -komplikationen zu erwarten sind, eine hohe Adhärenz und ein unterstützendes soziales Umfeld bestehen (KKP, LoE: - Gesamtabstimmung: 95,8%) [...] Eine ambulante Entgiftung oder Entzugsbehandlung sollte nur angeboten werden durch ÄrztInnen mit: 1. ausreichenden Kenntnissen in der Alkoholentgiftung und 2. der Möglichkeit engmaschiger klinischer Kontrolluntersuchungen, inkl. Verhaltensbeobachtung und 3. organisatorischer Sicherstellung einer 24h Erreichbarkeit eines Notfalldienstes Empfehlungsgrad B, LoE: 3 Gesamtabstimmung: 100% Literatur: APA (2006[a]), NICE (2010) , VA/DoD (2009)“ (S. 74). Deshalb wurde der Begriff „entgiftet“ im Behandlungsbereich S6 gestrichen.

Zu „Hinweise“

Alter bei Aufnahme

Da bei einigen Behandlungskategorien das Alter von Relevanz ist, wird mit dem ersten Hinweis klargestellt, dass bei der Einstufung in die entsprechenden Behandlungsbereiche

das Alter am Tag der Aufnahme maßgeblich ist, auch wenn sich das Alter im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes ändert.

Nutzung der Aufnahmediagnose anstelle der Hauptdiagnose:

Mit der Umstellung auf Routinedaten wird in einigen Behandlungsbereichen die Hauptdiagnose herangezogen. Konkret ist für die Zuordnung in die Bereiche der Abhängigkeitserkrankungen eine Hauptdiagnose aus dem Bereich ICD-10-GM F10-F19 maßgeblich. Die Hauptdiagnose ist die Diagnose, die sich nach dem Abschluss der Behandlung in der Gesamtschau und Diagnostik als maßgebliche Diagnose für den stationären Aufenthalt herausstellt. Aufgrund der quartalsbezogenen Mindestvorgaben besteht theoretisch die Möglichkeit, dass nicht alle Behandlungsfälle abgeschlossen sind und für eine kleine Gruppe an Patientinnen und Patienten noch keine Hauptdiagnose nach Ende des Erfassungsquartales vorliegt, weil sie noch nicht entlassen wurden. In diesen Fällen wird mit dem zweiten Hinweis festgelegt, dass stattdessen hilfsweise die Aufnahmediagnose zu verwenden ist.

Reihenfolge bei der Einstufung in die Behandlungsbereiche

Für die Einstufung in die Behandlungsbereiche finden sich in der neuen Spalte „3. Einstufung“ die Bedingungen, die für eine Einstufung jeweils erfüllt sein müssen. Es wird folgende Reihenfolge festgelegt, die für die inhaltliche Abgrenzung und trennscharfe Einstufung in die Behandlungsbereiche relevant ist:

Erwachsenenpsychiatrie

1. Einrichtung, 2. Alter, 3. Hauptdiagnose, 4. Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, STÄB), 5. OPS-Kode.

Psychosomatik

1. Einrichtung, 2. Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, STÄB), 3. OPS-Kode.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. Einrichtung, 2. Aufnahmegrund (vollstationär, teilstationär, STÄB), 3. OPS-Kode, 4. Alter.

Literatur:

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) (Hrsg.) S3 Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" AWMF-Register Nr. 076-001 Langfassung, (Aktualisierte Version 2020) eingesehen am 05.03.2024 unter

<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/076-001>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) (Hrsg.) S3-Leitlinie Schizophrenie 15.03.2019 eingesehen am 06.02.2024 unter <https://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html>

Gemeinsamer Bundesausschuss Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erste Anpassung gemäß § 1 Absatz vom 15. September 2022

eingesehen am 16. Januar 2024 unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-9060/2022-09-15_PPP-RL_Erste-Anpassung_TrG.pdf

Selbstverwaltungspartner Eingruppierungsempfehlungen zu den Behandlungsbereichen der Psych-PV in der Erwachsenenpsychiatrie. Inhaltliche Beschreibung der aufgabentypischen Schwerpunkte ((2009) Anlage 1 zu § 4 Abs. 1 Psych-PV inklusive Erläuterungen) eingesehen am 06.03.2024 unter https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/kodierung/KH_Psych-PV_Anlage_1_2009_12_18.pdf

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

Literatur zitiert nach DG Sucht, DGPPN 2021

American Psychiatric Association, Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F., Rounsaville, B. J., George, T. P., Strain, E. C., ... & O'Brien, C. P. (2006[a]). Treatment of patients with substance use disorders, American Psychiatric Association. American Journal of Psychiatry, 163(8 Suppl), 5-82.

American Psychiatric Association, Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F., et al. (2006[b]). Treatment of patients with substance use disorders, American Psychiatric Association. The American journal of psychiatry, 164(4 Suppl), 5-123.

AWMF S2 Leitlinie (AWMF, 2006): nicht im Literaturverzeichnis der S3-Leitlinie erkennbar aufgeführt.

Böhm, K., Mardorf, S., Nöthen, M., et al. S. (2009). Gesundheit und Krankheit im Alter

Management of Substance Use Disorders Working Group. (2009). VA/DoD clinical practice guideline for management of substance use disorders (SUD). Washington, DC: Department of Defense, Department of Veterans Affairs

National Institute for Clinical Excellence. (NICE). (2010). Alcohol Use Disorders: Diagnosis and Clinical Management of Alcohol-related Physical Complications.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2011). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (Clinical guideline 115, CG115). Abgerufen von <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/evidence/full-guideline-pdf-136423405>

Rao, R., & Draper, B. (2015). Alcohol-related brain damage in older people. The Lancet Psychiatry, 8(2), 674-675

Ridley, N. J., Draper, B., & Withall, A. (2013). Alcohol-related dementia: an update of the evidence. Alzheimer's research & therapy, 5(1)

Royal College of Psychiatrists (RCT) (2018). Our invisible addicts. 2nd edition, College Report CR211, Lon-don

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2006). Substance abuse: clinical issues in intensive outpatient treatment (Treatment improvement protocol TIP 47). <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma13-4182.pdf>

Stavro, K., Pelletier, J., & Potvin, S. (2013). Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addiction Biology*, 18(2), 203-213

Watson, J. M., Crosby, H., Dale, V. M., Tober, G., Wu, Q., Lang, J., ... & Drummond, C. (2013). AESOPS: a randomised controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care. *Health technology assessment*, 17(25)

DKG (Gegenposition zum obigen Vorschlag des GKV-SV):

Die bisherige Formulierung von Anlage 2 wird beibehalten.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu Tabelle A, S, G, KJ neue Spalte „3. Einstufung“

Die bisherigen Tabellen A, S, G und KJ werden in ihrer aktuellen Form beibehalten.

Mit Beschluss vom 15. September 2022 wurde die stichtagsbezogene Eingruppierung der Patienten/-innen in die Behandlungsbereiche nach Anlage 2 auf die Nutzung vorhandener Routinedaten umgestellt. Um den Krankenhäusern einen Überblick über die zu nutzenden Routinedaten für die Zuordnung in die jeweiligen Behandlungsbereiche zu geben, soll die Einführung einer neuen Spalte 3 „Einstufung“ erfolgen. Dies wäre prinzipiell zu begrüßen, allerdings stellt dieser Überblick und die damit zusammenhängende Einführung einer Prüfreihefolge der zu nutzenden Routinedaten eine willkürliche Festlegung dar. Ebenso gehen damit eine Wertung bzw. Gewichtung der definierten Kriterien einher, auf deren Basis zukünftig die Zuordnung in die Behandlungsbereiche erfolgt. Hieraus ergeben sich bedeutsame Auswirkungen auf die Zusammensetzung in den Behandlungsbereichen und somit eine Änderung der Mindestvorgaben für die Einrichtungen. Hierbei sei an die für die PPP-RL genutzte Grundlage - die Psych-PV - erinnert, die für die einzelnen Behandlungsbereiche bestimmte Patientengruppen und Fallvignetten mit den entsprechenden Minutenwerten definiert hat. Diese willkürliche neue Zuordnung von Patientengruppen mit dahinter liegenden Minutenwerten entbehrt jedweder fachlichen Grundlage und Evidenz.

Zu Tabelle A, S, G, KJ je Spalte 2, Streichung von „manifest“ in den Kategorien A2, S2, G2, KJ3

Um Diskrepanzen in den bisherigen Formulierungen der Eingruppierungsempfehlungen basierend auf der Psych-PV und den Angaben der OPS-Beschreibung zu beheben, soll in den Intensiv-Behandlungsbereichen das Merkmal einer „manifesten“ Gefährdung gestrichen werden. Gleichsam ist nur noch von „Menschen mit psychischer Erkrankung“ die Rede. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Formulierungen in den OPS und den bisherigen Eingruppierungsempfehlungen der PPP-RL zwar bei einzelnen Intensivmerkmalen Schnittmengen aufweisen, sich diese Merkmale allerdings im Wortlaut sowie in der Definition unterscheiden. So wurde sich bei der Formulierung der OPS bewusst im Sinne der

Abgrenzung und Zielstellung der Abrechnung anderer Begrifflichkeiten bedient als in der damals vorhandenen Psych-PV.

Beispiel: OPS-Intensivbehandlung (9-61) - ein Patientenmerkmal: Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten

vs.

PPP-RL-Eingruppierungsempfehlung A2 (Intensivbehandlung): Psychisch Kranke, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene

In der konkreten Anwendung der Psych-PV und PPP-RL durch die Krankenhäuser wurde „manifest“ seit mehreren Jahrzehnten als höheres Anforderungsmerkmal für eine Gefährdung eingeordnet als die „akute“ Gefährdung aus den OPS 9-61. Dass eine „manifeste“ Gefährdung bei der Eingruppierung in die Intensivbehandlungskategorien mit entsprechend höheren pflegerischen und therapeutischen Aufwänden das entscheidende Abgrenzungsmerkmal ist, zeigt sich auch in den zuvor geltenden Erläuterungen in der Spalte 5 der Eingruppierungsempfehlungen: „Beim Behandlungsbereich A2 (ebenso S2 und G2) ist in der Spalte „Kranke“ das Wort „manifest“ zu beachten. Z. B. ist bei Suizidgefahr gemeint, dass die Patientin oder der Patient krankheitsbedingt nicht in der Lage ist, auch nur über kurze Zeit für sich die Verantwortung zu übernehmen, also eine sehr dichte Betreuung benötigt. Manifeste Selbst- oder Fremdgefährdung ist zu bejahen, wenn die Patientin oder der Patient nicht absprachefähig oder ihr oder sein Verhalten nicht vorhersehbar ist. Die unter psychisch Kranken weit verbreitete latente Suizidgefahr ist für den Behandlungsbereich A2 nicht ausreichend. Die Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich A2 sind so schwer krank, dass sie zumeist einzelfallbezogen behandelt werden müssen. Für den „Intensiv“-Charakter von Behandlungsbereich A2 ist der quantitative pflegerische Betreuungsaufwand für sich kein ausreichendes Kriterium, entscheidend ist - wegen der unmittelbaren Gefährdung - der hohe und häufige ärztliche Abstimmungsaufwand in Bezug auf Behandlungsziele und -mittel. Der diagnostische und therapeutische Aufwand muss dann auch aus der Dokumentation erkennbar sein, z. B. bei somatischer Vitalgefährdung: Vitalzeichenkontrolle. Ein Hinweis für Behandlungsbereich A2 ist die unfreiwillige Behandlung bzw. die Patientin oder der Patient müsste untergebracht werden, wenn sie oder er nicht in die Behandlung einwilligen würde (weil eine Entlassung gegen ärztlichen Rat nicht zu verantworten wäre). Die Intensivbehandlung ist in der Regel eine relativ kurze Durchgangsphase, meist in Richtung Behandlungsbereich A1. Sie kann aber auch als Kriseninterventionsphase von jeder anderen Ebene aus notwendig werden. Die Einstufung in die Intensivbehandlung ist nicht mit Beurlaubung oder unbegleitetem Ausgang von der Station vereinbar. Zur Entaktualisierung können kurze begleitete Ausgänge durchgeführt werden. Der Behandlungsbereich A2 kann auch noch für wenige Tage vorliegen, wenn sich die Patientin oder der Patient nach einer hochakuten Symptomatik bessert, die Gefährdungsaspekte aber noch nicht sicher abgeklungen sind (z. B. bei abklingender manifester Suizidalität).“

Demnach wurden auch die Minutenwerte der Intensivbehandlungskategorien auf ein begrenzteres Patienten Klientel mit höheren Personalbedarfen durch manifeste Gefährdungen ausgerichtet. Somit waren die Hürden für eine Einstufung in die Intensivbehandlungskategorien der alten Eingruppierungsempfehlungen bisher höher, als die Zuordnung nach dem Intensiv-OPS-Code 9-61.

Hieraus ergibt sich, dass durch eine Streichung des Merkmals der „manifesten Gefährdungen“ von einer Veränderung der Anzahl von Patienten/-innen in den Intensivbehandlungskategorien auszugehen ist. So könnte in einer Beispiel-Klinik mit mehr als 200.000 Behandlungstagen der Intensivanteil um bis zu 10 % steigen, was einen personellen Mehraufwand von 40 Vollkräften für das betreffende Haus bedeuten würde. Dabei hilft es dieser Klinik auch nicht, dass sich im Bundesdurchschnitt ggf. nur geringe Abweichungen durch die Umstellung ergeben. Diese Klinik hat aufgrund der richtlinienimmanenten mangelnden Planungs- und Steuerungsmöglichkeiten von einem Tag auf den Anderen höhere Mindestanforderungen und Personalbedarfe, die schlicht nicht umsetzbar sein werden. Erschwerend kommt hinzu, dass seit 2024 die Eingruppierung in die Intensiv-Behandlungskategorien als Grundlage für die Berechnung der Mindestvorgaben im Nachtdienst dient. Auch hieraus können sich höhere pflegerische Personalbedarfe im Sinne von Mindestvorgaben ergeben, die keine sachliche und fachliche Begründung und Herleitung haben.

An diesem Beispiel zeigt sich, dass die Umstellung der Eingruppierung der Patienten/-innen auf Routinedaten nicht ausreichend durchdacht und auf ihre Auswirkungen überprüft wurde. Insbesondere wurde nicht bedacht, dass die definierten Minutenwerte und somit personellen Aufwände aus den Mindestvorgaben nicht eins zu eins auf die bestehenden OPS-Kodes auch unter Berücksichtigung weiterer Routinedaten übertragbar sind. Bei allem Bemühen der Beteiligten war es nicht möglich, für diese Herausforderungen im G-BA adäquate Lösungen zu erarbeiten, die fachlich sinnvoll und entsprechend passend der bisherigen Ausgestaltung der Mindestvorgaben entsprechen.

Zu Tabelle S und G Eingruppierung älterer Suchtpatienten/-innen

Um eine klare Zuordnung von älteren Suchtpatienten/-innen auf Basis von Routinedaten in die Behandlungskategorien zu erreichen, soll festgelegt werden, ob die Suchtdiagnose oder das Alter für die Eingruppierung maßgeblich ist. Hieraus ergeben sich gravierende Auswirkungen bei den Mindestvorgaben, da sich nachvollziehbarer Weise aus den Geronto-Kategorien ein höherer Personalbedarf ergibt. Den reinen Alters-Cut-Off bei 65 Jahren zu nutzen, erscheint nicht sachgerecht. Das Erreichen des Alters von 65 Jahren geht nicht automatisch mit höheren, insbesondere pflegerischen Betreuungsbedarfen einher. Vor vielen Jahren wurde das 65. Lebensjahr in Deutschland als Renteneintrittsalter gewählt, demnächst wird diese Grenze bei 67 Jahren liegen. Das MSD Manual beispielsweise beschreibt Alter als eine Trias aus biologischen, psychologischen und chronologischen Anteilen, die individuell jeweils unterschiedlich zusammensetzen.¹ Dabei ist das chronologische Alter in Bezug auf die Gesundheit nur begrenzt aussagekräftig, wengleich die Wahrscheinlichkeit, gesundheitliche Probleme zu entwickeln, in höheren Lebensaltern steigt. Manche Menschen sind von geriatrischen Veränderungen früher betroffen – teilweise auch vor ihrem 65. Lebensjahr – andere wiederum erst Jahre und gar Jahrzehnte später, die dann auch jenen definierten Aufwänden in den Geronto-Kategorien entsprechen. Daher ist die pauschale Zuordnung von Suchtpatienten/-innen ab 65 Jahren in die Geronto-Kategorien für adäquate Mindestvorgaben weder sachdienlich noch angemessen.

Auch hier zeigt sich, dass die Umstellung der Eingruppierung der Patienten/-innen auf Routinedaten nicht ausreichend durchdacht und auf ihre Auswirkungen überprüft wurde. Insbesondere wurde nicht bedacht, dass die definierten Minutenwerte und somit personellen Aufwände aus den Mindestvorgaben nicht eins zu eins auf die bestehenden OPS-Kodes auch unter Berücksichtigung weiterer Routinedaten übertragbar sind. Bei allem

Bemühen der Beteiligten war es nicht möglich, für diese Herausforderungen im G-BA adäquate Lösungen zu erarbeiten, die fachlich sinnvoll und entsprechend passend der bisherigen Ausgestaltung der Mindestvorgaben entsprechen.

Mit der Umstellung fehlt darüber hinaus die Möglichkeit, ältere Patient/-innen ab 65 Jahre in eine Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung analog zu den Kategorien A7 bzw. A8 einzugruppieren.

Zu Tabelle S Eingruppierung von Drogenabhängigen

Bisher wurden Drogenabhängige alternativlos in die Behandlungskategorie S2 eingestuft. Diese Einstufung noch aus Psych-PV-Zeiten ist historisch bedingt und war in den Minutenwerten ausgerichtet auf die besonderen Bedarfe drogenabhängig erkrankter Menschen. Die Strukturen der Einrichtungen haben sich teilweise mit ihren dahinterliegenden Personalbedarfen anhand dieser Einstufungen entwickelt und sind lange etabliert. Wie bei der Eingruppierung älterer Suchtpatient/-innen ergeben sich auch hier durch die Umstellung gravierende inhaltliche Veränderungen bei der Zuordnung von Patienten/-innen in die Behandlungskategorien und somit zu den Mindestvorgaben. Eine valide und evidenzbasierte Grundlage, wie sich die entsprechenden Bedarfe dieser Patienten/-innen verändert haben sollen, wird bei den eingebrachten Vorschlägen nicht aufgezeigt.

Fehlende Möglichkeit zur Eingruppierung von Kindern und Jugendlichen in psychosomatischen Einrichtungen

Nach wie vor ungeklärt bleibt die Frage, wie psychosomatische Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen und KJ-Codes abrechnen, ihre Patient/-innen nach der Umstellung auf Routinedaten ab 2025 zuordnen sollen. Hierfür ist zu berücksichtigen, dass derzeit bei der Abrechnung und Dokumentation – basierend auf gemeinsamen Vereinbarungen mit den Krankenkassen auf der Ortsebene – bei einer Behandlung von Kindern und Jugendlichen in psychosomatischen Einrichtungen sowohl KJ-OPS-Kodes als auch Codes der Psychosomatik genutzt werden. Die Festlegung einer neuen Zuordnung dieser jungen Patienten/-innen muss neben der Beachtung der Realitäten derzeit verwendeter Routinedaten sowohl die Besonderheiten psychosomatischer Behandlung als auch den Umstand, dass bei den bisher definierten Vorgaben für psychosomatische Einrichtungen noch keine ausreichenden Hinweise für erforderliche Anpassungsbedarfe vorliegen, berücksichtigen.

Zu Tabelle A, S, G, P, KJ je Spalte 2, Ersetzung von „Kranke“ durch „Menschen mit psychischen Erkrankungen“

Viele Betroffene von psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen bevorzugen die Formulierung „Mensch mit psychischer Erkrankung“ gegenüber „psychisch Kranke“ oder „psychisch kranke Menschen“. Sie wird auch als Person-First-Language bezeichnet, die Person steht also vor der Erkrankung. In einer Studie der Ohio State University zeigte sich z. B., dass die Bezeichnung „Menschen mit Behinderung“ bei den Teilnehmenden der Studie ein positiveres und wertschätzenderes Bild von Betroffenen hervorrief als die Formulierung „psychisch Kranke“. Auch in der wissenschaftlichen Fachwelt hat sich die Bezeichnung von „Menschen mit einer Depression“ anstelle von „Depressiven“ zum Teil durchgesetzt. Der Ausdruck „Depressive“ reduziere die betroffenen Personen auf ihre Erkrankung, so die Begründung. Im englischsprachigen Raum empfiehlt die American Psychological Association bereits seit den 1990er Jahren in vielen Bereichen den bewussten Einsatz solcher „person-first language“. Gleiches gilt für die Ersetzung von „Menschen mit Alkohol, Medikamenten-

oder Drogenabhängigkeit“ anstelle von „Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige“ in Tabelle S.

Zu „Hinweise“

Prüfreiheitenfolge zur technischen Dokumentation:

Die vorgeschlagene Prüfreiheitenfolge der zu nutzenden Routinedaten legt jeweils für die Erwachsenenpsychiatrie als auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine willkürliche Reihenfolge dar. Damit gehen eine Wertung bzw. Gewichtung der definierten Kriterien einher, auf deren Basis zukünftig die Zuordnung in die Behandlungsbereiche erfolgt. Hieraus ergeben sich bedeutsame Auswirkungen auf die Zusammensetzung in den Behandlungsbereichen und somit eine Änderung der Mindestvorgaben für die Einrichtungen. Diese willkürliche neue Zuordnung von Patientengruppen mit dahinter liegenden Minutenwerten entbehrt jedweder fachlichen Grundlage.

Alter bei Aufnahme:

Da bei einigen Behandlungskategorien das Alter von Relevanz ist, wird mit dem ersten Hinweis klargestellt, dass bei der Einstufung in die entsprechenden Behandlungsbereiche das Alter am Tag der Aufnahme maßgeblich ist, auch wenn sich das Alter im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes ändert.

Nutzung der Aufnahmediagnose anstelle der Hauptdiagnose:

Mit der Umstellung auf Routinedaten wird in einigen Behandlungskategorien die Nutzung der Hauptdiagnose vorgesehen. Die Hauptdiagnose ist die Diagnose, die sich nach dem Abschluss der Behandlung in der Gesamtschau und Diagnostik als maßgebliche Diagnose für den stationären Aufenthalt herausstellt. Aufgrund der quartalsbezogenen Mindestvorgaben ist es demnach möglich, dass für einen behandelten Patienten/-in noch keine Hauptdiagnose nach Ende des Erfassungsquartales vorliegt, da er noch nicht entlassen wurde. In diesen Fällen wird mit dem zweiten Hinweis vorgesehen, dass stattdessen die Aufnahmediagnose zu verwenden ist.

Diese Lösung ist eine Kompromisslösung. So ist nach Definition der Kodierrichtlinien die Aufnahmediagnose nicht mit der Hauptdiagnose gleichzusetzen. Es wird inhaltlich auf eine Diagnose Bezug genommen werden, die sich zum Abschluss des Falles in der Gesamtschau, ggf. als nicht maßgebliche Diagnose für den stationären Aufenthalt herausgestellt hat. Dies ist häufig im Bereich der Suchterkrankungen der Fall. Diese Patienten/-innen werden initial häufig mit einer Suchtdiagnose als Aufnahmediagnose aufgenommen, welche sich allerdings nicht selten im Verlauf und beim Abschluss der stationären Behandlung als Nebendiagnose bei einer schweren depressiven Episode als Hauptdiagnose herausstellt.]

Literatur:

Granell, Gibbs; 2016, JCD 94(1):31-40; doi: 10.1002/jcad.12059

MSD Manual, Übersicht über Alterserscheinungen, 2022:
<https://www.msmanuals.com/de-de/heim/gesundheitsprobleme-bei-%C3%A4lteren-menschen/alterserscheinungen/%C3%BCbersicht-%C3%BCber-alterserscheinungen> zuletzt abgerufen am 10.01.2024

2.1.6 Zu Anlage 3 Nachweis

DKG:

Mit Beschluss vom 19. Oktober 2023 müssen ab 2024 auch psychosomatische Einrichtungen die Mindestvorgaben nach § 6 sowie den Umsetzungsgrad nach § 7 ermitteln. Entsprechend wird der bis 31. Dezember 2023 gültige Hinweis in den Tabellen A5.1 Spalte 9 sowie A5.2 Spalte 4, wonach Einrichtungen der Psychosomatik mit „entfällt“ antworten können, gestrichen. In der Folge wird auch das Servicedokument für das Erfassungsjahr 2024 angepasst und in einer aktualisierten Form zur Verfügung gestellt.

Zu Tabelle A5.1 und B2.1

GKV-SV:

Die Änderungen in Tabelle A5.1 passen den Nachweis der angerechneten Fach- oder Hilfskräften von Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen an. Seit dem 01. Januar 2023 sind bei der Anrechnung von Fach- oder Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen Obergrenzen zu berücksichtigen (§ 8 Absatz 5). Die Angabe in Spalte 4 der Tabelle A5.1 (VKS-Ist Tatsächliche Personalausstattung der differenzierten Einrichtung in VKS) entspricht der Summe der Werte für die in den Spalten 5 bis 8. Ergänzend zu den einzelnen Anrechnungstatbeständen wurde nun zusätzlich eine Spalte mit dem Umfang der tatsächlichen Personalausstattung für die Fachkräfte aus der jeweiligen Berufsgruppen nach PPP-RL ergänzt (neue Spalte 5). Die Angabe in Spalte 9 (Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) umfasste den Gesamtwert von Fach- oder Hilfskräften gemäß § 8 Absatz 5. Die Angabe in Spalte 7 (Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) umfasst den Umfang von Fach- oder Hilfskräften des Gesamtwertes aus Spalte 9, der unter Berücksichtigung der Höchstgrenzen nach § 6 Absatz 5 Satz 6 bei der tatsächlichen Personalausstattung VKS-Ist zu berücksichtigen ist. Die Änderungen ermöglichen nun eine eindeutige Umsetzung der Obergrenzen im Nachweis und gleichzeitig die Dokumentation von weiteren Fach- und Hilfskräften, für die eine Anrechnung aufgrund der Obergrenzen nicht möglich ist.

Mit der Änderung in Tabelle A5.1 sind Folgeänderungen in Tabelle B2.1 verbunden. Die Angabe in Spalte 4 der Tabelle B2.1 (VKS-Ist Tatsächliche Personal-ausstattung in VKS) entspricht der Summe der Werte in den Spalten 5 bis 8. Die monats- und stationsbezogenen Angaben in Spalte 7 (Anrechnung Fach- oder Hilfskräfte Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen in VKS) umfasst den Gesamtwert von Fach- oder Hilfskräften ohne Berücksichtigung der Höchstgrenzen nach § 6 Absatz 5 Satz 6, da die Höchstgrenzen erst bei der Ermittlung der tatsächlichen Personalausstattung pro Quartal und Einrichtung zu berücksichtigen sind.

[DKG: *Die aktuellen Tabellen A5.1 und B2.1 werden beibehalten.*

Mit der Erweiterung der Tabellen A5.1 und B2.1 wird der Dokumentationsaufwand für die Krankenhäuser abermals erweitert. Diese sukzessive Addition muss kritisch hinterfragt werden, besonders vor dem Hintergrund der Zielstellung einer Aufwandsreduktion. Eine solche Prüfung hat in den bisherigen Überarbeitungen der Richtlinie bisher nicht stattgefunden. Mit der Aufnahme der neuen Spalten 5 und 9 (neu) wird der Informationsgehalt der Tabellen nicht erhöht. Der Wert der Spalte 5 ergibt sich bisher aus der Subtraktion aus Spalten 4 und 6 bis 8. Mit Spalte 9 (neu) entsteht zudem der Eindruck, dass sich hieraus potenzielle Bedarfe über die Anrechnungen von Fach- und Hilfspersonal gemäß § 8 Absatz 5 erkennen lassen. Die bisherigen Auswertungen in den Quartalsberichten sowie Erfahrungsberichte aus einzelnen Kliniken zeigen jedoch, dass dies nicht der Fall ist.

Derzeit erfolgen aufgrund der Fehlerprotokolle des IQTIG erfolgen häufig Korrekturen der Nachweise, damit sie korrekte Nachweise übermitteln. Vielmehr geben die Krankenhäuser ihr Personal häufig in der maximal erlaubten Höhe von 5-10 % an.]

Zu den Referenztabellen A8.3 und B4.3:

BPtK:

Folgeänderung zu § 5 Absatz 2 Buchstabe c.

Zu den Tabellen A9 und B3:

Die Konkretisierung ergibt sich aus Nachfragen mehrerer externer Anfragen.

Zu den Unterschriften zum „Nachweis Teil A und Teil B PPP-RL“

GKV-SV:

Durch die Ergänzung nach Tabelle A9 und B6 auf dem Blatt zu den Unterschriften wird sichergestellt, dass die Krankenhäuser gemäß § 11 Absatz 3 die Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben der Landesaufsichtsbehörde angezeigt haben. Diese Änderung ist nur relevant, wenn eine Einrichtung die Mindestvorgaben nicht erfüllt hat.

[DKG: *Die bisherige Regelung bleibt bestehen.*

Mit der Unterschrift bestätigen die Krankenhäuser bereits die Richtigkeit ihrer Nachweise nach bestem Wissen und Gewissen. Gemäß § 11 Absatz 3 sind Kliniken dazu verpflichtet, eine Nichterfüllung der Mindestvorgaben an die Landesaufsichtsbehörden zu übersenden. Der Sinn einer zusätzlichen Bestätigung, dass dies tatsächlich erfolgt ist, erschließt sich nicht. Zumal sich mit dem vorgebrachten Vorschlag zwei Problemfelder eröffnen: Zum einen wird eine Reihenfolge der Meldung erzwungen, nach derer zunächst die Meldung an die Landesaufsichtsbehörde (übrigens mit dem gleichen Servicedokument Teil A) erfolgen muss, bevor die Nachweise an die Kassen und das IQTIG übersendet werden. Zum anderen können Kliniken die Nachweise nicht unterschreiben, wenn sie die Mindestvorgaben nicht erfüllt haben und diese Nichterfüllung – welche Gründe hierfür auch immer vorliegen - nicht an die Landesaufsichtsbehörden übermittelt haben. Hierfür sollte zumindest eine Auswahlmöglichkeit bestehen, derer sich die Krankenhäuser zuordnen können. Ferner ist unklar, welcher rechtsverbindliche Sachverhalt hieraus resultiert. Ist damit gewährleistet, dass die Daten tatsächlich bei den Landesaufsichtsbehörden eingegangen sind? Derzeit erhalten Kliniken zumeist nicht einmal eine Eingangsbestätigung der übermittelten Daten. Es bleibt offen, ob mit der hier geforderten Bestätigung der Kliniken, die Umsetzung der Folgen bei Nichteinhaltung der Mitwirkungspflichten durch die Krankenkassen überhaupt eine rechtssichere Grundlage geschaffen wird.]

Zu Anlage 6 (neu)

GKV-SV:

Mit der Änderung wird eine neuen Anlage 6 ergänzt.

In der Anlage werden erste Prüfredeln bei fehlerhaften Angaben zu Einhaltung der Mindestvorgaben bei Nichteinhaltung aller Berufsgruppen (§ 7 Absatz 4) und bei Überschreitung der Höchstgrenze für die Anrechnung von Fach- und Hilfskräften aus Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen (§ 8 Absatz 5) festgelegt. Eine Zurückweisung erfolgt zukünftig auch bei den harten Prüfredeln, die vom G-BA in der jeweils gültigen Fassung des Servicedokumentes gemäß § 16 Abs. 5 bzw. der Spezifikation gemäß § 11 Absatz 7 beschlossen werden.

[DKG: Ablehnung einer Anlage 6 (neu) „Plausibilitätsprüfung“

Die Nachweisführung gemäß § 11 PPP-RL ist ein komplexes und aufwendiges Verfahren. Seit Inkrafttreten der PPP-RL in 2020 kommt es demnach weiterhin zu Fehlern in der Bearbeitung der Servicedokumente. Hierzu gehören z. B. aktuell inkorrekte Anrechnungen von Fach- und Hilfskräften, in höherem prozentualem Umfang als es gemäß § 8 Absatz 5 seit dem 01.01.2023 zulässig ist. Einige Krankenhäuser mit solch implausiblen Anrechnungen gaben in der Folge an, die Mindestvorgaben erfüllt zu haben, obwohl dies in wenigen Fällen auf eine unzulässige Mehranrechnung zurückzuführen ist.

Gemäß § 11 Absatz 8 prüft das IQTIG die von den Kliniken übermittelten Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität und informiert das Krankenhaus bei Korrekturbedarf. Im Auswertungs- und Berichtskonzept des IQTIG heißt es dazu: „...die Daten [werden] über ein Datenprüfprogramm auf Plausibilität geprüft. Mittels eines Feedbackdokuments, das via E-Mail an die Einrichtung versendet wird, wird die Korrektheit bestätigt oder auf nicht plausible Eingaben hingewiesen. Das Berichtsformat als Tabellenkalkulationsdatei (.xls) lässt es nicht zu, die Datensätze bereits beim Hochladen abzulehnen, wenn bestimmte Felder nicht ausgefüllt sind. Nach Umstellung der Erhebung via Servicedokument auf eine spezifikationsbasierte Erhebung prüft ein Datenprüfprogramm die Daten bei der Annahme unter anderem auf Plausibilität sowie Vollständigkeit und weist Datensätze zurück, die nicht den geforderten Anforderungen entsprechen. Die Einrichtung hat dann die Möglichkeit, innerhalb des Korrekturzeitraums die Daten zu korrigieren und die korrigierten Daten erneut zu übermitteln“.*

Eine Aufnahme „harter Prüfredeln“ im Rahmen der Richtlinienänderung 2025 steht im Widerspruch zum üblichen Vorgehen im Rahmen anderer Qualitätssicherungsverfahren. Demnach sollten im Sinne einer einjährigen Übergangs- und Lernphase die Krankenhäuser bei Übersendung falscher bzw. fehlerhafter Nachweise ergänzend zur aktuellen Feedbackmeldung durch das IQTIG zusätzlich darauf hingewiesen werden, dass die Daten ab dem Erfassungsjahr 2026 bei bestimmten (harten) Fehlern nicht mehr angenommen werden. Da es sich um eine ergänzte Aufgabe an das IQTIG handelt, sollte eine alternative Verortung bei der Beauftragung an das IQTIG und im Auswertungs- und Berichtskonzept geprüft werden.]

Bürokratiekostenermittlung

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

3. **Verfahrensablauf**

Am 9. August 2023 begann die Arbeitsgruppe Personalausstattung Psychiatrie/Psychosomatik (AG PPP) mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlusentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V, 136a Absatz 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Absatz 2 Verfo wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. Anlage I) Gelegenheit gegeben, zum Beschlusentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 6. März 2024 wurde das Stellungnahmeverfahren am 11. März 2024 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in Anlage II. Die Frist für die Einreichung der schriftlichen Stellungnahme endete am 8. April 2024.

Es wurden XY Stellungnahmen fristgerecht eingereicht, mit ihrem Eingangsdatum in Anlage IV dokumentiert und in einer Arbeitsgruppensitzungen am 11. April 2024 für die Auswertung vorbereitet. XY Stellungnahmen wurden unaufgefordert übermittelt. Die eingereichten Rückmeldungen befinden sich in Anlage III.

Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden am XX. März 2024 bzw. XX. März 2024 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens in die Sitzung des Unterausschusses am 8. Mai 2024 eingeladen. Die Auswertung der Stellungnahmen durch den Unterausschuss erfolgte in seiner Sitzung am 8. Mai 2024 (Anlage IV).

4. **Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2024 beschlossen, die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie zu ändern.

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

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

5. **Zusammenfassende Dokumentation**

Anlage I: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage II: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlusentwurf über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie sowie versandte Tragende Gründe

Anlage III: Von XX Organisationen eingereichte Stellungnahmen/Rückmeldungen

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

Berlin, den 20. Juni 2024

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE) Becker-Göring-Str. 26/1 76307 Karlsbad

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06

10596 Berlin

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

Vorstand
Standards & Qualität
Birthe Hucke

Karlsbad, 26.03.2024

Stellungnahme des Deutschen Verbandes Ergotherapie e.V (DVE) zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie / Ihr Schreiben vom 11.03.2024

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten fristgerecht die anliegende Stellungnahme des Deutschen Verbandes Ergotherapie e.V. (DVE) zur Änderung der PPP-RL einreichen.

An der geplanten Anhörung werden wir nicht teilnehmen können.

Bitte bestätigen Sie den Eingang dieses Schreibens.

Mit freundlichen Grüßen



Birthe Hucke

Vorstandsmitglied für Standards und Qualität
Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)

Stellungnahme des Deutschen Verbandes Ergotherapie e.V (DVE)

(gemäß § 91 Abs. 5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerFO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) zur Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie

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

Dabei möchten wir uns allerdings zu den aktuellen Diskussionspunkten nicht positionieren.

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

Ergotherapeut:innen sind eine der größten Berufsgruppen im Bereich der psychiatrischen Versorgung und sie haben intensiven Kontakt mit Patient:innen – dennoch bleibt der Eindruck, dass kein Interesse besteht, unsere Expertise zu berücksichtigen oder Anliegen von Ergotherapeut:innen im Sinne einer angemessenen Patientenversorgung in der Psychiatrie nachzugehen. Das ist aus unserer Sicht gleichbedeutend mit einem Desinteresse an sachgerechter und zeitgemäßer Versorgung und Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

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

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

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

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

Wir fordern daher dringend entsprechende Nachbesserungen in der PPP-RL für eine angemessene ergotherapeutische Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter Berücksichtigung aktueller und internationaler Standards für eine zeitgemäße Ergotherapie .

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

Zur weiteren Erläuterung und Begründung der o.g inhaltlichen Anliegen verweisen wir auf unsere vorangegangenen Stellungnahmen.

Karlsbad, 26.03.2024



**Schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Änderung der PPP-RL:
Änderung für das Erfassungsjahr 2025 gemäß § 91 Abs. 5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) Verfo**

Datum	27.03.2024
Stellungnahme von	Bundesdirektorenkonferenz

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
<p>Die Bundesdirektorenkonferenz als Verband der leitenden Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (BDK) bedankt sich für die Möglichkeit, zum vorliegenden Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL für das Jahr 2025 Stellung zu nehmen.</p>
<p>Die vorliegende Richtlinie für die Personalausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik des Gemeinsamen Bundesausschusses legt verbindlich Mindestvorgaben für das für eine psychiatrische/psychosomatisch/psychotherapeutische Behandlung erforderliche therapeutische Personal gemäß § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V fest. Damit soll ein Beitrag zu einer leitliniengerechten Diagnostik und Therapie geleistet werden. Ein aus unserer Sicht herauszuhebendes Punkt ist die Eingruppierung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nach dem aktuellen Vorschlag des gKV-Spitzenverbandes zu undifferenziert ist. Ein weiterer herauszuhebender Punkt ist die durch den gKV-Spitzenverband in einigen Bereichen intensivierte Kleinteiligkeit, deren Nichterfüllung sanktioniert wird. Damit wird einem weiteren bürokratischen Aufwand Vorschub geleistet, der eine Ressourcenverschiebung in den Verwaltungsbereich bewirkt.</p>
<p>Als Bundesdirektorenkonferenz möchten wir von unserem Stellungnahmerecht Gebrauch machen und uns zu den vorgegebenen strittigen Punkten des vorgelegten Beschlussentwurfes im Einzelnen positionieren:</p>

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
§ 5	<p>Stellungnahme mit Begründung: Keine Stellungnahme</p> <hr/> <p>Änderungsvorschlag:</p>
§ 8	<p>Stellungnahme mit Begründung: Keine Stellungnahme</p> <hr/> <p>Änderungsvorschlag:</p>
§ 11	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die im Zuge der Einführung der PPP-RL notwendige und sinnvolle Datenerhebung ist in den vergangenen fünf Jahren ausführlich durchgeführt worden. An allen im § 11 in Diskussion befindlichen Passagen ist in den Vorschlägen des gKV-Spitzenverbandes die Kleinteiligkeit der Erhebung im Vordergrund. Im Sinne eines Abbaus von nicht zielführender Bürokratie sollten alle Bereiche, die keine Zunahme von positiven Effekten auf Diagnostik und Therapie erbringen, hinterfragt und reduziert werden. Quartalsnachweise sind in diesem Kontext prinzipiell zu diskutieren. Deshalb erscheint die Fortsetzung der quartalsweisen Übermittlung der ohnehin quartalsweise erhobenen Daten mit kurzen Übermittlungsfristen nicht gerechtfertigt. Kurze Übermittlungsfristen und harte Plausibilitätskriterien erhöhen mittelbar den Ressourceneinsatz für Verwaltung ohne Qualitätsgewinn.</p>

	<p>Änderungsvorschlag: Die BDK unterstützt die Änderungsvorschläge der DKG</p>
§ 13	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die BDK schließt sich der Stellungnahme der DKG an.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>
Anlage 2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die seitens des gKV-Spitzenverbandes vorgeschlagenen Veränderungen der OPS zielen auf eine „Vereinfachung“ der bisherigen differenzierten Vorgehensweise. Aus medizinischen Gründen ist eine pauschalierende Einstufung in die OPS nach dem Alter eine nicht hilfreiche Vereinheitlichung, die die Bedarfe der Patient/innen nicht abbildet. In Zeiten einer alternden Gesellschaft mit relativ hoher Gesundheit im Alter ist die Verstärkung einer willkürlichen Altersgrenze mit 65 Jahren nicht nachvollziehbar. Typische Alterserkrankungen treten – wenn auch selten – so doch regelmäßig vor dem 65. Lebensjahr auf und brauchen den dementsprechenden Ressourceneinsatz. Ebenso gibt es viele psychisch Erkrankte über 65 Jahre, die eine „allgemeinpsychiatrische“ oder „suchtpsychiatrische“ Erkrankung haben und einen dementsprechenden Ressourcenaufwand benötigen. Dies betrifft insbesondere komplexe psychotherapeutische Behandlungen, wie sie in A7 und A8 abgebildet sind und die bei Suchtpatienten und gerontopsychiatrischen Patienten keine Repräsentanz in den OPS finden. Damit wird die für diese Patientengruppen ohnehin schon schwer erhältliche Psychotherapie in den Kliniken gefährdet. Bei Fehlen jeglicher Auswirkungsanalysen handelt es sich bei dem Vorschlag des GKV-SVs um <u>normative Veränderungen</u> ohne Anpassung der Minutenwerte, die wir aus fachlicher Sicht ablehnen, aufgrund nicht einschätzbarer Konsequenzen für die Sicherheit der Patienten. Dies betrifft auch die Intensivmerkmale des OPS im Vergleich zur Intensivbehandlungseinstufung A2, wodurch eine weitere vulnerable Patientengruppe, nämlich Akutpatienten in Krisen mit Eigen- oder Fremdgefährdung von nicht absehbaren Folgen der vorgeschlagenen Veränderungen betroffen sind.</p> <p>Im Weiteren ist die Ableitung in die Behandlungskategorien zu den Stichtagen ein bewährtes Verfahren, das wenig zusätzlichen Aufwand bedeutet. Hier ist von einer nicht notwendigen Änderung abzusehen, insbesondere vor dem Hintergrund der noch nicht ausgereiften software-</p>

	<p>Umstellungen.</p> <p>Die Umstellung auf Aufnahmediagnosen ist wenig zielführend, da aus der Aufnahmediagnose nicht regelhaft auf eine Behandlungsdiagnose geschlossen werden kann und so medizinisch und bzgl. Des Ressourcenverbrauches Fehlschlüsse entstehen können.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Beibehaltung der bisherigen Kriterien zur Einstufung mit Stichtagserhebungen.</p>
Anlage 3	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Auch hier ist mit dem Vorschlag des gKV-SV die Erhöhung der Kleinteiligkeit und Detailreichtum und damit die Erhöhung des bürokratischen Aufwandes verbunden, ohne eine Erhöhung der Qualität von Diagnostik und Therapie zu bewirken, da die Anrechnung der Fach- und Hilfskraft-VKS ohnehin obligatorisch ist.</p> <p>Darüberhinaus möchte die BDK an dieser Stelle die kompensatorischen Fach- und die Hilfskraftquoten von 5 bzw. 10 % und die Nichtanrechenbarkeit weiterer Unterstützungskräften prinzipiell in Frage stellen. In Zeiten eines progredient zunehmenden Fachkräftemangels ist es notwendig, regelmäßig diese beiden Maßgaben zu diskutieren und zu bewerten. Die Kliniken versuchen, eine flächendeckende Versorgung der (schwer) psychisch Erkrankten zu gewährleisten. Natürlich steht bei den Quoten und der Anrechenbarkeit die Qualitätssicherung im Vordergrund, jedoch wird bei Beibehaltung dieser beiden Vorgaben sich in absehbarer Zeit die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung nicht aufrechterhalten lassen. Insofern ist ein kontinuierliches (ggf. auch regionales) Austarieren zwischen Qualitätssicherung und realer Versorgungsnotwendigkeit erforderlich.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Keine Änderung der aktuellen Anlage 3</p>
Anlage 6 (Neu)	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wie im Abschnitt zu § 11 begründet wird durch diesen Anhang die Kleinteiligkeit und der Bürokratieaufwand unnötig erhöht, so dass es allenfalls zu einem geringen Mehrwert kommt. Für die Krankenhäuser entsteht durch die Verschärfung ein Mehraufwand, der nicht im Verhältnis zum Gewinn steht.</p>

	Änderungsvorschlag: Keine Übernahme der Anlage 6
--	---

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
zum Beschlussentwurf über die Änderung der PPP-RL:
Änderung für das Erfassungsjahr 2025 gemäß § 91 Abs.
5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2
lit. a) Verfo**

Datum	08.04.2024
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
§ 5	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die DGKJP sieht keine Notwendigkeit die bisherige Regelung zu ändern. Die Anrechnung von KJPth in Ausbildung war bisher Praxis, wenn sie entsprechend ihrem Grundberuf bezahlt wurden. Die Besonderheiten der Ausbildung zu KJPth nach alter Ausbildungsordnung im Gegensatz zum Erwachsenenbereich sind hinlänglich bekannt (andere Berufsqualifikation als Zulassungskriterium für Ausbildung). Es besteht keine Notwendigkeit hier jetzt, solange die Ausbildung nach alter Ordnung noch möglich ist, etwas zu ändern (geregelt in § 8 (1), zu dem hinsichtlich der Zählung eine Diskrepanz entstehen könnte).</p> <p>Änderungsvorschlag: ./.</p>
§ 8	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Siehe Kommentar zu §5: wenn man die Bürokratie erhöhen möchte, könnte man sogar noch schreiben (Kinder- und Jugendlichen) Psychotherapeut:innen in Ausbildung.</p> <p>Der Verlängerung der Frist auf das Jahr 2025 stimmt die DGKJP zu.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>
§ 11	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Generell hält sich die DGKJP bei den Änderungen bezüglich Verwaltungsaspekten in der Ausführung der PPP-RL, wie den Fristen zur Datenlieferung etc. zurück, da dies technische Aspekte betrifft, die von anderen fachkundiger hinsichtlich der Praktikabilität beurteilt werden können. Aus der praktischen Erfahrung heraus sei jedoch vor jeder Regelung gewarnt, die beim medizinisch-pflegerischen Personal aufgrund zu kurzer Fristen zu Mehraufwänden führen könnten, wie etwa aufgrund Nachfragen aus der</p>

	<p>Verwaltung etc. Deshalb müssen Fristen auch dahingehend geprüft werden. Wir unterstützen den Vorschlag der DKG.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p>
<p>§ 13</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der DKG.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p>
<p>Anlage 2</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die DGKJP äußert sich nur zu den KJP-Kategorien: Wir unterstützen jeglichen Abbau unnötiger Bürokratie. Insofern erscheint uns die Verwendung der OPS mit bestimmten zusätzlichen Kriterien zur Einstufung der Pat. als Ersatz für die bisherige 14 tägige Einstufung sinnvoll.</p> <p>Warum die Anlage A5 erweitert werden soll, erschließt sich uns nicht.</p> <p>Zu Referenztabelle A8.3: siehe hierzu Kommentar zu Anlage 5.</p> <p>Zu der in den tragenden Gründen seitens der DKG vorgebrachte Argumentation, dass bei "(...) Kindern und Jugendlichen in psychosomatischen Einrichtungen sowohl KJ-OPS-Kodes als auch Kodes der Psychosomatik genutzt werden. Die Festlegung einer neuen Zuordnung dieser jungen Patienten/-innen muss neben der Beachtung der Realitäten derzeit verwendeter Routinedaten sowohl die Besonderheiten psychosomatischer Behandlung als auch den Umstand, dass bei den bisher definierten Vorgaben für psychosomatische Einrichtungen noch keine ausreichenden Hinweise für erforderliche Anpassungsbedarfe vorliegen, berücksichtigen."</p> <p>Wenn die Strukturvoraussetzungen nicht gegeben sind, so sollte auch kein KJ OPS Kode verwendet werden, da Kinder und Jugendliche ein Anrecht auf entsprechende Ausstattung der Kliniken mit Fachpersonal, weiteren strukturellen Merkmalen wie Klinikschulen etc. haben. Dies entspricht auch den Regelungen der UN-Kinderrechtskonvention. Erfüllen psychosomatische Kliniken die Strukturvorgaben für den KJ-OPS-Kode, so können sie diesen</p>

	<p>verwenden. Dafür sollten dann allerdings auch in Referenztabelle 8.2. als Möglichkeit a5) Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie vorgesehen werden.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p>
<p>Anlage 3</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p>
<p>Anlage 6 (Neu)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]



**Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum
Beschlusssentwurf über die Änderung der PPP-RL: Änderung
für das Erfassungsjahr 2025 gemäß § 91 Abs. 5a, § 136a Abs.
2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO**

Datum **08.04.2024**

Stellungnahme von **Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – ver.di**

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.



Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
<p>Seit Anfang 2020 ist die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) in Kraft, die im Auftrag des Gesetzgebers vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet wurde. Mit der Einführung der Richtlinie wurde das Ziel verfolgt, die Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung durch Einführung von Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu sichern. Mindestvorgaben sollen somit einen Beitrag zur leitliniengerechten Behandlung leisten. Dieses Ziel wird auch im fünften Jahr nach Inkrafttreten der Richtlinie verfehlt.</p>
<p>Die Beschlüsse aus der 138. Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21. März 2024 führen zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgung und sind nicht geeignet, die hohe Arbeitsbelastung des Beschäftigten in den psychiatrischen Einrichtungen zu reduzieren. Die Verlängerung der Übergangszeiten bis 2029 bei gleichzeitiger Reduktion der Erfüllungsgrade von 95 auf 90 Prozent im laufenden Jahr schwächt das erforderliche Kriterium der Verbindlichkeit bei der Erfüllung der Mindestvorgaben weiter ab. Der bereits langfristig angelegte und nun verlängerte Übergangszeitraum führt dazu, dass eine die Beschäftigten in den psychiatrischen Einrichtungen entlastende Wirkung nicht absehbar ist. Die hierfür ausschlaggebende Begründung, die Einrichtungen beim teilweise noch notwendigen Personalaufbau nicht überfordern zu wollen, beruht auf einer dramatischen Fehleinschätzung. Nicht die Senkung der Vorgaben zur Mindestbesetzung, sondern die Anpassung der Versorgung an das zur Verfügung stehende Personal führt zu höherer Behandlungsqualität, entlastet das Personal und macht die Gesundheitsberufe attraktiver. ver.di fordert, die Reduktion der Erfüllungsgrade sowie die Verlängerung der Übergangszeiten zurückzunehmen.</p>
<p>Eine Stärkung der Qualität der Versorgung kann nur gelingen und sichergestellt werden, wenn ausreichend Personal inklusive aller Ausfallzeiten und besonderer Personalbedarfe jederzeit in den psychiatrischen Einrichtungen vorgehalten werden. Dazu bedarf es der entsprechenden Vorgaben nicht nur in der Bemessung des Mindest- und Regelpersonalbedarf, sondern auch einer höheren Verbindlichkeit in den Regelungen des Paragraphen 10 Absatz 2 der Richtlinie.</p>
<p>Psychiatrische Einrichtungen mit modernen Arbeitszeitmodellen, die diese nach den Bedürfnissen der Beschäftigten gestalten und somit ein Arbeitsumfeld schaffen, welches nicht permanent eine Überforderung für Beschäftigte bedeutet, sind bei der Gewinnung und Haltung neuer Pflegekräfte tendenziell erfolgreicher. Umgekehrt ist der Druck auf Beschäftigte insbesondere in Einrichtungen, in denen permanente Unterbesetzungen und Überlastungen an der Tagesordnung sind, dauerhaft höher, was sich in größeren Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung und einem höheren Risiko, Fachkräfte zu verlieren, äußern kann. Insbesondere eine primäre Orientierung an zu erwirtschaftenden Renditezielen und Gewinnvorgaben in Versorgungseinrichtungen sowie Gewinnentnahmen durch private Betreiber tragen häufig zu schlechteren Arbeitsbedingungen bei. ver.di fordert, dass gerade solche Einrichtungen, bei denen die Gewinnerzielung erkennbar auf Kosten der Versorgungsqualität und zulasten der Beschäftigungsbedingungen maximiert wird,</p>



verschärften Berichtspflichten über Anstrengungen zur Sicherstellung guter Versorgung und guter Arbeitsbedingungen unterworfen werden. Hierzu können beispielsweise stufenweise greifende Sanktionsregime, die eine fortgesetzte Abweichung von den Mindestvorgaben innerhalb mehrjähriger Zeiträume erfassen, geeignete Ansätze darstellen.

Die Entscheidung, dass Sanktionen erst ab dem Jahr 2026 gelten und dann durch den Wegfall des Vergütungsanspruchs lediglich aus dem 1,0-fachen Wert des Produktes aus dem prozentualen Anteil der fehlenden Personalausstattung sowie dem Personalkostenfaktor von 0,65 bestehen sollen, ist für eine effektive Sanktionswirkung ungenügend. ver.di kritisiert diese Entwicklung aufs Schärfste. Es ist davon auszugehen, dass diese Regelung nicht zum Personalaufbau, sondern zur Personalreduktion führen werden. Wenn Einrichtungen insgesamt die erforderliche Mindestpersonalausstattung vorhalten, diese aber nicht den Vorgaben der einzelnen Berufsgruppen entsprechen, laufen sie Gefahr, die finanziellen Mittel für die fehlerhafte Besetzung zurückzahlen zu müssen, obwohl diese bereits für Personal eingesetzt wurden. Das Risiko einer erzwungenen Rückzahlung bereits eingesetzter Personalmittel kann dazu führen, dass Maßnahmen für den erforderlichen Personalaufbau nicht oder nur teilweise umgesetzt werden. Einrichtungen, die sich bemühen, Personal aufzubauen, aber nicht immer die spezifisch vorgegebenen Berufsgruppen in den Behandlungsbereichen beschäftigen, werden im schlimmsten Fall ökonomisch bestraft. Eine Nichtbeschäftigung bleibt hingegen ohne wirtschaftlich Folgen, da lediglich der Personalkostenanteil an der Behandlung sanktioniert wird. ver.di fordert, die Ausgestaltung der Sanktionsmechanismen so vorzunehmen, dass Rückzahlungsverpflichtungen für bereits vorgenommene Personalaufbaumaßnahmen aufgrund fehlerhafter Berufsgruppenzusammensetzungen nicht greifen, wenn erkennbar ist, dass ein Ausgleich der Berufsgruppenzusammensetzungen im Folgejahr durch die jeweilige Einrichtung angestrebt wird.

Ob der G-BA seine Ankündigungen aus der Pressemitteilung vom 19. Oktober 2023 umsetzen wird, ist nicht erkennbar. Die Feststellung, dass vor allem Pflegekräfte (Pflegefachpersonen) und Spezialtherapeut*innen fehlen, teilt ver.di. Insgesamt sind die Umsetzungsgrade der PPP-RL über alle Berufsgruppen hinweg schlecht. Nach einer von ver.di durchgeführten Befragung aus Mitte 2023 auf der Basis von knapp 2200 Betten wird die PPP-RL im Durchschnitt gerade einmal zu 77 Prozent erfüllt. Lediglich in der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen liegt sie über 100 Prozent. Hier ist zu berücksichtigen, dass unbesetzte Stellen im ärztlichen Dienst kompensiert werden, was eine Erklärung dieses deutlich höheren Wertes ermöglicht.

Mit den Beschlüssen vom 21. März 2024 ist nicht zu erkennen, wie den Einrichtungen bei der Orientierung an einer zeitgemäßen und bedarfsgerechten Personalbemessung geholfen werden soll. Erste Erkenntnisse aus dem durch den Innovationsfonds geförderten Projektes „EPPIK“ geben Hinweise darauf, welche tatsächlichen Personalbedarfe vorgehalten werden müssten, damit die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses als effektive Qualitätsrichtlinie wirken kann. In der Erwachsenenpsychiatrie (EPP) wäre nach den ver.di vorliegenden Erkenntnissen ein Aufwuchs um 70 Prozent erforderlich, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) sogar um 84 Prozent. Auch wenn EPPIK den Regelbedarf ermittelt hat, sind Auswirkungen dieses Ergebnisses auf die Ausgestaltung der Mindestpersonalvorgaben zu erwarten. Diesen Bedarfen mit der Verlängerung der Übergangsregelungen bei anhaltender Absenkung der Mindestvorgaben zu begegnen, ist nicht sachgerecht und wird von ver.di klar abgelehnt. ver.di fordert demgegenüber, auf eine Absenkung der Mindestvorgaben zu verzichten und den Übergangszeitraum nicht zu verlängern, um den durch EPPIK ermittelten Bedarf zumindest nicht noch weiter von den durch die Mindestvorgaben begründeten Rahmenbedingungen zu entfernen.



ver.di geht davon aus, dass aktuell mindestens 20 Prozent nach PPP-RL und nach den Erkenntnissen von EPIK ca. 50 Prozent der erforderlichen Stellen für eine richtlinienkonforme Behandlung und einer daraus resultierenden Mindestpersonalausstattung bundesweit unbesetzt sind. Dieses Delta wird auch nicht durch die geplante Ambulantisierung, wie zuletzt von der Regierungskommission mit ihrer achten Stellungnahme vorgeschlagen, zu schließen sein.

Grundsätzlich begrüßt ver.di einen deutlich höheren Anteil ambulanter und sektorenübergreifender Versorgung. Dabei stehen die Patient*innen im Mittelpunkt und eine gute Versorgung, die ihren Lebensumständen gerecht wird. Die bestehenden Strukturen der Einrichtungen in der stationsäquivalenten Behandlung (StÄB), den Modellvorhaben nach § 64b SGB V und den vorhandenen Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sind dabei ausbaufähig und können eine fehlende gemeindenahere Versorgung bis zu deren Entwicklung kompensieren. Dies darf aber nicht dazu führen, dass der Einsatz der Beschäftigten weiter flexibilisiert wird. Für eine gute Behandlung sind konstante Besetzungen in qualifizierten multiprofessionellen Teams unerlässlich. Momentan werden Besetzungslücken durch Eingriffe in bestehende Dienstplanungen, die Reduktion der Besetzung oder die Versetzung in andere Bereiche kompensiert. Dies belastet die Beschäftigten in psychiatrischen Versorgungseinrichtungen massiv. Weitere Flexibilisierungsschritte würde zu einer fortgesetzten Überlastung der Beschäftigten und den bereits bekannten Effekten einer Verschärfung des bestehenden Personalmangels bei gleichzeitiger Verknappung gewinnbarer Fachkräftepotentiale beitragen.

Einzigste Lösung bleibt die temporäre Anpassung der Behandlungskapazitäten an das zur Verfügung stehende Personal. Solche Maßnahmen können dazu beitragen, weitere Verschärfungen von Personalengpasssituationen zu vermeiden und zu einer strukturellen Aufwertung von Beschäftigungsbedingungen beitragen, was sich wiederum positiv auf Perspektiven auf die Fachkräftegewinnung und- Rückgewinnung auswirken kann. Zudem kann nur über diesen Weg eine hohe Versorgungsqualität für die Patient*innen gewährleistet werden. Mit der Pflegepotenzialanalyse liegen Erkenntnisse dazu vor, wie am Beispiel der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen bereits ausgebildetes Fachpersonal zurückgewonnen werden kann. Die wichtigsten genannten Bedingungen für einen Wiedereinstieg oder eine Stundenerhöhung mit Bezug auf die PPP-RL sind:

- mehr Zeit für eine qualitativ hochwertige Pflege durch eine bedarfsgerechte Personalbemessung,
- verbindliche Dienstpläne,
- vereinfachte Dokumentation.

Die Regelaufgaben sind weiterhin auf dem Stand vom Ende der 1980er-Jahre und es bedarf dringend einer qualifizierten Überarbeitung. Die vorliegenden Kriterien werden den aktuellen Behandlungskonzepten nicht gerecht, neueste medizinische und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse finden keine Berücksichtigung und die individuelle Behandlung und Einbeziehung der Patient*innen wird unzureichend berücksichtigt. In der Erfassung des qualifizierten Personals fanden zwar die Fachweiterbildung und sogar der Bachelor Psychiatrie Pflege Berücksichtigung, allerdings weiterhin nicht in den Regelaufgaben. Hier bedarf es einer Neubewertung der Regelaufgaben für alle Berufsgruppen.

Die Diskussion, in welchem Umfang Personal anderer Berufsgruppen oder Hilfspersonal angerechnet werden kann, darf nicht dazu führen, dass die Fachlichkeit der Pflege eingeschränkt



wird und der Stellenwert der Fachqualifikation insgesamt sinkt. Fachkräfte sind nicht zuletzt aufgrund der steigenden Anforderungen zur Sicherstellung der Fachlichkeit von Pflege und qualitativ hochwertiger Versorgung unverzichtbar, weshalb Entlastungsdiskussionen in erster Linie auf eine Entlastung der Rahmenbedingungen vorhandener und zu gewinnender Pflegefachkräfte zielen müssen. Betriebliche Qualifizierungsangebote, die das bestehende (Hilfs)Personal zu Fachkräften weiterentwickeln, können ebenfalls ein ergänzender Schritt in diese Richtung sein.

Die wiederholt geäußerte Kritik an vermeintlich zu rigiden Regelungen zur Nachweisführung seitens des eingesetzten Personals kann ver.di nicht nachvollziehen. Bereits heute ermöglicht die Richtlinie eine Reihe von Flexibilisierungen des Personalnachweises:

- Die Mindestvorgaben sind nur noch abteilungsbezogen und im Quartal nachzuweisen, lediglich in fünf Prozent der Einrichtungen erfolgt der Nachweis stations- und monatsbezogen. Damit ist sogar eine konstante Unterversorgung einzelner Stationen zugunsten von anderen Stationen zulässig.
- Zwischen den Berufsgruppen Pflege, Sozialdienst, Spezial- und Physiotherapeut*innen einerseits, Psycholog*innen/Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen andererseits besteht jeweils eine praktisch nicht eingeschränkte Anrechenbarkeit. Hilfskräfte sowie weitere Berufsgruppen dürfen je nach Berufsgruppe zu 5 -10 Prozent angerechnet werden, wenn sie die PPP-RL-Berufsgruppen durch Übernahme von deren Aufgaben tatsächlich entlasten. Eine noch weitergehende Anrechenbarkeit gefährdet die Multiprofessionalität der Teams und stellt im Zweifelsfall eine unzumutbare Belastung der Berufsgruppen mit vorbehaltenen Aufgaben dar, die eben nur durch diese übernommen werden können, bzw. der Pflegekräfte, die dann mit wenigen Personen den Schichtdienst aufrechterhalten müssen.
- Durch die Ausnahmetatbestände gemäß Paragraf 10 können die Krankenhäuser von den verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung abweichen.
- Bei einer Über- bzw. Unterschreitung der Belegung um mehr als 2,5 Prozent wird die festgelegte Mindestausstattung an den aktuellen Personalbedarf angepasst.
- Jede Personalbemessung muss notwendige Personalbedarfe pauschalisieren, um sie planbar zu machen. Wie das vorgesehene Personal inhaltlich ausgerichtet, mit welchen Konzepten gearbeitet wird, bleibt weiterhin – im Rahmen der leitliniengerechten Behandlung – den Einrichtungen überlassen.
-

Ein weiterer Grund für die verzögerte Umsetzung der Richtlinie ist, dass die vollständige Finanzierung des einzusetzenden Personals abhängig ist vom Ergebnis der Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. ver.di fordert eine deutliche Beschleunigung der Verfahren zur Budgetverhandlung, um die Refinanzierung von Stellenplänen sicherzustellen und die Refinanzierung von Tarifverträgen inklusive unterjähriger Tarifsteigerungen ohne langwierige Schiedsstellenverfahren sicherzustellen.



Der Gesetzgeber bleibt aufgefordert, die zusätzlichen Personalbedarfe (Stellenschlüssel und reale Kosten für die jeweiligen Stellen) verbindlich budgetwirksam unter der Bedingung eines entsprechenden Kostennachweises zu regeln.

Dies muss selbstverständlich für das gesamte medizinisch-therapeutische Personal sowie die weiteren Berufsgruppen gelten, nicht nur für auf Grundlage der PPP-RL neu eingestellte Personen.

Die Länder bleiben in der Verantwortung, bedarfsgerechte Krankenhausplanungen aufzustellen, die sicherstellen, dass genügend qualifiziertes Personal zur Versorgung der Pflichtbetten vorgehalten wird. Änderungen von Versorgungsstrukturen und den für diese geltenden Vorgaben müssen zwingend mit der Sicherstellung der Erfüllung bedarfsgerechter Personalbemessungsvorgaben in allen Bundesländern einhergehen, eine flächendeckende Unterbesetzung mit den sich daran anschließenden Gefahren schlechter Beschäftigungsbedingungen und eingeschränkter Versorgungsqualität müssen langfristig ausgeschlossen werden.

Zu den Eckpunkten der Entscheidung:

Die Umstellung auf Routinedaten und die zu erwartende erhebliche Dokumentationsentlastung für die Krankenhäuser ist zu begrüßen. Die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungsbereiche auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der OPS sehen wir weiter kritisch. Sie kommt einer Einführung von PEPP durch die Hintertür gleich. ver.di fordert eine zeitnahe Überprüfung, ob das Entgeltsystem Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP-System) geeignet ist und welche Alternativen es gibt.

Bei der Weiterentwicklung der OPS-Kodes muss neben der Abbildung der Anforderungen aus den S3-Leitlinien eine sachgerechte Ableitung zur Ermittlung des Regel- und Mindestbedarfes für das an der Behandlung erforderliche Personal sichergestellt werden.

Der Dokumentationsaufwand in den patientenführenden Bereichen wird durch die Erfassung der Regelaufgaben mit Übermittlung der OPS-Kodes unverändert hoch bleiben. Hier bedarf es dringend einer Erleichterung und Hinterlegung entsprechender Minutenwerte in den Regelaufgaben der einzelnen Berufsgruppen. Auch findet der darüber hinaus gehende Dokumentationsaufwand keine ausreichende Berücksichtigung in den Regelaufgaben.

Die Zuordnung der Behandlungskategorien zu den OPS-Kodes sollte mit dem Erfassungsjahr 2024 abgeschlossen sein. Sollte sich bei der Überleitung Fragen der Zuordnung ergeben, sind diese im Rahmen der Weiterentwicklung zu klären und entsprechende Anpassungen vorzunehmen.

Die Ausleitung der entsprechenden Daten aus den Krankenhausinformationssystemen für die Zwecke der PPP-RL sollte technisch kurzfristig durch die Einrichtungen umsetzbar sein. Auch wenn dadurch aktuell ein Mehraufwand entsteht, können zukünftig Personalressourcen besser in der Versorgung eingesetzt werden.

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten



§ 5 Abs. 2 Buchstabe c	Der Vorschlag der BpTK ist sinnvoll und erforderlich. ver.di begrüßt die Einbeziehung aller Berufsgruppen.
§ 8 Abs. 2	ver.di unterstützt die Regelung der BpTK/DKG zur Klargestellung, dass Tätigkeiten von Psycholog*innen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in als auch für andere Berufsgruppen wie z. B. (Sozial-) Pädagog*innen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in nur in dem Umfang auf die Personalvorgaben angerechnet werden dürfen, indem sie eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufs erhalten.
§ 8 Abs. 3 und 5	Keine Einwände
§ 11 Abs. 3	Wenn mit dieser Änderung dem etablierten Turnus der Kliniken Rechnung getragen und ausreichend Zeit zur Erstellung der Nachweise gegeben wird, ist dem Antrag der DKG zuzustimmen. Dies setzt dann auch voraus, dass die Meldungen vollständig und fehlerfrei sind.
§ 11 Abs. 8	Der Vorschlag des GKV-SV wird unterstützt, da eine Bearbeitung der fehlerhaften Daten nicht möglich ist und eine sofortige Korrektur erfolgen muss. Es sollte eine Umsetzung ab dem Jahr 2026 erfolgen. Damit wird auch der durch die DKG geforderten Übergangsfrist von einem Jahr Rechnung getragen und die Einrichtungen können sich auf die Umsetzung vorbereiten.
§ 11 Abs. 12	Es handelt sich um Daten aus dem Vorjahr. Eine Frist von 3 Monaten sollte ausreichend sein. Eine Veränderung wie von der DKG vorgeschlagen wird abgelehnt.
§ 11 Abs. 13	Aufgrund der Beschlüsse des G-BA vom 21. März 2024 und den daraus resultierenden Übergangsfristen bis 2029 ist die Änderung wie vom GKV-SV vorgeschlagen erforderlich und wird unterstützt.
§ 13 Abs. 8	Die Streichung der Sanktionen gemäß § 13 Absatz 8 bei Nichterfüllung der Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 3 an die Landesaufsichtsbehörden aufgrund mangelnder technischer Umsetzung lehnt ver.di ab. Hier sind die zuständigen Behörden aufgefordert für entsprechende Rahmenbedingungen Sorge zu tragen.
Anlage 2	<p>Die Änderungsvorschläge des GKV-SV erscheinen durchgängig plausibel und sinnvoll. Sie erleichtern eine korrekte Einstufung in den jeweiligen Behandlungsbereich. Die Auffassung, dass Menschen im höheren Lebensalter unabhängig von der psychiatrischen Diagnose in der Regel einen erhöhten Behandlungsbedarf aufweisen, wird geteilt. Bei den Kategorien A2, S2, G2, KJ3 handelt es sich um die Bereiche der Intensivbehandlung, diese gehen oft mit akuten Krankheitsverläufen einher. Am Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • OPS-Intensivbehandlung (9-61) - ein Patientenmerkmal: <u>Akute</u> Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten <p>vs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • PPP-RL-Eingruppierungsempfehlung A2 (Intensivbehandlung): Psychisch Kranke, <u>manifest</u> selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene



	wird deutlich, dass für eine Einstufung in die A2 keine manifeste Symptomatik erforderlich ist. Eine daraus resultierende korrekte Einstufung in eine Intensivbehandlungskategorie kommt der Behandlung und auch der Personalausstattung zugute und erhöht die Versorgungsqualität. Ob das von der DKG aufgeführte Beispiel eines Anstiegs der Intensivanteil um bis zu 10 Prozent zutrifft, kann nicht beurteilt werden. Es ist auch unerheblich, denn die Erkenntnisse aus EPIK zeigen, dass ein Personalaufbau dringend erforderlich ist. Es ist davon auszugehen, dass dieser deutlich über 10 Prozent liegt. Die Anpassung kann als Zwischenschritt angesehen werden. Durch den erhöhten Personaleinsatz wird es neben der verbesserten Versorgung möglich sein, gefährdende Situationen und daraus resultierende Zwangsmaßnahmen zu reduzieren oder sogar zu vermeiden. Die präzisere Benennung des OPS-Kodes ist zu begrüßen. Dies setzt voraus, dass entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen zu den OPS-Kodes und den daraus resultierenden Eingruppierungen verpflichtend durchzuführen sind. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass es unbewusst zu fehlerhaften Eingruppierungen kommen kann.
Anlage 3 Tabelle 5.1 und B2.1	Die Änderungen erhöhen die Transparenz und sind zu begrüßen.
Anlage 6	Position des GKV-SV wird unterstützt, siehe auch zu Punkt 2.1.3, zu § 11 Nachweisverfahren, zu Absatz 8

Literaturverzeichnis

<https://gesundheit-soziales-bildung-bb.verdi.de/themen/nachrichten/++co++3da8f88e-d57b-11e5-b494-525400ed87ba>

<https://www.boeckler.de/de/pressemitteilungen-2675-neue-studie-mindestens-300-000-zusatzliche-pflegekraefte-40798.htm>

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_8_Psych-Faecher.pdf

<https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/mein-arbeitsplatz/psychiatrie/++co++8015ccca-878d-11e5-9815-21786a0a588b>

<https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1139/>

<https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/mein-arbeitsplatz/psychiatrie/++co++549c862a-eb4b-11e5-8ada-77919a587bc5>

https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6534/2024-03-21_PPP-RL_weitere-Aenderungen-EJ-2024.pdf



BApK e.V. Oppelner Str. 130 53119 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abt. Qualitätssicherung und sektorenübergreifende
Versorgungskonzepte (QS-V)
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

BApK e.V.

Geschäftsstelle

Fon: 0228-71002400
Fax: 0228-71002429
Mail: kontakt@bapk.de
Internet : www.bapk.de
SteuerNr : 205/5760/0234

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

08.04.2024

Betreff Stellungnahmerecht gemäß § 91 Abs. 5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und
1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) VerfO zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses
hier: **Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL für das Erfassungsjahr
2025 (PPP-RL@G-BA.de)**

Sehr geehrte Frau Starke,

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

Für viele der Änderungen im Entwurf fehlt uns die Expertise, gleichwohl erlauben Sie uns bitte die nachfolgenden beiden Anmerkungen:

- 1) Tragende Gründe:
 - 2.1.4 Zu § 13 § Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben, Zu Absatz 8, DKG:

Im Jahre 2024 für den elektronischen Datenaustausch noch das CSV (Comma Separated Value) Datenformat an Stelle des XML (Extensible Markup Language) Datenformat ins Spiel zu bringen, erstaunt doch sehr. Ebenso wie die Aussage, dass deswegen kein rechtssicherer Nachweis der Datenübermittlung gegeben sei. Seit über 40 Jahren machen EDI (Electronic Data Interchange) Systeme nichts Anderes.

- 2) In den aktuellen Leitlinien wird immer wieder die wichtige Rolle der Angehörigen hervorgehoben. In den Regelaufgabenbeschreibungen vieler Berufsgruppen dieser Richtlinie findet die Arbeit mit den Angehörigen Berücksichtigung. Keinen Widerhall findet dieses in den strukturellen Qualitätsvorgaben der Richtlinie.

Um die für die Angehörigen vorgehaltenen, strukturellen Ressourcen sichtbar zu machen, wünscht der BApK, dass in der **Anlage 3** je Station die geplanten Ressourcen zur Angehörigenarbeit aufgeführt werden.

Wir hoffen, die Diskussion mit unserer Stellungnahme befruchtet zu haben, und freuen uns auf die Teilnahme an der Anhörung am 08. Mai 2024 in Berlin.

Bis dahin verbleiben wir
mit freundlichen Grüßen



Dr. Rüdiger Hannig
Vorsitzender



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die Änderung der PPP-RL:
Änderung für das Erfassungsjahr 2025 gemäß § 91 Abs. 5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) Verfo**

Datum	07.04.2024
Stellungnahme von	DGPT Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V.

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5a und 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses durch die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)

Hier: Änderung für das Erfassungsjahr 2025 gemäß § 91 Abs. 5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs 2 lit A) VERFO

Die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT) bedankt sich ausdrücklich dafür, zur Änderungsfassung der Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL Stand 11.03.2024) Stellung nehmen zu können.

Grundsätzlich unterstützt die DGPT unbedingt die Bemühungen der PPP-RL, zu einer vernünftigen und verbindlichen Mindest-Personalausstattung in den entsprechenden Einrichtungen zu kommen, um eine psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau zu gewährleisten.

Bzgl. der Nachweispflicht fürchten wir enorme bürokratische Aufwendungen. Hier sollten Vereinfachungen unbedingt möglich werden. Somit unterstützen wir alle Bestrebungen, die eine Verschlankung der Nachweispflicht ermöglichen.

Wir begrüßen die Tatsache, dass zur weiteren Abstimmung über die möglichen Veränderungen die Fristen auf 2025 verschoben sind und die Sanktionszahlungen ausgesetzt sind.

Unabhängig von den hier genannten Regelungen und Verfahrensänderungen möchten wir noch einmal auf Folgendes hinweisen:

Der Gesetzgeber wollte ausdrücklich eine Stärkung der Psychotherapie. Unsere Sorge bleibt bestehen, dass die genannten Untergrenzen in der PPP-RL zukünftig als Obergrenzen in den Verhandlungen der Kliniken mit den Kassen gehandelt werden. Außerdem weisen wir daraufhin, dass eine weitere Differenzierung der Pauschalen gerade in den psychotherapeutisch – psychosomatisch tätigen Kliniken hilfreich wäre, um die Multimorbidität der Patient:innen und dementsprechenden sehr unterschiedlichen Anforderungen an die Personalausstattung (zum Beispiel mehr psychotherapeutisch ausgebildetes Personal mit höheren Minutenwerten versus mehr internistisch/somatisch ausgebildetes Personal bei eher somatisch erkrankten Patienten und Patient:innen) mit abbilden zu können.

Wir erwarten aus der EPIK Studie belastbare Zahlen hierzu.

Im Einzelnen nehmen wir wie folgt zu den Punkten Stellung:

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge (Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigelegt.)
§ 5	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der BPtK. Durch die Formulierung „sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung ...“ sind alle möglichen Berufsgruppen inkludiert, die aktuell die Voraussetzung erfüllen nach § 27 PsychThG eine Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder -therapeuten zu absolvieren.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>-</p>
§ 8	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Wir unterstützen den Vorschlag der BPtK Abs 2 Satz 2 in genannter Weise zu verändern. b) Wir begrüßen die nachvollziehbare und sinnvolle Fristverlängerung bis zum 31.12.2025 c) Und d) sowie zum 30.6.2025, wobei wir auch vorschlagen würden, diese Frist auch bis zum 31.12.2025 zu verlängern – s. u. <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Generell würden wir eine Fristverlängerung in beiden Fällen bis zum 30.12.2025 begrüßen. Dies auf dem Hintergrund einer größeren Planungssicherheit bei der Vergabe von Arbeitsverträgen an Berufsgruppen, die bis zu dem genannten Stichtag auf andere Berufsgruppen anrechenbar sind.</p>
§ 11	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Wir unterstützen der Vorschlag der DKG – „spätestens nach 6 Wochen“. Ebenso erscheint es uns überhaupt nicht sinnvoll, wenn das IQTIG fehlerhafte Dateien zurückweisen kann, anstatt im Sinne eines lernenden Systems (auf beiden Seiten) ein Feedback zu den Daten gibt. Das heißt, wir plädieren für die Ablehnung des Vorschlags der GKV-SV. b) Wir unterstützen den Vorschlag der DKG zur Änderung der Angabe 1. März durch 15. März. b) Absatz 13 Satz 1 – grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass die Testphase erweitert wird. Im Gegensatz zum Vorschlag der DKG die eine jährliche Übermittlung der Daten begrüßt, unterstützen wir eine quartalsweise Übermittlung. Intern werden die Daten in der Regel ohnehin quartalsweise generiert. <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Ein Kompromiss könnte eine halbjährliche Datenübermittlung sein.</p>

§ 13	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der DKG den Satz wie geschrieben an § 13 Abs 8 anzufügen. Wir folgen der Begründung der DKG, dass die technischen Voraussetzungen noch nicht vollständig gegeben sind und Lösungen erarbeitet werden müssen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>-</p>
Anlage 2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir folgen der Empfehlung der DKG an den Eingruppierungstabellen noch nichts zu verändern.</p> <p>Aus unserer Sicht sind die Ergebnisse der EPIK Studie abzuwarten, um die Tabellen dann grundsätzlich anzupassen. Die Anzahl der Therapieeinheiten für das Erreichen der Komplexziffer (3 TEs) erscheint uns zum Beispiel zu hoch – gerade in Kliniken, in denen sehr viel Therapie auch durch Spezialtherapeuten und therapeutisch ausgebildete Pflegekräfte/Physiotherapeuten stattfindet, was in den Therapieeinheiten nicht abgebildet ist. Hier scheint die Studienlage eher für 2,5 TEs zu sprechen. Außerdem erscheint uns die Altersgrenze von 65 Jahren sehr „zufällig“, sie korreliert aus unserer Sicht wenig mit dem tatsächlichen Aufwand. Hier sollte, wie schon im Anschreiben beschrieben tatsächlich ein Expertengremium neu nachdenken, wie die Eingruppierungen tatsächlich gefasst werden können, damit sie auch den realen Aufwand abbilden können.</p> <p>Grundsätzlich befürworten wir die Ersetzung „Kranke“ durch „Menschen mit psychischen Erkrankungen“.</p> <p>Außerdem halten wir es für sinnvoll, die Hauptdiagnose anstelle der Aufnahme-diagnose zur Eingruppierung zu nutzen. Falls noch keine Entlassung stattgefunden hat zum Stichtag der Datenübermittlung, könnte als Kompromiss statt der Aufnahmediagnose auch eine Verlaufsdiagnose, die unter Umständen auch schon mehr die Gesamtschau im Blick hat, verwendet werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>-</p>
Anlage 3	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Auch hier folgen wir der Begründung der DKG. Von einer weiteren Bürokratisierung raten wir dringend ab.</p> <p>Folgeveränderungen aufgrund der Veränderung der Formulierung in § 5 wie von der BPTK vorgeschlagen befürworten wir natürlich auch, sofern sie notwendig sind.</p> <p>Wie die DKG feststellt, lehnen auch wir weitere Unterschriften beim Nachweis Teil A und Teil B PPP-RL ab, da die Krankenhäuser die Richtigkeit der Datenübermittlung bereits andernorts bestätigen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>-</p>

Anlage 6 (Neu)	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wir folgen der Begründung der DKG und befürworten die Beibehaltung der bisherigen Form der Qualitätsüberprüfung durch eine Rückmeldung durch das IQTIG.</p>
<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>-</p>	

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
zum Beschlussentwurf über die Änderung der PPP-RL:
Änderung für das Erfassungsjahr 2025 gemäß § 91 Abs.
5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit.
a) Verfo**

Datum	08.04.24
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) dankt für die Möglichkeit zum Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL (Stand 06.03.24) Stellung nehmen zu können. Die Stellungnahme ist mit der Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) abgestimmt.

Die DGPM begrüßt die Umstellung auf Routinedaten. Das damit verbundene Ziel einer bürokratischen Entlastung ist vor dem Hintergrund der starken Zunahme von Dokumentationspflichten für Psych-Einrichtungen im letzten Jahrzehnt sehr wichtig. Durch die Einführung der PPP-RL, des Krankenhausvergleichs, Ergänzungen im PEPP-System, des Psych-PNV-Nachweises inkl. Wirtschaftsprüfer-Testat, Verschärfungen bei den Meldepflichten für Landesstatistikbehörden, der OPS-Strukturprüfungen und weiterer Vorgaben und Meldepflichten hat sich der Dokumentationsaufwand auch für medizinisches und therapeutisches Personal stark erhöht. Die Einrichtungen müssen immer mehr Aufwand zur Erfüllung dieser Kontrollpflichten betreiben.

Erwartungsgemäß ist die technische Umsetzung der Automatisierung von Stichtagserhebungen mittels Routinedaten im Detail kompliziert und aufwendig. Die DGPM bittet darum die notwendige Sorgfalt anzuwenden, um die Umsetzungen und das Gelingen dieser wichtigen bürokratischen Entlastung nicht zu gefährden.

Derzeit fehlt für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie noch eine Eingruppierungsmöglichkeit für Einrichtungen, die bisher über die Kinder- und Jugendpsychiatrie OPS-Codes abgerechnet haben. Hierfür bitten wir eine Lösung festzulegen oder eine Befreiung der Codierung zu gewähren, da sonst wichtige Versorgungsangebote für psychosomatisch erkrankte Kinder- und Jugendliche nicht fortgeführt werden können.

Mit der EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) steht erstmals eine wissenschaftlich erhobene und ausreichend differenzierte Datenbasis zur Ist-Personalausstattung in der Psychosomatischen Medizin zur Verfügung. Auf Basis der Ergebnisse sollte die Entwicklung von Mindestvorgaben in der Psychosomatik bis Ende 2025 vorgenommen werden. Eine Überarbeitung der Mindestvorgaben sowie weitere datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche bis 2025 ist dringend erforderlich, da es sonst zu einer Gefährdung bestehender gut etablierter und qualitätsgesicherter Therapieprogramme kommt.

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

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
§ 5	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Der Ergänzung der Bundespsychotherapeutenkammer ist zuzustimmen. Alle Berufsgruppen in Ausbildung zur Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn sollen der Berufsgruppe c) zugerechnet werden. Die Klarstellung vermeidet Fehlinterpretationen. Eine indirekte Herleitung über § 8 Abs. 2 birgt das Risiko von Missverständnissen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Übernahme der Ergänzung der BPTK: „...sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß § 27 PsychThG.“</p>
§11 (3)	<p>Stellungnahme Begründung:</p> <p>Die Frist zur Meldung der Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach § 6 sollte 6 Wochen betragen. Kürzere Fristen sind Krankenhäuser i.d.R. nicht in der Lage ohne personellen Mehraufwand zu erfüllen, weil z.B. relevante Fälle noch nicht abgeschlossen sind u. Ä. Engere Meldefristen verursachen i.d.R. höheren Personalaufwand, da die Daten nur zum Zweck der Meldung und nicht im Rahmen der Erledigung von Routinearbeiten (z.B. Jahresabschluss, Erlösverprobung, etc.) erhoben werden müssen. Die Vorteile bzw. der Erkenntnisgewinn bei einer zwei Wochen früher erfolgenden Meldung stehen dazu in keinem angemessenen Verhältnis.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Übernahme des Vorschlags der DKG: „..., eine Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach §6 unter Angabe des Standortes <i>spätestens 6 Wochen</i> nach Ende des betreffenden Quartals, ... , anzuzeigen.</p>
§ 11 (12)	<p>Stellungnahme Begründung:</p> <p>Die bisherige Frist ist sehr kurzfristig nach Jahresende. Dies kollidiert in vielen Krankenhäusern mit den Jahresabschlussarbeiten. Eine Nachlieferungsfrist bis zum 15. März erscheint daher angemessen. Wie zu § 11 Abs. 3 bereits erwähnt besteht die Gefahr ansonsten unnötigen weiteren Personalaufwand für Dokumentation zu erzeugen. Die Vorteile, bzw. der Erkenntnisgewinn bei einer zwei Wochen früher erfolgenden Meldung stehen dazu in keinem angemessenen Verhältnis.</p>

	<p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der DKG: „...Krankenhäuser, die bis zum Ende der Korrekturfrist am <i>15 März</i> des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres ...“.</p>
§ 11 (13)	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die bisherigen quartalsweisen Veränderungen der Dokumentationsdaten haben in den letzten Meldungen keine großen Bewegungen zwischen einzelnen Quartalen mehr gezeigt. Von künftig wieder erhöhten Schwankungen ist nicht auszugehen. Hingegen ist der Mehraufwand für die Erstellung der quartalsweisen Nachweise in den Krankenhäusern erheblich. Es ist dringend notwendig die seit 2016 drastisch gestiegenen bürokratischen Aufwendungen für Psych-Krankenhäuser zu verringern (PPP-RL, Krankenhausvergleich, Ergänzungen PEPP-System, Psych-PNV-Nachweis inkl. Wirtschaftsprüfer-Testat, MD-QK-RL-Begehungen, Verschärfungen bei den Meldepflichten für Landesstatistikbehörden, OPS-Strukturprüfungen, etc.). Die Nachweise und insbesondere auch die vierteljährlichen PPP-RL-Nachweise binden in Zeiten des Personalmangels Mitarbeitende von Berufsgruppen, die für die Patientenversorgung benötigt werden. Diese Datenerhebung und Meldungen können auch nicht als Nebenprodukt von Routinedaten erhoben werden, sondern binden Personal. Der Erkenntnisgewinn einer vierteljährlichen Meldung steht in keinem angemessenen Verhältnis zum Mehraufwand. An der bisherig geplanten Einstellung der vierteljährlichen Meldung sollte daher dringend festgehalten werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der DKG: „Bis zum <i>1. Januar 2025</i> gelten für den Nachweis der Einhaltung der Mindestvorgaben ...“.</p>
§ 13 (8)	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die DGPM unterstützt ausdrücklich die Umstellung auf Routinedaten. Das Beispiel der DKG in den tragenden Gründen demonstriert jedoch die Komplexität der Umstellung und den bürokratischen Aufwand den die Krankenhäuser derzeit zu Ihrer eigenen Absicherung gegen die (hohen und substanzschädigenden) Sanktionen der PPP-RL betreiben müssen. Solange keine rechtssichere und aufwandsarme Umsetzung der Routinedatenübermittlung sichergestellt ist, sollte deshalb auch keine Sanktionsmöglichkeit gegen die Krankenhäuser bestehen. Die DGPM stimmt deshalb der Ergänzung der DKG zu, die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Meldung an die Landesaufsichtsbehörden auszusetzen, solange dies nicht gewährleistet ist.</p> <p>In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass die Landesaufsichtsbehörden laut uns vorliegender Rückmeldungen personell überhaupt</p>

	<p>nicht in der Lage sind die hohe Anzahl der durch die PPP-RL ausgelösten Meldungen zu verarbeiten. In Rückmeldungen machen die betroffenen Stellen auch klar, dass sie sich inhaltlich nicht dazu veranlasst sehen auf die PPP-RL Datenmeldungen zu reagieren, bzw. neue Prüfstrukturen neben den bestehenden (z.B. MD des Landes) aufzubauen. Die Landesaufsichtsbehörden werden bisher in Fällen gravierender Qualitätsmängel zur Prüfung von Maßnahmen gegen Einrichtungen z.B. vom MD des Landes oder Patientenrechte-Organisationen o.Ä. eingeschaltet. Die Einschaltung der Landesbehörden zieht dann i.d.R. ausführlichere Prüfungen nach sich. Die vorübergehende Nicht-Einhaltung von Strukturvorgaben der PPP-RL erreicht diese Hürden für das Tätigwerden der Landesaufsichtsbehörden nicht. Vor diesem Hintergrund regt die DGPM an diese Meldungen insgesamt aus der PPP-RL zu streichen. Eine Einschaltung der Landesaufsichtsbehörden bei gravierenden und wiederholten Verstößen gegen die PPP-RL o.Ä. Normen wäre dadurch nicht ausgeschlossen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der DKG: <i>„Die Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 3 bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben an die zuständige Landesaufsichtsbehörde sind von den Regelungen in Satz 2 bis 6 ausgenommen.“</i></p>
Anlage 2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die DGPM unterstützt die Erfassung mittels Routinedaten als sinnvolle Maßnahme zur bürokratischen Entlastung. Durch die Umstellung auf Routinedatenerfassung sollte jedoch keine Änderung der bisherigen Eingruppierung resultieren. Die Vergleichbarkeit mit bisher erhobenen Daten wäre gefährdet. Außerdem würde das vorzuhaltende Personal je Krankenhaus bzw. Abteilung erhöht oder vermindert. Dies würde einen normativen Eingriff darstellen, der nicht das Ziel dieser Änderung sein soll.</p> <p>Bei Einführung der vom GKV-SV vorgeschlagenen 3. Spalte „Einstufung“ müssen alle Fälle des Fachgebiets Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abgedeckt sein. Für Einrichtungen des Fachgebiets Psychosomatische Medizin, die Kinder und Jugendliche versorgen und die unter Leitung eines Kinder- und Jugendpsychiaters stehen, fehlt im vorliegenden Entwurf eine Eingruppierungsmöglichkeit. Die DGPM schlägt deshalb vor auf S. 45 für die vier Behandlungsbereiche (P1 bis P4) den OPS-Code 9-65 zu ergänzen. Alternativ könnte unter den Hinweisen auf S. 48 eine Regelung ergänzt werden, wonach Fälle ohne Eingruppierungsmöglichkeit zunächst nicht zu erfassen sind. Nach rechtlicher Einschätzung der DGPM sind aufgrund fehlender Eingruppierungsmöglichkeiten Sanktionen gegenüber der Einrichtung ausgeschlossen, z.B. gem. § 13 Abs. 8 (Nicht-Erfüllung der Mitwirkungspflichten). Trotzdem sollte mindestens ein klarstellender Hinweis erfolgen, um rechtliche Auseinandersetzungen</p>

	<p>zu vermeiden.</p> <p>Die Bezeichnung „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ sollte aus den in den Tragenden Gründen, S. 18 und S.19, genannten Gründen übernommen werden.</p> <p>Des Weiteren sind für die Psychosomatische Medizin die Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben basierend auf den Ergebnissen der EPPIK-Studie bis 2025 anzupassen.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>1) Ergänzung des OPS-Codes 9-65 auf Seite 45/ 46 in der Spalte Einstufung für die vier Behandlungsbereiche (P1 bis P4)</p> <p>ODER</p> <p>Ergänzung einer Regelung unter Hinweisen auf S. 48, wonach Fälle ohne Eingruppierungsmöglichkeit zunächst nicht erfasst werden.</p> <p>2) Übernahme der Bezeichnung: „Menschen mit psychischen Erkrankungen“</p>

Die DGPM begrüßt die Bemühungen des G-BA, die PPP-RL stetig und zeitnah weiterzuentwickeln. Diesbezüglich stehen wir sehr gerne jederzeit für weitere Gespräche und Beratungen zur Verfügung. Wesentlich, auch für die Akzeptanz der PPP-RL, ist der Einbezug empirischer Daten, wie sie die EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) in diesem Jahr zur Verfügung gestellt hat, um zu Behandlungsbereichen zu kommen, deren Personalmindestvorgaben nicht mehr nur theoriebasiert sind, sondern die Versorgung realistisch abbilden.

Literaturverzeichnis

Präsentation Ist-Standerhebung der Personalausstattung in der Psychosomatischen Medizin, EPPIK Abschluss Symposium, 14. März 2024, Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin.



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
zum Beschlussentwurf über die Änderung der PPP-RL:
Änderung für das Erfassungsjahr 2025 gemäß § 91 Abs.
5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit.
a) Verfo**

Datum	08.04.24
Stellungnahme von	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) schließt sich inhaltlich der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) an. Die Stellungnahme zu den spezifischen Aspekten ist inhaltsgleich mit der DGPM.

Das DKPM begrüßt die Umstellung auf Routinedaten. Das damit verbundene Ziel einer bürokratischen Entlastung ist vor dem Hintergrund der starken Zunahme von Dokumentationspflichten für Psych-Einrichtungen im letzten Jahrzehnt sehr wichtig. Durch die Einführung der PPP-RL, des Krankenhausvergleichs, Ergänzungen im PEPP-System, des Psych-PNV-Nachweises inkl. Wirtschaftsprüfer-Testat, Verschärfungen bei den Meldepflichten für Landesstatistikbehörden, der OPS-Strukturprüfungen und weiterer Vorgaben und Meldepflichten hat sich der Dokumentationsaufwand auch für medizinisches und therapeutisches Personal stark erhöht. Die Einrichtungen müssen immer mehr Aufwand zur Erfüllung dieser Kontrollpflichten betreiben.

Erwartungsgemäß ist die technische Umsetzung der Automatisierung von Stichtagserhebungen mittels Routinedaten im Detail kompliziert und aufwendig. Das DKPM bittet darum die notwendige Sorgfalt anzuwenden, um die Umsetzungen und das Gelingen dieser wichtigen bürokratischen Entlastung nicht zu gefährden.

Derzeit fehlt für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie noch eine Eingruppierungsmöglichkeit für Einrichtungen, die bisher über die Kinder- und Jugendpsychiatrie OPS-Codes abgerechnet haben. Hierfür bitten wir eine Lösung festzulegen oder eine Befreiung der Codierung zu gewähren, da sonst wichtige Versorgungsangebote für psychosomatisch erkrankte Kinder- und Jugendliche nicht fortgeführt werden können.

Mit der EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) steht erstmals eine wissenschaftlich erhobene und ausreichend differenzierte Datenbasis zur Ist-Personalausstattung in der Psychosomatischen Medizin zur Verfügung. Auf Basis der Ergebnisse sollte die Entwicklung von Mindestvorgaben in der Psychosomatik bis Ende 2025 vorgenommen werden. Eine Überarbeitung der Mindestvorgaben sowie weitere datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche bis 2025 ist dringend erforderlich, da es sonst zu einer Gefährdung bestehender gut etablierter und qualitätsgesicherter Therapieprogramme kommt.

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

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
§ 5	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Der Ergänzung der Bundespsychotherapeutenkammer ist zuzustimmen. Alle Berufsgruppen in Ausbildung zur Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn sollen der Berufsgruppe c) zugerechnet werden. Die Klarstellung vermeidet Fehlinterpretationen. Eine indirekte Herleitung über § 8 Abs. 2 birgt das Risiko von Missverständnissen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Übernahme der Ergänzung der BPTK: „...sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß § 27 PsychThG.“</p>
§11 (3)	<p>Stellungnahme Begründung:</p> <p>Die Frist zur Meldung der Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach § 6 sollte 6 Wochen betragen. Kürzere Fristen sind Krankenhäuser i.d.R. nicht in der Lage ohne personellen Mehraufwand zu erfüllen, weil z.B. relevante Fälle noch nicht abgeschlossen sind u. Ä. Engere Meldefristen verursachen i.d.R. höheren Personalaufwand, da die Daten nur zum Zweck der Meldung und nicht im Rahmen der Erledigung von Routinearbeiten (z.B. Jahresabschluss, Erlösverprobung, etc.) erhoben werden müssen. Die Vorteile bzw. der Erkenntnisgewinn bei einer zwei Wochen früher erfolgenden Meldung stehen dazu in keinem angemessenen Verhältnis.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Übernahme des Vorschlags der DKG: „..., eine Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach §6 unter Angabe des Standortes <i>spätestens 6 Wochen</i> nach Ende des betreffenden Quartals, ... , anzuzeigen.</p>
§ 11 (12)	<p>Stellungnahme Begründung:</p> <p>Die bisherige Frist ist sehr kurzfristig nach Jahresende. Dies kollidiert in vielen Krankenhäusern mit den Jahresabschlussarbeiten. Eine Nachlieferungsfrist bis zum 15. März erscheint daher angemessen. Wie zu § 11 Abs. 3 bereits erwähnt besteht die Gefahr ansonsten unnötigen weiteren Personalaufwand für Dokumentation zu erzeugen. Die Vorteile, bzw. der Erkenntnisgewinn bei einer zwei Wochen früher erfolgenden Meldung stehen dazu in keinem angemessenen Verhältnis.</p>

	<p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der DKG: „...Krankenhäuser, die bis zum Ende der Korrekturfrist am <i>15 März</i> des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres ...“.</p>
§ 11 (13)	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die bisherigen quartalsweisen Veränderungen der Dokumentationsdaten haben in den letzten Meldungen keine großen Bewegungen zwischen einzelnen Quartalen mehr gezeigt. Von künftig wieder erhöhten Schwankungen ist nicht auszugehen. Hingegen ist der Mehraufwand für die Erstellung der quartalsweisen Nachweise in den Krankenhäusern erheblich. Es ist dringend notwendig die seit 2016 drastisch gestiegenen bürokratischen Aufwendungen für Psych-Krankenhäuser zu verringern (PPP-RL, Krankenhausvergleich, Ergänzungen PEPP-System, Psych-PNV-Nachweis inkl. Wirtschaftsprüfer-Testat, MD-QK-RL-Begehungen, Verschärfungen bei den Meldepflichten für Landesstatistikbehörden, OPS-Strukturprüfungen, etc.). Die Nachweise und insbesondere auch die vierteljährlichen PPP-RL-Nachweise binden in Zeiten des Personalmangels Mitarbeitende von Berufsgruppen, die für die Patientenversorgung benötigt werden. Diese Datenerhebung und Meldungen können auch nicht als Nebenprodukt von Routinedaten erhoben werden, sondern binden Personal. Der Erkenntnisgewinn einer vierteljährlichen Meldung steht in keinem angemessenen Verhältnis zum Mehraufwand. An der bisherig geplanten Einstellung der vierteljährlichen Meldung sollte daher dringend festgehalten werden.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der DKG: „Bis zum <i>1. Januar 2025</i> gelten für den Nachweis der Einhaltung der Mindestvorgaben ...“.</p>
§ 13 (8)	<p>Stellungnahme mit Begründung: Das DKPM unterstützt ausdrücklich die Umstellung auf Routinedaten. Das Beispiel der DKG in den tragenden Gründen demonstriert jedoch die Komplexität der Umstellung und den bürokratischen Aufwand den die Krankenhäuser derzeit zu Ihrer eigenen Absicherung gegen die (hohen und substanzschädigenden) Sanktionen der PPP-RL betreiben müssen. Solange keine rechtssichere und aufwandsarme Umsetzung der Routinedatenübermittlung sichergestellt ist, sollte deshalb auch keine Sanktionsmöglichkeit gegen die Krankenhäuser bestehen. Das DKPM stimmt deshalb der Ergänzung der DKG zu, die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Meldung an die Landesaufsichtsbehörden auszusetzen, solange dies nicht gewährleistet ist.</p> <p>In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass die Landesaufsichtsbehörden laut uns vorliegender Rückmeldungen personell überhaupt</p>

	<p>nicht in der Lage sind die hohe Anzahl der durch die PPP-RL ausgelösten Meldungen zu verarbeiten. In Rückmeldungen machen die betroffenen Stellen auch klar, dass sie sich inhaltlich nicht dazu veranlasst sehen auf die PPP-RL Datenmeldungen zu reagieren, bzw. neue Prüfstrukturen neben den bestehenden (z.B. MD des Landes) aufzubauen. Die Landesaufsichtsbehörden werden bisher in Fällen gravierender Qualitätsmängel zur Prüfung von Maßnahmen gegen Einrichtungen z.B. vom MD des Landes oder Patientenrechte-Organisationen o.Ä. eingeschaltet. Die Einschaltung der Landesbehörden zieht dann i.d.R. ausführlichere Prüfungen nach sich. Die vorübergehende Nicht-Einhaltung von Strukturvorgaben der PPP-RL erreicht diese Hürden für das Tätigwerden der Landesaufsichtsbehörden nicht. Vor diesem Hintergrund regt das DKPM an diese Meldungen insgesamt aus der PPP-RL zu streichen. Eine Einschaltung der Landesaufsichtsbehörden bei gravierenden und wiederholten Verstößen gegen die PPP-RL o.Ä. Normen wäre dadurch nicht ausgeschlossen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Übernahme des Vorschlags der DKG: <i>„Die Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 3 bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben an die zuständige Landesaufsichtsbehörde sind von den Regelungen in Satz 2 bis 6 ausgenommen.“</i></p>
Anlage 2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Das DKPM unterstützt die Erfassung mittels Routinedaten als sinnvolle Maßnahme zur bürokratischen Entlastung. Durch die Umstellung auf Routinedatenerfassung sollte jedoch keine Änderung der bisherigen Eingruppierung resultieren. Die Vergleichbarkeit mit bisher erhobenen Daten wäre gefährdet. Außerdem würde das vorzuhaltende Personal je Krankenhaus bzw. Abteilung erhöht oder vermindert. Dies würde einen normativen Eingriff darstellen, der nicht das Ziel dieser Änderung sein soll.</p> <p>Bei Einführung der vom GKV-SV vorgeschlagenen 3. Spalte „Einstufung“ müssen alle Fälle des Fachgebiets Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abgedeckt sein. Für Einrichtungen des Fachgebiets Psychosomatische Medizin, die Kinder und Jugendliche versorgen und die unter Leitung eines Kinder- und Jugendpsychiaters stehen, fehlt im vorliegenden Entwurf eine Eingruppierungsmöglichkeit. Das DKPM schlägt deshalb vor auf S. 45 für die vier Behandlungsbereiche (P1 bis P4) den OPS-Code 9-65 zu ergänzen. Alternativ könnte unter den Hinweisen auf S. 48 eine Regelung ergänzt werden, wonach Fälle ohne Eingruppierungsmöglichkeit zunächst nicht zu erfassen sind. Nach rechtlicher Einschätzung des DKPM sind aufgrund fehlender Eingruppierungsmöglichkeiten Sanktionen gegenüber der Einrichtung ausgeschlossen, z.B. gem. § 13 Abs. 8 (Nicht-Erfüllung der Mitwirkungspflichten). Trotzdem sollte mindestens ein klarstellender Hinweis erfolgen, um rechtliche Auseinandersetzungen</p>

	<p>zu vermeiden.</p> <p>Die Bezeichnung „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ sollte aus den in den Tragenden Gründen, S. 18 und S.19, genannten Gründen übernommen werden.</p> <p>Des Weiteren sind für die Psychosomatische Medizin die Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben basierend auf den Ergebnissen der EPPIK-Studie bis 2025 anzupassen.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p> <p>1) Ergänzung des OPS-Codes 9-65 auf Seite 45/ 46 in der Spalte Einstufung für die vier Behandlungsbereiche (P1 bis P4)</p> <p>ODER</p> <p>Ergänzung einer Regelung unter Hinweisen auf S. 48, wonach Fälle ohne Eingruppierungsmöglichkeit zunächst nicht erfasst werden.</p> <p>2) Übernahme der Bezeichnung: „Menschen mit psychischen Erkrankungen“</p>

Die DKPM begrüßt die Bemühungen des G-BA, die PPP-RL stetig und zeitnah weiterzuentwickeln. Diesbezüglich stehen wir sehr gerne jederzeit für weitere Gespräche und Beratungen zur Verfügung. Wesentlich, auch für die Akzeptanz der PPP-RL, ist der Einbezug empirischer Daten, wie sie die EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) in diesem Jahr zur Verfügung gestellt hat, um zu Behandlungsbereichen zu kommen, deren Personalmindestvorgaben nicht mehr nur theoriebasiert sind, sondern die Versorgung realistisch abbilden.

Literaturverzeichnis

Präsentation Ist-Standerhebung der Personalausstattung in der Psychosomatischen Medizin, EPPIK Abschluss Symposium, 14. März 2024, Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin.



**Schriftliche Stellungnahme zum Beschlussentwurf über die
Änderung der PPP-RL:
Änderung für das Erfassungsjahr 2025 gemäß § 91 Abs. 5a, §
136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 lit. a) Verfo**

Datum	05.05.2024
Stellungnahme von	Aktion Psychisch Kranke e.V.

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
<p>Aus Sicht der Aktion Psychisch Kranke gilt es die Dokumentationsaufwände für die psychiatrischen Kliniken möglichst gering gehalten werden, um die Zeit für die Patienten und Patienten nutzen zu können. Zugleich muss aber ausreichend Transparenz für das Leistungsgeschehen bestehen.</p>
<p>Kleinteilige, bürokratieaufwändige Vorgaben und Nachweise bilden einen Anachronismus zu einer flexiblen und individuell bzw. personenzentriert ausgerichteten Behandlung.</p>

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung:	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge
§ 11 Abs. 3	<p>In Absatz 3 findet sich der Passus, dass eine Nichterfüllungsmeldung innerhalb von 14 Tagen zu erfolgen hat. Im Bereich der PPP-RL ist das Nachweisverfahren komplex und daher nicht innerhalb dieser kurzen Frist abzuschließen. Die Position der DKG hier den Kliniken eine 6 Wochen Frist einzuräumen, kann nachvollzogen werden. Auch sind Zeiterfassungssysteme nicht überall in der Lage, bereits nach 2 Wochen Stationsbesetzungen korrekt mitzuteilen, da hier z. T. anderslautende tarifvertragliche Meldefristen (z. B. für Korrekturbelege) bestehen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Die Übermittlungsfrist sollte auf 6 Wochen verlängert werden.</p>
§11 Abs. 13	<p>Die bisherigen quartalsbezogenen Abgaben der Nachweise sollten frühestmöglich umgestellt werden, d. h. ab 2025 sind nur noch jährlich quartalsbezogene Nachweise zu übermitteln. Damit ist eine erhebliche Reduktion des Aufwands in den Krankenhäusern verbunden. Für eine Weiterentwicklung der Richtlinie sind jahresbezogene Nachweise hilfreich und ausreichend. Eine jahresbezogene Übermittlung hat den Vorteil, dass Auffälligkeiten eines Quartals immer im Kontext der ganzjährigen Entwicklung gesehen werden können und würde der Versorgungsrealität stärker entsprechen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Hier ist der 01.01.2025 einzusetzen.</p>
Anlage 2 Eingruppierungs- Empfehlungen	<p>Die stichtagsbezogene Patienteneinstufung beruht auf dem System der Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV). Minutenwerte, Regelaufgaben der Berufsgruppen und die Kriterien für die Einstufung der Patientinnen und Patienten sind aufeinander abgestimmt.</p> <p>Eine einfache Zuordnung der OPS-Codes ist nicht kongruent mit der Psych-PV Systematik.</p> <p>Zudem ist damit die Tür geöffnet die Dokumentation tagesbezogen zu gestalten und zu kontrollieren und den Dokumentationsaufwand deutlich zu erhöhen.</p> <p>In der Psych-PV war eine viermalige Stichtagserhebung pro Kalenderjahr vorgesehen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Rückkehr zur Stichtagserhebung wie vor 2020 mit viermaliger Erhebung im Jahr, da ausreichend und ressourcensparend.</p>



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
zum Beschlussentwurf über die Änderung der PPP-RL:
Änderung für das Erfassungsjahr 2025 gemäß § 91 Abs.
5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2
lit. a) Verfo**

Datum	08.04.2024
Stellungnahme von	WFKT

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die Künstlerischen Therapien sind den Spezialtherapien als wichtiger Baustein in den klinischen Versorgungsbereichen untergeordnet, zu denen u.a. auch die Ergotherapie und Sprachheiltherapie gehören. Aus unserer Sicht ist es bleibend erforderlich, eine angemessene Benennung und Differenzierung der Versorgungsleistungen der Künstlerischen Therapien (als akademischer Gesundheitsberuf) innerhalb der Gruppierung „Spezialtherapien“ klarer zu berücksichtigen und kenntlich zu machen. (u.a. in Unterscheidung zu Leistungen der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten).

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
§ 5	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:
§ 8	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:
§ 11	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:

§ 13	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:
Anlage 2	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:
Anlage 3	Stellungnahme mit Begründung:
	Änderungsvorschlag:
Anlage 6 (Neu)	Stellungnahme mit Begründung:

	Änderungsvorschlag:
--	---------------------

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
zum Beschlussentwurf über die Änderung der PPP-RL:
Änderung für das Erfassungsjahr 2025 gemäß § 91 Abs.
5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2
lit. a) Verfo**

Datum	08.04.2024
Stellungnahme von	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die DGPPN bedankt sich für die Möglichkeit, zum vorliegenden Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL für das Jahr 2025 Stellung zu nehmen.
Die vorliegende Richtlinie für die Personalausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik des Gemeinsamen Bundesausschusses legt verbindlich Mindestvorgaben für das für eine psychiatrische/psychosomatisch/psychotherapeutische Behandlung erforderliche therapeutische Personal gemäß § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V fest. Damit soll ein Beitrag zu einer leitliniengerechten Diagnostik und Therapie geleistet werden. Ein aus unserer Sicht herauszuhebender Punkt ist die Eingruppierung von älteren Menschen, die unter psychischen Erkrankungen leiden: der aktuelle Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht. Ein weiterer herauszuhebender Punkt ist die durch den GKV-Spitzenverband in einigen Bereichen intensivierete Kleinteiligkeit von Dokumentations- und Berichtsleistungen, deren Nichterfüllung sanktioniert wird. Damit wird einem weiteren bürokratischen Aufwuchs Vorschub geleistet, der eine Ressourcenverschiebung in den Verwaltungsbereich bewirkt
Im Folgenden finden Sie die Kommentierungen der DGPPN zu einzelnen konkreten Paragraphen:

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
§ 5	Stellungnahme mit Begründung: Keine Stellungnahme
	Änderungsvorschlag:
§ 8	Stellungnahme mit Begründung: Keine Stellungnahme
	Änderungsvorschlag:
§ 11	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die im Zuge der Einführung der PPP-RL notwendige Datenerhebung ist in den vergangenen fünf Jahren ausführlich durchgeführt worden. Zu allen im § 11 in Diskussion befindlichen Passagen steht in den Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes die Kleinteiligkeit der Erhebung im Vordergrund. Im Sinne eines Abbaus von nicht zielführender Bürokratie sollten alle Bereiche, die keine Zunahme von positiven Effekten auf Diagnostik und Therapie erbringen, reduziert werden. Quartalsnachweise sind in diesem Kontext prinzipiell als problematisch anzusehen. Deshalb erscheint die Fortsetzung der quartalsweisen Übermittlung der ohnehin quartalsweise erhobenen Daten mit kurzen Übermittlungsfristen nicht zielführend. Kurze Übermittlungsfristen und der Umgang mit harten Plausibilitätskriterien erhöhen mittelbar den Ressourceneinsatz für Verwaltungsaufgaben ohne Qualitätszugewinn für die Behandlung unserer Patient:innen</p>

	<p>Änderungsvorschlag: Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge der DKG.</p>
§ 13	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die DGPPN schließt sich der Stellungnahme der DKG an.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>
Anlage 2	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die seitens des GKV-Spitzenverbandes vorgeschlagenen Veränderungen der Einstufungskriterien in den OPS sollen auf eine „Vereinfachung“ der bisherigen differenzierten Vorgehensweise abzielen. Aus medizinischen Gründen ist eine pauschalierende Einstufung in die OPS nach dem Alter hierbei kein sinnvoller Schritt: sie bildet die Bedarfe der Patient:innen nicht ab. In Zeiten einer sich deutlich verändernden Altersstruktur unserer Gesellschaft mit großen Unterschieden in der Gesundheit von Menschen der Altersgruppe von 60 bis über 90 Jahren ist die Verstärkung einer willkürlichen Altersgrenze von 65 Jahren nicht nachvollziehbar. Typische Alterserkrankungen treten – wenn auch selten – so doch regelmäßig vor dem 65. Lebensjahr auf und brauchen den dementsprechenden Ressourceneinsatz. Ebenso gibt es viele psychisch Erkrankte die älter als 65 Jahre sind, die komplexer psychotherapeutischer Behandlungen bedürfen, wie sie in A7 und A8 abgebildet sind und die bei Suchtpatienten und gerontopsychiatrischen Patienten keine Repräsentanz in den OPS finden. Damit wird die für diese Patientengruppen ohnehin schon schwer erhältliche Psychotherapie in den Kliniken gefährdet. Bei Fehlen jeglicher Auswirkungsanalysen handelt es sich bei dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes um normative Veränderungen ohne Anpassung der Minutenwerte, die wir aus fachlicher Sicht ablehnen, aufgrund nicht einschätzbarer Konsequenzen für die Sicherheit der Patienten. Grundsätzlich halten wir den Einsatz des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS), der als eine Basis für das Entgeltsystem entwickelt wurde, für ungeeignet, ein Personalbemessungsinstrument zu ersetzen. Anstelle der Patient:innenbedarfe geraten Abrechnungsregulieren so noch weiter in den Mittelpunkt der</p>

	<p>Betrachtungsweise. Dieser Weg würde mit den Vorschlägen des GKV-SV aus unserer Sicht weiter beschritten. Gerade dieser Abschnitt der Richtlinie verdeutlicht, wie dringend ein modernes Personalbemessungsinstrument benötigt wird, dass die Bedarfe der Patient:innen in den Mittelpunkt stellt.</p> <p>Abgesehen davon ist aktuell die Ableitung in die Behandlungskategorien zu den Stichtagen ein bewährtes Verfahren, das wenig zusätzlichen Aufwand bedeutet. Hier ist von einer nicht notwendigen Änderung abzusehen, insbesondere vor dem Hintergrund der noch nicht ausgereiften Softwareumstellungen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Beibehaltung der bisherigen Kriterien zur Einstufung mit Stichtagserhebungen.</p>
Anlage 3	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Auch hier ist mit dem Vorschlag des GKV-SV die Erhöhung der Kleinteiligkeit und Detailreichtum und damit die Erhöhung des bürokratischen Aufwandes verbunden, ohne eine Erhöhung der Qualität von Diagnostik und Therapie zu bewirken, da die Anrechnung der Fach- und Hilfskraft-VKS ohnehin obligatorisch ist.</p> <p>Darüber hinaus möchte die DGPPN an dieser Stelle die kompensatorischen Fach- und die Hilfskraftquoten von 5 bzw. 10 % und die Nichtanrechenbarkeit weiterer Unterstützungskräften prinzipiell in Frage stellen. In Zeiten eines progredient zunehmenden Fachkräftemangels ist es notwendig, diese beiden Maßgaben kritisch zu diskutieren, auch um die Psychiatrie von sinnvollen Entwicklungen wie z. B. den Physician Assistant-Ausbildungsgängen nicht auszuschließen. Ein kontinuierliches (ggf. auch regionales) Austarieren zwischen Qualitätssicherung und Aufrechterhaltung von Versorgung sollte hierbei im Mittelpunkt stehen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Keine Änderung der aktuellen Anlage 3.</p>
Anlage 6 (Neu)	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Wie im Abschnitt zu § 11 begründet, wird durch diesen Anhang der Bürokratieaufwand insbesondere im Controllingbereich unnötig weiter erhöht. Für die Krankenhäuser entsteht durch die Verschärfung ein Mehraufwand, der erneut Ressourcen in den Verwaltungsbereich verschiebt.</p>

	Änderungsvorschlag: Keine Übernahme der Anlage 6.
--	--

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]



**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme
zum Beschlussentwurf über die Änderung der PPP-RL:
Änderung für das Erfassungsjahr 2025 gemäß § 91 Abs.
5a, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2
lit. a) Verfo**

Datum	08.04.2024
Stellungnahme von	Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)

Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format ausschließlich per E-Mail. Insbesondere aus Gründen der Datensparsamkeit bitten wir Sie, auf die Übermittlung weiterer Unterlagen möglichst zu verzichten bzw. diese bei Bedarf mittels eines Links zur Verfügung zu stellen.

Vielen Dank!

Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

Allgemeine Anmerkung
Die DÄVT bedankt sich für die Möglichkeit, zum vorliegenden Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL für das Jahr 2025 Stellung zu nehmen.
Psychotherapeutische Leistungen kommen in der PPP-RL und Psych-PV deutlich zu kurz und kommen den Anforderungen an eine qualitativ ausreichende Behandlung psychisch kranker im stationären und teilstationären Setting nicht nach. Bei den vorgeschlagenen Änderungen ist ein aus unserer Sicht herauszuhebender Punkt die Eingruppierung von älteren Menschen, die unter psychischen Erkrankungen leiden: der aktuelle Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht. Ein weiterer herauszuhebender Punkt ist die durch den GKV-Spitzenverband in einigen Bereichen intensivierte Kleinteiligkeit von Dokumentations- und Berichtsleistungen, deren Nichterfüllung sanktioniert wird. Damit wird einem weiteren bürokratischen Aufwuchs Vorschub geleistet, der eine Ressourcenverschiebung in den Verwaltungsbereich bewirkt.
Im Folgenden finden Sie die Kommentierungen der DÄVT, wobei wir uns den Kommentierungen der DGPPN anschließen

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
§ 5	Stellungnahme mit Begründung: Keine Stellungnahme
	Änderungsvorschlag:
§ 8	Stellungnahme mit Begründung: Keine Stellungnahme
	Änderungsvorschlag:
§ 11	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Die im Zuge der Einführung der PPP-RL notwendige Datenerhebung ist in den vergangenen fünf Jahren ausführlich durchgeführt worden. Zu allen im § 11 in Diskussion befindlichen Passagen steht in den Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes die Kleinteiligkeit der Erhebung im Vordergrund. Im Sinne eines Abbaus von nicht zielführender Bürokratie sollten alle Bereiche, die keine Zunahme von positiven Effekten auf Diagnostik und Therapie erbringen, reduziert werden. Quartalsnachweise sind in diesem Kontext prinzipiell als problematisch anzusehen, der dazu notwendige Personalaufwand ist erheblich und nicht gegenfinanziert und steht damit der Patientenversorgung nicht zur Verfügung. Deshalb erscheint die Fortsetzung der quartalsweisen Übermittlung der ohnehin quartalsweise erhobenen Daten mit kurzen Übermittlungsfristen nicht zielführend. Kurze Übermittlungsfristen und der Umgang mit harten Plausibilitätskriterien erhöhen mittelbar den Ressourceneinsatz für Verwaltungsaufgaben ohne</p>

	<p>Qualitätszugewinn für die Behandlung unserer Patient:innen</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Die DÄVT unterstützt die Änderungsvorschläge der DKG.</p>
<p>§ 13</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die DVÄT schließt sich der Stellungnahme der DKG an.</p>
	<p>Änderungsvorschlag:</p>
<p>Anlage 2</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Die seitens des GKV-Spitzenverbandes vorgeschlagenen Veränderungen der Einstufungskriterien in den OPS sollen auf eine „Vereinfachung“ der bisherigen differenzierten Vorgehensweise abzielen. Aus medizinischen Gründen ist eine pauschalierende Einstufung in die OPS nach dem Alter hierbei kein sinnvoller Schritt: sie bildet die Bedarfe der Patient:innen nicht ab. In Zeiten einer sich deutlich verändernden Altersstruktur unserer Gesellschaft mit großen Unterschieden in der Gesundheit von Menschen der Altersgruppe von 60 bis über 90 Jahren ist die Verstärkung einer willkürlichen Altersgrenze von 65 Jahren nicht nachvollziehbar. Typische Alterserkrankungen treten – wenn auch selten – so doch regelmäßig vor dem 65. Lebensjahr auf und brauchen den dementsprechenden Ressourceneinsatz. Ebenso gibt es viele psychisch Erkrankte die älter als 65 Jahre sind, die komplexer psychotherapeutischer Behandlungen bedürfen, wie sie in A7 und A8 abgebildet sind und die bei Suchtpatienten und gerontopsychiatrischen Patienten keine Repräsentanz in den OPS finden. Gerade die Psychotherapie ist bei älteren Patientinnen mit z.B. schweren depressiven Episoden oft hochwirksam in der Akutphase und führt eindeutig zu einer Verbesserung des Krankheitsverlaufs, schnelleren Genese und deutlich geringeren Nachfolgekosten. Mit dem Vorschlag der GKV-SV wird die für diese Patientengruppen ohnehin schon schwer</p>

	<p>erhältliche Psychotherapie in den Kliniken gefährdet. Bei Fehlen jeglicher Auswirkungsanalysen handelt es sich bei dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes um normative Veränderungen ohne Anpassung der Minutenwerte, die wir aus fachlicher Sicht ablehnen, aufgrund nicht einschätzbarer Konsequenzen für die Sicherheit der Patienten.</p> <p>Grundsätzlich halten wir den Einsatz des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS), der als eine Basis für das Entgeltsystem entwickelt wurde, für ungeeignet, ein Personalbemessungsinstrument zu ersetzen. Anstelle der Patient:innenbedarfe geraten Abrechnungsregularien so noch weiter in den Mittelpunkt der Betrachtungsweise. Dieser Weg würde mit den Vorschlägen des GKV-SV aus unserer Sicht weiter beschritten. Gerade dieser Abschnitt der Richtlinie verdeutlicht, wie dringend ein modernes Personalbemessungsinstrument benötigt wird, dass die Bedarfe der Patient:innen in den Mittelpunkt stellt.</p> <p>Abgesehen davon ist aktuell die Ableitung in die Behandlungskategorien zu den Stichtagen ein bewährtes Verfahren, das wenig zusätzlichen Aufwand bedeutet. Hier ist von einer nicht notwendigen Änderung abzusehen, insbesondere vor dem Hintergrund der noch nicht ausgereiften Softwareumstellungen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Beibehaltung der bisherigen Kriterien zur Einstufung mit Stichtagserhebungen.</p>
Anlage 3	<p>Stellungnahme mit Begründung:</p> <p>Auch hier ist mit dem Vorschlag des GKV-SV die Erhöhung der Kleinteiligkeit und Detailreichtum und damit die Erhöhung des bürokratischen Aufwandes verbunden, ohne eine Erhöhung der Qualität von Diagnostik und Therapie zu bewirken, da die Anrechnung der Fach- und Hilfskraft-VKS ohnehin obligatorisch ist.</p> <p>Darüber hinaus möchte die DÄVT an dieser Stelle die kompensatorischen Fach- und die Hilfskraftquoten von 5 bzw. 10 % und die Nichtanrechenbarkeit weiterer Unterstützungskräften prinzipiell in Frage stellen. In Zeiten eines progredient zunehmenden Fachkräftemangels ist es notwendig, diese beiden Maßgaben kritisch zu diskutieren, auch um die Psychiatrie von sinnvollen Entwicklungen wie z. B. den Physician Assistant-Ausbildungsgängen nicht auszuschließen. Ein kontinuierliches (ggf. auch regionales) Austarieren zwischen Qualitätssicherung und Aufrechterhaltung von Versorgung sollte hierbei im Mittelpunkt stehen.</p>

	<p>Änderungsvorschlag: Keine Änderung der aktuellen Anlage 3.</p>
<p>Anlage 6 (Neu)</p>	<p>Stellungnahme mit Begründung: Wie im Abschnitt zu § 11 begründet, wird durch diesen Anhang der Bürokratieaufwand insbesondere im Controllingbereich unnötig weiter erhöht. Für die Krankenhäuser entsteht durch die Verschärfung ein Mehraufwand, der erneut Ressourcen in den Verwaltungsbereich verschiebt.</p>
	<p>Änderungsvorschlag: Keine Übernahme der Anlage 6.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

Ggf. Literaturverzeichnis [Bitte stellen Sie uns möglichst nur Links zur Verfügung.]



BfDI

Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss "Qualitätssicherung"

ausschließlich per E-Mail an:
ppp-rl@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON [REDACTED]

E-MAIL [REDACTED]

BEARBEITET VON [REDACTED]

INTERNET www.bfdi.bund.de

DATUM Bonn, 05.04.2024

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1402

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

BETREFF **Beschlussentwurf über eine Änderung der Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
(PPP-RL): Änderungen zum Erfassungsjahr 2025**

BEZUG Ihr Schreiben vom 11. März 2024

Sehr geehrter Herr Prof. Hecken,
sehr geehrte Frau Starke,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich bedanke mich für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Hinsichtlich des oben genannten Beschlussentwurfs sehe ich von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

[REDACTED]

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

Von: [REDACTED]
An: [Anfragen und Stn PPP-RL](#)
Cc: [REDACTED]
Betreff: 2023-03-18_von Dachverband Gemeindepsychiatrie_Stellungnahmeverfahren_Änderung PPP-RL EJ
2025_keine Stellungnahme
Datum: Montag, 18. März 2024 10:51:51
Anlagen: [image001.jpg](#)
[image002.png](#)

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wunschgemäß bestätige ich Ihnen den Eingang der Unterlagen und danke für die Einladung zur Beteiligung am Stellungnahmeverfahren.

Nach der Durchsicht der jetzt anhängigen Änderungen der PPP-RL verzichtet der Dachverband Gemeindepsychiatrie auf eine Stellungnahme, da eine Auswirkung auf den Bereich der Gemeindepsychiatrie nicht zu erkennen ist. Wir würden uns freuen, bei weiteren Änderungen erneut zur Stellungnahme eingeladen zu werden.

Mit freundlichen Grüßen

Nils Greve
Vorsitzender

DGP_Logo_CMYK_300dpi



Richartzstr. 12
50667 Köln
Telefon 0221 2779 387-0
[REDACTED]
E-Mail [REDACTED]
Web www.psychiatrie.de/dachverband



Kennen Sie schon unsere **Newsletter**? [Melden Sie sich hier dafür an.](#)

Der DACHVERBAND GEMEINDEPSYCHIATRIE setzt sich für eine inklusive Gesellschaft ein, in

der Menschen mit einer psychischen Erkrankung akzeptiert und unterstützt werden, ihre Ressourcen zu nutzen.

Haftungsausschluss:

Diese eMail und ggf. Anhänge sind nur zu Ihrem Gebrauch bestimmt und können rechtlich geschützte oder vertrauliche Informationen enthalten. Sollten Sie weder der/die beabsichtigte EmpfängerIn sein noch zur Zustellung an diese/n berechtigt sein, so ist jede Weitergabe, Vervielfältigung oder sonstige Nutzung dieser eMail u./o. ihrer Anhänge zu unterlassen. Wenn Sie diese eMail irrtümlich erhalten haben, benachrichtigen Sie bitte umgehend den/die AbsenderIn und löschen die eMail.

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

Gesendet: Montag, 11. März 2024 11:47

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

Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der PPP-RL für das EJ 2025

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Katrin Starke, LL.M.

stv. Abteilungsleiterin

i. A. Florian Meyer-Burmeister

Referent

Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstr. 13

10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-547 (Sekretariat)

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: PPP-RL@g-ba

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Von: [REDACTED]
An: [Anfragen und Stn PPP-RL](#)
Cc: [REDACTED]
Betreff: 2023-03-19_von ZVK_Stellungnahmeverfahren_Aenderung PPP-RL EJ 2025_keine Stellungnahme
Datum: Dienstag, 19. März 2024 12:53:58
Anlagen: [image001.gif](#)

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

aus physiotherapeutischer Sicht haben wir keine Anmerkungen für die *Personal-
ausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie*.

Wir bedanken uns jedoch sehr für die Möglichkeit der Stellungnahme.

Freundliche Grüße

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Tel: [REDACTED]
www.physio-deutschland.de



Von: Anfragen und Stn PPP-RL [<mailto:PPP-RL@g-ba.de>]
Gesendet: Montag, 11. März 2024 11:47
An: Anfragen und Stn PPP-RL <PPP-RL@g-ba.de>
Betreff: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - Änderung der PPP-RL für das EJ 2025

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

i. A. Katrin Starke, LL.M.
stv. Abteilungsleiterin
i. A. Florian Meyer-Burmeister
Referent

Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstr. 13

10587 Berlin

Telefon: +49 30 275838-547 (Sekretariat)

Telefax: +49 30 275838-505

E-Mail: PPP-RL@g-ba

Internet: <http://www.g-ba.de>

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

Auswertung der Stellungnahmen

**gemäß § 91 Abs. 5a SGB V, § 136a Abs. 2 Satz 5 SGB V und 1. Kapitel § 8 Abs. 2 Verfo
zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie**

Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- III. Anhörung

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

I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

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

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
1	Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.	18. März 2024	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
2	Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (ZVK)	19. März 2024	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
3	Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE)	26. März 2024	Stellungnahme
4	Bundesdirektorenkonferenz der Chefärztinnen und Chefärzte psychiatrischer Kliniken e.V. (BDK)	2. April 2024	Stellungnahme
5	Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	5. April 2024	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
6	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	8. April 2024	Stellungnahme
7	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	8. April 2024	Stellungnahme
8	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	8. April 2024	Stellungnahme
9	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)	8. April 2024	Stellungnahme

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

Nr.	Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
10	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	8. April 2024	Stellungnahme
11	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)	8. April 2024	Stellungnahme
12	Aktion psychisch Kranke e.V. (APK)	8. April 2024	Stellungnahme
13	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT)	8. April 2024	Stellungnahme
14	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	8. April 2024	Stellungnahme

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

Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 11. April 2024 vorbereitet und durch den Unterausschuss QS in seiner Sitzung am 8. Mai 2024 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 17. April 2024)
3	Deutscher Verband Ergotherapie e.V. (DVE), 26.03.2024		
3.1	DVE	<p>Auch im Rahmen dieser Änderung der PPP-RL möchten wir unseren Beitrag als Vertretung der Berufsgruppe der Ergotherapeut:innen zur Weiterentwicklung der PPP-RL leisten.</p> <p>Dabei möchten wir uns allerdings zu den aktuellen Diskussionspunkten nicht positionieren.</p> <p>Wir möchten jedoch erneut darauf hinweisen, dass im Zusammenhang mit der PPP-RL an einigen weiteren Stellen dringender Regelungsbedarf besteht. Als Deutscher Verband Ergotherapie und damit Vertretung der ergotherapeutischen Perspektive im Sinne zeitgemäßer und nachhaltiger Versorgung, weisen wir wieder darauf hin, dass diese Themen nicht weiter ignoriert werden dürfen.</p> <p>Ergotherapeut:innen sind eine der größten Berufsgruppen im Bereich der psychiatrischen Versorgung und sie haben intensiven Kontakt mit Patient:innen – dennoch bleibt der Eindruck, dass kein Interesse besteht, unsere Expertise zu berücksichtigen oder Anliegen von Ergotherapeut:in-</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Stellungnahme berücksichtigt wesentliche Anliegen für eine gute Patientenversorgung. Die aktuelle Änderung entspricht jedoch im Wesentlichen der Ausgestaltung der bereits 2022 beschlossenen Umstellung auf Routinedaten. Gemäß § 14 Abs. 5 PPP-RL hat der G-BA alle zwei Jahre zu überprüfen, ob eine Anpassung der Richtlinie erforderlich ist.</p>

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

		<p>nen im Sinne einer angemessenen Patientenversorgung in der Psychiatrie nachzugehen. Das ist aus unserer Sicht gleichbedeutend mit einem Desinteresse an sachgerechter und zeitgemäßer Versorgung und Therapie von Menschen mit psychischen Erkrankungen.</p> <p>Aus der Perspektive der Ergotherapie geht es weiterhin insbesondere um folgende Themen:</p>	
3.2	DVE	<p>Minutenwerte:</p> <p>Im Gegensatz zu allen anderen Berufsgruppen, die eine Erhöhung der Minutenwerte erfahren haben oder zumindest auf unverändertem Niveau geblieben sind, hat die Ergotherapie real eine Reduzierung erfahren. Dies liegt an der Zusammenfassung mit den Künstlerischen Therapie, die ohne Erhöhung der Minutenwerte erfolgte, da für diese Berufsgruppen zu keiner Zeit überhaupt Minutenwerte definiert waren. Vor diesem Hintergrund ist zumindest eine Erhöhung des Minutenkontingents für die Fachtherapien im Sinne eines Anteils für Künstlerische Therapien notwendig.</p>	<p>AG: Die Minutenwerte in Anlage 1 PPP-RL werden vorliegend nicht geändert und sind somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungsnahmeverfahrens.</p>
3.3	DVE	<p>„Fachtherapien“ statt „Spezialtherapeuten“:</p> <p>Der Begriff der Spezialtherapeuten muss durch einen angemesseneren Begriff wie „Fachtherapien“ ersetzt werden – im Sinne der Professionalität und Wertschätzung der hier zugeordneten Berufsgruppen.</p>	<p>AG: Die Berufsgruppen der Spezialtherapeuten werden vorliegend nicht geändert und sind somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungsnahmeverfahrens.</p>
3.4	DVE	<p>Subsummierung verschiedener Berufsgruppen unter „Fachtherapien“:</p> <p>Grundsätzlich ist bereits die Subsummierung verschiedener Berufsgruppen unter einen Begriff, um gemeinsame Minutenwerte zu haben und</p>	<p>AG: Die Berufsgruppen der Spezialtherapeuten werden vorliegend nicht geändert und sind somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungsnahmeverfahrens.</p>

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

		den Kliniken die Verteilung offen zu halten, aus unserer Sicht wenig nachvollziehbar, da es ja bereits breite Anrechnungsmöglichkeiten untereinander gibt. Diese Anrechnungsmöglichkeiten betrachten wir schon jetzt mit Sorge, da sie aus unserer Sicht zu weitreichend sind und die spezifische, breit aufgestellte Versorgung gefährden können. Falls diese Zusammenfassung allerdings unabänderlich ist, dann ist die bestehende zu hinterfragen, denn sie ist fachlich nicht begründbar. In der Logik müssten dann alle therapeutischen Berufsgruppen darunter zusammengefasst werden, also beispielweise auch die Bewegungstherapeut:innen oder Heilpädagog:innen.	
3.5	DVE	<p>Beschreibung Regelaufgaben:</p> <p>Die Beschreibung der Regelaufgaben ist unabhängig von einer Subsumierung unter den Begriff der Fachtherapien berufsgruppenspezifisch nötig. Aufgrund der Entwicklung in den Professionen in den letzten 30 Jahren besteht bei den aktuellen Beschreibungen dringender Aktualisierungsbedarf. Die aktuelle Ausführung ist auch ethisch nicht mehr haltbar.</p>	AG: Die Regelaufgaben in Anlage 4 PPP-RL werden vorliegend nicht geändert und sind somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungsverfahren.
3.6	DVE	Wir fordern daher dringend entsprechende Nachbesserungen in der PPP-RL für eine angemessene ergotherapeutische Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unter Berücksichtigung aktueller und internationaler Standards für eine zeitgemäße Ergotherapie.	AG: Die Regelaufgaben in Anlage 4 PPP-RL werden vorliegend nicht geändert und sind somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungsverfahren.
3.7	DVE	Wir stellen unsere Expertise jederzeit gerne zur Verfügung, um eine zeitgemäße Versorgung der Klient:innen zu gewährleisten, und erwarten auch eine aktive Einbeziehung, da wir als Deutscher Verband Ergotherapie und damit Vertretung der Profession Ergotherapie diejenigen sind, die eine entsprechende fachliche Expertise für Aspekte aus dem Bereich	AG: Dank und Kenntnisnahme.

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

		<p>Ergotherapie einbringen können.</p> <p>Zur weiteren Erläuterung und Begründung der o.g inhaltlichen Anliegen verweisen wir auf unsere vorangegangenen Stellungnahmen.</p>	
4	Bundesdirektorenkonferenz der Chefärztinnen und Chefärzte psychiatrischer Kliniken e.V. (BDK), 02.04.2024		
4.1	BDK	<p>Die vorliegende Richtlinie für die Personalausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik des Gemeinsamen Bundesausschusses legt verbindlich Mindestvorgaben für das für eine psychiatrische/psychosomatisch/psychotherapeutische Behandlung erforderliche therapeutische Personal gemäß § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V fest. Damit soll ein Beitrag zu einer leitliniengerechten Diagnostik und Therapie geleistet werden. Ein aus unserer Sicht herauszuhebender Punkt ist die Eingruppierung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nach dem aktuellen Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes zu undifferenziert ist. Ein weiterer herauszuhebender Punkt ist die durch den GKV-Spitzenverband in einigen Bereichen intensivierte Kleinteiligkeit, deren Nichterfüllung sanktioniert wird. Damit wird einem weiteren bürokratischen Aufwand Vorschub geleistet, der eine Ressourcenverschiebung in den Verwaltungsbereich bewirkt.</p> <p>Als Bundesdirektorenkonferenz möchten wir von unserem Stellungnahmerecht Gebrauch machen und uns zu den vorgegebenen strittigen Punkten des vorgelegten Beschlusssentwurfes im Einzelnen positionieren:</p>	<p>GKV-SV: Wir weisen darauf hin, dass unser Vorschlag zur Umstellung auf Routinedaten den Dokumentationsaufwand der Krankenhäuser enorm reduziert: Bei den ca. 1.300 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Durchführung von insgesamt 34.000 Stichtagserhebungen mit ca. 1,9 Mio. Patientinnen und Patienten ersatzlos entfallen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme.</p>
4.2	BDK	<p>§ 11</p> <p>Die im Zuge der Einführung der PPP-RL notwendige und sinnvolle Datenerhebung ist in den vergangenen fünf Jahren ausführlich durchgeführt</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Mindestvorgaben sind quartalsbezogen einzuhalten, die Krankenhäuser müssen also</p>

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

		<p>worden. An allen im § 11 in Diskussion befindlichen Passagen ist in den Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes die Kleinteiligkeit der Erhebung im Vordergrund. Im Sinne eines Abbaus von nicht zielführender Bürokratie sollten alle Bereiche, die keine Zunahme von positiven Effekten auf Diagnostik und Therapie erbringen, hinterfragt und reduziert werden. Quartalsnachweise sind in diesem Kontext prinzipiell zu diskutieren. Deshalb erscheint die Fortsetzung der quartalsweisen Übermittlung der ohnehin quartalsweise erhobenen Daten mit kurzen Übermittlungsfristen nicht gerechtfertigt. Kurze Übermittlungsfristen und harte Plausibilitätskriterien erhöhen mittelbar den Ressourceneinsatz für Verwaltung ohne Qualitätszugewinn.</p> <p>Änderungsvorschlag: Die BDK unterstützt die Änderungsvorschläge der DKG.</p>	<p>ohnehin quartalsbezogen dokumentieren. Der G-BA hat außerdem eine Beobachtungspflicht, für die eine quartalsweise Datenübermittlung und Auswertung im Rahmen der Einführungsphase der Richtlinie relevant ist. Analog zu dem Beschluss vom 21. März 2024, die Einführungsstufen in § 16 Abs. 1 bis Ende 2028 zu verlängern, soll aus Sicht des GKV-SV deshalb auch die quartalsweise Datenübermittlung verlängert werden.</p> <p>Plausibilisierungen vor Datenannahme sind zentral für belastbare Aussagen und auch im Sinne der Krankenhäuser.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Die Kliniken sind im Sinne des Bürokratie- und Dokumentationsabbaus von technischen und personellen Mehraufwänden zu entlasten, die mit der quartalsweisen Übersendung der Nachweise verbunden sind. Die bisher übermittelten Quartalsnachweise können bereits für eine Weiterentwicklung der PPP-RL genutzt werden. Die Varianz in den Nachweisdaten erweist sich im Laufe der letzten Jahre als nicht besonders groß, so dass bei der Abwägung von Aufwänden die bereits mit der Erstfassung der PPP-RL vorgesehene jährliche Übermittlung der quartalsbezogenen Nachweise nun ab 2026 umgesetzt werden sollte.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme.</p>
4.3	BDK	<p>§ 13</p> <p>Die BDK schließt sich der Stellungnahme der DKG an.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

4.4	BDK	<p>Anlage 2</p> <p>Die seitens des GKV-Spitzenverbandes vorgeschlagenen Veränderungen der OPS zielen auf eine „Vereinfachung“ der bisherigen differenzierten Vorgehensweise. Aus medizinischen Gründen ist eine pauschalierende Einstufung in die OPS nach dem Alter eine nicht hilfreiche Vereinheitlichung, die die Bedarfe der Patient/innen nicht abbildet. In Zeiten einer alternden Gesellschaft mit relativ hoher Gesundheit im Alter ist die Verstärkung einer willkürlichen Altersgrenze mit 65 Jahren nicht nachvollziehbar. Typische Alterserkrankungen treten – wenn auch selten – so doch regelmäßig vor dem 65. Lebensjahr auf und brauchen den dementsprechenden Ressourceneinsatz. Ebenso gibt es viele psychisch Erkrankte über 65 Jahre, die eine „allgemeinpsychiatrische“ oder „suchtpsychiatrische“ Erkrankung haben und einen dementsprechenden Ressourcenaufwand benötigen. Dies betrifft insbesondere komplexe psychotherapeutische Behandlungen, wie sie in A7 und A8 abgebildet sind und die bei Suchtpatienten und gerontopsychiatrischen Patienten keine Repräsentanz in den OPS finden. Damit wird die für diese Patientengruppen ohnehin schon schwer erhältliche Psychotherapie in den Kliniken gefährdet. Bei Fehlen jeglicher Auswirkungsanalysen handelt es sich bei dem Vorschlag des GKV-SVs um normative Veränderungen ohne Anpassung der Minutenwerte, die wir aus fachlicher Sicht ablehnen, aufgrund nicht einschätzbarer Konsequenzen für die Sicherheit der Patienten. Dies betrifft auch die Intensivmerkmale des OPS im Vergleich zur Intensivbehandlungseinstufung A2, wodurch eine weitere vulnerable Patientengruppe, nämlich Akutpatienten in Krisen mit Eigen- oder Fremdgefährdung von nicht absehbaren Folgen der vorgeschlagenen Veränderungen betroffen sind.</p>	<p>GKV-SV: Die Argumentation erscheint widersprüchlich. Einerseits wird die angebliche "intensivierte Kleinteiligkeit" unserer Vorschläge kritisiert, die „bürokratischen Aufwand Vorschub“ leiste. Andererseits wird bemängelt, dass die von uns vorgeschlagene Altersgrenze von <65 und >= 65 Jahre für die Abgrenzung zwischen Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie zu undifferenziert sei. Und obwohl der BDK schreibt, dass typische Alterserkrankungen selten vor Beginn des 65. Lebensjahrs auftreten, wird dennoch gefordert, für diese kleine Gruppe zusätzliche Regelungen zu schaffen. Konkrete Vorschläge, wie eine weitere Differenzierung erfolgen sollte, fehlen.</p> <p>Mit der gewählten Altersgrenze von ≥ 65 Jahren wurde der bisher in den Eingruppierungsempfehlungen der Anlage 2 der RL verwendete Terminus "höheres Lebensalter" für die Zuordnung in die Gerontopsychiatrie operationalisiert. Mit dem "höheren Lebensalter" wird gemeinhin das Alter ab dem 65. Lebensjahr bezeichnet. Die Altersgrenze von 65 Jahren wird sowohl vom Statistischen Bundesamt, dem Bundesgesundheitsministerium als auch dem Europarat verwendet.</p> <p>Wichtig ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die erkrankten Patientinnen und Patienten altersunabhängig selbstverständlich durch die Kliniken mit psychotherapeutischer Behandlung versorgt werden dürfen und können. Deshalb schlägt der GKV-SV in der aktuellen Richtlinienänderung vor, die Zuordnung in die Behandlungsbereiche A7</p>
-----	-----	---	--

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

	<p>Im Weiteren ist die Ableitung in die Behandlungskategorien zu den Stichtagen ein bewährtes Verfahren, das wenig zusätzlichen Aufwand bedeutet. Hier ist von einer nicht notwendigen Änderung abzusehen, insbesondere vor dem Hintergrund der noch nicht ausgereiften software-Umstellungen.</p> <p>Die Umstellung auf Aufnahmediagnosen ist wenig zielführend, da aus der Aufnahmediagnose nicht regelhaft auf eine Behandlungsdiagnose geschlossen werden kann und so medizinisch und bzgl. des Ressourcenverbrauches Fehlschlüsse entstehen können.</p> <p>Änderungsvorschlag: Beibehaltung der bisherigen Kriterien zur Einstufung mit Stichtagserhebungen.</p>	<p>und A8 in Anlage 2 anzupassen und die im ersten Vorschlag vorgelegte Altersgrenze von < 65 Jahren für diese beiden Bereiche zu streichen. Somit können auch ältere Menschen eine intensive psychotherapeutische Behandlung erhalten. Darüber hinaus wird mit den Tragenden Gründen des GKV-SV zum vorliegenden Beschluss klargestellt, dass auch Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung eine intensive psychotherapeutische Behandlung erhalten und demnach eine Einstufung in die Behandlungsbereiche A7 und A8 möglich ist.</p> <p>Es ist nicht nachvollziehbar, dass die BDK einerseits bürokratischen Aufwand beklagt und andererseits das bisher verwendete Stichtagsverfahren weiterführen möchte. Wir weisen darauf hin, dass unser Vorschlag zur Umstellung auf Routinedaten den Dokumentationsaufwand der Krankenhäuser enorm reduziert: _Bei den ca. 1.300 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Durchführung von insgesamt 34.000 Stichtagserhebungen mit ca. 1,9 Mio. Patientinnen und Patienten ersatzlos entfallen. Hier am alten Stichtagsverfahren weiterhin festzuhalten mit der Begründung, es bedeute „wenig zusätzlichen Aufwand“ erstaunt.</p> <p>GKV-SV-SV/PatV: Vielen Dank für den Hinweis zur Aufnahmediagnose. Es handelt sich hierbei um ein Missverständnis. Der GKV-SV setzt sich für eine klarstellende Ergänzung in der PPP-RL ein. Nur für die Fälle, in denen noch keine</p>
--	---	---

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

			<p>Hauptdiagnose vorliegt, soll hilfsweise die Aufnahmediagnose herangezogen werden. Dies betrifft nur Patienten, deren Behandlung nicht in einem Quartal abgeschlossen wurde und bei denen keine Hauptdiagnose vorliegt.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Die Ausführungen der BDK unterstreichen die Bedenken der DKG hinsichtlich der Eingruppierung von Patienten/-innen auf Basis der OPS-Kodes. Eine differenzierte, medizinisch-fachliche Einstufung kann durch die pauschale Verwendung der OPS nicht gewährleistet werden. Dies betrifft insbesondere den Vorschlag der normativen Zuordnung von Patienten/-innen ober-, respektive unterhalb ihres 65. Lebensjahres in bestimmte Behandlungskategorien. Wie der BDK erläutert, weisen Menschen mit Stichtag des 65. Lebensjahres nicht grundsätzlich Komorbiditäten oder spezifische Krankheitsbilder auf, wenngleich die Wahrscheinlichkeit dafür mit dem Lebensalter steigt und entsprechende Bedarfe in der Versorgung notwendig machen können. Es gibt jedoch genauso eine große Zahl betroffener Älterer mit anderen, spezifischen Erkrankungen (z. B. Sucht), deren Behandlungsbedarfe nicht denen der Gerontokategorien entsprechen. Auch wenn der Klinik nach wie vor, die konkrete Art der Behandlung freisteht, entstehen durch die <i>pauschalen</i> Eingruppierungen auf OPS-Basis neue Patientenmixzuordnungen, deren Auswirkungen für jede einzelne Klinik von nicht unerheblicher Relevanz bei der Personalausstattung ist und einer fachlichen Grundlage entbehrt.</p>
--	--	--	---

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

4.5	BDK	<p>Anlage 3</p> <p>Auch hier ist mit dem Vorschlag des GKV-SV die Erhöhung der Kleinteiligkeit und Detailreichtum und damit die Erhöhung des bürokratischen Aufwandes verbunden, ohne eine Erhöhung der Qualität von Diagnostik und Therapie zu bewirken, da die Anrechnung der Fach- und Hilfskraft-VKS ohnehin obligatorisch ist.</p> <p>Darüber hinaus möchte die BDK an dieser Stelle die kompensatorischen Fach- und die Hilfskraftquoten von 5 bzw. 10 % und die Nichtanrechenbarkeit weiterer Unterstützungskräften prinzipiell in Frage stellen. In Zeiten eines progredient zunehmenden Fachkräftemangels ist es notwendig, regelmäßig diese beiden Maßgaben zu diskutieren und zu bewerten. Die Kliniken versuchen, eine flächendeckende Versorgung der (schwer) psychisch Erkrankten zu gewährleisten. Natürlich steht bei den Quoten und der Anrechenbarkeit die Qualitätssicherung im Vordergrund, jedoch wird bei Beibehaltung dieser beiden Vorgaben sich in absehbarer Zeit die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung nicht aufrechterhalten lassen. Insofern ist ein kontinuierliches (ggf. auch regionales) Austarieren zwischen Qualitätssicherung und realer Versorgungsnotwendigkeit erforderlich.</p> <p>Änderungsvorschlag: Keine Änderung der aktuellen Anlage 3.</p>	<p>GKV-SV: Mit unserem Vorschlag soll Transparenz darüber hergestellt werden, wie viele fachfremde Mitarbeiter und Hilfspersonal herangezogen wurden, um die Mindestvorgaben einzuhalten und wie viele darüber hinaus insgesamt in den Kliniken beschäftigt sind, unabhängig von der zulässigen Quote.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Auch wenn der Vorschlag bzgl. der begrenzten Anrechnungsmöglichkeiten von Fach- und Hilfskräften nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf betrifft, sollte er vor dem Hintergrund bestehender Versorgungsrealitäten im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL geprüft werden.</p> <p>PatV: Kenntnisnahme.</p>
4.6	BDK	<p>Anlage 6 (neu)</p> <p>Wie im Abschnitt zu § 11 begründet wird durch diesen Anhang die Kleinteiligkeit und der Bürokratieaufwand unnötig erhöht, so dass es allenfalls zu einem geringen Mehrwert kommt. Für die Krankenhäuser entsteht</p>	<p>GKV-SV: Plausibilisierungen vor Datenannahme sind zentral für belastbare Aussagen und auch im Sinne der Krankenhäuser.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

		durch die Verschärfung ein Mehraufwand, der nicht im Verhältnis zum Gewinn steht. Änderungsvorschlag: Keine Übernahme der Anlage 6.	Ein Ziel der Weiterentwicklung der PPP-RL sollte die sinnvolle und schrittweise Reduktion des Dokumentationsaufwands sein (vgl. § 14 PPP-RL). PatV: Kenntnisnahme.
6	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP), 08.04.2024		
6.1	DGKJP	§ 5 Die DGKJP sieht keine Notwendigkeit die bisherige Regelung zu ändern. Die Anrechnung von KJPth in Ausbildung war bisher Praxis, wenn sie entsprechend ihrem Grundberuf bezahlt wurden. Die Besonderheiten der Ausbildung zu KJPth nach alter Ausbildungsordnung im Gegensatz zum Erwachsenenbereich sind hinlänglich bekannt (andere Berufsqualifikation als Zulassungskriterium für Ausbildung). Es besteht keine Notwendigkeit hier jetzt, solange die Ausbildung nach alter Ordnung noch möglich ist, etwas zu ändern (geregelt in § 8 (1), zu dem hinsichtlich der Zählung eine Diskrepanz entstehen könnte).	GKV-SV/DKG/PatV: Kenntnisnahme. BPtK: Die DGKJP hat in ihrer Stellungnahme vom 08.01.2024 darauf hingewiesen, dass die Anrechnung von „(Sozial-)Pädagoginnen in Ausbildung zur KJP“ auf die Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychotherapeutinnen in den §§ 5 und 8 widersprüchlich erscheint und zu Fehlzuordnungen führen könnte. Die vorgenommene Änderung in § 5 in Verbindung mit § 8 dient deshalb der Klarstellung, dass alle in Ausbildung zur KJP befindlichen Mitarbeiter*innen unabhängig von ihrem Grundberuf auf die Berufsgruppe der Psycholog*innen/Psychotherapeut*innen anrechenbar sind, sofern sie eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufs erhalten.
6.2	DGKJP	§ 8 Siehe Kommentar zu §5: wenn man die Bürokratie erhöhen möchte, könnte man sogar noch schreiben (Kinder- und Jugendlichen) Psychotherapeut:innen in Ausbildung.	GKV-SV/DKG/PatV: Kenntnisnahme. BPtK: Die DGKJP hat in ihrer Stellungnahme vom 08.01.2024 darauf hingewiesen, dass die Anrechnung von

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

		Der Verlängerung der Frist auf das Jahr 2025 stimmt die DGKJP zu.	„(Sozial-)Pädagoginnen in Ausbildung zur KJP“ auf die Berufsgruppe der Psychologinnen und Psychotherapeutinnen in den §§ 5 und 8 widersprüchlich erscheint und zu Fehlzuordnungen führen könnte. Die vorgenommenen Änderung in § 5 in Verbindung mit § 8 dient deshalb der Klarstellung, dass alle in Ausbildung zur KJP befindlichen Mitarbeiter*innen unabhängig von ihrem Grundberuf auf die Berufsgruppe der Psycholog*innen/Psychotherapeut*innen anrechenbar sind, sofern sie eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufs erhalten.
6.3	DGKJP	<p>§ 11</p> <p>Generell hält sich die DGKJP bei den Änderungen bezüglich Verwaltungsaspekten in der Ausführung der PPP-RL, wie den Fristen zur Datenlieferung etc. zurück, da dies technische Aspekte betrifft, die von anderen fachkundiger hinsichtlich der Praktikabilität beurteilt werden können. Aus der praktischen Erfahrung heraus sei jedoch vor jeder Regelung gewarnt, die beim medizinisch-pflegerischen Personal aufgrund zu kurzer Fristen zu Mehraufwänden führen könnten, wie etwa aufgrund Nachfragen aus der Verwaltung etc. Deshalb müssen Fristen auch dahingehend geprüft werden. Wir unterstützen den Vorschlag der DKG.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p>
6.4	DGKJP	<p>§ 13</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der DKG.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

6.5	DGKJP	<p>Anlage 2</p> <p>Die DGKJP äußert sich nur zu den KJP-Kategorien:</p> <p>Wir unterstützen jeglichen Abbau unnötiger Bürokratie. Insofern erscheint uns die Verwendung der OPS mit bestimmten zusätzlichen Kriterien zur Einstufung der Pat. als Ersatz für die bisherige 14 tägige Einstufung sinnvoll.</p> <p>Warum die Anlage A5 erweitert werden soll, erschließt sich uns nicht.</p> <p>Zu Referenztablelle A8.3: siehe hierzu Kommentar zu Anlage 5.</p> <p>Zu der in den tragenden Gründen seitens der DKG vorgebrachte Argumentation, dass bei "(...) Kindern und Jugendlichen in psychosomatischen Einrichtungen sowohl KJ-OPS-Kodes als auch Kodes der Psychosomatik genutzt werden. Die Festlegung einer neuen Zuordnung dieser jungen Patienten/-innen muss neben der Beachtung der Realitäten derzeit verwendeter Routinedaten sowohl die Besonderheiten psychosomatischer Behandlung als auch den Umstand, dass bei den bisher definierten Vorgaben für psychosomatische Einrichtungen noch keine ausreichenden Hinweise für erforderliche Anpassungsbedarfe vorliegen, berücksichtigen."</p> <p>Wenn die Strukturvoraussetzungen nicht gegeben sind, so sollte auch kein KJ OPS Kode verwendet werden, da Kinder und Jugendliche ein Anrecht auf entsprechende Ausstattung der Kliniken mit Fachpersonal, weiteren strukturellen Merkmalen wie Klinikschulen etc. haben. Dies entspricht auch den Regelungen der UN-Kinderrechtskonvention. Erfüllen psychosomatische Kliniken die Strukturvorgaben für den KJ-OPS-Kode, so</p>	<p>GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Unser Vorschlag zur Umstellung auf Routinedaten reduziert den Dokumentationsaufwand der Krankenhäuser enorm: Bei den ca. 1.300 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Durchführung von insgesamt 34.000 Stichtagserhebungen mit ca. 1,9 Mio. Patientinnen und Patienten ersatzlos entfallen.</p> <p>GKV-SV: Vielen Dank für den Hinweis. Der GKV-SV setzt sich dafür ein, bei der aktuellen Richtlinienweiterentwicklung eine entsprechende Anpassung in Tabelle A8.2 (Referenztablelle Erwachsene) vorzunehmen. Wir teilen die Einschätzung der DGKJP, dass relevante Strukturvoraussetzungen erfüllt sein müssen, damit Kinder und Jugendliche in für sie geeigneten Settings behandelt werden.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Mit der Abkehr der Stichtagserhebungen auf Basis der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 erfolgt ein Bruch in der bisherigen Systematik zur Ermittlung der Mindestvorgaben. Bereits in der Erstfassung der PPP-RL wurde festgestellt, dass sich die Richtlinie an den Vorgaben der Psych-PV orientiert, da andere Modelle wie z. B. ein PEPP-basiertes Modell im Kontext von Mindestpersonalvorgaben als ungeeignet für eine Überführung in die PPP-RL bewertet wurden. Auch heute noch ist eine 1:1-Übertragung der</p>
-----	-------	--	--

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

		<p>können sie diesen verwenden. Dafür sollten dann allerdings auch in Referenztabelle 8.2. als Möglichkeit a5) Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie vorgesehen werden.</p>	<p>OPS-Systematik auf die PPP-RL nicht vollständig möglich. Dieser liegen andere Kategorien und Einstufungen mit einer anderen Zielstellung (Abrechnungszwecke) zugrunde. Die Informationen aus den Routinedaten können auch für andere Zwecke genutzt werden, wenn sie auf ihre Eignung für die entsprechende Zielstellung überprüft wurden. Eine solche Eignungsprüfung ist nicht erfolgt.</p> <p>Darüber hinaus liegen keine Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen über die Anwendung von Routinedaten als Grundlage für die Ermittlung von Mindestvorgaben vor.</p> <p>Zu den KJ-OPS-Kodes für psychosomatische Einrichtungen: Hier scheint ein Missverständnis vorzuliegen. Die DKG hat in ihren Tragenden Gründen lediglich auf den Status Quo in der Versorgung und bei der Abrechnung (Routinedaten) der Behandlung von Kindern und Jugendlichen in psychosomatischen Einrichtungen hingewiesen. Wenn eine psychosomatische Einrichtung KJ-OPS-Kodes verwendet, ist davon auszugehen, dass von diesen Einrichtungen auch die strukturellen Anforderungen gemäß der verwendeten OPS-Kodes erfüllt werden. Dies würde andernfalls entweder in StrOPS-Prüfungen oder spätestens in Abrechnungsprüfungen seitens des Medizinischen Dienstes eine besondere Aufmerksamkeit nach sich ziehen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
7	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di), 08.04.2024		

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

7.1	ver.di	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Seit Anfang 2020 ist die Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) in Kraft, die im Auftrag des Gesetzgebers vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet wurde. Mit der Einführung der Richtlinie wurde das Ziel verfolgt, die Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung durch Einführung von Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu sichern. Mindestvorgaben sollen somit einen Beitrag zur leitliniengerechten Behandlung leisten. Dieses Ziel wird auch im fünften Jahr nach Inkrafttreten der Richtlinie verfehlt.</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
7.2	ver.di	<p>Die Beschlüsse aus der 138. Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21. März 2024 führen zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgung und sind nicht geeignet, die hohe Arbeitsbelastung der Beschäftigten in den psychiatrischen Einrichtungen zu reduzieren. Die Verlängerung der Übergangszeiten bis 2029 bei gleichzeitiger Reduktion der Erfüllungsgrade von 95 auf 90 Prozent im laufenden Jahr schwächt das erforderliche Kriterium der Verbindlichkeit bei der Erfüllung der Mindestvorgaben weiter ab. Der bereits langfristig angelegte und nun verlängerte Übergangszeitraum führt dazu, dass eine die Beschäftigten in den psychiatrischen Einrichtungen entlastende Wirkung nicht absehbar ist. Die hierfür ausschlaggebende Begründung, die Einrichtungen beim teilweise noch notwendigen Personalaufbau nicht überfordern zu wollen, beruht auf einer dramatischen Fehleinschätzung. Nicht die Senkung der Vorgaben zur Mindestbesetzung, sondern die Anpassung der Versorgung</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Nur etwa die Hälfte der psychiatrischen Krankenhäuser erfüllt derzeit die Mindestpersonalvorgabe unter Anwendung der 90-Prozent-Schwelle. Hauptgrund für die Personalprobleme ist, dass in Deutschland das Potential ambulanter Behandlungen bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Stationäre Behandlungen sind besonders personalintensiv und erhöhen deshalb den Personalbedarf. Um die Versorgung anzupassen, benötigen die Einrichtungen Zeit, deshalb wurden die Einführungsstufen in § 16 mit dem letzten Beschluss geändert.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Wir teilen die Auffassung, dass der letzte Änderungsbeschluss der</p>

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

		an das zur Verfügung stehende Personal führt zu höherer Behandlungsqualität, entlastet das Personal und macht die Gesundheitsberufe attraktiver. ver.di fordert, die Reduktion der Erfüllungsgrade sowie die Verlängerung der Übergangszeiten zurückzunehmen.	PPP-RL hohe Risiken für fast die Hälfte der Einrichtungen beinhaltet, die z.T. seit Jahren die Mindestvorgaben erfüllen. Daher halten wir eine bei der alle zwei Jahre gemäß § 14 Abs. 5 PPP-RL durchzuführenden Überprüfung der PPP-RL durch den G-BA für erforderlich, ob es einer Anpassung der Richtlinie bedarf. Dies ist allerdings nicht Gegenstand der vorliegenden Richtlinienänderung
7.3	ver.di	Eine Stärkung der Qualität der Versorgung kann nur gelingen und sichergestellt werden, wenn ausreichend Personal inklusive aller Ausfallzeiten und besonderer Personalbedarfe jederzeit in den psychiatrischen Einrichtungen vorgehalten werden. Dazu bedarf es der entsprechenden Vorgaben nicht nur in der Bemessung des Mindest- und Regelpersonalbedarf, sondern auch einer höheren Verbindlichkeit in den Regelungen des Paragraphen 10 Absatz 2 der Richtlinie.	AG: Der § 10 Abs. 2 PPP-RL wird vorliegend nicht geändert und ist somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.
7.4	ver.di	Psychiatrische Einrichtungen mit modernen Arbeitszeitmodellen, die diese nach den Bedürfnissen der Beschäftigten gestalten und somit ein Arbeitsumfeld schaffen, welches nicht permanent eine Überforderung für Beschäftigte bedeutet, sind bei der Gewinnung und Haltung neuer Pflegekräfte tendenziell erfolgreicher. Umgekehrt ist der Druck auf Beschäftigte insbesondere in Einrichtungen, in denen permanente Unterbesetzungen und Überlastungen an der Tagesordnung sind, dauerhaft höher, was sich in größeren Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung und einem höheren Risiko, Fachkräfte zu verlieren, äußern kann. Insbesondere eine primäre Orientierung an zu erwirtschaftenden Renditezielen und Gewinnvorgaben in Versorgungseinrichtungen sowie Gewinn-	GKV-SV/PatV: Der § 13 PPP-RL wird vorliegend nicht geändert und ist somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens. DKG: Kenntnisnahme. PatV: Wir nehmen die vorgetragene Argumentation zur Kenntnis für die alle zwei Jahre gemäß § 14 Abs. 5 PPP-RL durchzuführende Überprüfung der PPP-RL durch den G-BA, ob es einer Anpassung der Richtlinie bedarf.

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

		<p>entnahmen durch private Betreiber tragen häufig zu schlechteren Arbeitsbedingungen bei. ver.di fordert, dass gerade solche Einrichtungen, bei denen die Gewinnerzielung erkennbar auf Kosten der Versorgungsqualität und zulasten der Beschäftigungsbedingungen maximiert wird, verschärften Berichtspflichten über Anstrengungen zur Sicherstellung guter Versorgung und guter Arbeitsbedingungen unterworfen werden. Hierzu können beispielsweise stufenweise greifende Sanktionsregime, die eine fortgesetzte Abweichung von den Mindestvorgaben innerhalb mehrjähriger Zeiträume erfassen, geeignete Ansätze darstellen.</p>	
7.5	ver.di	<p>Die Entscheidung, dass Sanktionen erst ab dem Jahr 2026 gelten und dann durch den Wegfall des Vergütungsanspruchs lediglich aus dem 1,0-fachen Wert des Produktes aus dem prozentualen Anteil der fehlenden Personalausstattung sowie dem Personalkostenfaktor von 0,65 bestehen sollen, ist für eine effektive Sanktionswirkung ungenügend. ver.di kritisiert diese Entwicklung aufs Schärfste. Es ist davon auszugehen, dass diese Regelung nicht zum Personalaufbau, sondern zur Personalreduktion führen werden. Wenn Einrichtungen insgesamt die erforderliche Mindestpersonalausstattung vorhalten, diese aber nicht den Vorgaben der einzelnen Berufsgruppen entsprechen, laufen sie Gefahr, die finanziellen Mittel für die fehlerhafte Besetzung zurückzahlen zu müssen, obwohl diese bereits für Personal eingesetzt wurden. Das Risiko einer erzwungenen Rückzahlung bereits eingesetzter Personalmittel kann dazu führen, dass Maßnahmen für den erforderlichen Personalaufbau nicht oder nur teilweise umgesetzt werden. Einrichtungen, die sich bemühen, Personal aufzubauen, aber nicht immer die spezifisch vorgegebenen Berufsgruppen in den Behandlungsbereichen beschäftigen, werden im schlimmsten Fall ökonomisch bestraft. Eine Nichtbeschäftigung bleibt</p>	<p>GKV-SV/PatV: Der § 13 PPP-RL wird vorliegend nicht geändert und ist somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungsverfahren.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. Der § 13 Abs. 1 bis 7 PPP-RL wird vorliegend nicht geändert und ist somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungsverfahren.</p> <p>PatV: Wir nehmen die vorgetragene Argumentation zur Kenntnis für die alle zwei Jahre gemäß § 14 Abs. 5 PPP-RL durchzuführende Überprüfung der PPP-RL durch den G-BA, ob es einer Anpassung der Richtlinie bedarf.</p>

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

		hingegen ohne wirtschaftlich Folgen, da lediglich der Personalkostenanteil an der Behandlung sanktioniert wird. ver.di fordert, die Ausgestaltung der Sanktionsmechanismen so vorzunehmen, dass Rückzahlungsverpflichtungen für bereits vorgenommene Personalaufbaumaßnahmen aufgrund fehlerhafter Berufsgruppenszusammensetzungen nicht greifen, wenn erkennbar ist, dass ein Ausgleich der Berufsgruppenszusammensetzungen im Folgejahr durch die jeweilige Einrichtung angestrebt wird.	
7.6	ver.di	<p>Ob der G-BA seine Ankündigungen aus der Pressemitteilung vom 19. Oktober 2023 umsetzen wird, ist nicht erkennbar. Die Feststellung, dass vor allem Pflegekräfte (Pflegefachpersonen) und Spezialtherapeut*innen fehlen, teilt ver.di. Insgesamt sind die Umsetzungsgrade der PPP-RL über alle Berufsgruppen hinweg schlecht. Nach einer von ver.di durchgeführten Befragung aus Mitte 2023 auf der Basis von knapp 2200 Betten wird die PPP-RL im Durchschnitt gerade einmal zu 77 Prozent erfüllt. Lediglich in der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen liegt sie über 100 Prozent. Hier ist zu berücksichtigen, dass unbesetzte Stellen im ärztlichen Dienst kompensiert werden, was eine Erklärung dieses deutlich höheren Wertes ermöglicht.</p> <p>Mit den Beschlüssen vom 21. März 2024 ist nicht zu erkennen, wie den Einrichtungen bei der Orientierung an einer zeitgemäßen und bedarfsgerechten Personalbemessung geholfen werden soll. Erste Erkenntnisse aus dem durch den Innovationsfonds geförderten Projektes „EPIK“ geben Hinweise darauf, welche tatsächlichen Personalbedarfe vorgehalten werden müssten, damit die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses als effektive Qualitätsrichtlinie wirken kann. In der Erwachsenenpsychiatrie (EPP) wäre nach den ver.di vorliegenden Erkenntnissen</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV/DKG: Der § 16 Abs. 1 PPP-RL wird vorliegend nicht geändert und ist somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

		<p>ein Aufwuchs um 70 Prozent erforderlich, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) sogar um 84 Prozent. Auch wenn EPPIK den Regelbedarf ermittelt hat, sind Auswirkungen dieses Ergebnisses auf die Ausgestaltung der Mindestpersonalvorgaben zu erwarten. Diesen Bedarfen mit der Verlängerung der Übergangsregelungen bei anhaltender Absenkung der Mindestvorgaben zu begegnen, ist nicht sachgerecht und wird von ver.di klar abgelehnt. ver.di fordert demgegenüber, auf eine Absenkung der Mindestvorgaben zu verzichten und den Übergangszeitraum nicht zu verlängern, um den durch EPPIK ermittelten Bedarf zumindest nicht noch weiter von den durch die Mindestvorgaben begründeten Rahmenbedingungen zu entfernen.</p>	
7.7	ver.di	<p>ver.di geht davon aus, dass aktuell mindestens 20 Prozent nach PPP-RL und nach den Erkenntnissen von EPPIK ca. 50 Prozent der erforderlichen Stellen für eine richtlinienkonforme Behandlung und einer daraus resultierenden Mindestpersonalausstattung bundesweit unbesetzt sind. Dieses Delta wird auch nicht durch die geplante Ambulantisierung, wie zuletzt von der Regierungskommission mit ihrer achten Stellungnahme vorgeschlagen, zu schließen sein.</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme. Der Abschnitt enthält keine konkreten Änderungsvorschläge. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
7.8	ver.di	<p>Grundsätzlich begrüßt ver.di einen deutlich höheren Anteil ambulanter und sektorenübergreifender Versorgung. Dabei stehen die Patient*innen im Mittelpunkt und eine gute Versorgung, die ihren Lebensumständen gerecht wird. Die bestehenden Strukturen der Einrichtungen in der stationsäquivalenten Behandlung (StÄB), den Modellvorhaben nach § 64b SGB V und den vorhandenen Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sind dabei ausbaufähig und können eine fehlende gemeindenahe Versorgung bis zu deren Entwicklung kompensieren. Dies darf aber nicht dazu</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme. Der Abschnitt enthält keine konkreten Änderungsvorschläge.</p>

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

		<p>führen, dass der Einsatz der Beschäftigten weiter flexibilisiert wird. Für eine gute Behandlung sind konstante Besetzungen in qualifizierten multiprofessionellen Teams unerlässlich. Momentan werden Besetzungslücken durch Eingriffe in bestehende Dienstplanungen, die Reduktion der Besetzung oder die Versetzung in andere Bereiche kompensiert. Dies belastet die Beschäftigten in psychiatrischen Versorgungseinrichtungen massiv. Weitere Flexibilisierungsschritte würde zu einer fortgesetzten Überlastung der Beschäftigten und den bereits bekannten Effekten einer Verschärfung des bestehenden Personalmangels bei gleichzeitiger Verknappung gewinnbarer Fachkräftepotentiale beitragen.</p>	
7.9	ver.di	<p>Einzigste Lösung bleibt die temporäre Anpassung der Behandlungskapazitäten an das zur Verfügung stehende Personal. Solche Maßnahmen können dazu beitragen, weitere Verschärfungen von Personalengpasssituationen zu vermeiden und zu einer strukturellen Aufwertung von Beschäftigungsbedingungen beitragen, was sich wiederum positiv auf Perspektiven auf die Fachkräftegewinnung und- Rückgewinnung auswirken kann. Zudem kann nur über diesen Weg eine hohe Versorgungsqualität für die Patient*innen gewährleistet werden Mit der Pflegepotenzialanalyse liegen Erkenntnisse dazu vor, wie am Beispiel der Berufsgruppe der Pflegefachpersonen bereits ausgebildetes Fachpersonal zurückgewonnen werden kann. Die wichtigsten genannten Bedingungen für einen Wiedereinstieg oder eine Stundenerhöhung mit Bezug auf die PPP-RL sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mehr Zeit für eine qualitativ hochwertige Pflege durch eine bedarfsgerechte Personalbemessung, • verbindliche Dienstpläne, • vereinfachte Dokumentation. 	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Der Abschnitt enthält keine konkreten Änderungsvorschläge.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

7.10	ver.di	<p>Die Regelaufgaben sind weiterhin auf dem Stand vom Ende der 1980er-Jahre und es bedarf dringend einer qualifizierten Überarbeitung. Die vorliegenden Kriterien werden den aktuellen Behandlungskonzepten nicht gerecht, neueste medizinische und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse finden keine Berücksichtigung und die individuelle Behandlung und Einbeziehung der Patient*innen wird unzureichend berücksichtigt. In der Erfassung des qualifizierten Personals fanden zwar die Fachweiterbildung und sogar der Bachelor Psychiatrische Pflege Berücksichtigung, allerdings weiterhin nicht in den Regelaufgaben. Hier bedarf es einer Neubewertung der Regelaufgaben für alle Berufsgruppen.</p>	<p>GKV-SV/DKG/PatV: Die Regelaufgaben in Anlage 4 PPP-RL werden vorliegend nicht geändert und sind somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p> <p>PatV: Wir nehmen die vorgetragene Argumentation zur Kenntnis für die alle zwei Jahre gemäß § 14 Abs. 5 PPP-RL durchzuführende Überprüfung der PPP-RL durch den G-BA, ob es einer Anpassung der Richtlinie bedarf.</p>
7.11	ver.di	<p>Die Diskussion, in welchem Umfang Personal anderer Berufsgruppen oder Hilfspersonal angerechnet werden kann, darf nicht dazu führen, dass die Fachlichkeit der Pflege eingeschränkt wird und der Stellenwert der Fachqualifikation insgesamt sinkt. Fachkräfte sind nicht zuletzt aufgrund der steigenden Anforderungen zur Sicherstellung der Fachlichkeit von Pflege und qualitativ hochwertiger Versorgung unverzichtbar, weshalb Entlastungsdiskussionen in erster Linie auf eine Entlastung der Rahmenbedingungen vorhandener und zu gewinnender Pflegefachkräfte zielen müssen. Betriebliche Qualifizierungsangebote, die das bestehende (Hilfs)Personal zu Fachkräften weiterentwickeln, können ebenfalls ein ergänzender Schritt in diese Richtung sein.</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: In Zeiten eines zunehmenden Fachkräftemangels ist es notwendig, die Anrechenbarkeit von Fach- und Hilfskräften regelmäßig zu prüfen. Wie von ver.di festgestellt, versuchen die Kliniken in der bestehenden Personalsituation auch unter Zuhilfenahme weiterer als in der PPP-RL definierten Berufsgruppen gemäß § 5 eine flächendeckende Versorgung von psychisch Erkrankten zu gewährleisten. Abseits der Kompetenzen gut ausgebildeten Fachpersonals darf nicht vergessen werden, dass auch ungelernte oder anderweitig ausgebildete Hilfskräfte Aufgaben in der psychiatrischen und psychosomatischen stationären Versorgung übernehmen können. Im Streben nach einer, im Rahmen der Qualitätssicherung möglichen Flexibilität lässt die PPP-RL zwar wenige, aber bewusst Freiräume und Möglich-</p>

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

			keiten. Ob und inwiefern diese ausreichen, sollte im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL geprüft werden. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.
7.12	ver.di	<p>Die wiederholt geäußerte Kritik an vermeintlich zu rigiden Regelungen zur Nachweisführung seitens des eingesetzten Personals kann ver.di nicht nachvollziehen. Bereits heute ermöglicht die Richtlinie eine Reihe von Flexibilisierungen des Personalnachweises:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Mindestvorgaben sind nur noch abteilungsbezogen und im Quartal nachzuweisen, lediglich in fünf Prozent der Einrichtungen erfolgt der Nachweis stations- und monatsbezogen. Damit ist sogar eine konstante Unterversorgung einzelner Stationen zugunsten von anderen Stationen zulässig. • Zwischen den Berufsgruppen Pflege, Sozialdienst, Spezial- und Physiotherapeut*innen einerseits, Psycholog*innen/Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen andererseits besteht jeweils eine praktisch nicht eingeschränkte Anrechenbarkeit. Hilfskräfte sowie weitere Berufsgruppen dürfen je nach Berufsgruppe zu 5 -10 Prozent angerechnet werden, wenn sie die PPP-RL-Berufsgruppen durch Übernahme von deren Aufgaben tatsächlich entlasten. Eine noch weitergehende Anrechenbarkeit gefährdet die Multiprofessionalität der Teams und stellt im Zweifelsfall eine unzumutbare Belastung der Berufsgruppen mit vorbehaltenen Aufgaben dar, die eben nur durch diese übernommen werden können, bzw. der Pflegekräfte, die dann mit wenigen Personen den Schichtdienst aufrechterhalten müssen. 	<p>GKV-SV: Zustimmung. Der Abschnitt enthält keine konkreten Änderungsvorschläge.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme. PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

		<ul style="list-style-type: none"> • Durch die Ausnahmetatbestände gemäß Paragraf 10 können die Krankenhäuser von den verbindlichen Mindestvorgaben für die Personalausstattung abweichen. • Bei einer Über- bzw. Unterschreitung der Belegung um mehr als 2,5 Prozent wird die festgelegte Mindestausstattung an den aktuellen Personalbedarf angepasst. • Jede Personalbemessung muss notwendige Personalbedarfe pauschalisieren, um sie planbar zu machen. Wie das vorgesehene Personal inhaltlich ausgerichtet, mit welchen Konzepten gearbeitet wird, bleibt weiterhin – im Rahmen der leitliniengerechten Behandlung – den Einrichtungen überlassen. 	
7.13	ver.di	<p>Ein weiterer Grund für die verzögerte Umsetzung der Richtlinie ist, dass die vollständige Finanzierung des einzusetzenden Personals abhängig ist vom Ergebnis der Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen.</p> <p>ver.di fordert eine deutliche Beschleunigung der Verfahren zur Budgetverhandlung, um die Refinanzierung von Stellenplänen sicherzustellen und die Refinanzierung von Tarifverträgen inklusive unterjähriger Tarifsteigerungen ohne langwierige Schiedsstellenverfahren sicherzustellen.</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Der Abschnitt enthält keine konkreten Änderungsvorschläge.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Das Anliegen kann jedoch in der PPP-RL nicht aufgegriffen werden.</p>
7.14	ver.di	<p>Der Gesetzgeber bleibt aufgefordert, die zusätzlichen Personalbedarfe (Stellenschlüssel und reale Kosten für die jeweiligen Stellen) verbindlich budgetwirksam unter der Bedingung eines entsprechenden Kostennachweises zu regeln.</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Der Abschnitt enthält keine konkreten Änderungsvorschläge.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Das Anliegen kann jedoch in der PPP-RL nicht aufgegriffen werden.</p>

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

		Dies muss selbstverständlich für das gesamte medizinisch-therapeutische Personal sowie die weiteren Berufsgruppen gelten, nicht nur für auf Grundlage der PPP-RL neu eingestellte Personen.	
7.15	ver.di	Die Länder bleiben in der Verantwortung, bedarfsgerechte Krankenhausplanungen aufzustellen, die sicherstellen, dass genügend qualifiziertes Personal zur Versorgung der Pflichtbetten vorgehalten wird. Änderungen von Versorgungsstrukturen und den für diese geltenden Vorgaben müssen zwingend mit der Sicherstellung der Erfüllung bedarfsgerechter Personalbemessungsvorgaben in allen Bundesländern einhergehen, eine flächendeckende Unterbesetzung mit den sich daran anschließenden Gefahren schlechter Beschäftigungsbedingungen und eingeschränkter Versorgungsqualität müssen langfristig ausgeschlossen werden.	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Der Abschnitt enthält keine konkreten Änderungsvorschläge.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Das Anliegen kann jedoch in der PPP-RL nicht aufgegriffen werden.</p>
7.16	ver.di	<p>Zu den Eckpunkten der Entscheidung:</p> <p>Die Umstellung auf Routinedaten und die zu erwartende erhebliche Dokumentationsentlastung für die Krankenhäuser ist zu begrüßen. Die Ermittlung der Behandlungstage für die einzelnen Behandlungsbereiche auf Grundlage der kontinuierlichen Kodierung der OPS sehen wir weiter kritisch. Sie kommt einer Einführung von PEPP durch die Hintertür gleich. ver.di fordert eine zeitnahe Überprüfung, ob das Entgeltsystem Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP-System) geeignet ist und welche Alternativen es gibt.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Wir weisen darauf hin, dass unser Vorschlag zur Umstellung auf Routinedaten den Dokumentationsaufwand der Krankenhäuser enorm reduziert: Bei den ca. 1.300 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Durchführung von insgesamt 34.000 Stichtagserhebungen mit ca. 1,9 Mio. Patientinnen und Patienten ersatzlos entfallen.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Mit der Abkehr der Stichtagserhebungen auf Basis der Eingruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 erfolgt ein</p>

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

			<p>Bruch in der bisherigen Systematik zur Ermittlung der Mindestvorgaben. Bereits in der Erstfassung der PPP-RL wurde festgestellt, dass sich die Richtlinie an den Vorgaben der Psych-PV orientiert, da andere Modelle wie ein PEPP-basiertes Modell im Kontext von Mindestpersonalvorgaben als ungeeignet für eine Überführung in die PPP-RL bewertet wurden. Auch heute noch ist eine 1:1-Übertragung der OPS-Systematik auf die PPP-RL nicht vollständig möglich. Dieser liegen andere Kategorien und Einstufungen mit einer anderen Zielstellung (Abrechnungszwecke) zugrunde. Die Informationen aus den Routinedaten können auch für andere Zwecke genutzt werden, wenn sie auf ihre Eignung für die entsprechende Zielstellung überprüft wurden. Eine solche Eignungsprüfung ist nicht erfolgt. Darüber hinaus liegen keine Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen über die Anwendung von Routinedaten als Grundlage für die Ermittlung von Mindestvorgaben vor.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
7.17	ver.di	Bei der Weiterentwicklung der OPS-Kodes muss neben der Abbildung der Anforderungen aus den S3-Leitlinien eine sachgerechte Ableitung zur Ermittlung des Regel- und Mindestbedarfes für das an der Behandlung erforderliche Personal sichergestellt werden.	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Der Abschnitt enthält keine konkreten Änderungsvorschläge für die PPP-RL.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
7.18	ver.di	Der Dokumentationsaufwand in den patientenführenden Bereichen wird durch die Erfassung der Regelaufgaben mit Übermittlung der OPS-Kodes unverändert hoch bleiben. Hier bedarf es dringend einer Erleichterung	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p>

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

		und Hinterlegung entsprechender Minutenwerte in den Regelaufgaben der einzelnen Berufsgruppen. Auch findet der darüber hinaus gehende Dokumentationsaufwand keine ausreichende Berücksichtigung in den Regelaufgaben.	Der Abschnitt enthält keine konkreten Änderungsvorschläge für die PPP-RL. DKG: Zustimmungse Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
7.19	ver.di	Die Zuordnung der Behandlungskategorien zu den OPS-Kodes sollte mit dem Erfassungsjahr 2024 abgeschlossen sein. Sollte sich bei der Überleitung Fragen der Zuordnung ergeben, sind diese im Rahmen der Weiterentwicklung zu klären und entsprechende Anpassungen vorzunehmen.	GKV-SV/PatV: Dank und Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme. Für die ab 2024 vorgesehene Umstellung sind zum einen eine technische Umsetzung durch die Anbieter der Krankenhausinformationssysteme (KIS) für die die Ausleitung der Routinedaten notwendig, mit denen die erforderlichen Informationen für die Zwecke der PPP-RL generiert werden kann. Zum anderen müssen sich die Kliniken auf eine veränderte Zusammensetzung der Anzahl der Patienten/-innen in den jeweiligen Behandlungskategorien und somit in vielen Fällen auf eine andere Höhe der Mindestvorgaben einstellen. Viele offene Fragen, aber auch Bedenken ergeben sich daraus, dass die Umstellung der Eingruppierung der Patienten/-innen auf Routinedaten nicht ausreichend durchdacht und auf ihre Auswirkungen überprüft wurde. Vieler dieser Fragen lassen sich nicht <i>nach</i> einem Start der Umstellung klären, sondern die Kliniken brauchen <i>vorab</i> klare Vorgaben, nach welchen Regeln die Eingruppierung zukünftig ablaufen soll. Ebenso brauchen die KIS-Hersteller klare Vorgaben, mit welchen Kriterien sie eine Ausleitung und Zuordnung der Routinedaten programmieren sollen

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

7.20	ver.di	<p>Die Ausleitung der entsprechenden Daten aus den Krankenhausinformationssystemen für die Zwecke der PPP-RL sollte technisch kurzfristig durch die Einrichtungen umsetzbar sein. Auch wenn dadurch aktuell ein Mehraufwand entsteht, können zukünftig Personalressourcen besser in der Versorgung eingesetzt werden.</p>	<p>GKV-SV/PatV: Dank und Zustimmung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Für die ab 2024 vorgesehene Umstellung ist eine technische Umsetzung durch die Anbieter der Krankenhausinformationssysteme (KIS) für die die Ausleitung der Routinedaten notwendig, mit denen die erforderlichen Informationen für die Zwecke der PPP-RL generiert werden kann. Viele offene Fragen, aber auch Bedenken ergeben sich daraus, dass die Umstellung der Eingruppierung der Patienten/-innen auf Routinedaten nicht ausreichend durchdacht und auf ihre Auswirkungen überprüft wurde. Vieler dieser Fragen lassen sich nicht <i>nach</i> einem Start der Umstellung klären, sondern die KIS-Hersteller brauchen <i>vorher</i> klare Vorgaben, mit welchen Kriterien sie eine Ausleitung und Zuordnung der Routinedaten programmieren sollen.</p>
7.21	ver.di	<p><u>Stellungnahme zu spezifischen Aspekten</u></p> <p>§ 5 Abs. 2 Buchstabe c</p> <p>Der Vorschlag der BPtK ist sinnvoll und erforderlich. ver.di begrüßt die Einbeziehung aller Berufsgruppen.</p>	<p>GKV-SV/DKG/PatV: Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Dank und Zustimmung.</p>
7.22	ver.di	<p>§ 8 Abs. 2</p> <p>ver.di unterstützt die Regelung der BPtK/DKG zur Klargestellung, dass Tätigkeiten von Psycholog*innen in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in als auch für andere Berufsgruppen wie z. B. (Sozial-) Pädagog*innen in</p>	<p>GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Dank und Zustimmung.</p>

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

		Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in nur in dem Umfang auf die Personalvorgaben angerechnet werden dürfen, indem sie eine Vergütung entsprechend ihres Grundberufs erhalten.	
7.23	ver.di	§ 8 Abs. 3 und 5 Keine Einwände.	GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme. DKG: Dank und Kenntnisnahme.
7.24	ver.di	§ 11 Abs. 3 Wenn mit dieser Änderung dem etablierten Turnus der Kliniken Rechnung getragen und ausreichend Zeit zur Erstellung der Nachweise gegeben wird, ist dem Antrag der DKG zuzustimmen. Dies setzt dann auch voraus, dass die Meldungen vollständig und fehlerfrei sind.	GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme. DKG: Dank und Kenntnisnahme.
7.25	ver.di	§ 11 Abs. 8 Der Vorschlag des GKV-SV wird unterstützt, da eine Bearbeitung der fehlerhaften Daten nicht möglich ist und eine sofortige Korrektur erfolgen muss. Es sollte eine Umsetzung ab dem Jahr 2026 erfolgen. Damit wird auch der durch die DKG geforderten Übergangsfrist von einem Jahr Rechnung getragen und die Einrichtungen können sich auf die Umsetzung vorbereiten.	GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme.
7.26	ver.di	§ 11 Abs. 12 Es handelt sich um Daten aus dem Vorjahr. Eine Frist von 3 Monaten sollte ausreichend sein. Eine Veränderung wie von der DKG vorgeschlagen wird abgelehnt.	GKV-SV/PatV: Dank und Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme.
7.27	ver.di	§ 11 Abs. 13	GKV-SV/PatV: Dank und Zustimmung.

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

		Aufgrund der Beschlüsse des G-BA vom 21. März 2024 und den daraus resultierenden Übergangsfristen bis 2029 ist die Änderung wie vom GKV-SV vorgeschlagen erforderlich und wird unterstützt.	<p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Die Kliniken im Sinne des Bürokratie- und Dokumentationsabbaus von technischen und personellen Mehraufwänden entlastet werden, die mit der quartalsweisen Übersendung der Nachweise verbunden ist. Die bisher übermittelten Quartalsnachweise können bereits für eine Weiterentwicklung der PPP-RL genutzt werden. Die Varianz in den Nachweisdaten erweist sich im Laufe der letzten Jahre als nicht besonders groß, so dass bei der Abwägung von Aufwänden die bereits mit der Erstfassung der PPP-RL vorgesehene jährliche Übermittlung der quartalsbezogenen Nachweise nun ab 2026 umgesetzt werden sollte.</p>
7.28	ver.di	<p>§ 13 Abs. 8</p> <p>Die Streichung der Sanktionen gemäß § 13 Absatz 8 bei Nichterfüllung der Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 3 an die Landesaufsichtsbehörden aufgrund mangelnder technischer Umsetzung lehnt ver.di ab. Hier sind die zuständigen Behörden aufgefordert für entsprechende Rahmenbedingungen Sorge zu tragen.</p>	<p>GKV-SV/PatV/DKG: Kenntnisnahme.</p>
7.29	ver.di	<p>Anlage 2</p> <p>Die Änderungsvorschläge des GKV-SV erscheinen durchgängig plausibel und sinnvoll. Sie erleichtern eine korrekte Einstufung in den jeweiligen Behandlungsbereich. Die Auffassung, dass Menschen im höheren Lebensalter unabhängig von der psychiatrischen Diagnose in der Regel ei-</p>	<p>GKV-SV/PatV: Dank und Zustimmung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Die aktuellen Vorschläge zur Änderung der Anlage 2 eröffnen viele Bedenken und Sorgen. Eine differenzierte, medizinisch-fachliche Einstufung kann durch die pauschale Verwendung der OPS nicht gewährleistet werden. Dies betrifft</p>

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

	<p>nen erhöhten Behandlungsbedarf aufweisen, wird geteilt. Bei den Kategorien A2, S2, G2, KJ3 handelt es sich um die Bereiche der Intensivbehandlung, diese gehen oft mit akuten Krankheitsverläufen einher. Am Beispiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • OPS-Intensivbehandlung (9-61) - ein Patientenmerkmal: Akute Selbstgefährdung durch Suizidalität oder schwer selbstschädigendes Verhalten <p>vs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • PPP-RL-Eingruppierungsempfehlung A2 (Intensivbehandlung): Psychisch Kranke, manifest selbstgefährdet, fremdgefährdend, somatisch vitalgefährdet in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene <p>wird deutlich, dass für eine Einstufung in die A2 keine manifeste Symptomatik erforderlich ist. Eine daraus resultierende korrekte Einstufung in eine Intensivbehandlungskategorie kommt der Behandlung und auch der Personalausstattung zugute und erhöht die Versorgungsqualität. Ob das von der DKG aufgeführte Beispiel eines Anstiegs der Intensivanteile um bis zu 10 Prozent zutrifft, kann nicht beurteilt werden. Es ist auch unerheblich, denn die Erkenntnisse aus EPIK zeigen, dass ein Personalaufbau dringend erforderlich ist. Es ist davon auszugehen, dass dieser deutlich über 10 Prozent liegt.</p>	<p>insbesondere den Vorschlag der normativen Zuordnung von Patienten/-innen ober-, respektive unterhalb ihres 65. Lebensjahres in bestimmte Behandlungskategorien. Wie der BDK erläutert, weisen Menschen mit Stichtag des 65. Lebensjahres nicht grundsätzlich Komorbiditäten oder spezifische Krankheitsbilder auf, wenngleich die Wahrscheinlichkeit dafür mit dem Lebensalter steigt und entsprechende Bedarfe in der Versorgung notwendig machen können. Es gibt jedoch genauso eine große Zahl betroffener Älterer mit anderen, spezifischen Erkrankungen (z. B. Sucht), deren Behandlungsbedarfe nicht denen der Gerontokategorien entsprechen. Auch wenn der Klinik nach wie vor, die konkrete Art der Behandlung freisteht, entstehen durch die pauschalen Eingruppierungen auf OPS-Basis neue Patientenmischzuordnungen, deren Auswirkungen für jede einzelne Klinik von nicht unerheblicher Relevanz bei der Personalausstattung ist und einer fachlichen Grundlage entbehrt.</p> <p>Dass für eine Einstufung in die Kategorie A2 keine manifeste Symptomatik erforderlich sei, verwundert. In der konkreten Anwendung der Psych-PV und PPP-RL durch die Krankenhäuser wurde „manifest“ seit mehreren Jahrzehnten als höheres Anforderungsmerkmal für eine Gefährdung eingeordnet als die „akute“ Gefährdung aus den OPS 9-61. Dass eine „manifeste“ Gefährdung bei der Eingruppierung in die Intensivbehandlungskategorien mit entsprechend höheren pflegerischen und therapeutischen Aufwänden das entscheidende Abgrenzungsmerkmal ist, zeigt sich auch in den zuvor geltenden Erläuterungen in der Spalte 5</p>
--	--	--

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

		<p>Die Anpassung kann als Zwischenschritt angesehen werden. Durch den erhöhten Personaleinsatz wird es neben der verbesserten Versorgung möglich sein, gefährdende Situationen und daraus resultierende Zwangsmaßnahmen zu reduzieren oder sogar zu vermeiden. Die präzisere Benennung des OPS-Kodes ist zu begrüßen. Dies setzt voraus, dass entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen zu den OPS-Kodes und den daraus</p>	<p>der Eingruppierungsempfehlungen: „Beim Behandlungsbereich A2 (ebenso S2 und G2) ist in der Spalte „Kranke“ das Wort „manifest“ zu beachten. Patientinnen und Patienten im Behandlungsbereich A2 sind so schwer krank, dass sie zumeist einzelfallbezogen behandelt werden müssen. Für den „Intensiv“-Charakter von Behandlungsbereich A2 ist der quantitative pflegerische Betreuungsaufwand für sich kein ausreichendes Kriterium, entscheidend ist - wegen der unmittelbaren Gefährdung - der hohe und häufige ärztliche Abstimmungsaufwand in Bezug auf Behandlungsziele und -mittel. Demnach wurden auch die Minutenwerte der Intensivbehandlungskategorien auf ein begrenzteres Patientenklientel mit höheren Personalbedarfen durch manifeste Gefährdungen ausgerichtet. Somit waren die Hürden für eine Einstufung in die Intensivbehandlungskategorien der alten Eingruppierungsempfehlungen bisher höher, als die Zuordnung nach dem Intensiv-OPS-Code 9-61.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme</p>
--	--	--	--

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

		resultierenden Eingruppierungen verpflichtend durchzuführen sind. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass es unbewusst zu fehlerhaften Eingruppierungen kommen kann.	
7.30	ver.di	Anlage 3, Tabelle 5.1 und B2.1 Die Änderungen erhöhen die Transparenz und sind zu begrüßen.	GKV-SV/PatV: Dank und Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme.
7.31	ver.di	Anlage 6 Position des GKV-SV wird unterstützt, siehe auch zu Punkt 2.1.3, zu § 11 Nachweisverfahren, zu Absatz 8.	GKV-SV/PatV: Dank und Zustimmung. DKG: Kenntnisnahme. Ein Ziel der Weiterentwicklung der PPP-RL sollte die sinnvolle und schrittweise Reduktion des Dokumentationsaufwands sein (vgl. § 14 PPP-RL).
7.32	ver.di	<u>Literaturverzeichnis</u> https://gesundheit-soziales-bildung-bb.verdi.de/themen/nachrichten/++co++3da8f88e-d57b-11e5-b494-525400ed87ba https://www.boeckler.de/de/pressemitteilungen-2675-neue-studie-mindestens-300-000-zusatzliche-pflegekraefte-40798.htm https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datendienste/3_Downloads/K/Krankenhausreform/BMG_Stellungnahme_8_Psych-Faecher.pdf https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/mein-arbeitsplatz/psychiatrie/++co++8015ccca-878d-11ee-9815-21786a0a588b https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1139/	GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme. DKG: Kenntnisnahme PatV: Danke für die Quellenangabe.

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

		https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/mein-arbeitsplatz/psychiatrie/++co++549c862a-eb4b-11ee-8ada-77919a587bc5 https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6534/2024-03-21_PPP-RL_weitere-Aenderungen-EJ-2024.pdf	
8	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK), 08.04.2024		
8.1	BApK	<p>Für viele der Änderungen im Entwurf fehlt uns die Expertise, gleichwohl erlauben Sie uns bitte die nachfolgenden beiden Anmerkungen:</p> <p>1) Tragende Gründe:</p> <p>2.1.4 Zu § 13 § Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben, Zu Absatz 8, DKG:</p> <p>Im Jahre 2024 für den elektronischen Datenaustausch noch das CSV (Comma Separated Value) Datenformat an Stelle des XML (Extensible Markup Language) Datenformat ins Spiel zu bringen, erstaunt doch sehr. Ebenso wie die Aussage, dass deswegen kein rechtssicherer Nachweis der Datenübermittlung gegeben sei. Seit über 40 Jahren machen EDI (Electronic Data Interchange) Systeme nichts Anderes.</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
8.2	BApK	<p>2) In den aktuellen Leitlinien wird immer wieder die wichtige Rolle der Angehörigen hervorgehoben. In den Regelaufgabenbeschreibungen vieler Berufsgruppen dieser Richtlinie findet die Arbeit mit den Angehörigen Berücksichtigung. Keinen Widerhall findet dieses in den strukturellen Qualitätsvorgaben der Richtlinie.</p>	<p>GKV-SV/DKG/PatV: Kenntnisnahme. Die Regelaufgaben in Anlage 4 PPP-RL werden vorliegend nicht geändert und sind somit nicht Gegenstand des aktuellen Stellungnahmeverfahrens.</p>

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

		Um die für die Angehörigen vorgehaltenen, strukturellen Ressourcen sichtbar zu machen, wünscht der BApK, dass in der Anlage 3 je Station die geplanten Ressourcen zur Angehörigenarbeit aufgeführt werden.	
9	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), 08.04.2024		
9.1	DGPT	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT) bedankt sich ausdrücklich dafür, zur Änderungsfassung der Richtlinie zur Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL Stand 11.03.2024) Stellung nehmen zu können.</p> <p>Grundsätzlich unterstützt die DGPT unbedingt die Bemühungen der PPP-RL, zu einer vernünftigen und verbindlichen Mindest-Personalausstattung in den entsprechenden Einrichtungen zu kommen, um eine psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung der Patientinnen und Patienten auf hohem Niveau zu gewährleisten.</p> <p>Bzgl. der Nachweispflicht fürchten wir enorme bürokratische Aufwendungen. Hier sollten Vereinfachungen unbedingt möglich werden. Somit unterstützen wir alle Bestrebungen, die eine Verschlankung der Nachweispflicht ermöglichen.</p> <p>Wir begrüßen die Tatsache, dass zur weiteren Abstimmung über die möglichen Veränderungen die Fristen auf 2025 verschoben sind und die Sanktionszahlungen ausgesetzt sind.</p> <p>Unabhängig von den hier genannten Regelungen und Verfahrensänderungen möchten wir noch einmal auf Folgendes hinweisen:</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>

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

		<p>Der Gesetzgeber wollte ausdrücklich eine Stärkung der Psychotherapie. Unsere Sorge bleibt bestehen, dass die genannten Untergrenzen in der PPP-RL zukünftig als Obergrenzen in den Verhandlungen der Kliniken mit den Kassen gehandelt werden. Außerdem weisen wir daraufhin, dass eine weitere Differenzierung der Pauschalen gerade in den psychotherapeutisch – psychosomatisch tätigen Kliniken hilfreich wäre, um die Multimorbidität der Patient:innen und dementsprechenden sehr unterschiedlichen Anforderungen an die Personalausstattung (zum Beispiel mehr psychotherapeutisch ausgebildetes Personal mit höheren Minutenwerten versus mehr internistisch/somatisch ausgebildetes Personal bei eher somatisch erkrankten Patienten und Patient:innen) mit abbilden zu können.</p> <p>Wir erwarten aus der EPPIK Studie belastbare Zahlen hierzu.</p>	
9.2	DGPT	<p>§ 5</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der BptK. Durch die Formulierung „sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung ...“ sind alle möglichen Berufsgruppen inkludiert, die aktuell die Voraussetzung erfüllen nach § 27 PsychThG eine Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder -therapeuten zu absolvieren.</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>BptK: Dank und Zustimmung.</p>
9.3	DGPT	<p>§ 8</p> <p>a) Wir unterstützen den Vorschlag der BptK Abs 2 Satz 2 in genannter Weise zu verändern.</p> <p>b) Wir begrüßen die nachvollziehbare und sinnvolle Fristverlängerung bis zum 31.12.2025</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme zu a) und b).</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>BptK: zu a) Dank und Zustimmung.</p>

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

		<p>c) Und d) sowie zum 30.6.2025, wobei wir auch vorschlagen würden, diese Frist auch bis zum 31.12.2025 zu verlängern – s. u.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Generell würden wir eine Fristverlängerung in beiden Fällen bis zum 30.12.2025 begrüßen. Dies auf dem Hintergrund einer größeren Planungssicherheit bei der Vergabe von Arbeitsverträgen an Berufsgruppen, die bis zu dem genannten Stichtag auf andere Berufsgruppen anrechenbar sind.</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme zu c).</p> <p>Es scheint sich hier um ein Missverständnis zu handeln. Die Fristen bis 31.12.2025 beziehen sich darauf, wie lange diese Regelungen gelten. Die auf Juni geänderten Fristen beziehen sich darauf, bis wann ein weiterer Beschluss durch den G-BA erfolgen wird. Letzteres erfolgt im Zusammenhang mit der Umstellung auf die Spezifikation. Die Empfehlungen zur Spezifikation werden zukünftig jeweils im Juni des Vorjahres des Erfassungsjahres beschlossen. Da die Empfehlungen zur Spezifikation richtlinienkonform sein müssen, werden diese zukünftig gleichzeitig gemeinsam mit den Richtlinienänderungen beschlossen.</p>
9.4	DGPT	<p>§ 11</p> <p>a) Wir unterstützen den Vorschlag der DKG – „spätestens nach 6 Wochen“. Ebenso erscheint es uns überhaupt nicht sinnvoll, wenn das IQTIG fehlerhafte Dateien zurückweisen kann, anstatt im Sinne eines lernenden Systems (auf beiden Seiten) ein Feedback zu den Daten gibt. Das heißt, wir plädieren für die Ablehnung des Vorschlags der GKV-SV.</p> <p>b) Wir unterstützen den Vorschlag der DKG zur Änderung der Angabe 1. März durch 15. März.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme zu a).</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme zu b).</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

		<p>c) Absatz 13 Satz 1 – grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass die Testphase erweitert wird. Im Gegensatz zum Vorschlag der DKG die eine jährliche Übermittlung der Daten begrüßt, unterstützen wir eine quartalsweise Übermittlung. Intern werden die Daten in der Regel ohnehin quartalsweise generiert.</p> <p>Änderungsvorschlag: Ein Kompromiss könnte eine halbjährliche Datenübermittlung sein.</p>	<p>GKV-SV: Dank und Zustimmung.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme zu c).</p> <p>Die Kliniken sollten im Sinne des Bürokratie- und Dokumentationsabbaus von technischen und personellen Mehraufwänden entlastet werden, die mit der quartalsweisen Übersendung der Nachweise verbunden ist. Die bisher übermittelten Quartalsnachweise können bereits für eine Weiterentwicklung der PPP-RL genutzt werden. Die Varianz in den Nachweisdaten erweist sich im Laufe der letzten Jahre als nicht besonders groß, so dass bei der Abwägung von Aufwänden die bereits mit der Erstfassung der PPP-RL vorgesehene jährliche Übermittlung der quartalsbezogenen Nachweise nun ab 2026 umgesetzt werden sollte.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p>
9.5	DGPT	<p>§ 13</p> <p>Wir unterstützen den Vorschlag der DKG den Satz wie geschrieben an § 13 Abs 8 anzufügen. Wir folgen der Begründung der DKG, dass die technischen Voraussetzungen noch nicht vollständig gegeben sind und Lösungen erarbeitet werden müssen.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
9.6	DGPT	Anlage 2	GKV-SV: Kenntnisnahme. Mit der gewählten Altersgrenze

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

	<p>Wir folgen der Empfehlung der DKG an den Eingruppierungstabellen noch nichts zu verändern.</p> <p>Aus unserer Sicht sind die Ergebnisse der EPPIK Studie abzuwarten, um die Tabellen dann grundsätzlich anzupassen. Die Anzahl der Therapieeinheiten für das Erreichen der Komplexziffer (3 TEs) erscheint uns zum Beispiel zu hoch – gerade in Kliniken, in denen sehr viel Therapie auch durch Spezialtherapeuten und therapeutisch ausgebildete Pflegekräfte/Physiotherapeuten stattfindet, was in den Therapieeinheiten nicht abgebildet ist. Hier scheint die Studienlage eher für 2,5 TEs zu sprechen. Außerdem erscheint uns die Altersgrenze von 65 Jahren sehr „zufällig“, sie korreliert aus unserer Sicht wenig mit dem tatsächlichen Aufwand. Hier sollte, wie schon im Anschreiben beschrieben tatsächlich ein Expertengremium neu nachdenken, wie die Eingruppierungen tatsächlich gefasst werden können, damit sie auch den realen Aufwand abbilden können.</p> <p>Grundsätzlich befürworten wir die Ersetzung „Kranke“ durch „Menschen mit psychischen Erkrankungen“.</p> <p>Außerdem halten wir es für sinnvoll, die Hauptdiagnose anstelle der Aufnahme-diagnose zur Eingruppierung zu nutzen. Falls noch keine Entlassung stattgefunden hat zum Stichtag der Datenübermittlung, könnte als Kompromiss statt der Aufnahme-diagnose auch eine Verlaufsdia-gnose, die unter Umständen auch schon mehr die Gesamtschau im Blick hat, verwendet werden.</p>	<p>von ≥ 65 Jahren wurde der bisher in den Eingruppierungsempfehlungen der Anlage 2 der RL verwendete Terminus "höheres Lebensalter" für die Zuordnung in die Gerontopsychiatrie operationalisiert. Mit dem "höheren Lebensalter" wird gemeinhin das Alter ab dem 65. Lebensjahr bezeichnet. Die Altersgrenze von 65 Jahren wird sowohl vom Statistischen Bundesamt, dem Bundesgesundheitsministerium als auch dem Europarat verwendet.</p> <p>Wichtig ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die erkrankten Patientinnen und Patienten altersunabhängig selbstverständlich durch die Kliniken mit psychotherapeutischer Behandlung versorgt werden dürfen und können. Deshalb schlägt der GKV-SV in der aktuellen Richtlinienänderung vor, die Zuordnung in die Behandlungsbereiche A7 und A8 in Anlage 2 anzupassen und die im ersten Vorschlag vorgelegte Altersgrenze von < 65 Jahren für diese beiden Bereiche zu streichen. Somit können auch ältere Menschen eine intensive psychotherapeutische Behandlung erhalten. Darüber hinaus wird mit den Tragenden Gründen des GKV-SV zum vorliegenden Beschluss klargestellt, dass auch Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung eine intensive psychotherapeutische Behandlung erhalten und demnach eine Einstufung in die Behandlungsbereiche A7 und A8 möglich ist.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
--	--	---

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

			<p>GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und zustimmende Kenntnisnahme hinsichtlich Befürwortung der Ersetzung „Kranke“ durch „Menschen mit psychischen Erkrankungen.“</p> <p>GKV-SV: Vielen Dank für den Hinweis. Es handelt sich hierbei um ein Missverständnis. Der GKV-SV setzt sich für eine klarstellende Ergänzung in der PPP-RL ein. Es wird regelhaft die Hauptdiagnose herangezogen. Nur für die Fälle, in denen noch keine Hauptdiagnose vorliegt, soll hilfsweise die Aufnahmediagnose herangezogen werden. Dies betrifft nur Patienten, deren Behandlung nicht in einem Quartal abgeschlossen wurde und bei denen keine Hauptdiagnose vorliegt</p>
9.7	DGPT	<p>Anlage 3</p> <p>Auch hier folgen wir der Begründung der DKG. Von einer weiteren Bürokratisierung raten wir dringend ab.</p> <p>Folgeveränderungen aufgrund der Veränderung der Formulierung in § 5 wie von der BpTK vorgeschlagen befürworten wir natürlich auch, sofern sie notwendig sind.</p> <p>Wie die DKG feststellt, lehnen auch wir weitere Unterschriften beim Nachweis Teil A und Teil B PPP-RL ab, da die Krankenhäuser die Richtigkeit der Datenübermittlung bereits andernorts bestätigen.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Mit unserem Vorschlag soll Transparenz darüber hergestellt werden, wie viele fachfremde Mitarbeiter und Hilfspersonal herangezogen wurden, um die Mindestvorgaben einzuhalten und wie viele darüber hinaus insgesamt in den Kliniken beschäftigt sind, unabhängig von der zulässigen Quote an Hilfskräften.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

9.8	DGPT	<p>Anlage 6 (Neu)</p> <p>Wir folgen der Begründung der DKG und befürworten die Beibehaltung der bisherigen Form der Qualitätsüberprüfung durch eine Rückmeldung durch das IQTIG.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
10 Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), 08.04.2024			
10.1	DGPM	<p>Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) dankt für die Möglichkeit zum Beschlussentwurf über eine Änderung der PPP-RL (Stand 06.03.24) Stellung nehmen zu können. Die Stellungnahme ist mit der Chefarztkonferenz Psychosomatisch-Psychotherapeutischer Krankenhäuser und Abteilungen in Deutschland (CPKA) und dem Verband der Psychosomatischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen in Deutschland (VPKD) abgestimmt.</p> <p>Die DGPM begrüßt die Umstellung auf Routinedaten. Das damit verbundene Ziel einer bürokratischen Entlastung ist vor dem Hintergrund der starken Zunahme von Dokumentationspflichten für Psych-Einrichtungen im letzten Jahrzehnt sehr wichtig. Durch die Einführung der PPP-RL, des Krankenhaus-vergleichs, Ergänzungen im PEPP-System, des Psych-PNV-Nachweises inkl. Wirtschaftsprüfer-Testat, Verschärfungen bei den Meldepflichten für Landesstatistikbehörden, der OPS-Strukturprüfungen und weiterer Vorgaben und Meldepflichten hat sich der Dokumentationsaufwand auch für medizinisches und therapeutisches Personal stark erhöht. Die Einrichtungen müssen immer mehr Aufwand zur Erfüllung dieser Kontrollpflichten betreiben.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>Mit der Abkehr der Stichtagserhebungen auf Basis der Ein-gruppierungsempfehlungen gemäß Anlage 2 erfolgt ein Bruch in der bisherigen Systematik zur Ermittlung der Mindestvorgaben. Bereits in der Erstfassung der PPP-RL wurde festgestellt, dass sich die Richtlinie an den Vorgaben der Psych-PV orientiert, da andere Modelle wie z. B. ein PEPP-basiertes Modell im Kontext von Mindestpersonalvorgaben als ungeeignet für eine Überführung in die PPP-RL bewertet wurden. Auch heute noch ist eine 1:1-Übertragung der OPS-Systematik auf die PPP-RL nicht vollständig möglich.</p>

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

		<p>Erwartungsgemäß ist die technische Umsetzung der Automatisierung von Stichtagserhebungen mittels Routinedaten im Detail kompliziert und</p>	<p>Dieser liegen andere Kategorien und Einstufungen mit einer anderen Zielstellung (Abrechnungszwecke) zugrunde. Die Informationen aus den Routinedaten können auch für andere Zwecke genutzt werden, wenn sie auf ihre Eignung für die entsprechende Zielstellung überprüft wurden. Eine solche Eignungsprüfung ist nicht erfolgt.</p> <p>Darüber hinaus liegen keine Machbarkeitsprüfungen oder Folgeabschätzungen über die Anwendung von Routinedaten als Grundlage für die Ermittlung von Mindestvorgaben vor.</p> <p>Es ist unklar, wie sich (erlaubte) Korrekturen der OPS-Dokumentation oder Prüfungen des Medizinischen Dienstes und daraus resultierende Änderungen der OPS auf die Berechnung der Mindestvorgaben auswirken. Bereits bestehende Regelungen der PPP-RL ermöglichen bereits jetzt kaum Personalsteuermöglichkeiten, da die Mindestvorgaben erst nach Ablauf des Bezugszeitraumes bekannt sind.</p> <p>Darüber hinaus entstehen durch die neue Definition von Behandlungstagen bürokratische Aufwände. Die tatsächlichen Arbeitsaufwände für die Umsetzung in der Praxis sind nicht geprüft.</p> <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
--	--	--	--

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

		<p>aufwendig. Die DGPM bittet darum die notwendige Sorgfalt anzuwenden, um die Umsetzungen und das Gelingen dieser wichtigen bürokratischen Entlastung nicht zu gefährden.</p> <p>Derzeit fehlt für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie noch eine Eingruppierungsmöglichkeit für Einrichtungen, die bisher über die Kinder- und Jugendpsychiatrie OPS-Codes abgerechnet haben. Hierfür bitten wir eine Lösung festzulegen oder eine Befreiung der Codierung zu gewähren, da sonst wichtige Versorgungsangebote für psychosomatisch erkrankte Kinder- und Jugendliche nicht fortgeführt werden können.</p> <p>Mit der EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) steht erstmals eine wissenschaftlich erhobene und ausreichend differenzierte Datenbasis zur Ist-Personalausstattung in der Psychosomatischen Medizin zur Verfügung. Auf Basis der Ergebnisse sollte die Entwicklung von Mindestvorgaben in der Psychosomatik bis Ende 2025 vorgenommen werden. Eine Überarbeitung der Mindestvorgaben sowie weitere datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche bis 2025 ist dringend erforderlich, da es sonst zu einer Gefährdung bestehender gut etablierter und qualitätsgesicherter Therapieprogramme kommt.</p> <p>Im Folgenden werden wir auf die dissidenten Änderungsvorschläge eingehen, die den Versorgungsbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie betreffen.</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
10.2	DGPM	§ 5	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>BPtK: Dank und Zustimmung.</p>

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

		<p>Der Ergänzung der Bundespsychotherapeutenkammer ist zuzustimmen. Alle Berufsgruppen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutIn sollen der Berufsgruppe c) zugerechnet werden. Die Klarstellung vermeidet Fehlinterpretationen. Eine indirekte Herleitung über § 8 Abs. 2 birgt das Risiko von Missverständnissen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Übernahme der Ergänzung der BPTK: „...sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß § 27 PsychThG.“</p>	
10.3	DGPM	<p>§ 11 (3)</p> <p>Die Frist zur Meldung der Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach § 6 sollte 6 Wochen betragen. Kürzere Fristen sind Krankenhäuser i.d.R. nicht in der Lage ohne personellen Mehraufwand zu erfüllen, weil z.B. relevante Fälle noch nicht abgeschlossen sind u. Ä. Engere Meldefristen verursachen i.d.R. höheren Personalaufwand, da die Daten nur zum Zweck der Meldung und nicht im Rahmen der Erledigung von Routinearbeiten (z.B. Jahresabschluss, Erlösverproben, etc.) erhoben werden müssen. Die Vorteile bzw. der Erkenntnisgewinn bei einer zwei Wochen früher erfolgenden Meldung stehen dazu in keinem angemessenen Verhältnis.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Übernahme des Vorschlags der DKG: „..., eine Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach §6 unter Angabe des Standortes <i>spätestens 6 Wochen</i> nach Ende des betreffenden Quartals, ... , anzuzeigen.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

10.4	DGPM	<p>§ 11 (12)</p> <p>Die bisherige Frist ist sehr kurzfristig nach Jahresende. Dies kollidiert in vielen Krankenhäusern mit den Jahresabschlussarbeiten. Eine Nachlieferungsfrist bis zum 15. März erscheint daher angemessen. Wie zu § 11 Abs. 3 bereits erwähnt besteht die Gefahr ansonsten unnötigen weiteren Personalaufwand für Dokumentation zu erzeugen. Die Vorteile, bzw. der Erkenntnisgewinn bei einer zwei Wochen früher erfolgenden Meldung stehen dazu in keinem angemessenen Verhältnis.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Übernahme des Vorschlags der DKG: „...Krankenhäuser, die bis zum Ende der Korrekturfrist am 15. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres ...“.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
10.5	DGPM	<p>§ 11 (13)</p> <p>Die bisherigen quartalsweisen Veränderungen der Dokumentationsdaten haben in den letzten Meldungen keine großen Bewegungen zwischen einzelnen Quartalen mehr gezeigt. Von künftig wieder erhöhten Schwankungen ist nicht auszugehen. Hingegen ist der Mehraufwand für die Erstellung der quartalsweisen Nachweise in den Krankenhäusern erheblich. Es ist dringend notwendig die seit 2016 drastisch gestiegenen bürokratischen Aufwendungen für Psych-Krankenhäuser zu verringern (PPP-RL, Krankenhausvergleich, Ergänzungen PEPP-System, Psych-PNV-Nachweis inkl. Wirtschaftsprüfer-Testat, MD-QK-RL-Begehungen, Verschärfungen bei den Meldepflichten für Landesstatistikbehörden, OPS-Strukturprüfungen, etc.). Die Nachweise und insbesondere auch die vierteljährlichen PPP-RL-Nachweise binden in Zeiten des Personalmangels Mitarbeitende</p>	<p>GKV-SV/PatV: Kenntnisnahme.</p> <p>Die Mindestvorgaben sind quartalsbezogen einzuhalten, die Krankenhäuser müssen also ohnehin quartalsbezogen dokumentieren. Der G-BA hat außerdem eine Beobachtungspflicht, für die eine quartalsweise Datenübermittlung und Auswertung im Rahmen der Einführungsphase der Richtlinie relevant ist. Analog zu dem Beschluss vom 21. März 2024, die Einführungsstufen in § 16 Abs. 1 bis Ende 2028 zu verlängern, soll aus Sicht des GKV-SV deshalb auch die quartalsweise Datenübermittlung verlängert werden.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>

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

		<p>von Berufsgruppen, die für die Patientenversorgung benötigt werden. Diese Datenerhebung und Meldungen können auch nicht als Nebenprodukt von Routinedaten erhoben werden, sondern binden Personal. Der Erkenntnisgewinn einer vierteljährlichen Meldung steht in keinem angemessenen Verhältnis zum Mehraufwand. An der bisherig geplanten Einstellung der vierteljährlichen Meldung sollte daher dringend festgehalten werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Übernahme des Vorschlags der DKG: „Bis zum <i>1. Januar 2025</i> gelten für den Nachweis der Einhaltung der Mindestvorgaben ...“.</p>	<p>Die Kliniken sollten im Sinne des Bürokratie- und Dokumentationsabbaus von technischen und personellen Mehraufwänden entlastet werden, die mit der quartalsweisen Übersendung der Nachweise verbunden ist. Die bisher übermittelten Quartalsnachweise können bereits für eine Weiterentwicklung der PPP-RL genutzt werden. Die Varianz in den Nachweisdaten erweist sich im Laufe der letzten Jahre als nicht besonders groß, so dass bei der Abwägung von Aufwänden die bereits mit der Erstfassung der PPP-RL vorgesehene jährliche Übermittlung der quartalsbezogenen Nachweise nun ab 2026 umgesetzt werden sollte.</p>
10.6	DGPM	<p>§ 13 (8)</p> <p>Die DGPM unterstützt ausdrücklich die Umstellung auf Routinedaten. Das Beispiel der DKG in den tragenden Gründen demonstriert jedoch die Komplexität der Umstellung und den bürokratischen Aufwand den die Krankenhäuser derzeit zu Ihrer eigenen Absicherung gegen die (hohen und substanzschädigenden) Sanktionen der PPP-RL betreiben müssen. Solange keine rechtssichere und aufwandsarme Umsetzung der Routinedatenübermittlung sichergestellt ist, sollte deshalb auch keine Sanktionsmöglichkeit gegen die Krankenhäuser bestehen. Die DGPM stimmt deshalb der Ergänzung der DKG zu, die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Meldung an die Landesaufsichtsbehörden auszusetzen, solange dies nicht gewährleistet ist.</p> <p>In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass die Landesaufsichtsbehörden laut uns vorliegender Rückmeldungen personell überhaupt nicht</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

		<p>in der Lage sind die hohe Anzahl der durch die PPP-RL ausgelösten Meldungen zu verarbeiten. In Rückmeldungen machen die betroffenen Stellen auch klar, dass sie sich inhaltlich nicht dazu veranlasst sehen auf die PPP-RL Datenmeldungen zu reagieren, bzw. neue Prüfstrukturen neben den bestehenden (z.B. MD des Landes) aufzubauen. Die Landesaufsichtsbehörden werden bisher in Fällen gravierender Qualitätsmängel zur Prüfung von Maßnahmen gegen Einrichtungen z.B. vom MD des Landes oder Patientenrechte-Organisationen o.Ä. eingeschaltet. Die Einschaltung der Landesbehörden zieht dann i.d.R. ausführlichere Prüfungen nach sich. Die vorübergehende Nicht-Einhaltung von Strukturvorgaben der PPP-RL erreicht diese Hürden für das Tätigwerden der Landesaufsichtsbehörden nicht. Vor diesem Hintergrund regt die DGPM an diese Meldungen insgesamt aus der PPP-RL zu streichen. Eine Einschaltung der Landesaufsichtsbehörden bei gravierenden und wiederholten Verstößen gegen die PPP-RL o.Ä. Normen wäre dadurch nicht ausgeschlossen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Übernahme des Vorschlags der DKG: <i>„Die Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 3 bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben an die zuständige Landesaufsichtsbehörde sind von den Regelungen in Satz 2 bis 6 ausgenommen.“</i></p>	
10.7	DGPM	<p>Anlage 2</p> <p>Die DGPM unterstützt die Erfassung mittels Routinedaten als sinnvolle Maßnahme zur bürokratischen Entlastung. Durch die Umstellung auf Routinedatenerfassung sollte jedoch keine Änderung der bisherigen Eingruppierung resultieren. Die Vergleichbarkeit mit bisher erhobenen Daten wäre gefährdet. Außerdem würde das vorzuhaltende Personal je</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>

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

	<p>Krankenhaus bzw. Abteilung erhöht oder vermindert. Dies würde einen normativen Eingriff darstellen, der nicht das Ziel dieser Änderung sein soll.</p> <p>Bei Einführung der vom GKV-SV vorgeschlagenen 3. Spalte „Einstufung“ müssen alle Fälle des Fachgebiets Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abgedeckt sein. Für Einrichtungen des Fachgebiets Psychosomatische Medizin, die Kinder und Jugendliche versorgen und die unter Leitung eines Kinder- und Jugendpsychiaters stehen, fehlt im vorliegenden Entwurf eine Eingruppierungsmöglichkeit. Die DGPM schlägt deshalb vor auf S. 45 für die vier Behandlungsbereiche (P1 bis P4) den OPS-Code 9-65 zu ergänzen. Alternativ könnte unter den Hinweisen auf S. 48 eine Regelung ergänzt werden, wonach Fälle ohne Eingruppierungsmöglichkeit zunächst nicht zu erfassen sind. Nach rechtlicher Einschätzung der DGPM sind aufgrund fehlender Eingruppierungsmöglichkeiten Sanktionen gegenüber der Einrichtung ausgeschlossen, z.B. gem. § 13 Abs. 8 (Nicht-Erfüllung der Mitwirkungspflichten). Trotzdem sollte mindestens ein klarstellender Hinweis erfolgen, um rechtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden.</p> <p>Die Bezeichnung „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ sollte aus den in den Tragenden Gründen, S. 18 und S.19, genannten Gründen übernommen werden.</p> <p>Des Weiteren sind für die Psychosomatische Medizin die Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben basierend auf den Ergebnissen der EP-PIK-Studie bis 2025 anzupassen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>	<p>GKV-SV/DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p>
--	--	--

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

		<p>1) Ergänzung des OPS-Codes 9-65 auf Seite 45/ 46 in der Spalte Einstufung für die vier Behandlungsbereiche (P1 bis P4)</p> <p>ODER</p> <p>Ergänzung einer Regelung unter Hinweisen auf S. 48, wonach Fälle ohne Eingruppierungsmöglichkeit zunächst nicht erfasst werden.</p> <p>2) Übernahme der Bezeichnung: „Menschen mit psychischen Erkrankungen“</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>
10.8	DGPM	<p>Die DGPM begrüßt die Bemühungen des G-BA, die PPP-RL stetig und zeitnah weiterzuentwickeln. Diesbezüglich stehen wir sehr gerne jederzeit für weitere Gespräche und Beratungen zur Verfügung. Wesentlich, auch für die Akzeptanz der PPP-RL, ist der Einbezug empirischer Daten, wie sie die EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) in diesem Jahr zur Verfügung gestellt hat, um zu Behandlungsbereichen zu kommen, deren Personalmindestvorgaben nicht mehr nur theoriebasiert sind, sondern die Versorgung realistisch abbilden.</p>	<p>GKV-SV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
10.9	DGPM	<p>Literaturverzeichnis</p> <p>Präsentation Ist-Standerhebung der Personalausstattung in der Psychosomatischen Medizin,</p> <p>EPPIK Abschluss Symposium, 14. März 2024, Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin.</p>	<p>GKV-SV/DKG/PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
11	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM), 08.04.2024		

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

11.1	DKPM	<p>Das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) schließt sich inhaltlich der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) an. Die Stellungnahme zu den spezifischen Aspekten ist inhaltsgleich mit der DGPM.</p> <p>Das DKPM begrüßt die Umstellung auf Routinedaten. Das damit verbundene Ziel einer bürokratischen Entlastung ist vor dem Hintergrund der starken Zunahme von Dokumentationspflichten für Psych-Einrichtungen im letzten Jahrzehnt sehr wichtig. Durch die Einführung der PPP-RL, des Krankenhaus-vergleichs, Ergänzungen im PEPP-System, des Psych-PNV-Nachweises inkl. Wirtschaftsprüfer-Testat, Verschärfungen bei den Meldepflichten für Landesstatistikbehörden, der OPS-Strukturprüfungen und weiterer Vorgaben und Meldepflichten hat sich der Dokumentationsaufwand auch für medizinisches und therapeutisches Personal stark erhöht. Die Einrichtungen müssen immer mehr Aufwand zur Erfüllung dieser Kontrollpflichten betreiben.</p> <p>Erwartungsgemäß ist die technische Umsetzung der Automatisierung von Stichtagserhebungen mittels Routinedaten im Detail kompliziert und aufwendig. Das DKPM bittet darum die notwendige Sorgfalt anzuwenden, um die Umsetzungen und das Gelingen dieser wichtigen bürokratischen Entlastung nicht zu gefährden.</p> <p>Derzeit fehlt für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie noch eine Eingruppierungsmöglichkeit für Einrichtungen, die bisher über die Kinder- und Jugendpsychiatrie OPS-Codes abgerechnet haben. Hierfür bitten wir eine Lösung festzulegen oder eine Befreiung der Codierung zu gewähren, da sonst wichtige Versorgungsangebote für</p>	<p>AG: Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der DGPM. Siehe Auswertung zu Nr. 10.</p>
------	------	---	---

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

		<p>psychosomatisch erkrankte Kinder- und Jugendliche nicht fortgeführt werden können.</p> <p>Mit der EPPIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) steht erstmals eine wissenschaftlich erhobene und ausreichend differenzierte Datenbasis zur Ist-Personalausstattung in der Psychosomatischen Medizin zur Verfügung. Auf Basis der Ergebnisse sollte die Entwicklung von Mindestvorgaben in der Psychosomatik bis Ende 2025 vorgenommen werden. Eine Überarbeitung der Mindestvorgaben sowie weitere datenbasierte Ausdifferenzierung der Behandlungsbereiche bis 2025 ist dringend erforderlich, da es sonst zu einer Gefährdung bestehender gut etablierter und qualitätsgesicherter Therapieprogramme kommt.</p> <p>Im Folgenden werden wir auf die dissidenten Änderungsvorschläge eingehen, die den Versorgungsbereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie betreffen.</p>	
11.2	DKPM	<p>§ 5</p> <p>Der Ergänzung der Bundespsychotherapeutenkammer ist zuzustimmen. Alle Berufsgruppen in Ausbildung zur Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn sollen der Berufsgruppe c) zugerechnet werden. Die Klarstellung vermeidet Fehlinterpretationen. Eine indirekte Herleitung über § 8 Abs. 2 birgt das Risiko von Missverständnissen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Übernahme der Ergänzung der BPtK: „...sowie weitere Berufsgruppen in Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß § 27 PsychThG.“</p>	<p>BPtK: Dank und Zustimmung.</p>

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

11.3	DKPM	<p>§ 11 (3)</p> <p>Die Frist zur Meldung der Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach § 6 sollte 6 Wochen betragen. Kürzere Fristen sind Krankenhäuser i.d.R. nicht in der Lage ohne personellen Mehraufwand zu erfüllen, weil z.B. relevante Fälle noch nicht abgeschlossen sind u. Ä. Engere Meldefristen verursachen i.d.R. höheren Personalaufwand, da die Daten nur zum Zweck der Meldung und nicht im Rahmen der Erledigung von Routinearbeiten (z.B. Jahresabschluss, Erlösverproben, etc.) erhoben werden müssen. Die Vorteile bzw. der Erkenntnisgewinn bei einer zwei Wochen früher erfolgenden Meldung stehen dazu in keinem angemessenen Verhältnis.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Übernahme des Vorschlags der DKG: „..., eine Nichterfüllung der einrichtungs- und quartalsbezogenen Mindestvorgaben nach §6 unter Angabe des Standortes <i>spätestens 6 Wochen</i> nach Ende des betreffenden Quartals, ... , anzuzeigen.</p>	
11.4	DKPM	<p>§ 11 (12)</p> <p>Die bisherige Frist ist sehr kurzfristig nach Jahresende. Dies kollidiert in vielen Krankenhäusern mit den Jahresabschlussarbeiten. Eine Nachlieferungsfrist bis zum 15. März erscheint daher angemessen. Wie zu § 11 Abs. 3 bereits erwähnt besteht die Gefahr ansonsten unnötigen weiteren Personalaufwand für Dokumentation zu erzeugen. Die Vorteile, bzw. der Erkenntnisgewinn bei einer zwei Wochen früher erfolgenden Meldung stehen dazu in keinem angemessenen Verhältnis.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>	

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

		Übernahme des Vorschlags der DKG: „...Krankenhäuser, die bis zum Ende der Korrekturfrist am 15. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres ...“.	
11.5	DKPM	<p>§ 11 (13)</p> <p>Die bisherigen quartalsweisen Veränderungen der Dokumentationsdaten haben in den letzten Meldungen keine großen Bewegungen zwischen einzelnen Quartalen mehr gezeigt. Von künftig wieder erhöhten Schwankungen ist nicht auszugehen. Hingegen ist der Mehraufwand für die Erstellung der quartalsweisen Nachweise in den Krankenhäusern erheblich. Es ist dringend notwendig die seit 2016 drastisch gestiegenen bürokratischen Aufwendungen für Psych-Krankenhäuser zu verringern (PPP-RL, Krankenhausvergleich, Ergänzungen PEPP-System, Psych-PNV-Nachweis inkl. Wirtschaftsprüfer-Testat, MD-QK-RL-Begehungen, Verschärfungen bei den Meldepflichten für Landesstatistikbehörden, OPS-Strukturprüfungen, etc.). Die Nachweise und insbesondere auch die vierteljährlichen PPP-RL-Nachweise binden in Zeiten des Personalmangels Mitarbeitende von Berufsgruppen, die für die Patientenversorgung benötigt werden. Diese Datenerhebung und Meldungen können auch nicht als Nebenprodukt von Routinedaten erhoben werden, sondern binden Personal. Der Erkenntnisgewinn einer vierteljährlichen Meldung steht in keinem angemessenen Verhältnis zum Mehraufwand. An der bisherig geplanten Einstellung der vierteljährlichen Meldung sollte daher dringend festgehalten werden.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>	

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

		Übernahme des Vorschlags der DKG: „Bis zum <i>1. Januar 2025</i> gelten für den Nachweis der Einhaltung der Mindestvorgaben ...“.	
11.6	DKPM	<p>§ 13 (8)</p> <p>Das DKPM unterstützt ausdrücklich die Umstellung auf Routinedaten. Das Beispiel der DKG in den tragenden Gründen demonstriert jedoch die Komplexität der Umstellung und den bürokratischen Aufwand den die Krankenhäuser derzeit zu Ihrer eigenen Absicherung gegen die (hohen und substanzschädigenden) Sanktionen der PPP-RL betreiben müssen. Solange keine rechtssichere und aufwandsarme Umsetzung der Routine-datenübermittlung sichergestellt ist, sollte deshalb auch keine Sanktions-möglichkeit gegen die Krankenhäuser bestehen. Das DKPM stimmt des-halb der Ergänzung der DKG zu, die Sanktionen bei Nichteinhaltung der Meldung an die Landesaufsichtsbehörden auszusetzen, solange dies nicht gewährleistet ist.</p> <p>In diesem Zusammenhang sei angemerkt, dass die Landesaufsichts-be-hörden laut uns vorliegender Rückmeldungen personell überhaupt nicht in der Lage sind die hohe Anzahl der durch die PPP-RL ausgelösten Mel-dungen zu verarbeiten. In Rückmeldungen machen die betroffenen Stel-len auch klar, dass sie sich inhaltlich nicht dazu veranlasst sehen auf die PPP-RL Datenmeldungen zu reagieren, bzw. neue Prüfstrukturen neben den bestehenden (z.B. MD des Landes) aufzubauen. Die Landesaufsichts-behörden werden bisher in Fällen gravierender Qualitätsmängel zur Prü-fung von Maßnahmen gegen Einrichtungen z.B. vom MD des Landes oder Patientenrechte-Organisationen o.Ä. eingeschaltet. Die Einschaltung der Landesbehörden zieht dann i.d.R. ausführlichere Prüfungen nach sich. Die vorübergehende Nicht-Einhaltung von Strukturvorgaben der PPP-RL</p>	

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

		<p>erreicht diese Hürden für das Tätigwerden der Landesaufsichtsbehörden nicht. Vor diesem Hintergrund regt das DKPM an diese Meldungen insgesamt aus der PPP-RL zu streichen. Eine Einschaltung der Landesaufsichtsbehörden bei gravierenden und wiederholten Verstößen gegen die PPP-RL o.Ä. Normen wäre dadurch nicht ausgeschlossen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Übernahme des Vorschlags der DKG: <i>„Die Mitwirkungspflichten nach § 11 Absatz 3 bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben an die zuständige Landesaufsichtsbehörde sind von den Regelungen in Satz 2 bis 6 ausgenommen.“</i></p>	
11.7	DKPM	<p>Anlage 2</p> <p>Das DKPM unterstützt die Erfassung mittels Routinedaten als sinnvolle Maßnahme zur bürokratischen Entlastung. Durch die Umstellung auf Routinedatenerfassung sollte jedoch keine Änderung der bisherigen Eingruppierung resultieren. Die Vergleichbarkeit mit bisher erhobenen Daten wäre gefährdet. Außerdem würde das vorzuhaltende Personal je Krankenhaus bzw. Abteilung erhöht oder vermindert. Dies würde einen normativen Eingriff darstellen, der nicht das Ziel dieser Änderung sein soll.</p> <p>Bei Einführung der vom GKV-SV vorgeschlagenen 3. Spalte „Einstufung“ müssen alle Fälle des Fachgebiets Psychosomatische Medizin und Psychotherapie abgedeckt sein. Für Einrichtungen des Fachgebiets Psychosomatische Medizin, die Kinder und Jugendliche versorgen und die unter Leitung eines Kinder- und Jugendpsychiaters stehen, fehlt im vorliegenden Entwurf eine Eingruppierungsmöglichkeit. Das DKPM schlägt deshalb vor auf S. 45 für die vier Behandlungsbereiche (P1 bis P4) den</p>	

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

		<p>OPS-Code 9-65 zu ergänzen. Alternativ könnte unter den Hinweisen auf S. 48 eine Regelung ergänzt werden, wonach Fälle ohne Eingruppierungsmöglichkeit zunächst nicht zu erfassen sind. Nach rechtlicher Einschätzung des DKPM sind aufgrund fehlender Eingruppierungsmöglichkeiten Sanktionen gegenüber der Einrichtung ausgeschlossen, z.B. gem. § 13 Abs. 8 (Nicht-Erfüllung der Mitwirkungspflichten). Trotzdem sollte mindestens ein klarstellender Hinweis erfolgen, um rechtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden.</p> <p>Die Bezeichnung „Menschen mit psychischen Erkrankungen“ sollte aus den in den Tragenden Gründen, S. 18 und S.19, genannten Gründen übernommen werden.</p> <p>Des Weiteren sind für die Psychosomatische Medizin die Behandlungsbereiche und Mindestvorgaben basierend auf den Ergebnissen der EP-PIK-Studie bis 2025 anzupassen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>1) Ergänzung des OPS-Codes 9-65 auf Seite 45/ 46 in der Spalte Einstufung für die vier Behandlungsbereiche (P1 bis P4)</p> <p>ODER</p> <p>Ergänzung einer Regelung unter Hinweisen auf S. 48, wonach Fälle ohne Eingruppierungsmöglichkeit zunächst nicht erfasst werden.</p> <p>2) Übernahme der Bezeichnung: „Menschen mit psychischen Erkrankungen“</p>	
11.8	DKPM	<p>Die DKPM begrüßt die Bemühungen des G-BA, die PPP-RL stetig und zeitnah weiterzuentwickeln. Diesbezüglich stehen wir sehr gerne jederzeit für weitere Gespräche und Beratungen zur Verfügung. Wesentlich, auch</p>	

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

		für die Akzeptanz der PPP-RL, ist der Einbezug empirischer Daten, wie sie die EPIIK-Studie (Teilprojekt Psychosomatik) in diesem Jahr zur Verfügung gestellt hat, um zu Behandlungsbereichen zu kommen, deren Personalmindestvorgaben nicht mehr nur theoriebasiert sind, sondern die Versorgung realistisch abbilden.	
11.9	DKPM	Literaturverzeichnis Präsentation Ist-Standerhebung der Personalausstattung in der Psychosomatischen Medizin, EPIIK Abschluss-symposium, 14. März 2024, Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin.	
12	Aktion psychisch Kranke e.V. (APK), 08.4.2024		
12.1	APK	Aus Sicht der Aktion Psychisch Kranke gilt es die Dokumentationsaufwände für die psychiatrischen Kliniken möglichst gering gehalten werden, um die Zeit für die Patienten und Patienten nutzen zu können. Zugleich muss aber ausreichend Transparenz für das Leistungsgeschehen bestehen. Kleinteilige, bürokratieaufwändige Vorgaben und Nachweise bilden einen Anachronismus zu einer flexiblen und individuell bzw. personenzentriert ausgerichteten Behandlung.	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Zustimmungende Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.
12.2	APK	§ 11 Abs. 3 In Absatz 3 findet sich der Passus, dass eine Nichterfüllungsmeldung innerhalb von 14 Tagen zu erfolgen hat. Im Bereich der PPP-RL ist das Nach-	GKV-SV: Kenntnisnahme. DKG: Dank und Kenntnisnahme. PatV: Dank und Kenntnisnahme.

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

		<p>weisverfahren komplex und daher nicht innerhalb dieser kurzen Frist abzuschließen. Die Position der DKG hier den Kliniken eine 6 Wochen Frist einzuräumen, kann nachvollzogen werden. Auch sind Zeiterfassungssysteme nicht überall in der Lage, bereits nach 2 Wochen Stationsbesetzungen korrekt mitzuteilen, da hier z. T. anderslautende tarifvertragliche Meldefristen (z. B. für Korrekturbelege) bestehen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Die Übermittlungsfrist sollte auf 6 Wochen verlängert werden.</p>	
12.3	APK	<p>§ 11 Abs. 13</p> <p>Die bisherigen quartalsbezogenen Abgaben der Nachweise sollten frühestmöglich umgestellt werden, d. h. ab 2025 sind nur noch jährlich quartalsbezogene Nachweise zu übermitteln. Damit ist eine erhebliche Reduktion des Aufwands in den Krankenhäusern verbunden. Für eine Weiterentwicklung der Richtlinie sind jahresbezogene Nachweise hilfreich und ausreichend. Eine jahresbezogene Übermittlung hat den Vorteil, dass Auffälligkeiten eines Quartals immer im Kontext der ganzjährigen Entwicklung gesehen werden können und würde der Versorgungsrealität stärker entsprechen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Hier ist der 01.01.2025 einzusetzen.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme. Die Kliniken sollten im Sinne des Bürokratie- und Dokumentationsabbaus von technischen und personellen Mehraufwänden entlastet werden, die mit der quartalsweisen Übersendung der Nachweise verbunden ist. Die bisher übermittelten Quartalsnachweise können bereits für eine Weiterentwicklung der PPP-RL genutzt werden. Die Varianz in den Nachweisdaten erweist sich im Laufe der letzten Jahre als nicht besonders groß, so dass bei der Abwägung von Aufwänden die bereits mit der Erstfassung der PPP-RL vorgesehene jährliche Übermittlung der quartalsbezogenen Nachweise nun ab 2026 umgesetzt werden sollte.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
12.4	APK	Anlage 2 Eingruppierungsempfehlungen	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>Aus fachlich-medizinischer Sicht gibt es keine Probleme bei</p>

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

		<p>Die stichtagsbezogene Patienteneinstufung beruht auf dem System der Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV). Minutenwerte, Regelaufgaben der Berufsgruppen und die Kriterien für die Einstufung der Patientinnen und Patienten sind aufeinander abgestimmt.</p> <p>Eine einfache Zuordnung der OPS-Codes ist nicht kongruent mit der Psych-PV Systematik.</p> <p>Zudem ist damit die Tür geöffnet die Dokumentation tagesbezogen zu gestalten und zu kontrollieren und den Dokumentationsaufwand deutlich zur erhöhen.</p> <p>In der Psych-PV war eine viermalige Stichtagserhebung pro Kalenderjahr vorgesehen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Rückkehr zur Stichtagserhebung wie vor 2020 mit viermaliger Erhebung im Jahr, da ausreichend und ressourcensparend.</p>	<p>der Eingruppierung der Patientinnen und Patienten in die Behandlungsbereiche nach Anlage 2 auf Basis von Routinedaten. Unklar bleibt, weshalb die APK davon ausgeht, dass eine „einfache Zuordnung der OPS-Kodes nicht kongruent mit der Psych-PV-Systematik“ sei.</p> <p>Wir weisen darauf hin, dass unser Vorschlag zur Umstellung auf Routinedaten den Dokumentationsaufwand der Krankenhäuser enorm reduziert: Bei den ca. 1.300 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Durchführung von insgesamt 34.000 Stichtagserhebungen mit ca. 1,9 Mio. Patientinnen und Patienten ersatzlos entfallen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Die Ausführungen unterstreichen die Bedenken der DKG hinsichtlich der Eingruppierung von Patienten/-innen auf Basis der OPS-Kodes. Eine differenzierte, medizinisch-fachliche Einstufung kann durch die pauschale Verwendung der OPS nicht gewährleistet werden. Dies betrifft u. a. den Vorschlag der normativen Zuordnung von Patienten/-innen ober-, respektive unterhalb ihres 65. Lebensjahres in bestimmte Behandlungskategorien. Menschen mit Stichtag des 65. Lebensjahres weisen nicht grundsätzlich Komorbiditäten oder spezifische Krankheitsbilder auf, wenngleich die Wahrscheinlichkeit dafür mit dem Lebensalter steigt und entsprechende Bedarfe in der Versorgung notwendig machen können. Es gibt ebenso eine große Zahl betroffener Älterer mit anderen, spezifischen Erkrankungen (z. B.</p>
--	--	--	--

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

			<p>Sucht), deren Behandlungsbedarfe nicht denen der Gerontokategorien entsprechen. Auch wenn der Klinik nach wie vor, die konkrete Art der Behandlung freisteht, entstehen durch die <i>pauschalen</i> Eingruppierungen auf OPS-Basis neue Patientenmixzuordnungen, deren Auswirkungen für jede einzelne Klinik von nicht unerheblicher Relevanz bei der Personalausstattung ist und einer fachlichen Grundlage entbehrt.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme.</p>
13	Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V. (WFKT), 08.04.2024		
13.1	WFKT	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Die Künstlerischen Therapien sind den Spezialtherapien als wichtiger Baustein in den klinischen Versorgungsbereichen untergeordnet, zu denen u.a. auch die Ergotherapie und Sprachheiltherapie gehören. Aus unserer Sicht ist es bleibend erforderlich, eine angemessene Benennung und Differenzierung der Versorgungsleistungen der Künstlerischen Therapien (als akademischer Gesundheitsberuf) innerhalb der Gruppierung „Spezialtherapien“ klarer zu berücksichtigen und kenntlich zu machen. (u.a. in Unterscheidung zu Leistungen der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten).</p>	<p>GKV-SV/DKG: Kenntnisnahme.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme. Die Stellungnahme bezieht sich jedoch nicht auf die aktuelle Richtlinienänderung.</p>
14	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), 08.04.2024		
14.1	DGPPN	Allgemeine Anmerkung	<p>PatV: Die Stellungnahme entspricht im Wortlaut der Stellungnahme der BDK. Siehe Auswertung zu Nr. 4.</p>

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

		<p>Die vorliegende Richtlinie für die Personalausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik des Gemeinsamen Bundesausschusses legt verbindlich Mindestvorgaben für das für eine psychiatrische/psychosomatisch/psychotherapeutische Behandlung erforderliche therapeutische Personal gemäß § 136a Abs. 2 Satz 1 SGB V fest. Damit soll ein Beitrag zu einer leitliniengerechten Diagnostik und Therapie geleistet werden. Ein aus unserer Sicht herauszuhebender Punkt ist die Eingruppierung von älteren Menschen, die unter psychischen Erkrankungen leiden: der aktuelle Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht. Ein weiterer herauszuhebender Punkt ist die durch den GKV-Spitzenverband in einigen Bereichen intensivierte Kleinteiligkeit von Dokumentations- und Berichtsleistungen, deren Nichterfüllung sanktioniert wird. Damit wird einem weiteren bürokratischen Aufwuchs Vorschub geleistet, der eine Ressourcenverschiebung in den Verwaltungsbereich bewirkt.</p>	<p>GKV-SV: Wir weisen darauf hin, dass unser Vorschlag zur Umstellung auf Routinedaten den Dokumentationsaufwand der Krankenhäuser enorm reduziert: Bei den ca. 1.300 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Durchführung von insgesamt 34.000 Stichtagserhebungen mit ca. 1,9 Mio. Patientinnen und Patienten ersatzlos entfallen.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
14.2	DGPPN	<p>§ 11</p> <p>Die im Zuge der Einführung der PPP-RL notwendige Datenerhebung ist in den vergangenen fünf Jahren ausführlich durchgeführt worden. Zu allen im § 11 in Diskussion befindlichen Passagen steht in den Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes die Kleinteiligkeit der Erhebung im Vordergrund. Im Sinne eines Abbaus von nicht zielführender Bürokratie sollten alle Bereiche, die keine Zunahme von positiven Effekten auf Diagnostik und Therapie erbringen, reduziert werden. Quartalsnachweise sind in diesem Kontext prinzipiell als problematisch anzusehen. Deshalb erscheint die Fortsetzung der quartalsweisen Übermittlung der ohnehin quartalsweise erhobenen Daten mit kurzen Übermittlungsfristen nicht zielführend.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme. Die Mindestvorgaben sind quartalsbezogen einzuhalten, die Krankenhäuser müssen also ohnehin quartalsbezogen dokumentieren. Der G-BA hat außerdem eine Beobachtungspflicht, für die eine quartalsweise Datenübermittlung und Auswertung im Rahmen der Einführungsphase der Richtlinie relevant ist. Analog zu dem Beschluss vom 21. März 2024, die Einführungsstufen in § 16 Abs. 1 bis Ende 2028 zu verlängern, soll aus Sicht des GKV-SV deshalb auch die quartalsweise Datenübermittlung verlängert werden.</p>

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

		<p>Kurze Übermittlungsfristen und der Umgang mit harten Plausibilitätskriterien erhöhen mittelbar den Ressourceneinsatz für Verwaltungsaufgaben ohne Qualitätszugewinn für die Behandlung unserer Patient:innen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Die DGPPN unterstützt die Änderungsvorschläge der DKG.</p>	<p>Plausibilisierungen vor Datenannahme sind zentral für belastbare Aussagen und auch im Sinne der Krankenhäuser.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Die Kliniken sind im Sinne des Bürokratie- und Dokumentationsabbaus von technischen und personellen Mehraufwänden zu entlasten, die mit der quartalsweisen Übersendung der Nachweise verbunden sind Die bisher übermittelten Quartalsnachweise können bereits für eine Weiterentwicklung der PPP-RL genutzt werden. Die Varianz in den Nachweisdaten erweist sich im Laufe der letzten Jahre als nicht besonders groß, so dass bei der Abwägung von Aufwänden die bereits mit der Erstfassung der PPP-RL vorgesehene jährliche Übermittlung der quartalsbezogenen Nachweise nun ab 2026 umgesetzt werden sollte</p>
14.3	DGPPN	<p>§ 13</p> <p>Die DGPPN schließt sich der Stellungnahme der DKG an.</p>	<p>GKV-SV: Kenntnisnahme.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p>
14.4	DGPPN	<p>Anlage 2</p> <p>Die seitens des GKV-Spitzenverbandes vorgeschlagenen Veränderungen der Einstufungskriterien in den OPS sollen auf eine „Vereinfachung“ der bisherigen differenzierten Vorgehensweise abzielen. Aus medizinischen Gründen ist eine pauschalierende Einstufung in die OPS nach dem Alter hierbei kein sinnvoller Schritt: sie bildet die Bedarfe der Patient:innen nicht ab. In Zeiten einer sich deutlich verändernden Altersstruktur unse-</p>	<p>GKV-SV: Die Argumentation erscheint widersprüchlich. Einerseits wird die angebliche "intensivierte Kleinteiligkeit" unserer Vorschläge kritisiert, die „bürokratischen Aufwand Vorschub“ leiste. Andererseits wird bemängelt, dass die von uns vorgeschlagene Altersgrenze von <65 und >= 65 Jahre für die Abgrenzung zwischen Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie zu undifferenziert sei. Und obwohl</p>

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

	<p>rer Gesellschaft mit großen Unterschieden in der Gesundheit von Menschen der Altersgruppe von 60 bis über 90 Jahren ist die Verstärkung einer willkürlichen Altersgrenze von 65 Jahren nicht nachvollziehbar. Typische Alterserkrankungen treten – wenn auch selten – so doch regelmäßig vor dem 65. Lebensjahr auf und brauchen den dementsprechenden Ressourceneinsatz. Ebenso gibt es viele psychisch Erkrankte die älter als 65 Jahre sind, die komplexer psychotherapeutischer Behandlungen bedürfen, wie sie in A7 und A8 abgebildet sind und die bei Suchtpatienten und gerontopsychiatrischen Patienten keine Repräsentanz in den OPS finden. Damit wird die für diese Patientengruppen ohnehin schon schwer erhältliche Psychotherapie in den Kliniken gefährdet. Bei Fehlen jeglicher Auswirkungenanalysen handelt es sich bei dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes um normative Veränderungen ohne Anpassung der Minutenwerte, die wir aus fachlicher Sicht ablehnen, aufgrund nicht einschätzbarer Konsequenzen für die Sicherheit der Patienten. Grundsätzlich halten wir den Einsatz des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS), der als eine Basis für das Entgeltsystem entwickelt wurde, für ungeeignet, ein Personalbemessungsinstrument zu ersetzen. Anstelle der Patient:innenbedarfe geraten Abrechnungsregularien so noch weiter in den Mittelpunkt der Betrachtungsweise. Dieser Weg würde mit den Vorschlägen des GKV-SV aus unserer Sicht weiter beschritten. Gerade dieser Abschnitt der Richtlinie verdeutlicht, wie dringend ein modernes Personalbemessungsinstrument benötigt wird, dass die Bedarfe der Patient:innen in den Mittelpunkt stellt.</p> <p>Abgesehen davon ist aktuell die Ableitung in die Behandlungskategorien zu den Stichtagen ein bewährtes Verfahren, das wenig zusätzlichen Auf-</p>	<p>die DGPPN schreibt, dass typische Alterserkrankungen selten vor Beginn des 65. Lebensjahrs auftreten, wird dennoch gefordert, für diese kleine Gruppe zusätzliche Regelungen zu schaffen. Konkrete Vorschläge, wie eine weitere Differenzierung erfolgen sollte, fehlen.</p> <p>Mit der gewählten Altersgrenze von ≥ 65 Jahren wurde der bisher in den Eingruppierungsempfehlungen der Anlage 2 der RL verwendete Terminus "höheres Lebensalter" für die Zuordnung in die Gerontopsychiatrie operationalisiert. Mit dem "höheren Lebensalter" wird gemeinhin das Alter ab dem 65. Lebensjahr bezeichnet. Die Altersgrenze von 65 Jahren wird sowohl vom Statistischen Bundesamt, dem Bundesgesundheitsministerium als auch dem Europarat verwendet.</p> <p>Wichtig ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die erkrankten Patientinnen und Patienten altersunabhängig selbstverständlich durch die Kliniken mit psychotherapeutischer Behandlung versorgt werden dürfen und können. Deshalb schlägt der GKV-SV in der aktuellen Richtlinienänderung vor, die Zuordnung in die Behandlungsbereiche A7 und A8 in Anlage 2 anzupassen und die im ersten Vorschlag vorgelegte Altersgrenze von < 65 Jahren für diese beiden Bereiche zu streichen. Somit können auch ältere Menschen eine intensive psychotherapeutische Behandlung erhalten. Darüber hinaus wird mit den Tragenden Gründen des GKV-SV zum vorliegenden Beschluss klargestellt, dass auch Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung eine intensive</p>
--	--	--

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

	<p>wand bedeutet. Hier ist von einer nicht notwendigen Änderung abzusehen, insbesondere vor dem Hintergrund der noch nicht ausgereiften Softwareumstellungen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Beibehaltung der bisherigen Kriterien zur Einstufung mit Stichtagserhebungen.</p>	<p>psychotherapeutische Behandlung erhalten und demnach eine Einstufung in die Behandlungsbereiche A7 und A8 möglich ist.</p> <p>Es ist nicht nachvollziehbar, dass die DGPPN einerseits bürokratischen Aufwand beklagt und andererseits das bisher verwendete Stichtagsverfahren weiterführen möchte. Wir weisen darauf hin, dass unser Vorschlag zur Umstellung auf Routinedaten den Dokumentationsaufwand der Krankenhäuser enorm reduziert: Bei den ca. 1.300 Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Durchführung von insgesamt 34.000 Stichtagserhebungen mit ca. 1,9 Mio. Patientinnen und Patienten ersatzlos entfallen. Hier am alten Stichtagsverfahren weiterhin festzuhalten mit der Begründung, es bedeute „wenig zusätzlichen Aufwand“ erstaunt.</p> <p>GKV-SV: Vielen Dank für den Hinweis zur Aufnahmediagnose. Es handelt sich hierbei um ein Missverständnis. Der GKV-SV setzt sich für eine klarstellende Ergänzung in der PPP-RL ein. Nur für die Fälle, in denen noch keine Hauptdiagnose vorliegt, soll hilfsweise die Aufnahmediagnose herangezogen werden. Dies betrifft nur Patienten, deren Behandlung nicht in einem Quartal abgeschlossen wurde und bei denen keine Hauptdiagnose vorliegt.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Die Ausführungen der DGPPN unterstreichen die Bedenken der DKG hinsichtlich der Eingruppierung von Patienten</p>
--	--	--

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

			<p>ten/-innen auf Basis der OPS-Kodes. Eine differenzierte, medizinisch-fachliche Einstufung kann durch die pauschale Verwendung der OPS nicht gewährleistet werden. Dies betrifft insbesondere den Vorschlag der normativen Zuordnung von Patienten/-innen ober-, respektive unterhalb ihres 65. Lebensjahres in bestimmte Behandlungskategorien. Wie der BDK erläutert, weisen Menschen mit Stichtag des 65. Lebensjahres nicht grundsätzlich Komorbiditäten oder spezifische Krankheitsbilder auf, wenngleich die Wahrscheinlichkeit dafür mit dem Lebensalter steigt und entsprechende Bedarfe in der Versorgung notwendig machen können. Es gibt jedoch genauso eine große Zahl betroffener Älterer mit anderen, spezifischen Erkrankungen (z. B. Sucht), deren Behandlungsbedarfe nicht denen der Gerontokategorien entsprechen. Auch wenn der Klinik nach wie vor, die konkrete Art der Behandlung freisteht, entstehen durch die pauschalen Eingruppierungen auf OPS-Basis neue Patientenmixzuordnungen, deren Auswirkungen für jede einzelne Klinik von nicht unerheblicher Relevanz bei der Personalausstattung ist und einer fachlichen Grundlage entbehrt.</p> <p>Die DGPPN unterstreicht ferner die globalen Bedenken zur Abkehr vom bewährten Verfahren der Stichtageinstufung. Mit der Aufgabe zugunsten der OPS-Codes erfolgt ein Bruch in der bisherigen Systematik zur Ermittlung der Mindestvorgaben. Bereits in der Erstfassung der PPP-RL wurde festgestellt, dass sich die Richtlinie an den Vorgaben der Psych-PV orientiert, da andere Modelle wie z. B. ein PEPP-</p>
--	--	--	--

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

			<p>basiertes Modell im Kontext von Mindestpersonalvorgaben als ungeeignet für eine Überführung in die PPP-RL bewertet wurden. Auch heute noch ist eine 1:1-Übertragung der OPS-Systematik auf die PPP-RL nicht vollständig möglich. Dieser liegen andere Kategorien und Einstufungen mit einer anderen Zielstellung (Abrechnungszwecke) zugrunde. Die Informationen aus den Routinedaten können auch für andere Zwecke genutzt werden, wenn sie auf ihre Eignung für die entsprechende Zielstellung überprüft wurden. Eine solche Eignungsprüfung ist nicht erfolgt.</p>
14.5	DGPPN	<p>Anlage 3</p> <p>Auch hier ist mit dem Vorschlag des GKV-SV die Erhöhung der Kleinteiligkeit und Detailreichtum und damit die Erhöhung des bürokratischen Aufwandes verbunden, ohne eine Erhöhung der Qualität von Diagnostik und Therapie zu bewirken, da die Anrechnung der Fach- und Hilfskraft-VKS ohnehin obligatorisch ist.</p> <p>Darüber hinaus möchte die DGPPN an dieser Stelle die kompensatorischen Fach- und die Hilfskraftquoten von 5 bzw. 10 % und die Nichtanrechenbarkeit weiterer Unterstützungskräften prinzipiell in Frage stellen. In Zeiten eines progredient zunehmenden Fachkräftemangels ist es notwendig, diese beiden Maßgaben kritisch zu diskutieren, auch um die Psychiatrie von sinnvollen Entwicklungen wie z. B. den Physician Assistant-Ausbildungsgängen nicht auszuschließen. Ein kontinuierliches (ggf. auch regionales) Ausharieren zwischen Qualitätssicherung und Aufrechterhaltung von Versorgung sollte hierbei im Mittelpunkt stehen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p>	<p>GKV-SV: Mit unserem Vorschlag soll Transparenz darüber hergestellt werden, wie viele fachfremde Mitarbeiter und Hilfspersonal herangezogen wurden, um die Mindestvorgaben einzuhalten und wie viele darüber hinaus insgesamt in den Kliniken beschäftigt sind, unabhängig von der zulässigen Quote.</p> <p>DKG: Dank und zustimmende Kenntnisnahme.</p> <p>Auch wenn der Vorschlag der DGPPN bzgl. der begrenzten Anrechnungsmöglichkeiten von Fach- und Hilfskräften nicht den zur Stellungnahme gestellten Beschlussentwurf betrifft, sollte er vor dem Hintergrund bestehender Versorgungsrealitäten im Rahmen der Weiterentwicklung der PPP-RL geprüft werden.</p>

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

		Keine Änderung der aktuellen Anlage 3.	
14.6	DGPPN	<p>Anlage 6 (Neu)</p> <p>Wie im Abschnitt zu § 11 begründet, wird durch diesen Anhang der Bürokratieaufwand insbesondere im Controllingbereich unnötig weiter erhöht. Für die Krankenhäuser entsteht durch die Verschärfung ein Mehraufwand, der erneut Ressourcen in den Verwaltungsbereich verschiebt.</p> <p>Änderungsvorschlag: Keine Übernahme der Anlage 6.</p>	<p>GKV-SV: Plausibilisierungen vor Datenannahme sind zentral für belastbare Aussagen und auch im Sinne der Krankenhäuser.</p> <p>DKG: Dank und Kenntnisnahme.</p> <p>Wir stimmen der allgemeinen Darstellung zu, dass ein Ziel der Weiterentwicklung der PPP-RL die sinnvolle und schrittweise Reduktion des Dokumentationsaufwands sein sollte (vgl. § 14 PPP-RL)</p>

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

II. Nicht fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden nicht fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt:

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)	9. April 2024	Stellungnahme

Zusammenfassung der nicht fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Arbeitsgruppe hat die nicht fristgerecht eingegangene Stellungnahme in einer Arbeitsgruppen-Sitzung am 11. April 2024 zur Kenntnis genommen. Eine Auswertung nach Fristablauf erfolgt grundsätzlich nicht. Die stellungnehmende Organisation wurde auf diese Rechtsfolge im Anschreiben vom 11. März 2024 hingewiesen.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme
1.1	DÄVT	<p>Allgemeine Anmerkung</p> <p>Psychotherapeutische Leistungen kommen in der PPP-RL und Psych-PV deutlich zu kurz und kommen den Anforderungen an eine qualitativ ausreichende Behandlung psychisch kranker im stationären und teilstationären Setting nicht nach.</p> <p>Bei den vorgeschlagenen Änderungen ist ein aus unserer Sicht herauszuhebender Punkt die Eingruppierung von älteren Menschen, die unter psychischen Erkrankungen leiden: der aktuelle Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist aus unserer Sicht nicht sachgerecht. Ein weiterer herauszuhebender Punkt ist die durch den GKV-Spitzenverband in einigen Bereichen intensivierte Kleinteiligkeit von Dokumentations- und Berichtsleistungen, deren Nichterfüllung sanktioniert wird. Damit</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme
		<p>wird einem weiteren bürokratischen Aufwuchs Vorschub geleistet, der eine Ressourcenverschiebung in den Verwaltungsbereich bewirkt.</p> <p>Im Folgenden finden Sie die Kommentierungen der DÄVT, wobei wir uns den Kommentierungen der DGPPN anschließen.</p>
1.2	DÄVT	<p>§ 11</p> <p>Die im Zuge der Einführung der PPP-RL notwendige Datenerhebung ist in den vergangenen fünf Jahren ausführlich durchgeführt worden. Zu allen im § 11 in Diskussion befindlichen Passagen steht in den Vorschlägen des GKV-Spitzenverbandes die Kleinteiligkeit der Erhebung im Vordergrund. Im Sinne eines Abbaus von nicht zielführender Bürokratie sollten alle Bereiche, die keine Zunahme von positiven Effekten auf Diagnostik und Therapie erbringen, reduziert werden. Quartalsnachweise sind in diesem Kontext prinzipiell als problematisch anzusehen, der dazu notwendige Personalaufwand ist erheblich und nicht gegenfinanziert und steht damit der Patientenversorgung nicht zur Verfügung. Deshalb erscheint die Fortsetzung der quartalsweisen Übermittlung der ohnehin quartalsweise erhobenen Daten mit kurzen Übermittlungsfristen nicht zielführend. Kurze Übermittlungsfristen und der Umgang mit harten Plausibilitätskriterien erhöhen mittelbar den Ressourceneinsatz für Verwaltungsaufgaben ohne Qualitätszugewinn für die Behandlung unserer Patient:innen.</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Die DÄVT unterstützt die Änderungsvorschläge der DKG.</p>
1.3	DÄVT	<p>§ 13</p> <p>Die DVÄT schließt sich der Stellungnahme der DKG an.</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme
1.4	DÄVT	<p>Anlage 2</p> <p>Die seitens des GKV-Spitzenverbandes vorgeschlagenen Veränderungen der Einstufungskriterien in den OPS sollen auf eine „Vereinfachung“ der bisherigen differenzierten Vorgehensweise abzielen. Aus medizinischen Gründen ist eine pauschalierende Einstufung in die OPS nach dem Alter hierbei kein sinnvoller Schritt: sie bildet die Bedarfe der Patient:innen nicht ab. In Zeiten einer sich deutlich verändernden Altersstruktur unserer Gesellschaft mit großen Unterschieden in der Gesundheit von Menschen der Altersgruppe von 60 bis über 90 Jahren ist die Verstärkung einer willkürlichen Altersgrenze von 65 Jahren nicht nachvollziehbar. Typische Alterserkrankungen treten – wenn auch selten – so doch regelmäßig vor dem 65. Lebensjahr auf und brauchen den dementsprechenden Ressourceneinsatz. Ebenso gibt es viele psychisch Erkrankte die älter als 65 Jahre sind, die komplexer psychotherapeutischer Behandlungen bedürfen, wie sie in A7 und A8 abgebildet sind und die bei Suchtpatienten und gerontopsychiatrischen Patienten keine Repräsentanz in den OPS finden. Gerade die Psychotherapie ist bei älteren Patientinnen mit z.B. schweren depressiven Episoden oft hochwirksam in der Akutphase und führt eindeutig zu einer Verbesserung des Krankheitsverlaufs, schnelleren Genese und deutlich geringeren Nachfolgekosten. Mit dem Vorschlag der GKV-SV wird die für diese Patientengruppen ohnehin schon schwer erhältliche Psychotherapie in den Kliniken gefährdet. Bei Fehlen jeglicher Auswirkungsanalysen handelt es sich bei dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes um normative Veränderungen ohne Anpassung der Minutenwerte, die wir aus fachlicher Sicht ablehnen, aufgrund nicht einschätzbarer Konsequenzen für die Sicherheit der Patienten. Grundsätzlich halten wir den Einsatz des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS), der als eine Basis für das Entgeltsystem entwickelt wurde, für ungeeignet, ein Personalbemessungsinstrument zu ersetzen. Anstelle der Patient:innenbedarfe geraten Abrechnungsregularien so noch weiter in den Mittelpunkt der Betrachtungsweise. Dieser Weg würde mit den Vorschlägen des GKV-SV aus unserer Sicht weiter beschritten. Gerade dieser Abschnitt der Richtlinie verdeutlicht, wie dringend ein modernes Personalbemessungsinstrument benötigt wird, dass die Bedarfe der Patient:innen in den Mittelpunkt stellt.</p> <p>Abgesehen davon ist aktuell die Ableitung in die Behandlungskategorien zu den Stichtagen ein bewährtes Verfahren, das</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme
		<p>wenig zusätzlichen Aufwand bedeutet. Hier ist von einer nicht notwendigen Änderung abzusehen, insbesondere vor dem Hintergrund der noch nicht ausgereiften Softwareumstellungen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Beibehaltung der bisherigen Kriterien zur Einstufung mit Stichtagserhebungen.</p>
1.5	DÄVT	<p>Anlage 3</p> <p>Auch hier ist mit dem Vorschlag des GKV-SV die Erhöhung der Kleinteiligkeit und Detailreichtum und damit die Erhöhung des bürokratischen Aufwandes verbunden, ohne eine Erhöhung der Qualität von Diagnostik und Therapie zu bewirken, da die Anrechnung der Fach- und Hilfskraft-VKS ohnehin obligatorisch ist.</p> <p>Darüber hinaus möchte die DÄVT an dieser Stelle die kompensatorischen Fach- und die Hilfskraftquoten von 5 bzw. 10 % und die Nichtanrechenbarkeit weiterer Unterstützungskräften prinzipiell in Frage stellen. In Zeiten eines progredient zunehmenden Fachkräftemangels ist es notwendig, diese beiden Maßgaben kritisch zu diskutieren, auch um die Psychiatrie von sinnvollen Entwicklungen wie z. B. den Physician Assistant-Ausbildungsgängen nicht auszuschließen. Ein kontinuierliches (ggf. auch regionales) Austarieren zwischen Qualitätssicherung und Aufrechterhaltung von Versorgung sollte hierbei im Mittelpunkt stehen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Keine Änderung der aktuellen Anlage 3.</p>
1.6	DÄVT	<p>Anlage 6 (Neu)</p> <p>Wie im Abschnitt zu § 11 begründet, wird durch diesen Anhang der Bürokratieaufwand insbesondere im Controllingbe-</p>

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme
		reich unnötig weiter erhöht. Für die Krankenhäuser entsteht durch die Verschärfung ein Mehraufwand, der erneut Ressourcen in den Verwaltungsbereich verschiebt. Änderungsvorschlag: Keine Übernahme der Anlage 6.

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

III. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 11. März 2024 und 18. April 2024 eingeladen bzw. im Unterausschuss QS angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	30. April 2024 / ja	Ja
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	26. April 2024 / ja	Ja
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	19. April 2024 / ja	Ja
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	29. April 2024 / ja	Ja
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)	22. April 2024 / ja	Ja
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	24. April 2024 / ja	ja
Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)	30. April 2024 / ja	ja
Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	23. April 2024 / ja	ja
Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien e.V.	6. Mai 2024 / ja	nein

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

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
(WFKT)		
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	23. April 2024 / ja	ja
Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)	9. April 2024 / ja	nein

Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss QS in seiner Sitzung am 8. Mai 2024 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmend Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 8. Mai 2024) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
1.	Bundesdirektorenkonferenz e.V. (BDK)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
2.	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmend Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 8. Mai 2024) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
3.	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einstufungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
4	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einstufungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
5	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einstufungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
6	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einstufungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
7	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin e.V. (DKPM)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Ein-

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

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmend Organisation	Inhalt der mündlichen Stellungnahme	Auswertung der Anhörung (Stand: 8. Mai 2024) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			führungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
8	Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
9	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)	<i>siehe Wortprotokoll</i>	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte im Zusammenhang mit den Sanktionen und den Einführungsstufen, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.



Wortprotokoll

einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL): Änderung der Richtlinie für das EJ 2025

Vom 8. Mai 2024

Vorsitzende:	Frau Maag
Beginn:	13:02 Uhr
Ende:	14:11 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Bundesdirektorenkonferenz e. V. (BDK)
Herr Prof. Dr.

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

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)
Herr

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

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e. V. (DGPT)
Frau

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

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

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

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

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
Frau Dr. med.

Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
Herr Prof. Dr.

Beginn der Anhörung: 13:02 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Meine Damen und Herren, es ist 13 Uhr, wir müssen weitermachen, wir haben die Anhörung auf 13 Uhr terminiert. Und jetzt bitte ich alle, wieder Platz zu nehmen. Ich rufe Tagesordnungspunkt 13, die PPP-Richtlinie, auf.

Meine Damen und Herren, ich darf diejenigen, die uns jetzt zugeschaltet sind, als Vertreter der stellungnahmeberechtigten Organisationen, ganz herzlich bei uns begrüßen. Vielen Dank, dass Sie schriftlich Stellungnahmen eingereicht haben. Vielen Dank, dass Sie heute an der Sitzung teilnehmen.

Ich will vorab einige organisatorische Anmerkungen machen: Sie werden von mir in der Reihenfolge des Eingangs der Stellungnahmen aufgerufen, das heißt nicht alphabetisch, sondern schlicht nach Datum. Sie sollten für Ihre Stellungnahme bitte das Mikrofon verwenden und uns zu Beginn immer den Namen und die Institution benennen, die Sie vertreten. Wir erstellen ein stenografisches Protokoll, das ist wichtig. Das Protokoll wird dann später im Internet veröffentlicht und da sollte man Sie auch zuordnen können.

Dann: Gehen Sie bitte bei Ihren Stellungnahmen davon aus – diejenigen, die schon häufiger bei uns waren, wissen das –, dass wir Ihre schriftliche Stellungnahme gelesen und in Teilen verarbeitet haben. Heute besteht Gelegenheit zu akzentuieren. Das heißt, dass Sie sich auf das konzentrieren, was für Sie wichtig ist, was vielleicht noch nicht in Ihrer schriftlichen Stellungnahme steht, und für uns, die Teilnehmer hier, bedeutet das die Gelegenheit zur gezielten Nachfrage.

Sie haben insgesamt drei Minuten Zeit für Ihr Statement. Es wird eine Sanduhr auf dem Bildschirm erscheinen, die Ihnen beim Zeitmanagement behilflich ist. Wie gesagt, im Anschluss besteht die Gelegenheit für uns, nachzufragen. Ich schlage vor – und gucke jetzt in die Runde –, dass wir nach fünf Organisationen eine Pause machen und da dann die Gelegenheit zur Nachfrage besteht. Die Vertreter der fünf Organisationen, die in die erste Runde kommen, dürfen selbstverständlich bei uns bleiben. Falls es im Anschluss noch Fragen gibt, wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie uns kenntlich machen würden oder uns informieren, dass Sie uns frühzeitig verlassen.

Das war die Vorrede. Jetzt rufe ich auf als erste Organisation die Bundesdirektorenkonferenz, Herr Prof. (BDK), Sie haben das Wort. – Herr (BDK), im Moment hören wir Sie nicht, wir sehen aber, dass Sie das Mikro eingeschaltet haben. Das heißt, da muss irgendeine Schwierigkeit bestehen. – Wir probieren es jetzt mal mit der nächsten Gesellschaft, das ist die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Es haben sich gemeldet Herr Prof. (DGKJP) und Frau Prof. (DGKJP). Wem darf ich das Wort geben? – Herr Prof. (DGKJP). – Herr Prof. (BDK), im Anschluss würde ich Sie noch mal aufrufen.

Herr Prof. (DGKJP): (DGKJP) für die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, guten Tag, ich weiß nicht, ob ich die ganzen drei Minuten brauche. Generell: Wir hatten uns zur Einstufung geäußert, wir sind für Bürokratieabbau, und wir wissen ja, dass auch im Rahmen der PPP-RL die Bürokratie immer noch mehr um die patientenfernen Tätigkeiten zugenommen hat. Ich kann nur für unser Fachgebiet sprechen, und wir sehen durch die Einstufungsmöglichkeiten oder Algorithmen das als eine gute Lösung, um zumindest von der Bürokratie etwas wegzukommen.

Zur Frage der OPS, Kinder betreffend in psychosomatischen Einrichtungen: Soweit uns bekannt ist, ist es ja so, dass die psychosomatischen Einrichtungen, die Kinder behandeln,

dann auch die Strukturkriterien für Kinder erfüllen. Und aus Sicht unserer Fachgesellschaft haben Kinder die Rechte, die Strukturkriterien, die für sie festgelegt worden sind, auch vorzufinden und entsprechend behandelt zu werden.

Deswegen: Wenn Strukturkriterien nicht erfüllt werden, ist auch ein Kinder-Kode aus unserer Sicht dann nicht gerechtfertigt – bzw. weitergehend ist eigentlich eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen dann auch nicht wirklich gerechtfertigt. Das in aller Kürze zum diesjährigen Verfahren, zur diesjährigen Anhörung. – Danke schön.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke, Herr Prof. (DGKJP). Bleiben Sie bitte noch bei uns. – Herr Prof. (BDK).

Herr Prof. (BDK): Vielen Dank für die Möglichkeit, für die Bundesdirektorenkonferenz mündlich Stellung nehmen zu können. Mir sind zwei Punkte sehr wichtig:

Der erste Punkt ist der Abbau von Bürokratie und Entbürokratisierung. Da, denke ich, ist wesentlich, dass wir auch in den Anpassungen der PPP-RL die Entbürokratisierung bzw. den Rückbau des Bürokratismus ein Stück weit nach vorne bringen. Klar, das Thema Transparenzsteigerung als Kontrapunkt zur Entbürokratisierung ist auch in der aktuellen PPL-RL zu finden. Aber in diesem Sinne wäre es sinnvoll, gerade die zusätzlich geforderten Punkte, wie weiterer Detailreichtum in Tabellen oder auch verkürzte Fristen, die ja einen Vorhalteaufwand auch innerhalb der Verwaltung anbelangen, ein Stück weit eher zurückzugehen und nicht weiter dem Bürokratismus Vorschub zu leisten.

Der zweite Punkt, der mir wichtig ist, ist die Eingruppierung in die Behandlungsbereiche, insbesondere an der Schnittstelle der G- und der A-Eingruppierung, die für geronto- und allgemeinspsychiatrische Eingruppierung. Hier ist eine 65-Jahre-Grenze im Gespräch, die aus unserer Sicht nicht unsere heutige Lebenswelt abbildet. Ich denke an den 80-jährigen sehr fitten depressiven Patienten oder an eine 61-jährige Patientin mit einer fortgeschrittenen Demenz und Multimorbidität, die jeweils in der gegenstufigen Eingruppierung A und G eigentlich falsch aufgehoben sind. Dementsprechend ist die Bundesdirektorenkonferenz der Meinung, dass es nicht sinnvoll ist, die 65-Jahre-Grenze einzuführen. Außerdem beinhaltet sie, dass die Psychotherapie-Komplex-Kodes für ältere Patienten nicht zur Verfügung stehen. Das hat letztendlich natürlich Auswirkungen auf die Behandlung unserer älteren psychisch erkrankten Patienten. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke, Her Prof. (BDK). Bitte bleiben auch Sie noch bei uns. – Dann wäre die Nächste die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, ver.di, Herr (ver.di).

Herr (ver.di): Herzlichen Dank auch von mir für die Gelegenheit, hier teilnehmen und Stellung nehmen zu können, (ver.di) für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di.

Es ist ja so, dass mit der Einführung der Richtlinie das Ziel verfolgt wurde, die Qualität in der psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosomatischen Versorgung durch die Einführung von Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu sichern. Die Mindestvorgaben sollen also einen Beitrag zur leitliniengerechten Behandlung leisten. Dieses Ziel wird aus unserer Sicht auch im fünften Jahr nach Inkrafttreten der Richtlinie bedauerlicherweise verfehlt.

Die Beschlüsse aus der 138. Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses führen zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgung und sind nicht geeignet, die hohe Arbeitsbelastung der Beschäftigten in den psychiatrischen Einrichtungen zu reduzieren. Die Verlängerung der Übergangszeiten bis 2029 bei gleichzeitiger Reduktion der Erfüllungsgrade auf 90 % im

laufenden Jahr schwächt das erforderliche Kriterium der Verbindlichkeit bei der Erfüllung der Mindestvorgaben weiter ab. Der bereits langfristig angelegte und nun verlängerte Übergangszeitraum führt dazu, dass eine die Beschäftigten in den psychiatrischen Einrichtungen entlastende Wirkung nicht absehbar wird. Die dafür ausschlaggebende Begründung, die Einrichtungen bei einem teilweise noch notwendigen Personalaufbau nicht überfordern zu wollen, beruht auf einer dramatischen Fehleinschätzung der Lage. Nicht die Senkung der Vorgaben zur Mindestbesetzung, sondern die Anpassung der Versorgung an das zur Verfügung stehende Personal führt zu einer höheren Behandlungsqualität, entlastet das Personal und macht die Gesundheitsberufe attraktiver.

ver.di fordert daher, die Reduktion der Erfüllungsgrade sowie die Verlängerung der Übergangszeiten zurückzunehmen. Eine Stärkung der Qualität der Versorgung kann nur gelingen und sichergestellt werden, wenn ausreichend Personal inklusive aller Ausfallzeiten und besonderer Personalbedarfe jederzeit in den psychiatrischen Einrichtungen vorgehalten wird. Dazu bedarf es der entsprechenden Vorgaben nicht nur in der Bemessung des Mindest- und Regelpersonalbedarfs, sondern auch einer höheren Verbindlichkeit in den Regelungen des § 10 Abs. 2 der Richtlinie. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr (ver.di). – Es folgt der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen. – Herr Dr. (BApK) scheint nicht da zu sein, dann würde ich das zurückstellen. – Dann wäre die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie an der Reihe. Frau (DGPT), Sie haben das Wort.

Frau (DGPT): Ich bin (DGPT) von der DGPT, der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie. Ich bin Fachärztin für psychosomatische Medizin und Chefärztin in einer psychosomatischen Abteilung in einem Haus, in dem es auch eine große Psychiatrie gibt.

Ich habe nur wenige Ergänzungen zu unserer Stellungnahme. Grundsätzlich bitten wir darum, alles zu vermeiden, was einen weiteren Dokumentationsaufwand verursacht: zusätzliche Abfragen, zusätzliche Kontrollen. Wir haben in den Kliniken alle erlebt, dass in den letzten Jahren ein Personalzuwachs im Controlling genau aus diesen Gründen stattgefunden hat: um all das vorzuhalten. Wir sind grundsätzlich dafür, Routinedaten einzuführen, haben aber die Erfahrung gemacht, dass sich KIS-Systeme nicht automatisch umstellen, sondern dass die Anpassung enorm zeitaufwendig ist, weswegen wir dankbar für verlängerte Fristen sind.

Falls diese Einstufungstabelle mit den Eingruppierungsempfehlungen wie in Anlage 2 einer solchen Verschlinkung dienen würde: Wir haben Sorge, dass eine weitere Aufsplittung und Kontrolle das eben nicht tut, es sei denn, man verwendet wirklich Routinedaten, das sind einige Punkte, die zu bedenken sind.

Eines wurde schon genannt: Ich kann mir nicht vorstellen, dass alle über 65-jährigen Patienten in der Psychiatrie nur in der Gerontopsychiatrie behandelt werden. Das ist ein Wert, der nicht realistisch ist in unserer Zeit. Für die Psychosomatik kann ich sagen, dass in der Einstufung die Tatsache, dass auch Kinder und Jugendliche in der psychosomatischen Medizin behandelt werden können, bei entsprechenden Strukturvoraussetzungen nicht abgebildet ist, hier müsste die OPS 9-65 ergänzt werden. In der Zwischenzeit gab es eine zweite Darstellung der EPPIK-Studienergebnisse. Wir bitten sehr, diese in den weiteren Verlauf einzubeziehen.

Es gibt zwei Dinge, die aus unserer Sicht im Zusammenhang mit der aktuellen Stellungnahme bemerkenswert sind. Es ist deutlich geworden, dass die Einstufung P1, P2 – bzw. P3, P4 – viel zu wenig abbildet, wie viel Bandbreite der Behandlungsbereiche besteht. Ein wenig lässt sich

das auch aus der Tabelle erlesen, dass hier mehrere OPS-Kodes in einen Behandlungsbereich gefasst wurden. Und zum anderen kann ich immer wieder wiederholen, dass es ein Problem gibt, dass es eine optimale Behandlung gibt, bei der viel Personal aufgewendet werden muss - die wünschen wir uns -, und gleichzeitig aber auch eine Untergrenze besteht, die für Krankenkassen dann unter Umständen die Obergrenze bedeutet und uns in unseren Verhandlungen behindert. Hier müsste es eine Lösung geben und darüber müsste auch weiter diskutiert werden. Zum Beispiel könnten Sanktionen erst ab einer gewissen Unterschreitung von Untergrenzen greifen, die mehr dem Optimalen näher sind. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herzlichen Dank, Frau (DGPT). – Jetzt frage ich mal in die Runde, ob Herr Dr. (BAPK) mittlerweile da ist. – Nein. – Dann würde ich jetzt trotzdem die Gelegenheit für Fragen geben. Und als Erste hatte sich Frau (DKG) gemeldet.

Frau (DKG): Vielen Dank an Sie alle für Ihre Ausführungen. Wir haben zwei Fragen an Herrn (BDK).

Erstens: Sie sind in Ihren Ausführungen und in Ihrer Stellungnahme bezüglich der Umstellung auf Routinedaten insbesondere auf den Alterscut von 65 Jahren eingegangen. Hier würden wir Sie gern fragen, welche weiteren Zuordnungsversuche bei dieser Umstellung Sie kritisch sehen.

Zweitens: Sie sind auch auf die bürokratischen Aufwände eingegangen. In Ihrer Stellungnahme haben Sie geschrieben, dass Sie die Verlängerung der quartalsweisen Datenübermittlung statt der jährlichen Datenübermittlung, wie sie ab 2025 vorgesehen ist, kritisch sehen. Können Sie noch mal ausführen, warum es aus Ihrer Sicht wichtig ist, hier die Jahresübermittlung vorzusehen?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (DKG). – Herr Prof.(BDK).

Herr Prof. (BDK): Zur ersten Frage: Das Auffälligste ist die 65-Jahre-Grenze. Darüber hinaus ist anzumerken, dass eine Eingruppierung der Menschen mit einer Drogenabhängigkeit – bislang komplett in die S2, jetzt aber nach den neuen Entwürfen nicht mehr komplett in die S2 – eine Verschiebung innerhalb der Suchtpsychiatrie bedeuten würde, das heißt eine Verringerung des Gewichts der Suchtpsychiatrie aufgrund der herabgestuften Eingruppierung dann über die auch herabgestufte Eingruppierung anhand des Personals. Das wäre ein Punkt, der noch auffällig ist, der durchaus eine hohe Relevanz hat im Gefüge der A-, G- und S-Einteilung.

Zum Zweiten: Natürlich, Routinedatennutzung ist gut, wenn sie dann auch sehr gut das aktuelle Geschehen abbildet. Wenn man zu sehr auf die Routinedatennutzung eingeht - ich denke da an die Stichtagserhebung -, haben wir die Gefahr, dass wir eine nicht mehr ganz klare Realitätsabbildung dann haben. So viel zur Frage nach den Routinedaten und der Eingruppierung.

Zur zweiten Frage: Die jährliche Datenübermittlung bedeutet letztendlich, wenn man es herunterbricht auf den Alltag, dass wir zum Stichtag eine Person haben, die das übermittelt, die letztendlich auch einen Aufwand darstellt, dass sie da ist, dass eine Vertretung da ist im Notfall, wenn sie ausfällt. Wenn wir das an mehreren Tagen im Jahr haben, ist das natürlich ein größerer Aufwand. Und letztendlich, wie auch schon genannt, dass die kleinen, aber feinen Aufwände sich addieren und dann zu einer Ausweitung von Medizin-Controlling und zu einer Verlagerung unserer Kapazitäten weg von Patienten und weg von Patientenbetreuung geht. Und das ist etwas, was wir natürlich zu vermeiden suchen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Als Nächste fragt Frau (GKV-SV), dann Herr (BÄK), dann Herr (PatV) und zuletzt Herr (PatV). – Frau (GKV-SV), Sie beginnen.

Frau (GKV-SV): Danke. Ich habe eine Frage an die DGKJP. Sie sind auf die Umstellung auf Routinedaten eingegangen. Ich wollte Sie noch mal bitten, aus Ihrer Sicht darzustellen, ob denn oder warum diese Umstellung sinnvoll ist und ob das zumindest für die Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie adäquat umgesetzt worden ist.

Und ich wollte noch mal zu Ihrer Stellungnahme nachfragen: Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass hier eine Referenztafel ergänzt werden sollte, bei den Berufsgruppen. Könnten Sie das bitte noch mal näher erläutern, und, welche Voraussetzungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen gegeben sein sollten. – Danke.

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

Herr Prof. (DGKJP): Ich beginne mal, meine Kollegin Frau Prof. (DGKJP) ergänzt gegebenenfalls. – Danke, Frau (GKV-SV), für die Frage. Ich kann nur für die Kinder- und Jugendpsychiatrie-Eingruppierung sprechen, da sind ja die Klassifikationen relativ einfach, auch mit den Alterssplits – 14 –, das ist ja auch jetzt schon so, auch wenn man es händisch machen würde, sodass die Algorithmen bei uns relativ gut treffen. Und das muss man ja immer wiederum sagen: Das ist ja nur die Einstufung erst mal für die KJ-Kategorien. Was ganz anderes ist ja wiederum, was dann rauskommt bei PEPP oder sonst was, wo wir dann sehen, dass die unter 8-Jährigen besonders aufwendig sind, aber für das genügt es. Und viel mehr kann ich dazu ehrlicherweise auch nicht ausführen. Aber wie gesagt, ich begrenze mich hier immer auf unser Fachgebiet, auf die Kinder und Jugendlichen.

Zum zweiten Teil der Frage: Es gibt ja Strukturkriterien für Kinder- und Jugendlichenbehandlungen, das sind ja die OPS-KJ-Nummern, wo Strukturen vorgegeben sind. Insofern müssten all diese Strukturkriterien – das betrifft nicht nur die Begleitung durch den Facharzt, der dann in anderen Bereichen ergänzt werden müsste, es ist auch die Pflege- und Erziehungsdienstthematik – da, wo Kinder behandelt werden, dann eben erfüllt werden. Und dann müsste es natürlich die Möglichkeit geben, die auch abzubilden. – Frau (DGKJP) möchte dazu vielleicht noch etwas ergänzen.

Frau Prof. (DGKJP): Ja, gern. – Was die Referenztafeln angeht: Wenn man für die Psychosomatik den OPS 9-65 ergänzen will, dann muss man alle Berufsgruppen dazuschreiben, alle Qualifikationen für Kinder aus allen Berufsgruppen, sonst macht es keinen Sinn, da muss man den ganzen OPS abbilden. Ansonsten finden wir die Abbildungen in Anhang 2 okay. Wir sind auch für den Wegfall dieses Merkmals „fremdgefährdend, selbstgefährdend, hoher Erregungszustand“, weil der OPS 9-67 eine sehr viel breitere Definition von Intensivmerkmalen hat als die alte KJ3-Einstufung. Das war immer ein Widerspruch und das muss man bereinigen, wenn man das ehrlich machen will.

Noch eine Ergänzung zur Referenztafel B8: Da gibt es den Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer zu den Ausbildungskandidaten für Psychotherapie. Da fehlen in der Tat nur in der Referenztafel die weiteren Berufsgruppen, die wir vorne gar nicht nötig hielten zu ergänzen, um einen Widerspruch zwischen § 3 und § 8 zu vermeiden. Aber in der Referenztafel ist es in der Tat sehr widersprüchlich und da wäre es sinnvoll, noch die weiteren Berufsgruppen mit aufzunehmen. – Danke.

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

Herr (BÄK): Herzlichen Dank, (BÄK) für die Bundesärztekammer. Ich hätte eine Frage an die Bundesdirektorenkonferenz: Herr (BDK), Sie haben mehrfach darauf hingewiesen, wie problematisch eine Grenze für ältere Menschen bei 65 Jahren sein kann. Und Sie haben darauf hingewiesen, dass das besondere Auswirkungen auf die Psychotherapie hätte. Ich würde Sie bitten, das noch mal etwas zu konkretisieren, beispielsweise ein 68-jähriger depressiver

Patient: Was würde das bedeuten, wenn der gerontopsychiatrisch eingruppiert würde statt in der Allgemeinpsychiatrie?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank. – Herr Prof. (BDK).

Herr Prof. (BDK): Wir haben in der Eingruppierung D nicht die Möglichkeit, psychotherapeutische Komplexbehandlungen abzubilden, wie wir das in der Eingruppierung A haben. Und diese Komplexbehandlungen beinhalten natürlich eine intensive psychotherapeutische Behandlung mit den drei Psychotherapieeinheiten mindestens, darüber hinaus ist ja auch noch mehr möglich. Und das würde sozusagen in der Abbildung in G dann wegfallen.

Darüber hinaus hat das natürlich auch Auswirkungen aufgrund der höheren Personalbedarfe in der G-Eingruppierung, insbesondere im Pflegebereich, dass mit dem abzusehenden Pflegemitarbeiterinnen- und -mitarbeitermangel die G-Bereiche letztendlich weniger Gewicht haben können in den Kliniken aufgrund der höheren Personalressourcen und dann wahrscheinlich eher die Patientinnen und Patienten mit den affektiven Störungen ins Hintertreffen geraten, weil die akute Notwendigkeit der Versorgung von Demenz und die hier Erkrankten im Vordergrund stehen. Das heißt also, auf verschiedenen Ebenen hat das eine schlechtere Versorgung der depressiven älteren Patienten zur Folge.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Prof. (BDK). – Der Nächste ist Herr (PatV) von der Patientenvertretung.

Herr (PatV): Vielen Dank, Frau Vorsitzende des Unterausschusses. Ich hätte zwei Fragen an Herrn (ver.di) von der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft.

Meine erste Frage: Sind Sie der Meinung, dass die Umstellung auf Routinedaten weniger Dokumentationsaufwand für die psychiatrischen Krankenhäuser bedeutet? Und der zweite Bestandteil dieser Frage: Was kann noch getan werden, um diesen Dokumentationsaufwand zu reduzieren, ohne die erforderliche Zahl der Dokumentationen zu verringern?

Und die zweite Frage: Warum sind Sie der Auffassung – ich beziehe mich auf die schriftliche Stellungnahme –, dass Patienten ab dem 65. Lebensjahr, unabhängig von der psychiatrischen Diagnose, als gerontopsychiatrische Patienten geführt werden sollen? – Danke.

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

Herr (ver.di): Vielen Dank für die Fragen, (ver.di) für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. Zu Ihrer ersten Frage: Also es ist ja gegenwärtig bereits so, dass relevante Abrechnungsdaten in den Einrichtungen vorgehalten werden. Dazu zählen in der Regel die tagesaktuellen Behandlungsdaten im KIS-System, im Krankenhausinformationssystem, die Daten zur Sollbesetzung Personalplanung in den HR-Systemen, häufig auch Ist-Daten zur tatsächlichen Anwesenheit an den einzelnen Tagen in den HR-Systemen sowie Daten zum tatsächlichen Einsatzort im Tag- und Nachtdienst, häufig auch inklusive Ausfallzeiten in den IT-Systemen zur Dienstplanung. Diese Daten sollten in den allermeisten Einrichtungen digital vorliegen. Sie müssten datenschutzkonform, also anonymisiert, zum Zweck des Nachweises ausgewiesen und dann in die entsprechenden Dateien übertragen werden, dann würden wir da auch einen echten Mehrwert sehen, mit dem gleichzeitig ein Verlust an erforderlichen Informationen verringert oder vermieden wird.

Zur zweiten Frage, hinsichtlich der Führung von Patienten ab dem 65. Lebensjahr als gerontopsychiatrische Patienten: Es ist so, dass aufgrund altersbedingter Begleiterkrankungen oder langjähriger psychiatrischer Erkrankungen mit entsprechenden Auswirkungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand davon ausgegangen werden kann, dass in vielen Fällen ein

höherer Versorgungsaufwand der Patienten besteht, wenn sie diese Altersgrenze überschritten haben oder sich dieser Grenze nähern. Dem kann durch die Eingruppierung, zum Beispiel in den Behandlungsbereich G, Rechnung getragen werden. Es gibt Einstufungen, die dafür besonders anzuführen sind: G1, G2 und G6. Dort sind die Minutenwerte für die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen gegenüber dem Behandlungsbereich A erhöht. Dadurch wäre eine deutlich bessere Versorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten möglich. Ab dem 65. Lebensjahr ist zudem zum Beispiel mit einer erhöhten Immobilität, Sturzgefahr und einem Begleitungserfordernis bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zu rechnen, zumindest deutlich häufiger als bei Patienten bis zu diesem Alterskriterium.

Um also die bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, bedarf es, um diese Kriterien auch zu erfüllen, deutlich mehr Personal. Dadurch werden wiederum gute Arbeitsbedingungen sichergestellt und eine Einhaltung der erforderlichen Kriterien auch im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz gewährleistet. Es dient also sozusagen der Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen und der Stärkung der Versorgungsqualität. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (ver.di). – Der Nächste ist Herr (PatV), ebenfalls Patientenvertretung.

Herr (PatV): Schönen Dank, Frau Vorsitzende des Unterausschusses, (PatV) von der Patientenvertretung G-BA. – Ich habe ebenfalls eine Frage an Herrn (ver.di) von der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft. Sie haben sich ja, Herr (ver.di), sehr umfassend, wie wir alle im G-BA, mit der Frage beschäftigt, wie die in der PPP-Richtlinie genannten Ziele zur Sicherung der Qualität durch Mindestvorgaben erreicht werden könnten und welchen Beitrag sie auch zu einer leitliniengerechten Behandlung leisten können. Das ist ja eigentlich ein Anliegen bei jeder Änderung. Kommt man aus Ihrer Sicht mit der vorliegenden Änderung diesem Ziel näher? Wenn ich Sie richtig verstanden habe, bezweifeln Sie dies. Aber was wären denn die dringlichsten Änderungen zur Erreichung dieser Ziele, können Sie uns da Konkreteres sagen? – Danke schön.

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

Herr (ver.di): Ich bedanke mich zunächst für die Frage, (ver.di) für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. – Aus unserer Sicht ist es so, dass die aktuellen Änderungen wenig Auswirkungen auf eine bessere Versorgung haben dürften. Wir sehen in der verstärkten Anwendung der OPS die Einführung von PEPP, also des PEPP-Systems, durch die Hintertür und fordern daher eine zeitnahe Überprüfung, ob das Entgeltsystem Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik überhaupt geeignet ist und welche Alternativen es dazu geben kann. Bis dahin ist es dringend nötig, die OPS derart zu ertüchtigen, dass die tatsächlichen Behandlungsbedarfe abgebildet werden und entsprechende Ableitungen zum erforderlichen Personaleinsatz sowie zu einer leitliniengerechten Behandlung überhaupt möglich sind. Dazu gehört auch, dass mittlerweile 33 Jahre nach der Einführung der Psych-PV die Personalvorgaben verbindlich einzuhalten und entsprechend weiterzuentwickeln sind.

Mit den Änderungen vom März dieses Jahres wird nach unserer Einschätzung jedoch genau das Gegenteil erreicht. Mit den geplanten Sanktionen ab voraussichtlich 2026 ist es wirtschaftlich gegenwärtig attraktiver, Stellen unbesetzt zu lassen, als Personal in der - in Anführungszeichen - falschen Berufsgruppe zu beschäftigen. Wir befürchten daher im Ergebnis einen Personalverlust und eine weitere Schwächung der Attraktivität der Gesundheitsberufe in der Psychiatrie. Damit die PPP-RL ihrem Anspruch gerecht werden kann, eine Qualitätsrichtlinie zu sein, muss es zeitnah zu einer Anpassung der Behandlungskapazitäten an das zur Verfügung stehende Personal kommen. Im Ergebnis steigt dann die Behandlungsqualität, die Arbeitsbedingungen verbessern sich und die Attraktivität

der Gesundheitsberufe als solche wird sich aller Voraussicht nach ebenfalls verbessern. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (ver.di). – Und es hat sich noch mal Frau (GKV-SV) gemeldet.

Frau (GKV-SV): Danke. Ich habe eine Frage an die DGPT. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass Sie die quartalsweise Datenübermittlung unterstützen, und gehen darauf ein, dass intern die Daten ohnehin quartalsweise generiert würden. Da wollte ich Sie bitten, ob Sie das noch mal näher erläutern könnten.

Meine zweite Frage richtet sich an ver.di: Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, dass teilstationäre und ambulante Behandlungen in Kliniken stärker ausgebaut werden sollten, weisen aber auch auf Risiken einer stärkeren Flexibilisierung hin. Da wollte ich Sie bitten, ob Sie das näher ausführen können. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau (GKV-SV), an wen richtete sich die erste Frage?

Frau (GKV-SV): Die erste Frage richtete sich an die DGPT, an Frau (DGPT).

Frau (DGPT): Dazu kann ich gern etwas sagen, (DGPT) von der DGPT. – Ich habe mich bei dieser Frage tatsächlich an unsere Controllerin gewandt, die alle Daten für die PPP-RL jetzt schon immer bereitstellt und versendet. Und sie meinte zu mir, dass sie diese Daten sowieso erheben muss und dass es für sie eigentlich nicht so einen großen Unterschied macht, ob sie die jetzt alle drei Monate verschickt und dann vielleicht direkt eine Rückmeldung bekommt, wenn es einen Fehler gibt. Dazu wäre es aber wichtig, dass das IQTIG weiterhin als beratendes Institut zur Seite steht. Gleichzeitig meinte sie, dass es unter Umständen attraktiv ist, es wenigstens nur alle halbe Jahre machen zu können.

Ich habe mich da also an meine eigene interne Controllerin gewandt. Ich weiß jetzt nicht, ob das eine Stichprobe ist, die das Allgemeine wiedergibt. Ich habe gelesen, dass viele andere eher für dieses jährliche Dokumentieren sprechen. Bei uns war es eben so, dass meine Controllerin gesagt hat, für sie wäre es eigentlich hilfreicher, wenn sie es alle drei Monate machen kann und dann direkt eine Rückmeldung kriegt; wie gesagt, unter der Voraussetzung, dass das IQTIG weiterhin nicht zurückweist, sondern beratend zur Seite steht.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (DGPT). – Dann Herr (ver.di) für die zweite Frage.

Herr (ver.di): Vielen Dank, (ver.di) für die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. – Also der Ausbau der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung, wie wir das auch in der Stellungnahme beschrieben haben, die sich nach den Bedürfnissen der Patienten richtet, ist absolut zu begrüßen. Das wird aber nicht zwangsläufig mit Einsparungen beim Personalbedarf einhergehen. Zumindest in der Transformationsphase ist mit zusätzlichen Personalbedarfen zu rechnen. Momentan ist es ja so, dass Besetzungslücken häufig durch Eingriffe in bestehende Dienstplanungen, durch die Reduktion der Besetzung oder die Versetzung in andere Bereiche kompensiert werden, und das geht natürlich zulasten der Beschäftigten in psychiatrischen Versorgungseinrichtungen.

Weitere Flexibilisierungsschritte würden diese Tendenzen eher noch zementieren und zu einer fortgesetzten Überlastung der Beschäftigten führen, also den bereits bekannten Effekten und einer Verschärfung des bestehenden Personalmangels bei gleichzeitiger Verknappung gewinnbarer Fachkräftepotenziale den Weg ebnen. Deshalb: Für eine gute Behandlung sind konstante Besetzungen in qualifizierten multiprofessionellen Teams unerlässlich, Flexibilisierungsvorhaben stehen dem doch entgegen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr (ver.di). – Ich habe jetzt hier aus dem Saal und auch von denjenigen, die Teil der Runde sind, keine Wortmeldung mehr, sodass ich Ihnen, die Sie bereits an der Reihe waren, freistelle, ob Sie bei uns bleiben möchten oder aber gehen, falls Sie noch sonstige wichtige Dinge heute zu erledigen haben. Sie dürfen gern bei uns bleiben, Sie müssen es aber nicht.

Ich habe gehört, dass sich Herr Dr. (BAPK) vom Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen mittlerweile zuschalten konnte. Herr Dr. (BAPK), Sie sind an der Reihe.

Herr Dr. (BAPK): Vielen Dank, dass wir unsere Stellungnahme als Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen abgeben durften, wir sind nicht sehr ausführlich gewesen. Den einen Punkt, den wir immer wieder erwähnen, ist die Forderung, dass als Qualitätsvorgabe in der Anlage 3 zumindest die planerischen Werte für den Aufwand für die Angehörigen niedergelegt werden. Es kommt zwar überall in den Einzelaktivitäten vor, dass die Angehörigen erwähnt werden, aber wenn sie nicht geplant werden, dann findet das auch letztendlich nicht statt.

Zu den tragenden Gründen hatten wir bereits etwas gesagt, vielleicht zum Hintergrund: Ich bin Diplom-Informatiker und habe IT-Bereiche in Unternehmen geleitet. Und ich würde mich freuen, wenn XML anstelle von CSV genutzt würde. Das ist eine Technologie, die es seit Jahrzehnten gibt. Und in der Syntax von XML kann man viele Dinge abprüfen, die man dann später bei den Comma-Separated Values aufwendig programmieren müsste. Also von daher ist die Anmerkung, dass man keine rechtssichere Nachweisdatenübermittlung über XML machen würde, für mich schwer nachzuvollziehen. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Dr. (BAPK). Sie haben es wahrscheinlich vorher mitgekriegt, wir fragen jetzt in der Reihenfolge des Eingangs der Stellungnahmen weiterhin ab. Im Anschluss haben die Damen und Herren Mitglieder des Ausschusses Gelegenheit zur Frage. Das heißt, dass ich Sie bitten würde, bei uns zu bleiben. – Als Nächstes wäre die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie an der Reihe. Herr Prof. (DGPM) oder Herr Dr. (DGPM), wem darf ich das Wort geben?

Herr Prof. (DGPM): (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, DGPM. – Sehr geehrte Frau Vorsitzende, sehr geehrte Mitglieder des Ausschusses, auch wir danken für die Möglichkeit, ergänzend mündlich Stellung nehmen zu können, und möchten die folgenden drei Akzente in der mündlichen Anhörung setzen:

Erstens, Umstellung auf Routinedaten: Die DGPM begrüßt die Umstellung auf Routinedaten. Wir erhoffen uns damit eine bürokratische Entlastung. Im letzten Jahrzehnt ist eine starke Zunahme von Dokumentationspflichten für Psych-Einrichtungen zu beobachten, durch die Einführung der PPP-RL im Krankenhausvergleich, Ergänzung im PEPP-System, Psych-PNV-Nachweis, Wirtschaftsprüfer-Testate, Verschärfungen bei den Meldepflichten für Landesstatistikbehörden, OPS-Strukturprüfungen usw. In diesem Dokumentationsaufwand ist auch das medizinische und therapeutische Personal stark einbezogen und diese Zeit fehlt dann dem Personal in der Patientenversorgung. Erwartungsgemäß ist diese technische Umsetzung der Automatisierung von Stichtagserhebungen mittels Routinedaten kompliziert und aufwendig. Herr (BAPK) hat es gerade noch mal angesprochen: Gerade die IT-Lösungen für KIS-Systeme sind sehr träge, was Veränderungen angeht, und auch die Schnittstellen zu lösen ist schwierig. Deshalb hoffen wir, dass da die notwendige Sorgfalt angewendet wird, damit die Umsetzung am Ende auch gelingt.

Zweitens, Änderung der bisherigen Eingruppierung: Durch die Umstellung auf

Routinedatenerfassung sollte jedoch keine Änderung der bisherigen Eingruppierung resultieren. Die Vergleichbarkeit mit bisher erhobenen Daten wäre damit gefährdet. Und außerdem wäre es so, dass das vorzuhaltende Personal sich ja auch in den Krankenhäusern und Abteilungen ändern würde, entweder erhöhen oder auch vermindern. Und das wäre ein Eingriff, der nicht das Ziel sein sollte.

Drittens, der für uns wichtigste Punkt, die aktuell fehlende Möglichkeit zur Eingruppierung von Jugendlichen in psychosomatischen Einrichtungen: Sofern die Einführung wie vom GKV-SV vorgeschlagen kommt mit der dritten Spalte, muss gewährleistet sein, dass alle Fälle des Fachgebietes Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auch weiterhin abgedeckt sind. Für Einrichtungen des Fachgebietes Psychosomatische Medizin, die Jugendliche versorgen und die bisher KJ-Kodes abgerechnet haben: Selbstverständlich sind da die Strukturvoraussetzungen, wie von der KJP auch gefordert, erfüllt, das fehlt aber im aktuell vorliegenden Entwurf. Die DGPM schlägt daher vor, dass zumindest für die Behandlungsbereiche P2 und P4 der OPS-Kode 9-65 ergänzt wird. Denn ansonsten wäre es so, dass gut etablierte Versorgungsangebote für Jugendliche gefährdet wären. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Prof. (DGPM). – Als Nächstes ist das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin an der Reihe. Frau Prof. (DKPM), Sie haben das Wort.

Frau Prof. (DKPM): Guten Tag, Frau Vorsitzende, mein Name ist (DKPM). Frau Prof. (DKPM) und ich haben getauscht und hatten das noch nachgemeldet, das scheint bei Ihnen nicht angekommen zu sein.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Nein, aber wenn Sie das Kollegium vertreten, dann haben Sie trotzdem das Wort.

Frau Prof. (DKPM): Wunderbar. Also mein Name ist (DKPM) aus Düsseldorf, ich vertrete das Deutsche Kollegium Psychosomatische Medizin. Ich freue mich auch sehr über die Möglichkeit, hier Stellung nehmen zu können, vielen Dank dafür.

Im Wesentlichen möchten wir uns als DKPM der Stellungnahme des DGPM anschließen, die wir gerade gehört haben, wir haben auch eine gemeinsame bzw. eine ähnliche schriftliche Stellungnahme abgegeben.

Ich würde jetzt im Rahmen der mündlichen Anhörung gern noch auf einen Punkt besonders eingehen. Auch wir unterstützen natürlich sehr die Umstellung auf die Nutzung von Routinedaten als eine sehr sinnvolle Maßnahme zur bürokratischen Entlastung. Was uns aber dabei sehr wichtig ist, ist, dass in der bisherigen Übermittlung von Routinedaten natürlich nur die bisherig festgelegten Behandlungsbereiche abgebildet sein können. Es ist schon an anderer Stelle hier auch auf die EPPIK-Studie verwiesen worden, auf die wir auch in unserer schriftlichen Stellungnahme verwiesen haben, die erfreulicherweise durch den G-BA bzw. den Innovationsfonds gefördert wurde und von der nun auch Daten vorliegen.

Der Abschlussbericht wird im Herbst dieses Jahres endgültig vorliegen. Und im Rahmen dieses Projektes haben wir im Teilprojekt Psychosomatik eine sogenannte Ist-Standerhebung durchgeführt, die uns Daten liefert, die erfreulicherweise sehr plausibel und valide sind, sodass wir aus dieser Studie schließen können, dass die Versorgungsrealität der psychosomatischen Krankenhausbehandlungen in der realen Versorgungspraxis differenzierter ist, als bisher in der PPP-RL abgebildet ist. Konkret heißt das, dass die aktuellen stationären Kategorien P1 und P2 nicht gut passen. Sie sind an mancher Stelle tatsächlich zu hoch. Und an anderer Stelle in einzelnen Behandlungssettings ist aber doch ein gegenüber den derzeitigen Kategorien erhöhter Personalaufwand notwendig, als es in den derzeitigen

Minutenwerten abgebildet ist.

Es geht dabei also aus unserer Sicht keinesfalls um eine pauschale Erhöhung, sondern wirklich um eine an der Versorgungspraxis orientierte Ausdifferenzierung der Personalbemessung. Dazu haben wir in der Psychosomatischen Medizin eine größere Anzahl an Behandlungsclustern vorgeschlagen, diese bemessen sich wie bisher einerseits am psychotherapeutischen Aufwand und sollen sich zusätzlich am somatischen Aufwand bemessen. Und das zeigt eben die EPPIK-Studie, sie hat das bestätigt, dass wir tatsächlich diese mehrere Behandlungscluster in der Versorgung finden.

Die Studie zeigt darüber hinaus, dass diese beiden Dimensionen, therapeutischer Aufwand und somatischer Aufwand, sinnvoll sind, um die Behandlungscluster voneinander zu unterscheiden. Wir gehen derzeit davon aus, dass fünf bis sechs Behandlungscluster notwendig sein werden, um eine bedarfsgerechte Personalplanung zu ermöglichen. Dazu kommen dann natürlich noch die entsprechenden Cluster für tagesklinische Behandlungen.

Im Herbst dieses Jahres wird der endgültige Abschlussbericht voraussichtlich vorliegen und wir psychosomatischen Fachgesellschaften möchten gern auf dieser Basis mit Ihnen als G-BA darüber ins Gespräch kommen, die Behandlungsbereiche wie beschrieben weiter ausdifferenzieren. Wir freuen uns darauf. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau Prof. (DKPM). – Es folgt jetzt die Aktion Psychisch Kranke, Herr Dr. (APK).

Herr Dr. (APK): Meine sehr geehrten Damen und Herren, vielen Dank auch von meiner Seite aus, dass die Aktion Psychisch Kranke hier Stellung beziehen darf. Mein Name ist (APK), ich bin im Vorstand der APK, bin Psychiater und Geschäftsführer einer der größeren psychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg. Die APK hält Personaluntergrenzen und PPP-RL für geeignete Instrumente zur Qualitätssicherung, wir denken, das ist der richtige Weg. Aber ähnlich wie ver.di glaube ich, dass die vorliegende PPP-RL nicht geeignet ist, Qualität langfristig zu sichern in unseren Kliniken. Die APK kritisiert den kleinteiligen bürokratieaufwendigen Ansatz, deshalb die kleinteiligen Vorgaben und die umfangreichen Nachweisverfahren, was wir in einer Folgeverordnung, Folgelösung gerne etwas anders hätten.

Die APK kritisiert nach wie vor die Ausrichtung der PPP-RL auf den stationären Bereich. Das heißt, wir befürchten, sie behindert die Transformation des Systems Richtung Tagesklinik, Richtung ambulant, weil sie eben personalstationär sozusagen fixiert und nicht Richtung Versorgungsregion, Richtung ambulant und teilstationäre Transformation ausgerichtet ist. Wir schlagen den Personalnachweis einfacher vor, als jahresdurchschnittliche Ist-Besetzung einer [Ton-Störung] Psych-PV-Nachweis wie bisher, das wäre einfacher und zielgerichteter.

Die APK befürwortet auch eine breitere Definition der Berufsgruppen. Diese enge, sehr spezifische Definition der Berufsgruppen mit sehr begrenzten Anrechnungsmöglichkeiten halten wir nicht für zielführend. Wir würden sehr grobe Kategorien machen mit großen Austauschmöglichkeiten und natürlich auch Genesungsbegleiter hier mit einbeziehen. Das sind Forderungen, die wir prinzipiell an ein alternatives System haben, und sehen natürlich in den jetzt vorgelegten Änderungen einen Fortschritt, nur sehr wenig Fortschritt.

Besonders kritisch sieht die APK die Verwendung von sogenannten Routinedaten aus dem PEPP-OPS-System. Aus unserer Sicht sind diese Routinedaten nicht geeignet, um Qualität zu sichern und eine Personalbemessung und eine Personaluntergrenze aus dem Bedarf der Patienten abzuleiten. In der alten Psych-PV war der Patient im Mittelpunkt, das heißt, ausgehend vom Bedarf des Patienten wurden eben Minutenwerte und Berufsgruppenwerte errechnet oder angegeben. Die PEPP-OPS-Systematik ist eine reine Abrechnungssystematik.

Das ist eine Systematik, die Leistungen beschreibt, das Leistungsgeschehen beschreibt und den Patienten eigentlich außer Acht lässt. Wir halten das für eine sehr kritische Richtung, die hier eingeschlagen wird unter dem Thema Routinedaten. Im Prinzip kriegen wir über OPS-PEPP eine Personalbemessung, die auf diesem System basiert, die auf den Leistungen im Krankenhaus basiert. Und welche Auswirkungen das haben kann, haben Sie im DRG-System erlebt. Das heißt, wir werden Ausweitungen von Leistungen bekommen. Und die Frage, ob viele abgerechnete OPS gleichzeitig gute Qualität sind, stellen wir im Nachhinein in den Raum.

Das waren meine Ergänzungen zu unseren schriftlichen Vorgaben. Wir hoffen, dass die PPP-RL prinzipiell weitentwickelt wird, wie es ja auch vorgesehen ist. Wir haben mit Freude eigentlich auch die Ergebnisse der EPPIK-Studie gesehen. Wir denken, dass hier auch ganz neue Ansätze jetzt diskutiert werden können. Und wir glauben, dass die PPP-RL grundlegend reformiert werden muss. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Herr Dr. (APK). – Die Nächste ist die Wissenschaftliche Fachgesellschaft für Künstlerische Therapien. Frau Prof. (WFKT) hat sich krankheitsbedingt abmelden müssen. Es ist, glaube ich, auch keine Vertretung da. – Dann würde jetzt folgen die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, die DGPPN, Frau Dr. (DGPPN).

Frau Dr. (DGPPN): Guten Tag, (DGPPN), Chefärztin, Sprecherin des Arbeitskreises der Chefärzte von Kliniken für Psychiatrie an Allgemeinkrankenhäusern, in dieser Funktion sitze ich im DGPPN-Vorstand, heute spreche ich in dieser Anhörung für die DGPPN.

Ich möchte kurz unsere Hauptpunkte unterstreichen und an meinen Vorredner anknüpfen. Kurz gesagt ist die DGPPN nicht der Meinung, dass die OPS-Klassifikation als Personalbemessungsinstrument dient. Wir sehen an dieser Stelle lediglich eine vordergründige Lösung, die als Erstes vielleicht ganz spannend klingt, aber wir fänden das inhaltlich problematisch. Unser großes Problem sind die 65 Jahre. Wir halten die aktuelle Situation von Menschen über 60 in unseren Kliniken für derartig unterschiedlich, dass man eine Altersgrenze, die mit dem Alter Bedarfe festlegt, aus unserer Sicht schon eine Zeitlang, eine ganze Reihe von Jahren, nicht mehr so festlegen kann. Wir würden befürchten, dass insbesondere die psychotherapeutischen Leistungen Menschen über 65 Jahren vorenthalten werden.

Gleichermaßen kann es auch sein, dass Menschen, die sehr viel jünger sind, sehr viel mehr pflegerische Unterstützung benötigen, die analog gerontopsychiatrischer Unterstützung manchmal gegeben werden sollte, und auch hier letztendlich eine Fehlallokation von Ressourcen stattfindet.

Fehlallokation ist unser Hauptstichwort zu den Änderungen. Die Aufgabe ist ja, Aufwände in der Verwaltungsebene. Und wie gesagt: aus unserer Sicht Fehlallokationen von Menschen, die ganz häufig Medizinberufe als Ausbildungsberufe haben. Die meisten Controller haben irgendwann mal einen Medizinberuf ausgeübt. Die brauchen wir aus unserer Sicht eigentlich woanders. Wir halten viele Vorschläge, das haben wir in unserer schriftlichen Stellungnahme deutlich gemacht, für eine bedauerliche Fehlentwicklung. – Vielen Dank.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Frau DGPPN. – Wir haben noch eine nicht fristgerecht eingereichte Stellungnahme der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Herr Prof. (DÄVT) ist nicht da, sodass uns das jetzt einer Entscheidung enthebt. Gibt es Fragen an die Vertreter der Organisationen? – Frau (GKV-SV), dann Frau (DKG) und Herr (PatV).

Frau (GKV-SV): Vielen Dank. Ich wollte noch mal eines klarstellen, ich habe den Eindruck, das

geht in der Diskussion manchmal etwas durcheinander. Bei der Altersgrenze mit 65 Jahren habe ich im ersten Teil der Anhörung gehört, dass Menschen über 65 Jahre automatisch in der Gerontopsychiatrie behandelt werden müssten und in keiner anderen Abteilung. Das ist so nicht richtig. Es geht hier um eine Zuordnung: Wie viel Personal muss vorgehalten werden? Das greift aber nicht ein in die Behandlungssituation vor Ort, das bleibt weiterhin den Kliniken vorbehalten zu entscheiden, auf welcher Station und in welchem Setting die Patienten behandelt werden.

Dann würde ich gern eine Frage an die DGPPN stellen. Sie hatten gesagt, dass Sie die Altersgrenze von 65 Jahren als ungeeignet einschätzen. Wir haben mit diesem Vorschlag lediglich den bisherigen Begriff, den es bisher in der Anlage 2 gab, „höheres Lebensalter“, operationalisiert. Bisher ist offengeblieben, was „höheres Lebensalter“ ist. Wenn Sie sich jetzt aber das Statistische Bundesamt angucken, die nehmen 65 Jahre als Alterssplit, wenn Sie sich das BMG anschauen, die nehmen 65 Jahre als Alterssplit, und dem sind wir gefolgt. Die Frage ist nun: Was ist denn aus Ihrer Sicht eine angemessene Grenze beim höheren Lebensalter?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (GKV-SV). – Frau (DGPPN).

Frau Dr. (DGPPN): Ja, das trifft eben genau den Kern dessen, was, glaube ich, das Problem der Richtlinie ist. Es geht ja bei dem, was wir an Behandlung vorhalten sollten, um Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen. Und wir müssen aus meiner Sicht akzeptieren, dass die Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen über die Lebensspanne sich deutlich unterschiedlicher entwickelt haben als in den Jahrzehnten zuvor. Und ich würde nach wie vor denken, wenn wir uns die Kliniken und die Inanspruchnahme in unseren Kliniken ansehen, dass wir diesbezüglich eine Aufweichung der Frage sehen, welche auch insbesondere somatischen Aufwände für Patienten mit welchem Lebensalter herzustellen sind. Ich möchte Sie nur daran erinnern, dass man selbst in einem sehr viel jüngeren Lebensalter schwerwiegende somatische Erkrankungen haben kann, mit schwerwiegenden somatischen Bedarfen, und trotzdem psychisch erkranken kann und dann möglicherweise die Hilfe in einer psychiatrischen Klinik in Anspruch nehmen kann. Ich glaube wirklich – und ich weiß, dass das niemandem hilft –, dass es an dieser Stelle nicht hilfreich ist, eine Altersgrenze einzuführen, sondern ich glaube, dass es wichtig ist darüber nachzudenken, wie man ein geeignetes System finden kann, in dem Bedarfe von Menschen an unterschiedlichen Stellen in ihrer Biografie eingestellt werden können. Und da erleben wir eine große Diversifizierung, die es aus meiner Sicht so vor 20 Jahren noch nicht gab.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (DGPPN). – Frau (DKG) stellt die nächste Frage.

Frau (DKG): Wir haben noch mal eine Frage an Herrn (APK) von der Aktion Psychisch Kranke. Sie haben eben, so wie Frau (DGPPN) für die DGPPN, auch Ihre Kritik deutlich gemacht an der Umstellung auf Routinedaten. Und ganz am Ende Ihrer Ausführung sind Sie auf mögliche Auswirkungen bezüglich der konkreten Leistungen eingegangen. Da würde ich Sie bitten, das noch mal zu präzisieren.

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

Herr Dr. (APK): Das ist eine ganz prinzipielle Frage, muss ich einfach klarmachen. PEPP und OPS sind entwickelt worden, um Leistungen abzubilden analog zum DRG-System, die Psych-PV kommt aus anderen Ecken her, sie kommt eben aus dem Bedürfnis des Patienten. Meine konkreten Befürchtungen, wenn wir Qualität an OPS knüpfen, ist, dass, wer mehr OPS macht, hat die bessere Qualität, wer weniger OPS macht, hat weniger Qualität. Vor diesem Kurzschluss würde ich warnen wollen. Im DRG-Bereich haben Sie diese massiven

Leistungsmengenausweitungen und ich würde genau das Gleiche in der Psychiatrie befürchten: dass wir OPS runterrattern und PEPP runterrattern, um Patienten eben entsprechend einzustufen und nicht an den Bedürfnissen des Patienten orientiert, wie bisher in der Psych-PV versuchen dann nachzustellen. PEPP und die OPS kann wunderbar sein zur Abrechnung, es geht aber nicht um mehr, es ist keine Dokumentation. Es ist keine Patientendokumentation, sie sagt nichts aus über den Zustand des Patienten, sie sagt nichts aus über den Patienten, auch nicht über die Bedürfnisse des Patienten. Und diese Routinedaten, heißt es so schön, das ist wieder das Ding, in die Ecke, die uns so vorgehalten und vor die Nase gehalten wird, das sei so viel einfacher, der ist in Bezug auf Qualität aus meiner Sicht und aus Sicht der APK kein geeignetes Kriterium. Wir müssen Abrechnung und Qualität unterscheiden, wir müssen Personalbedarf, Qualität und Abrechnung unterscheiden. Und ich fürchte, es ist ein Dammbbruch, wenn wir jetzt die OPS einführen, um Personal zu bemessen, dann haben wir aus meiner Sicht einen Dammbbruch, das ist mein Problem an der Geschichte.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Vielen Dank, Herr Dr. (APK). – Und Herr (PatV) stellt die nächste Frage.

Herr (PatV): Ich habe eine Frage an Frau (DGPPN), die auch etwas anknüpft an das, was Herr (APK) gerade schon gesagt hat. Wir wollten ja die OPS als eine Vereinfachung und Reduktion des bürokratischen Aufwands mit einführen. Sie haben da auch Bedenken geäußert, ob dann dieses Anliegen des Bürokratieabbaus da auch erfüllt wird. Aber wie könnte denn, wenn man das jetzt positiv formuliert, aus Ihrer Sicht Versorgungsqualität und Dokumentationsaufwand in ein passendes Verhältnis gesetzt werden? Gibt es da aus der Praxis Hinweise?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Frau (DGPPN).

Frau Dr. (DGPPN): Die Schwierigkeit, Herr (PatV), ist ja die, wenn man ein System umstellt, dass es immer um die Frage geht, kurzfristig vordergründig hilfreiche Lösungen gegenüber mittelfristig sinnvollen Lösungen abzuwägen. Unsere Sorge wäre: Orientierung an OPS ist kurzfristig vordergründig. Wir hätten eine ähnliche Sorge, wie Herr (APK) sie formuliert hat, dass letztendlich ein System als Personalbemessungsinstrument über die Hintertür eingeführt wird oder benutzt wird, das eigentlich zu der Frage Abrechnung eine Information geben sollte und nicht eben eine Frage oder ein Bemessungsinstrument ermöglicht, das zu Bedarfen von Patienten und zur Qualität etwas sagt. Ich denke schon, dass wir weiter daran arbeiten sollten, ein Personalbemessungsinstrument zu finden bzw. zu entwickeln.

Die EPPIK-Studie ist genannt worden, die es uns ermöglicht, an den Bedarfen von Patienten auch Personal- und Minutenwerte, aktualisierte Minutenwerte für Tätigkeiten abzuleiten. Und das sehe ich mit einer OPS-Systematik nicht. Und manchmal sind die kurzfristig gut erscheinenden Lösungen eben, wenn sie einmal als Provisorien versucht wurden, sehr viel langlebiger. Und das ist unsere Sorge: dass es einfach zu einer falschen Logik sozusagen führt. Also unsere Vorstellung wäre wirklich, sich mit einem Personalbemessungsinstrument zu beschäftigen, und das sehr vorrangig, und jetzt nicht schnell eine Lösung zu machen, die aus unserer Sicht inhaltlich eigentlich schlechter ist.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön, Frau (DGPPN). – Frau (GKV-SV) hat noch eine Frage.

Frau (GKV-SV): Danke. Ich habe noch eine Frage an den Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen. Herr (BAPK), Sie sind darauf eingegangen, dass Sie sich wünschen, dass die Ressourcen für die Angehörigenarbeit in den Nachweisen dargestellt werden sollten. Sie sagen, das sollte auch stationsbezogen sein. Mich würde interessieren,

weshalb aus Ihrer Sicht gerade auch eine stationsbezogene Nachweisführung an der Stelle sinnvoll ist?

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Herr (BApK).

Herr Dr. (BApK): Also es würde uns reichen pro Einrichtung. Präziser auf Station runtergebrochen würde bedeuten, dass eine Planung der Ressourcen realistischer durchgeführt wird. Je höher das Level, auf dem ich eine Planung durchführe, desto pauschaler wird diese durchgeführt. Und wir würden uns wünschen, dass diese dann doch zumindest auch bis auf die Stationsebene geplant würde, um eine gewisse Konkretheit zu haben, das wäre sehr schön. Und das wäre dann auch für die Angehörigen, wenn die in der Station da sind, ein Zeichen, womit die denn überhaupt rechnen dürften an Ressourcen. – Danke.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Frau (GKV-SV) zur Nachfrage.

Frau (GKV-SV): Vielen Dank. Nein, keine Nachfrage, noch eine weitere Frage an die DGPPN und, falls noch anwesend, an die Bundesdirektorenkonferenz, Herrn (BDK). Sie hatten ja beide mit der Umstellung auf Routinedaten angesprochen, dass es problematisch sei, dass ältere Menschen, die in gerontopsychiatrischen Bereichen eingestuft werden, keine psychotherapeutische Komplexbehandlung erhalten könnten. Was halten Sie denn von dem Vorschlag, wenn wir die A7 und die A8, die psychotherapeutischen Komplexbehandlungsbereiche, für alle Altersgruppen öffnen? Damit wäre sichergestellt, dass auch ältere Patienten in diese Bereiche eingestuft werden könnten.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Dann als Erstes Herr (BDK).

Herr Prof. (BDK): Das wäre sicherlich ein Schritt in die richtige Richtung, um die Psychotherapie auch für ältere Menschen, also über 65-Jährige, zu ermöglichen. Allerdings löst das nicht das Problem, dass wir durchaus Menschen haben, meinerwegen einen depressiven älteren Menschen mit 80 Jahren, bei dem wir nicht den ganz dezidierten psychotherapeutischen Schwerpunkt behandeln, also sprich: der nicht in die Komplexebene hineinkommt, dass wir den immer noch in der G drin hätten, obwohl er vielleicht nicht die pflegerische Unterstützung bräuchte. Und umgekehrt natürlich auch demente Menschen, zum Beispiel die mit unter 65 in der A-Kategorie drin wären. Also prinzipiell ein Schritt in die richtige Richtung, aber bleibt aus meiner Sicht unter dem, was wir jetzt momentan mit unserem System können.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. – Und Frau (DGPPN) war noch angesprochen.

Frau Dr. (DGPPN): Um es kurz zu machen: Ich kann mich Herrn (BDK) da anschließen. Es wäre sicherlich für die Frage „Enthalten wir Menschen über 65 spezifische psychotherapeutische Leistungen vor?“, dafür könnte das eine Lösung sein. Die andere Thematik hat Herr (BDK) ausreichend angesprochen.

Die Vorsitzende des Unterausschusses: Danke schön. Jetzt sehe ich keine weiteren Fragen mehr, weder im Saal noch uns zugeschaltet. Dann bedanke ich mich bei Ihnen, die Sie uns für die Anhörung zur Verfügung gestanden haben, sehr herzlich für die Zeit, für die Mühe sowie für die schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen und darf die Anhörung jetzt schließen. Wir müssen Sie jetzt leider bitten, uns zu verlassen, weil der Unterausschuss dann nichtöffentlich weitertagt. Herzlichen Dank und einen schönen Feiertag morgen!